



HAL
open science

La psychothérapie a-t-elle favorisé l'arrêt des antidépresseurs après 6 mois d'amendement des signes, comme recommandé, au sein de la MSP de Grand Quevilly ?

Souad Boumekouez

► To cite this version:

Souad Boumekouez. La psychothérapie a-t-elle favorisé l'arrêt des antidépresseurs après 6 mois d'amendement des signes, comme recommandé, au sein de la MSP de Grand Quevilly ?. Médecine humaine et pathologie. 2024. <dumas-04701265>

HAL Id: dumas-04701265

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04701265v1>

Submitted on 18 Sep 2024

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire HAL, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



HAL Authorization

UFR DE SANTE DE ROUEN NORMANDIE

ANNEE 2024

N°

THESE POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

Par BOUMEKOUENZ Souad

épouse MOUHCINE

Née le 17 novembre 1993 à Rouen

La psychothérapie a-t-elle favorisé l'arrêt des antidépresseurs après 6 mois d'amendement des signes, comme recommandé, au sein de la MSP de Grand Quevilly ?

Présentée et soutenue publiquement le 11 juillet 2024

Président du jury :

Pr GUILLIN Olivier

Directrice de thèse :

Dr MAUVIARD Elisabeth

Membres du jury :

Dr BOURDON Laetitia

Pr HAZARD Emmanuel

Par délibération en date du 3 mars 1967, la faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ou improbation.

ANNEE UNIVERSITAIRE 2023 - 2024

U.F.R. SANTÉ DE ROUEN

DOYEN : **Professeur Benoît VEBER**

ASSESEURS : **Professeur Loïc FAVENNEC**
Professeur Agnès LIARD
Professeur Guillaume SAVOYE

I - MEDECINE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme Najate ACHAMRAH	HCN	Nutrition
Mr Frédéric ANSELME	HCN	Cardiologie
Mme Gisèle APTER	Havre	Pédopsychiatrie
Mme Isabelle AUQUIT AUCKBUR	HCN	Chirurgie plastique
Mr Jean-Marc BASTE	HCN	Chirurgie Thoracique
Mr Fabrice BAUER	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya BEKRI	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Ygal BENHAMOU	HCN	Médecine interne
Mr Jacques BENICHOU	HCN	Bio statistiques et informatique médicale
Mr Emmanuel BESNIER	HCN	Anesthésiologie - Réanimation
Mr Olivier BOYER	UFR	Immunologie
Mme Valérie BRIDOUX HUYBRECHTS	HCN	Chirurgie Digestive
Mme Sophie CANDON	HCN	Immunologie
Mr François CARON	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Philippe CHASSAGNE	HCN	Médecine interne (gériatrie)
Mr Thomas CLAVIER	HCN	Anesthésie-Réanimation
Mr Florian CLATOT	CB	Cancérologie – Radiothérapie
Mr Moïse COEFFIER	HCN	Nutrition
Mr Vincent COMPERE	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale

Mr Jean-Nicolas CORNU	HCN	Urologie
Mr Antoine CUVELIER	HB	Pneumologie
Mr Jean-Nicolas DACHER	HCN	Radiologie et imagerie médicale
Mr Stéfan DARMONI	HCN	Informatique médicale et techniques de communication
Mr Pierre DECHELOTTE	HCN	Nutrition
Mme Sophie DENEUVE	HCN	ORL
Mr Stéphane DERREY	HCN	Neurochirurgie
Mr Frédéric DI FIORE	CHB	Cancérologie
Mr Fabien DOGUET (<i>disponibilité</i>)	HCN	Chirurgie Cardio Vasculaire
Mr Franck DUJARDIN	HCN	Chirurgie orthopédique - Traumatologique
Mr Fabrice DUPARC	HCN	Anatomie - Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mr Eric DURAND	HCN	Cardiologie
Mme Hélène ELTCHANINOFF	HCN	Cardiologie
Mr Manuel ETIENNE	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Jean François GEHANNO	HCN	Médecine et santé au travail
Mr Emmanuel GERARDIN	HCN	Imagerie médicale
Mme Priscille GERARDIN	HCN	Pédopsychiatrie
M. Guillaume GOURCEROL	HCN	Physiologie
Mr Dominique GUERROT	HCN	Néphrologie
Mme Julie GUEUDRY	HCN	Ophtalmologie
Mr Olivier GUILLIN	HCN	Psychiatrie Adultes
Mr Florian GUISIER	HCN	Pneumologie
Mr Claude HOUDAYER	HCN	Génétique
Mr Vivien HEBERT	HCN	Dermatologie
Mr Fabrice JARDIN	CHB	Hématologie
Mr Luc-Marie JOLY	HCN	Médecine d'urgence
Mr Pascal JOLY	HCN	Dermato – Vénérologie
Mme Bouchra LAMIA	Havre	Pneumologie
Mr Hervé LEFEBVRE	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
Mr Thierry LEQUERRE	HCN	Rhumatologie
Mme Anne-Marie LEROI	HCN	Physiologie
Mr Hervé LEVESQUE	HCN	Médecine interne
Mme Agnès LIARD-ZMUDA	HCN	Chirurgie Infantile
Mr Pierre Yves LITZLER	HCN	Chirurgie cardiaque
M. David MALTETE	HCN	Neurologie
M. Florent MARGUET	HCN	Histologie

Mr Christophe MARGUET	HCN	Pédiatrie
Mme Isabelle MARIE	HCN	Médecine interne
Mr Jean-Paul MARIE	HCN	Oto-rhino-laryngologie
Mr Stéphane MARRET	HCN	Pédiatrie
Mme Véronique MERLE (<i>disponibilité</i>)	HCN	Epidémiologie
Mr Pierre MICHEL	HCN	Hépatogastro-entérologie
M. Benoit MISSET (<i>détachement</i>)	HCN	Réanimation Médicale
Mr Marc MURAINÉ	HCN	Ophthalmologie
Mr Gaël NICOLAS	UFR	Génétique
Mr Mourad OULD SLIMANE	HCN	Chirurgie Orthopédique
Mr Christian PFISTER	HCN	Urologie
Mr Jean-Christophe PLANTIER	HCN	Bactériologie - Virologie
Mr Didier PLISSONNIER	HCN	Chirurgie vasculaire
Mr Gaëtan PREVOST	HCN	Endocrinologie
Mr Jean-Christophe RICHARD (<i>détachement</i>)	HCN	Réanimation médicale - Médecine d'urgence
Mr Vincent RICHARD	UFR	Pharmacologie
Mme Nathalie RIVES	HCN	Biologie du développement et de la reproduction
Mr Frédéric ROCA	HCN	Médecine Gériatrique
Mr Horace ROMAN (<i>détachement</i>)	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Jean-Christophe SABOURIN	HCN	Anatomie – Pathologie
Mr Mathieu SALAUN	HCN	Pneumologie
Mr Guillaume SAVOYE	HCN	Hépatogastro-entérologie
Mme Céline SAVOYE-COLLET	HCN	Imagerie médicale
Mme Pascale SCHNEIDER	HCN	Pédiatrie
Mr Lilian SCHWARZ	HCN	Chirurgie Viscérale et Digestive
Mme Fabienne TAMION	HCN	Réanimation médicale
Mr Luc THIBERVILLE	HCN	Pneumologie
Mr Sébastien THUREAU	CB	Radiothérapie
M. Gilles TOURNEL	HCN	Médecine Légale
Mr Olivier TROST	HCN	Anatomie -Chirurgie Maxillo-Faciale
Mr Jean-Jacques TUECH	HCN	Chirurgie digestive
Mr Benoît VEBER	HCN	Anesthésiologie - Réanimation chirurgicale
Mr Pierre VERA	CHB	Biophysique et traitement de l'image
Mr Eric VERIN	Les Herbiers	Médecine Physique et de Réadaptation
Mr Eric VERSPYCK	HCN	Gynécologie obstétrique
Mr Olivier VITTECOQ	HCN	Rhumatologie

Mr David WALLON	HCN	Neurologie
Mme Marie-Laure WELTER	HCN	Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme Elodie ALESSANDRI-GRADT	HCN	Virologie
Mr Kévin ALEXANDRE	HCN	Maladies Infectieuses et Tropicales
Mme Noëlle BARBIER-FREBOURG	HCN	Bactériologie – Virologie
Mme Carole BRASSE LAGNEL	HCN	Biochimie
Mr Gérard BUCHONNET	HCN	Hématologie
Mme Mireille CASTANET	HCN	Pédiatrie
Mr Damien COSTA	HCN	Parasitologie
Mme Ivana DABAJ	HCN	Pédiatrie
Mme Charlotte DESPREZ	HCN	Physiologie
Mr Pierre DECAZES	CB	Médecine Nucléaire
Mr Maxime FONTANILLES	GHH	Oncologie Médicale
M. Vianney GILARD (<i>disponibilité</i>)	HCN	Neurochirurgie
Mr Serge JACQUOT	UFR	Immunologie
Mr Joël LADNER	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Baptiste LATOUCHE	UFR	Biologie cellulaire
Mme Chloé MELCHIOR	HCN	Hépatogastro-entérologie
M. Sébastien MIRANDA	HCN	Médecine Vasculaire
Mr Thomas MOUREZ (<i>détachement</i>)	HCN	Virologie
Mme Muriel QUILLARD	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mme Laëtitia ROLLIN	HCN	Médecine du Travail
Mme Maud ROTHARMEL	HCN	Psychiatrie Adultes
Mme Mélanie ROUSSEL	HCN	Médecine d'Urgences
Mme Pascale SAUGIER-VEBER	HCN	Génétique
M. Abdellah TEBANI	HCN	Biochimie et Biologie Moléculaire
Mme Anne-Claire TOBENAS-DUJARDIN	HCN	Anatomie
Mr Julien WILS	HCN	Pharmacologie

PROFESSEUR AGREGE OU CERTIFIE

Mme Noémie MARIE	UFR	Communication
Mr Thierry WABLE	UFR	Communication
Mme Mélanie AUVRAY-HAMEL	UFR	Anglais
Mme Cécile POTTIER-LE GUELLEC	UFR	Anglais

II - PHARMACIE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

Mr Jérémy BELLIEN (PU-PH)	Pharmacologie
Mr Thierry BESSON	Chimie Thérapeutique
Mr Jean COSTENTIN (Professeur émérite)	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Abdelhakim EL OMRI	Pharmacognosie
Mr François ESTOUR	Chimie Organique
Mr Loïc FAVENNEC (PU-PH)	Parasitologie
Mr Jean Pierre GOULLE (Professeur émérite)	Toxicologie
Mme Christelle MONTEIL	Toxicologie
Mme Martine PESTEL-CARON (PU-PH)	Microbiologie
Mme Malika SKIBA	Pharmacie galénique
Mr Rémi VARIN (PU-PH)	Pharmacie clinique
Mr Jean-Marie VAUGEOIS	Pharmacologie
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Mme Margueritta AL ZALLOUHA	Toxicologie
Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
Mr Paul BILLOIR (MCU-PH)	Hématologie Biologique
Mr Frédéric BOUNOURE	Pharmacie Galénique
Mr Thomas CASTANHEIRO MATIAS	Chimie Organique
Mr Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
Mme Camille CHARBONNIER (LE CLEZIO) (MCU-PH)	Statistiques

Mme Elizabeth CHOSSON	Botanique
Mme Marie Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation pharmaceutique et économie de la santé
Mr Romain COPPEE	Bio-Informatique
Mme Cécile CORBIERE	Biochimie
Mme Sandrine DAHUYOT (MCU-PH)	Bactériologie
Mme Isabelle DUBUC	Pharmacologie
Mr Thomas DUFLOT (MCU-PH)	Pharmacologie
Mr Gilles GARGALA (MCU-PH)	Parasitologie
Mr Henri GONDÉ (MCU-PH)	Pharmacie
Mme Nejla EL GHARBI-HAMZA	Chimie analytique
Mr Chervin HASSEL	Virologie
Mme Maryline LECOINTRE	Physiologie
Mme Hong LU	Biologie
Mme Marine MALLETER	Biologie Cellulaire
M. Jérémie MARTINET (MCU-PH)	Immunologie
Mr Valentin PLATEL	Pharmacologie
M. Romy RAZAKANDRAINIBÉ	Parasitologie
Mme Tiphaine ROGEZ-FLORENT	Chimie analytique
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique

PROFESSEURS ASSOCIES

Mme Caroline BERTOUX	Pharmacie officinale
M. Charles CALTOT	DEUST Pharmacie
Mme Cécile GUERARD-DETUNCQ	Pharmacie officinale
Mme Christine HAIMET-LEROY	DEUST Pharmacie
Mme Lucile LOUIN	DEUST Officine
Mme Stéphanie LAMOUREUX	DEUST Pharmacie
M. Damien SALAUZE	Pharmacie industrielle

PAU-PH

M. Pierre BOHN	Radiopharmacie
M. Mikaël DAOUPHARS	Pharmacie

PROFESSEUR CERTIFIE

Mme Mathilde GUERIN	Anglais
----------------------------	---------

ASSISTANTS HOSPITALO-UNIVERSITAIRES

M. Eric BARAT	Pharmacie
Mme Marine CAVELIER	Pharmacie
M. Guillaume FEUGRAY	Biochimie Générale
M. Romain LEGUILLON	Pharmacie

LISTE DES RESPONSABLES DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et minérale
Mr Thierry BESSON	Chimie thérapeutique
Mr Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
Mme Elisabeth CHOSSON	Botanique
Mme Marie-Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation et économie de la santé
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Abdelhakim EL OMRI	Pharmacognosie
Mr François ESTOUR	Chimie organique
Mr Loïc FAVENNEC	Parasitologie
Mme Christelle MONTEIL	Toxicologie
Mme Martine PESTEL-CARON	Microbiologie
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mr Rémi VARIN	Pharmacie clinique
M. Jean-Marie VAUGEOIS	Pharmacologie
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

III – ODONTOLOGIE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme Rénata **KOZYRAKI**

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme Anne-Charlotte **BAS**

MAST

Mme Isabelle **FONTANILLES**

Mr Romain **JACQ**

Mr Benjamin **SOMMAIRE**

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

PROFESSEURS

Mr Sahil ADRIOUCH (med)	Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm 905)
Mr Paul MULDER (phar)	Sciences du Médicament
Mme Su RUAN (med)	Génie Informatique

MAITRES DE CONFERENCES

Mr Jonathan BRETON (med)	Nutrition
Mme Gaëlle BOUGEARD-DENOYELLE (med)	Biochimie et biologie moléculaire (UMR 1079)
Mme Carine CLEREN (med)	Neurosciences (Néovasc)
M. Sylvain FRAINEAU (med)	Physiologie (Inserm U 1096)
Mme Pascaline GAILDRAT (med)	Génétique moléculaire humaine (UMR 1079)
Mme Rachel LETELLIER (med)	Physiologie
Mr Loïc MARTIN	Sciences Rééducation et Réadaptation
Mr Antoine OUVRARD-PASCAUD (med)	Physiologie (Unité Inserm 1076)
Mr Frédéric PASQUET	Sciences du langage, orthophonie
Mme Anne-Sophie PEZZINO	Orthophonie
Mme Christine RONDANINO (med)	Physiologie de la reproduction
Mr Youssan Var TAN	Immunologie
Mme Isabelle TOURNIER (med)	Biochimie (UMR 1079)

PAU

Mme Léopoldine DEHEINZELIN	Orthophonie
Mme Séverine ROBERT	Orthophonie

DIRECTEUR ADMINISTRATIF : M. Jean-Sébastien VALET

HCN - Hôpital Charles Nicolle

HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME

CB - Centre Henri Becquerel

CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray

CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation

SJ - Saint Julien Rouen

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés. J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

TABLE DES MATIERES

LEXIQUE

INTRODUCTION

I) **Etat des lieux avec quelques chiffres**

II) **Le syndrome dépressif**

a) Définition

b) Evaluation de la sévérité

c) Evaluation du risque suicidaire

III) **La psychothérapie**

IV) **Le rôle du médecin traitant**

V) **Le dispositif Mon Parcours Psy**

VI) **La question de recherche et les objectifs de l'étude**

MATERIEL ET METHODE

Critères d'inclusion

Critères d'exclusion

Recueil des données

Déroulement d'une séance de psychothérapie

Arrêt de l'antidépresseur

Reprise des antidépresseurs

RESULTATS

DISCUSSION

I) Validité interne du protocole

Forces du protocole

Faiblesses du protocole

II) Discussion des résultats

1) Caractéristiques de la population

2) Nombres de patients sevrés

3) Nombre de reprise des antidépresseurs

III) Conclusion

LEXIQUE :

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation de la Santé

ARS : Agence Régionale de Santé

C2S : Complémentaire Santé solidaire

CMP : Centre MédicoPsychologique

CMU : Couverture Maladie Universelle

CNAM : Caisse Nationale de l'Assurance Maladie

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

DSM : Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux

ECOGEN: étude des Éléments de la COnsultation en médecine GENérale

EMDR: Eye Movement Desensitization and Reprocessing

GAD 7: Generalized Anxiety Disorder 7

GDS 15: Geriatric Depression Scale

HADS: Hospital Anxiety and Depression Scale

HAS : Haute Autorité de Santé

HCSF : Haut Conseil de la Santé Publique

HDRS: Hamilton Depression Rating Scale

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

MADRS: Montgomery and Asberg Depression Rating Scale

MSP : Maison de Santé Pluridisciplinaire

OCDE : Organisation de Coopération et de Développement Economiques

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PHQ2 : Patient Health Questionnaire 2

RCP : Réunion de Concertation Pluridisciplinaire

RUD: Risque Urgence Dangerosité

SCI 90: Scale Internal Consistensy

SISA : Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires

TCC: Thérapie Cognitivo-Comportementale

TIP : Thérapie Inter Personnelle

INTRODUCTION

I) Etat des lieux avec quelques chiffres

Le syndrome dépressif est un sujet de santé publique préoccupant.

D'après l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé), en 2023, environ 3,8% de la population est atteinte de syndrome dépressif avec 4% des hommes et 6% des femmes. Cela représente environ 280 millions de personnes dans le monde. (1)

En France, la crise sanitaire provoquée par l'épidémie de **Covid-19** a eu un réel impact sur la santé mentale des populations. En 2021, 12,5% des personnes âgées de 18 à 85 ans auraient vécu un épisode dépressif caractérisé au cours des 12 derniers mois selon Santé Publique France (2). Chez les 18-75 ans, la prévalence a augmenté de 3,5 points, passant de 9,8% à 13,3%, sur la période 2017-2021. Cette augmentation concerne toutes les classes de population analysées mais avec une progression plus importante chez les jeunes adultes (18-24 ans), avec une hausse de 9 points entre 2017 (11,7%) et 2021 (20,8%).

Cette tendance à l'augmentation connue depuis 2010 a connu une accélération entre 2017 et 2021, en particulier chez les jeunes adultes. L'enquête EpiCov réalisée par la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et de la Statistique (DREES) (3) a montré que présenter un syndrome dépressif était fortement associé à des caractéristiques individuelles dont certaines étaient spécifiques à la situation sanitaire de mai 2020, comme le fait de voir sa situation financière se dégrader depuis le confinement, d'être confiné en appartement seul ou en dehors de son logement habituel chez ses parents ou un conjoint; ou encore d'avoir présenté des symptômes évocateurs de la Covid-19. Dix personnes interrogées sur cent avaient déclaré prendre des médicaments pour des problèmes d'anxiété, de sommeil ou de dépression et, parmi elles, une n'en consommait pas avant le confinement.

Par ailleurs, les dépenses en matière de syndrome dépressif représentent une part importante du coût budgétaire de l'Assurance maladie. En 2018, le coût de la santé mentale qui regroupe les maladies psychiatriques et les traitements par psychotropes représentaient 20,6 milliards d'euros soit 14,5% des dépenses de l'Assurance maladie (4). Au sein de ces dépenses, les

troubles névrotiques et de l'humeur représentaient 5,5 milliards d'euros soit 3,9% des dépenses totales.

Selon les dernières données de l'OCDE, la France se hisse au 9ème rang en terme de consommation d'antidépresseurs avec 5 comprimés et demi ingérés pour 100 habitants ce qui la situe dans la moyenne basse des 28 pays de l'OCDE (5). Cette consommation est en légère hausse par rapport à 2015.

On peut donc voir que le syndrome dépressif et par la même cause les antidépresseurs représentent à la fois un enjeu de santé publique et un enjeu économique.

II) Le syndrome dépressif

a) Définition

Le syndrome dépressif est une maladie qui a été classée parmi les diagnostics les plus handicapants. Elle fait partie des 10 maladies les plus préoccupantes du 21ème siècle (6).

Initialement, le terme utilisé pour parler de syndrome dépressif était la mélancolie. Le mot est emprunté au latin melancholia lui-même transcrit du grec (melankholía) composé de mélas, « noir » et de khōlé, « la bile » (7). Le mot signifie donc étymologiquement la bile noire. Cela renvoie à la théorie des quatre humeurs formulée par Hippocrate selon laquelle le corps contient quatre humeurs qui chacune déterminent notre tempérament. Ces quatre humeurs sont le sang, la lymphe, la bile jaune et la bile noire. Le tempérament est mélancolique pour la bile noire. Et cette bile noire provoque une tristesse qui était exclusive aux génies.

Le terme de “dépression” a été introduit en milieu de XIXème siècle. Ainsi, le Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux (DSM-IV) décrit un « épisode dépressif »

ainsi qu'un « trouble dépressif » ; plusieurs dépressions sont distinguées. Parmi celles-ci, la plus sévère est la « dépression mélancolique ».

Selon les dernières recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS), le diagnostic de l'épisode dépressif caractérisé est clinique (8). La HAS se repose sur la classification CIM-10 de l'OMS.

Le diagnostic d'un épisode dépressif caractérisé doit reposer sur la présence des trois symptômes suivants :

1. Humeur dépressive à un degré nettement anormal pour le sujet, présente pratiquement toute la journée et presque tous les jours et dans une large mesure non influencée par les circonstances.
2. Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour des activités habituellement agréables.
3. Réduction de l'énergie ou augmentation de la fatigabilité.

Il doit également exister au moins deux des sept symptômes suivants :

- Concentration et attention réduite
- Diminution de l'estime de soi et de la confiance en soi
- Sentiment de culpabilité et d'inutilité
- Perspectives négatives et pessimistes pour le futur
- Idées et comportement suicidaires
- Troubles du sommeil
- Perte d'appétit

D'autres symptômes peuvent se manifester comme des troubles fonctionnels répétés ou des troubles sexuels.

Ces symptômes doivent être présents durant une période minimum de 2 semaines, et chacun d'entre eux à un degré de sévérité certain, presque tous les jours ; avoir représenté un changement par rapport au fonctionnement antérieur (professionnel, social, familial) et induire une détresse significative.

Il existe plusieurs échelles d'aide au diagnostic comme le PHQ2, l'échelle de Beck, la HADS qui peut présenter un intérêt chez les patients qui ont des comorbidités somatiques ou la GDS 15 chez le sujet âgé. Une revue de la littérature parue en 2018 par El-Den et al. (9) montrait que le PHQ-9 était l'outil le plus évalué avec 14 études ce qui en fait l'outil de référence dans le dépistage du syndrome dépressif dans les soins de premier recours.

b) Evaluation de la sévérité du syndrome dépressif

Il faudra toujours évaluer le degré de sévérité du syndrome dépressif avant d'envisager les éventuelles prises en charges thérapeutiques. Plusieurs échelles coexistent :

-le Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) : c'est un auto-questionnaire qui permet de diagnostiquer l'épisode dépressif et d'en évaluer la sévérité (Annexe 1). Il évalue l'intérêt à faire des choses, le sommeil, l'appétit et la concentration. Le score maximal est de 27. Un score de moins de 5 n'est pas en faveur d'un diagnostic de dépression. La dépression est considérée légère à modérée en cas de score compris entre 5 et 14 points. Au-dessus de 14, la dépression peut être considérée comme sévère.

-l'échelle de dépression de Hamilton (ou HDRS). La version à 17 questions est la plus connue et utilisée. Un score inférieur à 7 indique l'absence de dépression ; compris entre 7 et 17, il indique une dépression légère ; de 18 à 24 une dépression modérée ; et supérieur à 25 une dépression sévère. Elle est fréquemment utilisée car de nombreux points forts lui sont retrouvés, notamment sa reproductibilité. Une méta-analyse réalisée en 2011 montrait que cette échelle fournit une évaluation fiable de la dépression. Les chiffres indiquent de bons niveaux globaux de cohérence interne, d'inter-évaluation et de fiabilité des tests (10).

- d'autres échelles comme l'échelle de Beck ou la MADRS : Montgomery and Asberg Depression Rating Scale.

c) Evaluation du risque suicidaire

Le risque suicidaire est à évaluer lors du diagnostic et également tout au long du suivi du patient. Le médecin se doit de poser la question des idées noires et des pensées suicidaires. Il pourra alors évaluer la crise suicidaire et son degré d'urgence.

Il existe une échelle RUD pour Risque Urgence Dangerosité (11). Elle a été élaborée en 2010 par des médecins urgentistes de Genève dans le but d'aider tous médecins à savoir orienter son patient (Annexe 2). Selon les facteurs de risque individuels, familiaux et psychosociaux, l'urgence (c'est-à-dire la probabilité et l'imminence du passage à l'acte) et la dangerosité (c'est-à-dire le niveau d'élaboration du scénario suicidaire et la létalité du moyen prévu), le médecin établit un score :

- En cas d'absence de signes d'alerte, le risque suicidaire est nul.
- En cas de risque suicidaire faible, on retrouve une tristesse sans idées noires ou des idées noires mais non suicidaires. Le médecin devra rester vigilant et réévaluer ce risque à chaque entretien.
- En cas de risque modéré, on retrouve des idées suicidaires fluctuantes ou actives sans projet ; la décision se prendra au cas par cas: soit il faudra soit demander un avis psychiatrique, soit organiser une hospitalisation le cas échéant.
- Enfin, en cas de risque suicidaire élevé, on retrouve des idées suicidaires actives avec projet. L'hospitalisation doit se faire en urgence et cela même sans le consentement du patient; une hospitalisation sous contrainte pourra être pratiquée.

III) La psychothérapie

La psychothérapie, quelle qu'elle soit, sert à rétablir l'auto-déterminisme du patient. Elle aide le patient à surmonter une configuration mentale qui l'empêche de faire ses propres choix. Dans le cadre du syndrome dépressif, la psychothérapie peut être envisagée à chaque niveau de sévérité. En cas d'épisode dépressif léger, la psychothérapie représente le seul traitement; l'antidépresseur n'est pas indiqué dans ce cas.

Parmi les psychothérapies: seules quatre ont prouvé leur efficacité scientifiquement (12) :

- Les thérapies cognitivo-comportementales (TCC) (13) : elles ont pour objectif de remplacer, de façon observable et durable, des réactions problématiques par des conduites souhaitées. Il ne s'agit plus de chercher les causes à ces comportements mais plutôt un déconditionnement. C'est un modèle qui s'appuie sur une intégration de l'environnement, des pensées, des émotions et des comportements.
- La thérapie inter-personnelle (TIP) : elle vise à analyser et corriger les modes relationnels interpersonnels de la personne souffrant de dépression. La majorité des personnes souffrant de cette maladie ont des relations interpersonnelles perturbées qui déclenchent ou suivent l'apparition du trouble de l'humeur. Cette thérapie ne cherche pas à corriger l'aspect intrapsychique ou cognitif du syndrome dépressif.
- La thérapie systémique familiale (14): dans cette thérapie, la famille est considérée comme un « système », dont les interactions et les modes de communication peuvent dysfonctionner. Cette thérapie consiste à favoriser les échanges entre les membres d'une famille
- EMDR: signifie Eye Movement Desensitization and Reprocessing (que l'on peut traduire par « Désensibilisation et retraitement par les mouvements oculaires »). Elle est habituellement utilisée dans le traitement du stress post-traumatique (15);

Une étude datant de 2015 avec essai randomisé a été réalisée pour juger de l'efficacité de l'EMDR dans le traitement de la dépression (16). Sur un échantillon total de 30 personnes, un groupe avec EMDR avec traitement a été comparé avec un groupe traitement seul.

L'échelle de dépression de Beck et la SCL 90 ont été utilisés. Dans le groupe EMDR avec traitement, 11 des 14 patients soit 79% se sont améliorés en dessous des 9 points de l'échelle de Beck ce qui est considéré comme une rémission complète alors que 9 participants sur 16 soit 56% dans le groupe traitement seul ont atteints les mêmes résultats. On voit donc que dans le cadre d'un syndrome dépressif, la psychothérapie a un rôle synergique associé au traitement antidépresseur afin d'obtenir une rémission.

Une autre étude parue dans le New England en 2000 par Keller et al. (17) analysait l'évolution à court terme de 681 patients, non psychotiques, atteints de dépression chronique traités soit par un antidépresseur, le nefazodone, soit par psychothérapie comportementale (16 à 20 séances), soit par l'association des deux. Après 12 semaines, le traitement associant antidépresseur et psychothérapie permettait d'obtenir une amélioration beaucoup plus importante des symptômes et le taux de rémission était de 73 % dans ce groupe versus 48 % dans les deux autres groupes.

La psychothérapie a également un rôle dans l'aide au sevrage du traitement antidépresseur. Une méta analyse récente parue dans le JAMA en mai 2021 (18) montrait qu'un accompagnement psychologique associé à la diminution progressive du traitement serait tout aussi efficace que la poursuite du traitement à dose pleine. Les auteurs ont comparé ces deux stratégies : une psychothérapie pendant et/ou après la diminution progressive des antidépresseurs *versus* l'utilisation du traitement. Les patients devaient être en rémission totale ou partielle de la dépression. Deux évaluateurs indépendants ont procédé à la sélection de 236 articles dont quatre essais randomisés ayant fourni des données individuelles sur 714 participants (âge moyen 49 ans et 73% de femmes). Le critère principal était le risque de rechute sur une durée de 15 mois. Les auteurs n'ont pas trouvé de différence significative de rechute entre les deux groupes (HR 0,86; 0,60-1,23). Un jeune âge, une durée courte de rémission et des symptômes dépressifs importants étaient associés à un risque accru de rechute et cela pour les deux groupes ce qui veut dire que malgré les caractéristiques individuelles des deux groupes, la psychothérapie réalisée pendant et/ou après la diminution du traitement antidépresseur peut être une aide au sevrage du traitement.

On peut donc voir que la psychothérapie a un rôle à la fois dans l'obtention de la rémission des symptômes et à la fois dans le sevrage du traitement antidépresseur.

IV) Le rôle du médecin traitant

Le médecin généraliste a un rôle primordial dans le parcours de soins des patients présentant des troubles de la santé mentale. Il est pour plus de 95% des français le premier personnel de santé disponible avec un rendez-vous rapide et proche du domicile des patients (19).

Ainsi, le Baromètre santé 2005 montrait que sur 517 patients, 39% des personnes souffrant d'un épisode dépressif caractérisé et ayant eu recours à un professionnel de santé ont été prises en charge uniquement en médecine générale (20). Une étude sur les données de l'assurance maladie de l'année 2003 a montré que 96,4% des assurés ayant une prescription d'antidépresseurs étaient suivis par un médecin généraliste et seulement 17% d'entre eux avait un suivi spécialisé par un psychiatre libéral (21).

Le syndrome dépressif est un motif de consultation fréquent en médecine générale. L'étude ECOGEN (22) menée en 2011 est une étude qui s'est intéressée à la distribution des motifs de consultation en médecine générale. Il s'agissait d'une étude transversale nationale multicentrique réalisée en patientèle de médecine générale. Elle a démontré que la dépression était le 6^{ème} motif de consultation le plus fréquent avec 2,66% de consultation.

Cependant, une enquête (23) sur la prise en charge des patients dépressifs en soins primaires montrait que les médecins généralistes éprouvaient des difficultés. Elle a été réalisée en 2010 en France sur la région Nord-Ouest. Seulement 28% des médecins étaient à jour des recommandations et 18% avaient eu une expérience en psychiatrie durant leurs études. La durée de consultation ne représentait pas pour eux l'obstacle principal; c'était plutôt le manque d'offre de soins en matière de santé mentale plutôt pauvre et la liaison entre les médecins généralistes et les psychologues et/ou psychiatres difficile. Un autre aspect intéressant de cette étude montrait que le médecin généraliste avait plutôt recours au psychiatre qu'au psychologue du fait du remboursement des consultations. Au niveau de la prise en charge thérapeutique, le premier choix était l'antidépresseur, suivi de la psychothérapie et de la thérapie cognitivo-comportementale. Les médecins généralistes qui

étaient formés à la prise de charge de ces patients étaient plus à l'aise et avaient recours à plus de solutions alternatives que les antidépresseurs.

Un travail de thèse réalisée en 2018 par le Dr Urko Perret (24) s'intéressait aux difficultés rencontrées par le médecin généraliste concernant l'arrêt du traitement antidépresseur. Ce travail montrait que l'arrêt du traitement reposait généralement sur un accord médecin-patient. Les réticences et appréhensions du patient étaient un des freins à l'arrêt les plus cités. Celles-ci pouvaient expliquer certains échecs en milieu de sevrage, et le maintien parfois prolongé d'une petite dose. Certains médecins ont reconnu avoir des incertitudes lors de la décision à l'arrêt du traitement, étant donné le risque de rechute et récurrence, et en particulier : en l'absence de psychothérapie associée, en cas de récurrence dépressive, en présence de comorbidités, et en cas de traitements prolongés depuis plusieurs années. L'arrêt était toujours progressif, mais il n'y avait pas de stratégie de sevrage unifiée, et se réalisait sans référence précise.

En 2002, l'ANAES montrait que les psychothérapies faisaient rarement partie des stratégies thérapeutiques alors qu'elles sont recommandées en association ou non avec les traitements médicamenteux selon le degré de gravité (25). L'analyse des données du Baromètre santé 2005 fait apparaître également que seuls 21% des personnes présentant un épisode dépressif caractérisé ont eu recours à une psychothérapie (avec ou sans traitement antidépresseur) (26).

Le médecin généraliste est souvent amené à réaliser lui-même une psychothérapie dite de soutien (27). C'est une thérapie non codifiée, relationnelle, basée sur l'empathie, la confiance et le soutien. Elle comprend une dimension de conseil, d'information et d'explications ainsi qu'une écoute du patient. Ce soutien est une composante fondamentale du traitement de la dépression et améliore l'observance médicamenteuse. Une revue de la littérature réalisée en Angleterre en 2000 a résumé les principales composantes de la psychothérapie en médecine générale (28). On y retrouve une relation thérapeutique positive basée sur une écoute active, une empathie, un médecin concerné par la problématique, une recherche de la compréhension du problème du patient et l'incitation à un changement de comportement affectif ou émotionnel.

On peut donc voir que la psychothérapie fait rarement partie de la prise en charge du syndrome dépressif en médecine générale alors qu'elle est indiquée à tous les stades de sévérité. Elle est souvent palliée par une psychothérapie dite de soutien.

V) Le dispositif Mon Parcours Psy

Plusieurs freins à l'accès aux psychothérapies sont soulignés par les médecins généralistes (29). Les plus fréquemment cités étant le non-remboursement des consultations avec un psychologue ou un psychothérapeute non médecin (91 %), les délais d'obtention des rendez-vous avec un psychiatre (79 %) et la réticence des patients à suivre une psychothérapie (76 %).

Les psychothérapies dispensées dans les établissements du secteur public psychiatrique (CMP), hôpitaux de jour, etc.) sont prises en charge par la CNAM mais le délai de rendez-vous dans ces structures est long. Selon un rapport de l'IGAS datant de 2019 (30), le délai d'obtention d'un premier rendez-vous varie entre un jour et un mois (même si les différents acteurs affirment prendre en charge l'urgence beaucoup plus vite, soit en réservant des créneaux soit en intercalant un rendez-vous). Même s'il n'existe pas de données nationales sur le sujet, une enquête conduite par l'ARS Rhône Alpes en 2015 montrait que sur 141 CMP, le délai moyen déclaré était de 21 jours avec des extrêmes allant de 1 à 90 jours (31). Dans la plupart des CMP auditionnés, une réflexion sur l'accueil et la première évaluation a abouti au « premier rendez-vous infirmier » : un infirmier diplômé d'État (IDE) généralement formé, effectue, dans un délai bref, une première évaluation de la gravité, en présentiel ou par téléphone.

Les psychothérapies dispensées par des psychologues ou des psychothérapeutes non médecins en cabinet privé étaient jusque-là, non remboursées (même si certaines mutuelles prennent parfois en charge une partie des frais). Le prix moyen d'une consultation chez un psychologue est généralement de 50 à 70 euros par séance. Près de 70 % des psychothérapies s'effectuent en moins de 11 séances (32). Cependant pour certains patients, la psychothérapie peut durer des semaines, des mois, voire des années. Les aspects financiers constituent donc un frein pour de nombreux patients.

Pour tenter de résoudre ces problématiques d'accessibilité aux soins, le dispositif « Mon Psy » devenu « Mon parcours Psy » a été instauré en avril 2022 et son entrée en vigueur a été largement influencée par la crise sanitaire du COVID19 (33). Il concerne les patients à partir de 3 ans en souffrance psychique d'intensité légère à modérée. Le consentement des titulaires de l'autorité parentale est nécessaire pour les mineurs. Les échelles (notamment PHQ9 et GAD7 pour le trouble anxieux généralisé) peuvent être utilisées pour évaluer la gravité de la

situation. Si le patient a des antécédents psychiatriques ou une prise de médicament psychotrope, un avis psychiatrique doit être demandé au préalable. Tout médecin ou professionnel de santé (notamment sage-femme avec la dépression du post-partum) peut orienter un patient vers ce dispositif.

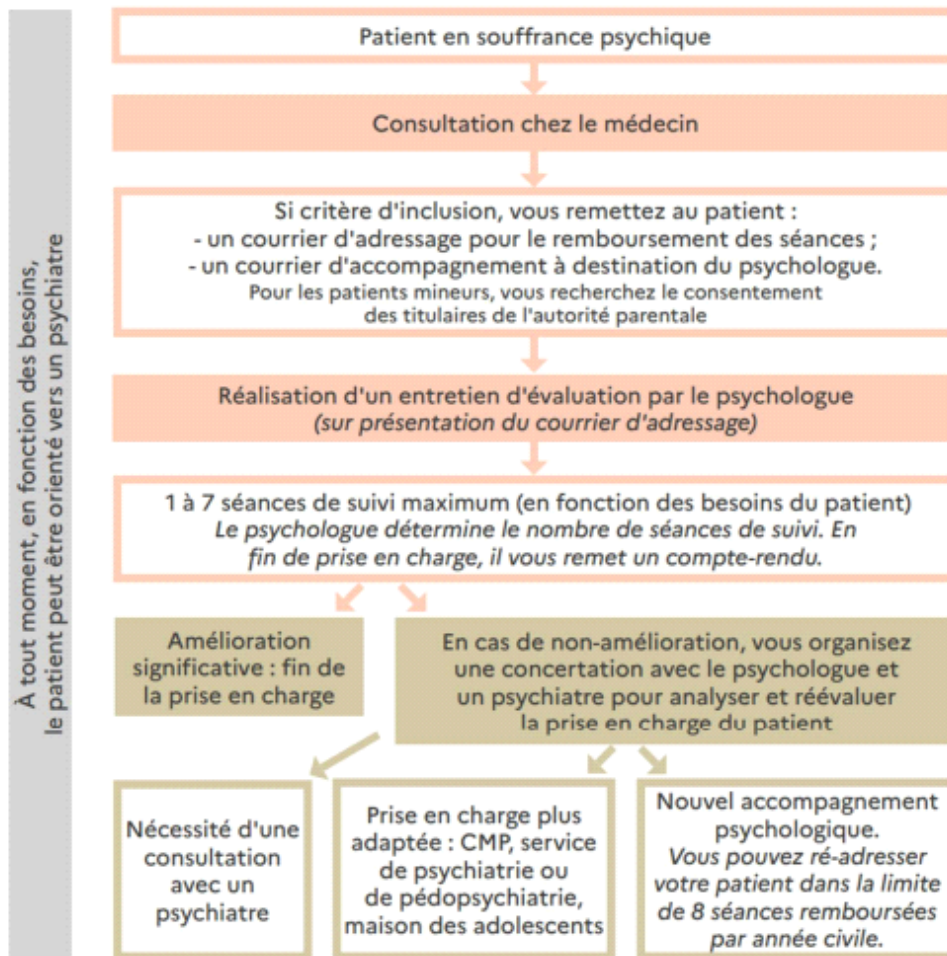
Pour orienter le patient vers le dispositif, il faut lui fournir un courrier d'adressage administratif, valable 6 mois. Il faut également un courrier d'accompagnement à destination du psychologue lui expliquant la situation et le motif de consultation. Ce dispositif permet de prendre en charge 8 séances de suivi, dont 1 séance d'évaluation. A l'issue des séances, le psychologue adresse au médecin prescripteur un compte-rendu. Parfois, un avis psychiatrique est nécessaire pour éventuellement reconduire le suivi. Le parcours d'inclusion a été résumé par un guide édité par le ministère de la santé (*Figure 1*).

Le tarif de la première séance est de 40 euros et les 7 autres séances sont à 30 euros. L'Assurance Maladie prend en charge 60% du montant de la consultation et la mutuelle ou la C2S prend en charge les 40% restants.

Mais, selon une question du Sénat publiée en avril 2023 (34), le bilan est faible au bout d'un an. Au 31 janvier 2023, le dispositif enregistrait 90 642 patients avec une moyenne de 4,1 séances/patient. Or, le dispositif donne accès à 8 séances par an avec un psychologue. Cet échec s'explique en partie par le faible nombre de psychologues qui ont accepté de se conventionner. Ils ne seraient que 2 250, soit 7 % des psychologues libéraux.

Ce dispositif est donc nécessaire mais insuffisant au vu du faible nombre de psychologues conventionnés.

Figure 1 : Guide du parcours Mon Psy



VI) La question de recherche et les objectifs de l'étude

L'idée du protocole est partie de plusieurs constats. Le syndrome dépressif représente un enjeu majeur sociétal et de santé publique et le médecin généraliste est le premier professionnel de santé à y être confronté. Le traitement antidépresseur n'est pas sans risque; il comporte effectivement des effets indésirables comme une prise de poids, une baisse de la libido et l'allongement de l'espace QT pour le Citalopram et l'Escitalopram (35). Et l'arrêt du traitement antidépresseur représente parfois une source d'incertitude pour le médecin et le patient.

Un protocole de soins a été instauré en mars 2018 au sein de la maison de santé Neil Armstrong de Grand Quevilly. Ce protocole pluri professionnel consistait à proposer à des patients volontaires pour lesquels on débutait un traitement antidépresseur un suivi par la psychologue de la MSP. Trois séances étaient prises en charge par la SISA.

La problématique qui avait motivé ce protocole est la constatation par les professionnels de santé que les patients sont parfois réticents à démarrer un traitement médicamenteux, mais qu'ils avaient ensuite du mal à l'arrêter après la période d'amendement des signes recommandée.

L'hypothèse était que les patients qui démarraient en concomitance une prise en charge par des entretiens arrêteraient plus facilement les antidépresseurs.

La question de recherche était : la psychothérapie a-t-elle favorisé l'arrêt des antidépresseurs après 6 mois d'amendement des signes, comme recommandé, au sein de la MSP de Grand Quevilly ?

L'objectif principal de cette étude était de voir si ces 3 séances de psychothérapie financées par la MSP aidaient à la poursuite de la psychothérapie et ainsi à l'arrêt du traitement antidépresseur.

MATERIEL ET METHODE

Critère d'inclusion

Le critère d'inclusion principal était que le patient avait été diagnostiqué "dépressif" en consultation par un professionnel de la MSP, sans autre comorbidité psychiatrique et qu'il débutait un antidépresseur. Le patient était prévenu qu'il rentrait dans un protocole de suivi interprofessionnel de coordination des soins.

Critères d'exclusion

Les critères d'exclusion étaient des comorbidités psychiatriques (bipolarité, psychotique, trouble du comportement alimentaire, trouble obsessionnel compulsif par exemple) et les dépressions chroniques (donc anciennes et connues).

Recueil des données

Le protocole était exposé aux patients éligibles lors d'une consultation avec leur médecin traitant. Après leur consentement libre et éclairé, les données des patients étaient recueillies en texte libre sur un questionnaire papier sur une fiche navette « aller » (Annexe 3). Le médecin devait cocher au moins 3 critères diagnostiques de la dépression parmi les symptômes suivants : tristesse, dépréciation de soi, incapacité à se projeter dans l'avenir, agitation ou ralentissement psychomoteur, difficulté à se concentrer, trouble du sommeil, trouble de l'appétit et idées suicidaires. Ces critères diagnostiques correspondent aux critères de la HAS.

La date de début d'introduction des antidépresseurs était indiquée.

Ces fiches étaient ensuite transmises à la psychologue. Elle pouvait ainsi connaître les symptômes dépressifs du patient. Néanmoins, il était convenu que c'était au patient de prendre rendez-vous avec la psychologue.

Au cours du suivi du patient, la date d'amendement des symptômes dépressifs devait être notée et l'arrêt du traitement devait être organisé dans les 6 à 12 mois après amendement des symptômes. L'objectif de ce protocole était d'encourager les patients à suivre une psychothérapie afin de les aider au sevrage et d'ainsi d'éviter la chronicisation des traitements.

Une autre fiche navette "aller" pour un deuxième protocole existait également pour les patients sans antidépresseur pour lesquels on proposait une psychothérapie. Il s'agissait de patients avec un syndrome dépressif de légère intensité ou chez qui les antidépresseurs étaient contre indiqués (par exemple les adolescents).

Un fichier de recueil des données Excel a été créé avec des données anonymes. Il comportait l'âge du patient, son sexe, s'il était bénéficiaire de la CMU ou non, la date de début des antidépresseurs, la date de la ou des séances de psychothérapie, la poursuite ou non des antidépresseurs après la fin de la psychothérapie, la date d'amendement des symptômes, la date d'arrêt des antidépresseurs et l'existence d'une rechute ou d'une récurrence ou non.

L'analyse statistique débute en mars 2018 et prend fin en novembre 2023. Mon travail de thèse consiste à évaluer l'efficacité de ce protocole. C'est une étude rétrospective avec une analyse descriptive se basant sur les dossiers médicaux.

Déroulement d'une séance de psychothérapie

Une séance de psychothérapie durait en moyenne 45 minutes. La psychologue évaluait le patient selon le questionnaire rempli par le médecin traitant avec les différents symptômes dépressifs. Elle pouvait aussi utiliser des échelles comme le PHQ9. Une évaluation clinique était également réalisée.

La psychologue de la MSP utilise comme principale technique de psychothérapie la thérapie brève (36). Cette technique consiste à attaquer le problème déterminé par le patient comme cause de son conflit actuel, se centrant principalement sur le présent. Contrairement à la psychanalyse traditionnelle qui se centre sur le passé, la thérapie brève ne se tourne vers le

passé que dans deux cas : lorsque le patient le pense important pour solutionner sa problématique présente ou quand la thérapeute estime obtenir des ressources supplémentaires et utiles pour solutionner le problème. Cette thérapie est particulièrement adaptée à ce protocole au vu du nombre de séances prises en charge.

Le retour de la séance se faisait soit via le patient, soit lors des réunions santé soit directement au praticien si la psychologue devait faire le point rapidement.

Les intervalles entre les séances pouvaient varier entre deux à trois semaines selon les besoins du patient.

Le coût d'une séance était de 65 euros, entièrement pris en charge par la SISA.

Arrêt de l'antidépresseur

Le médecin traitant réévaluait régulièrement la thymie du patient notamment lors du renouvellement du traitement. Un arrêt du traitement devait être prévu 6 à 12 mois après amendement des symptômes et de manière progressive afin de prévenir du syndrome de sevrage (*Figure 2*). Cette période comprend l'obtention d'une rémission complète et la non survenue de rechutes afin d'obtenir une guérison de l'épisode dépressif caractérisé.

Figure 2 représentant la chronologie du protocole

Début des antidépresseurs et de la psychothérapie → Amendement des signes dépressifs/

Rémission complète → Sevrage progressif → Arrêt du traitement 6 à 12 mois après →

Guérison

Reprise des antidépresseurs

La reprise des antidépresseurs peut être présente dans deux cas :

-la rechute : elle est définie par la réapparition des symptômes répondant aux critères diagnostiques de l'épisode dépressif au cours de la période de rémission et avant le délai requis pour parler de guérison.

-la récurrence ou récurrence dépressive : elle est caractérisée par l'apparition d'un nouvel épisode dépressif, c'est-à-dire après une période supérieure à 6 mois suivant la guérison d'un épisode dépressif isolé.

La présence ou non d'une rechute ou d'une récurrence à ce jour a été recherchée dans les dossiers médicaux lors de l'analyse statistique.

RESULTATS

Tableau 1 : Description des variables « sexe », « CMU » et nombre de psychothérapies

Caractéristiques des patients	Effectif n (%)
Sexe	
Femme	130 (77.4)
Homme	38 (22.6)
CMU	
Non	167 (99.4)
Oui	1 (0.6)
Nombre de séances de psychothérapie	
1	32 (19.0)
2	48 (28.6)
3	83 (49.4)
4	4 (2.4)
6	1 (0.6)
Nombre de séances de psychothérapie (regroupement)	
≤ trois séances	163 (97)
Plus de trois séances	5 (3)

Il y a 130 femmes (77.4 %) et 38 hommes (22,6 %) dans la base de données. Seulement un patient (0,6 %) bénéficie de la CMU. Le nombre de psychothérapies par patient varie de un à six. Il y a 163 patients (97 %) qui ont eu un nombre de séances de psychothérapie inférieur ou égal à trois et 5 patients (3 %) qui ont eu un nombre de séances de psychothérapie supérieur à trois. Les 3 séances de psychothérapies ont été réalisées par la moitié des patients (49,4 %).

Tableau 2 : Âge des patients

Âge	Effectif n (%)
[15 ; 24] ans	17 (10)
[25 ; 64] ans	136 (81)
65 ans et plus	15 (9)

La majorité des patients avait entre 25 et 64 ans (81 %). 17 patients avaient entre 15 et 24 ans. Parmi eux, 4 patients étaient mineurs : 2 patients avaient 17 ans, un patient avait 16 ans et un 14 ans.

Tableau 3 : Nombre de patients inclus dans le protocole par année

	Nombre de patients inclus dans le protocole
Année	n (%)
2018	20 (11,9)
2019	25 (14,9)
2020	33 (19,6)
2021	34 (20,2)
2022	24 (14,3)
2023	32 (19,1)

Tableau 4 : Combien de patients sevrés ?

Fin des antidépresseurs	Effectif n (%)
Non	79 (47.0)
Oui	76 (45.3)
Donnée manquante	13 (7.7)

Il y a 76 patients sevrés dans la base de données ce qui représente 45,3 % des patients. Il y a 79 patients qui ne sont pas sevrés (47,0 %) et 13 patients pour lesquels nous n'avons pas la donnée (7,7 %).

Tableau 5 : Patients sevrés par année

	Sevrés n (%)	Non sevrés n (%)	Données manquantes	Total
Date de première consultation				
2018	13 (65.0)	6 (30.0)	1 (5.0)	20 (100)
2019	20 (80.0)	3 (12.0)	2 (8.0)	25 (100)
2020	17 (51.5)	13 (39.4)	3 (9.1)	33 (100)
2021	24 (70.6)	8 (23.5)	2 (5.9)	34 (100)
2022	2 (8.3)	17 (70.8)	5 (20.8)	24 (100)
2023	0 (0)	32 (100)	0 (0)	32 (100)

Sur les 20 patients qui ont eu leur première séance de psychothérapie en 2018, il y a 13 patients soit 65,0 % qui sont sevrés, six patients (30,0 %) qui ne sont pas sevrés et un patient (5,0 %) pour lequel nous n'avons pas la donnée du sevrage.

Sur les 25 patients qui ont eu leur première séance de psychothérapie en 2019, il y a 20 patients soit 80,0 % qui sont sevrés, trois patients (12,0 %) qui ne sont pas sevrés et deux patients (8,0 %) pour lesquels nous n'avons pas la donnée de sevrage.

Sur les 33 patients qui ont eu leur première séance de psychothérapie en 2020, il y a 17 patients soit 51,5 % qui sont sevrés, 13 patients (39,4 %) qui ne sont pas sevrés et trois patients (9,1 %) pour lesquels nous n'avons pas la donnée de sevrage.

Sur les 34 patients qui ont eu leur première séance psychothérapie en 2021, il y a 24 patients soit 70,6 % qui sont sevrés, huit patients (23,5 %) qui ne sont pas sevrés et deux patients (5,9 %) pour lesquels nous n'avons pas la donnée de sevrage.

Sur les 24 patients qui ont eu leur première séance psychothérapie en 2022, il y a deux patients soit 8,3 % qui sont sevrés, 17 patients (70,8 %) qui ne sont pas sevrés et cinq patients (20,8 %) pour lesquels nous n'avons pas la donnée de sevrage.

Sur les 32 patients qui ont eu leur première séance psychothérapie en 2023, aucun patient n'est sevré (100 %).

Tableau 6 : Parmi les patients sevrés, combien de patients ont repris des antidépresseurs (rechute ou récurrence) ?

Reprise des antidépresseurs	Effectif n (%)
Non	64 (84.2)
Oui	10 (13.2)
Donnée manquante	2 (2.6)

Parmi les 76 patients sevrés, il y a 10 patients qui ont repris des antidépresseurs ce qui représente 13,2 % des patients sevrés. Il y a 64 patients qui n'ont pas repris des antidépresseurs (84,2 %) et deux patients pour lesquels nous n'avons pas cette donnée (2,6 %).

Délai moyen entre la date de prescription des antidépresseurs et l'amendement des signes dépressifs ou la date de fin des antidépresseurs

Amendement des signes dépressifs

Seulement 2 patients avaient une date d'amendement exacte des signes dépressifs.

Arrêt des antidépresseurs

Il y a 76 patients qui ont arrêté les antidépresseurs, 79 patients qui n'ont pas arrêté les antidépresseurs, 13 patients avec une donnée manquante.

Parmi, les patients qui ont arrêté les antidépresseurs (n = 76), 72 patients ont une date de fin des antidépresseurs.

Délai entre la date de prescription des antidépresseurs et la date de l'amendement des signes dépressifs ou la date de fin des antidépresseurs

Il y a 70 patients avec un délai entre la date de prescription des antidépresseurs et la date de l'amendement des signes dépressifs ou la date de fin des antidépresseurs (2 patients n'avaient pas de date de début des antidépresseurs).

Tableau 7 : Délai entre la date de prescription des antidépresseurs et la date de l'amendement des signes dépressifs ou la date de fin des antidépresseurs

Délai entre la date de prescription des antidépresseurs et la date de l'amendement des signes dépressifs ou la date de fin des antidépresseurs	Patients avec un délai (n = 70)
Moyenne (écart-type)	313.1 (476.3)
Médiane [Q1 ; Q3]	210.5 [131.0 ; 360.0]
[min ; max]	[1 ; 3853]

Le délai moyen entre la date de prescription des antidépresseurs et la date de l'amendement des signes dépressifs ou la date de fin des antidépresseurs est de **313 jours**.

Tableau 8 : Délai entre la première séance de psychothérapie et la date de l'amendement des signes dépressifs ou la date de fin des antidépresseurs

Délai entre la première séance de psychothérapie et la date de l'amendement des signes dépressifs ou la date de fin des antidépresseurs (en jours)	Patients (n = 73)
Moyenne (écart-type)	242.6 (203.5)
Médiane [Q1 ; Q3]	189.0 [95.0 ; 335.0]
[min ; max]	[-7.0 ; 1149.0]

Le délai moyen entre la première séance de psychothérapie et la date de l'amendement des signes dépressifs ou la date de fin des antidépresseurs est de 243 jours.

DISCUSSION

I) Validité interne du protocole

Forces du protocole

Il convient de saluer l'initiative de ce protocole notamment au vue des chiffres augmentés de la dépression durant la période Covid et post Covid comme mentionné dans l'introduction.

L'élaboration et la mise en œuvre de protocoles pluri-professionnels présentent de nombreux avantages :

- ils améliorent l'adhésion aux recommandations de bonne pratique et la qualité de la prise en charge des patients
- ils réduisent les variations de pratiques entre professionnels
- ils favorisent une bonne atmosphère de travail et d'organisation des équipes professionnelles et ainsi réduisent le risque d'épuisement
- ils améliorent la qualité des informations recueillies dans les dossiers médicaux.

La HAS a élaboré en février 2015 des recommandations pour l'élaboration et la mise en œuvre d'un protocole pluri professionnel (37). Il faut dans un premier temps analyser la pratique actuelle, définir les objectifs et concevoir le protocole. Le protocole doit répondre à un besoin explicite de l'équipe ce qui était le cas ici. Le protocole doit être formalisé sur un document simple et court ce qui était également le cas. Il a été validé par tous les professionnels de santé de la MSP. Le questionnaire était simple à remplir ; il suffisait de cocher au minimum 3 cases sur les 8 items pour inclure les patients.

Selon ces mêmes critère de la HAS, le protocole a été mis à jour régulièrement au cours de RCP en fonction des pratiques des médecins et de la psychologue, de l'expérience des professionnels et des patients et de l'évolution des recommandations. Par exemple, au vu du nombre croissant de consultation d'adolescents pour un syndrome dépressif, un autre

protocole parallèle a été créé afin d'inclure ces patients dans un suivi psychologique sans prescription d'antidépresseur.

Le nombre de patients inclus représente également une force dans cette étude. En effet, les données de 168 patients ont pu être analysées durant ce travail.

Ensuite, le fait que la psychologue exerçait au sein du même cabinet que les médecins généralistes nous a permis d'avoir une bonne coordination interprofessionnelle. Les questionnaires « allers » étaient directement remis à la psychologue. Elle avait également accès à l'ensemble du dossier médical du patient via le logiciel partagé.

Un arrêt du traitement antidépresseur était envisagé dès le début ce qui permettait au médecin et au patient de se projeter. L'arrêt du traitement était organisé dans les 6 à 12 mois suivant l'amendement des symptômes.

Faiblesses de l'étude

On retrouve un biais d'inclusion. En effet, n'étaient recrutés que les patients pour lesquels un traitement antidépresseur était introduit en concomitance avec le début des entretiens avec la psychologue. Cette étude ne s'intéressait pas à l'impact de la psychothérapie sur la dépression chronique (durée de plus de 2 ans).

Ensuite, la prise en charge des séances de psychothérapie par la maison de santé était au nombre de trois. Seulement 3% des patients en ont réalisé plus de trois. Selon une méta analyse réalisée en 1986 (38), on sait qu'il existe une relation dose/effet entre le nombre de séances de psychothérapie et l'amélioration du patient. Des données avaient été collectées sur une période de plus de 30 ans et ont montré que 50% des patients avaient une amélioration thymique au bout de 8 séances et 75% au bout de 26 séances. Dans le groupe dépression et anxiété, 50% des patients avaient une amélioration au bout de 8 à 13 séances.

Egalement, des chercheurs australiens ont récemment publié une analyse du programme Headspace prodiguant de la psychothérapie aux jeunes de 12 à 25 ans (39) ; ont été analysées les données concernant 20 000 patients en comparant les effets des thérapies à court et à long

terme. En général, ils ont observé que les jeunes en suivi à court terme avaient tendance à davantage s'améliorer pendant leur thérapie que ceux en suivi à long terme. Cependant, 90 jours après la fin de leur thérapie soit 3 mois, les jeunes qui avaient reçu un suivi de courte durée étaient demeurés relativement stables dans leur fonctionnement, alors que ceux qui avaient reçu de la thérapie pendant plus de 10 rencontres ont montré une amélioration importante de leurs symptômes, comparativement à ce qu'ils présentaient lors de leur dernière rencontre de psychothérapie. Quelques facteurs limitent la généralisation des résultats : peu de jeunes ont accepté de répondre à l'entrevue 90 jours après la fin de la thérapie (à peu près 3% d'entre eux ; généralement ceux qui avaient déjà un meilleur niveau de fonctionnement dès le début du traitement) et les jeunes qui sont restés en traitement pendant plus de 10 rencontres présentaient des symptômes plus sévères en début de thérapie que ceux qui ont reçu de la thérapie à plus court terme. Néanmoins, on pourrait assumer que, dans certains cas, les thérapies à plus long terme peuvent permettre au patient de s'outiller suffisamment pour qu'il continue de s'améliorer, pour demeurer « son propre thérapeute » longtemps après que son traitement psychologique soit officiellement terminé.

Nous avons également remarqué une difficulté des praticiens à noter la date d'amendement des symptômes. En effet, seulement deux patients ont une date d'amendement des signes dépressifs. Cette donnée manquante annonce une difficulté d'analyse ultérieure sur le délai d'arrêt des antidépresseurs par rapport à l'amendement des signes.

Enfin, il était prévu de constituer un groupe témoins avec les patients orientés par les médecins à l'intérieur du protocole mais qui n'avaient pas pris rendez-vous avec la psychologue. Le chercheur n'a pu récupérer et exploiter ces données. En conséquence, l'échantillon des patients débutant un traitement antidépresseur pour lequel une fiche navette avait été transmise par le médecin à la psychologue, mais qui n'ont pas appelé la psychologue pour entamer la psychothérapie, n'a pas été introduit dans l'étude pour effectuer la comparaison prévue.

II) Discussion des résultats

- Caractéristiques de la population

Ratio homme/femme

Dans cette étude, plus des trois quarts des patients sous antidépresseurs ayant accepté de réaliser ces séances de psychothérapie sont des femmes. Cela confirme les données retrouvées dans la littérature. En effet, selon l'enquête réalisée en 2016 par le HCSF, 8,9 % des femmes ont eu recours à une psychothérapie en France versus 4,9 % des hommes (40).

Un autre élément d'explication se trouve dans la prévalence du syndrome dépressif chez les femmes. Comme indiquée dans l'introduction, la proportion de femmes atteintes de syndrome dépressif dans la population générale est plus élevée avec 6% des femmes contre 4% des hommes. Cela peut s'expliquer par plusieurs facteurs de vulnérabilité qui sont relatés dans un article de la Revue médicale suisse paru en 2015 (41):

-individuel: les femmes vivraient une fréquence plus élevée d'événements critiques dans leur vie, notamment avec les changements hormonaux, les grossesses et la ménopause. De plus, elles traitent et analysent le stress et les émotions différemment des hommes : elles présentent plus de ruminations, d'émotions intenses, de symptômes psychosomatiques avec un besoin de support social.

-relationnel notamment avec le rôle de la charge mentale et la présence ou non de violence sexuelle et conjugale au sein du couple.

-communautaire et sociétal avec le rôle du travail. Selon le dernier baromètre IPSOS 2022 (42), 38% des femmes interrogées ont vécues une situation de harcèlement au travail, même si les hommes sont loin d'être épargnés (31%).

Concernant la psychothérapie, les femmes semblent plus enclines à demander une aide spécialisée et consultent plus fréquemment et plus longtemps leur thérapeute que les hommes (43). Il n'existe pas de différences entre les deux genres, concernant l'efficacité des

psychothérapies. Cette efficacité est déterminée selon des facteurs comme la motivation du patient, sa personnalité et celle du thérapeute, son âge, ou encore le type de thérapie utilisé (44).

Âge des patients

On peut voir que la majorité des patients avait entre 25 et 64 ans (81%). Seulement 4 patients étaient mineurs. Un patient était âgé de 14 ans mais selon notre analyse à posteriori, la psychothérapie a été débutée seule sans traitement. Les autres patients étaient âgés de 16 et 17 ans.

Selon les dernières recommandations de la HAS datant de 2014 (45), le traitement de premier intention chez les adolescents entre 12 et 18 ans consiste à débiter une thérapie de soutien. Son efficacité sera évaluée après 4 à 8 semaines. En cas de résistance ou d'aggravation des symptômes, il est recommandé de mettre en place une psychothérapie spécifique. Si après 4 à 8 semaines, on ne constate pas d'amélioration ou une aggravation des symptômes ou bien si l'adolescent présente un signe de gravité empêchant tout travail relationnel, il est possible d'associer un traitement antidépresseur.

Même dans les épisodes dépressifs d'intensité modérée à sévère (selon le DSM-5 ou la CIM-10), il est recommandé de ne pas prescrire en première intention un traitement antidépresseur, ni seul ni associé à une thérapie.

Seule la fluoxétine est recommandée dans le syndrome dépressif de l'adolescent dans le cadre des soins de premier recours. La posologie peut débiter par une demi-dose par rapport à la dose adulte pour atteindre en 1 à 2 semaines celle indiquée chez l'adulte.

Quand le traitement antidépresseur est débiter, il est recommandé de lui associer une psychothérapie adaptée.

Dans le cas de ces patients, il serait intéressant de savoir ce qui a motivé la prescription d'un antidépresseur d'emblée avec la psychothérapie.

La Couverture Maladie Universelle

La loi du 27 juillet 1999 a créé la CMU afin d'assurer la prise en charge des soins aux assurés en situation de précarité, à la fois pour la part prise en charge par la sécurité sociale (CMU de base) mais également pour la part complémentaire (CMU-complémentaire) (46). En 2016, la CMU de base a été élargie afin de prévoir la prise en charge des frais de santé pour toutes les personnes exerçant une activité professionnelle ou résidant en France de manière stable et régulière. La CMU est un marqueur de vulnérabilité sociale : les patients qui en bénéficient vivent sous le seuil de pauvreté. Fin 2018, une enquête de la DREES (47) montrait que 29 % des bénéficiaires de minima sociaux se déclaraient en mauvais ou en très mauvais état de santé. 58 % ont au moins une maladie chronique et 28 % sont fortement limités dans leurs tâches quotidiennes à cause d'un problème de santé ce qui caractérise une situation de handicap. Leur état de santé est moins bon que celui de l'ensemble de la population. Leur bien-être psychologique est également plus dégradé : 26 % présentent un risque de dépression contre 10 % des actifs occupés.

Pourtant, dans cette étude, seulement un patient était bénéficiaire de la CMU. Et on retrouve également un faible pourcentage de consultations pour le dispositif Mon Parcours Psy avec 11% de bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire (ex CMU).

On peut donc se poser la question des obstacles ressentis par ces patients pour accéder à ce type de soins et quelles pourraient être les pistes afin d'inclure ces patients vulnérables dans le parcours de soins.

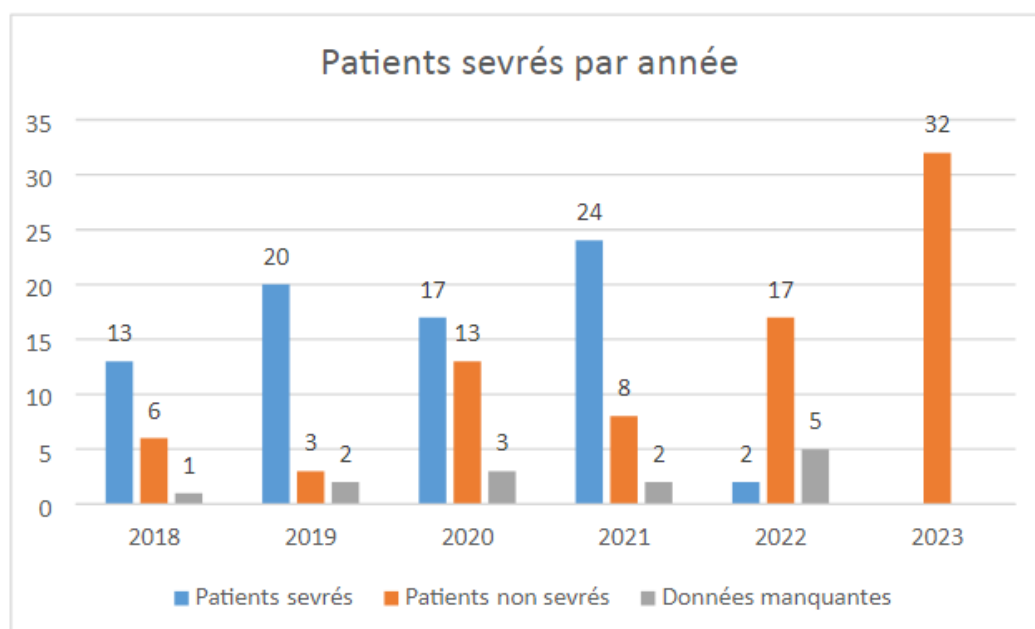
- **Nombre de patients sevrés**

Le sevrage de l'antidépresseur devait avoir lieu environ 6 à 12 mois après amendement des symptômes comme le recommande la HAS.

Si l'on analyse globalement les chiffres, on peut voir que 76 patients ont été sevrés ce qui représente 45,3 % des patients de la base de données. Il y a 79 patients qui ne sont pas sevrés (47,0 %) et 13 patients pour lesquels nous n'avons pas de donnée (7,7 %).

Or, quand on analyse les chiffres par année (*Figure 3*), on peut voir que les résultats sont bien meilleurs pour les patients avec lesquels on a le plus de recul c'est-à-dire en 2018, 2019 et 2021 avec respectivement 65%, 70,6% et 80% de patients sevrés. Les chiffres sont moins importants pour les années les plus récentes, le recul étant moins grand. Pour l'année 2023, aucun patient n'était sevré au moment de l'analyse statistique.

Figure 3 : nombre de patients sevrés par année



Nous avons pu obtenir seulement deux patients avec une date exacte d'amendement des signes dépressifs. Nous avons fait le choix d'analyser le délai moyen entre la date de prescription des antidépresseurs et la date de l'amendement des signes dépressifs ou la date de fin des antidépresseurs quand celle-ci n'était pas renseignée. Cela nous a permis d'analyser 70 patients.

Le délai moyen entre la date de prescription des antidépresseurs et la date de l'amendement des signes dépressifs ou la date de fin des antidépresseurs est de **313 jours**. Ce délai comprend donc l'amendement des signes puis la poursuite pendant 6 à 12 mois du traitement antidépresseur.

Ce délai est réduit à **243 jours** entre la première séance de psychothérapie et la date de l'amendement des signes dépressifs ou la date de fin des antidépresseurs. Cet écart entre les deux délais montre que la psychothérapie n'était pas forcément débutée au même moment que le traitement médicamenteux mais 70 jours plus tard soit environ 2 mois après. Cela peut s'expliquer par les disponibilités d'une part du patient et d'autre part de la psychologue.

On peut donc voir que pour obtenir une guérison du syndrome dépressif, le traitement antidépresseur doit être prescrit en moyenne une année. Or, on sait que l'antidépresseur est parfois arrêté de façon trop précoce ce qui augmente le risque de rechute.

Une étude réalisée en 2011 selon les données de l'Assurance Maladie (48) montrait que la plupart des traitements antidépresseurs duraient moins de six mois (81,8 %) et plus de la moitié 28 jours ou moins (58,1 %). Une durée de traitement conforme aux recommandations était associée de manière indépendante à l'âge, au sexe féminin, à une affection de longue durée reconnue, à l'absence de couverture médicale universelle et à la co-prescription de médicaments psychotropes. La spécialité du prescripteur influait sur la durée de traitement, plus longue lorsqu'il était prescrit par un psychiatre par rapport à une prescription par un médecin généraliste ou un autre spécialiste.

- **Nombre de reprise des antidépresseurs**

Ici, parmi les 76 patients sevrés, le taux de rechute ou de récurrence est de seulement 13,2 % au moment de l'analyse statistique.

Il est important d'obtenir une rémission complète du patient afin de prévenir une éventuelle rechute. On sait que les patients en rémission partielle sont ceux qui présentent un risque important de rechute avec un taux trois fois plus élevé que les sujets ayant atteint une rémission complète (49). Et plus le nombre de rechutes est important, plus le risque de récurrence l'est aussi. Ainsi, après un premier épisode, plus de 50% des personnes développeront un deuxième épisode dépressif. Après deux épisodes, le taux de rechute augmente à 70% et au-delà de trois épisodes, à 90%.

III) Conclusion

Le protocole initié (et actuellement toujours en cours) par la maison de santé Armstrong a été instauré début 2018 soit bien avant le début du dispositif Mon Parcours Psy. Il montre la volonté des médecins généralistes de la MSP de vouloir collaborer étroitement avec le personnel paramédical afin d'assurer un meilleur suivi du patient, une meilleure observance et obtenir ainsi une meilleure efficacité du traitement antidépresseur.

La question de recherche était: la psychothérapie a-t-elle favorisé l'arrêt des antidépresseurs après 6 mois d'amendement des signes, comme recommandé, au sein de la MSP de Grand Quevilly ?

Nous ne pouvons pas clairement répondre par l'affirmative en raison du faible nombre de patients ayant une date exacte d'amendement des symptômes.

Néanmoins, près de la moitié des patients ont arrêté leur antidépresseur en moyenne **un an** après la première prescription. Or, d'après les recommandations de l'ANAES (50), un traitement antidépresseur comprend une phase d'attaque du traitement pendant 6 à 12 semaines pour traiter la phase aiguë de la dépression et une phase de consolidation de 4 à 9 mois visant à maintenir le bénéfice et réduire le risque de rechute. Au total, le traitement d'un premier épisode doit durer au minimum 1 an. Donc on peut dire que ce protocole a dans une certaine mesure aidé à suivre les recommandations de durée de traitement. Il a pu éviter des durées de traitement trop courtes qui favorisent le risque de rechute ou au contraire trop longues et ainsi éviter une chronicisation du traitement.

Le faible taux de reprise des antidépresseurs est encourageant malgré le manque de recul sur les dernières données.

En raison du coût financier supporté par la SISA (environ 26000 euros pour cette étude), le nombre de séances de psychothérapie prises en charge étaient au nombre de 3 et très peu de patients ont poursuivi les séances au-delà (3 %). Cependant, les séances pourraient être prises en charge au-delà de 3 grâce à la mise en place de « Mon Parcours Psy » ce qui ferait au total 11 séances de psychothérapie. La psychologue de la maison de santé n'adhérant pas au dispositif « Mon Parcours Psy », une coordination avec un autre professionnel s'imposerait.

Comme prévu initialement, il serait intéressant de comparer ces résultats avec un groupe témoins de patients débutant le traitement antidépresseur et de voir quel serait le pourcentage de rémission et de rechute et au bout de combien de temps un amendement des signes dépressifs est obtenu.

BIBLIOGRAPHIE

1. World Health Organization (WHO) [En ligne]. Principaux repères sur la dépression ; 31 mars 2023 [cité le 18 sep 2023]. Disponible : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/depression#:~:text=On%20estime%20que%203,8,femme%20que%20chez%20l'homme>
2. Accueil [En ligne]. Prévalence des épisodes dépressifs en France chez les 18-85 ans : résultats du Baromètre santé 2021 ; 14 avril 2023 [cité le 18 sep 2023]. Disponible : <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/sante-mentale/depression-et-anxiete/documents/article/prevalence-des-episodes-depressifs-en-france-chez-les-18-85-ans-resultats-du-barometre-sante-2021>
3. Confinement du printemps 2020 : une hausse des syndromes dépressifs, surtout chez les jeunes de 15-24 ans [En ligne]. DREES ; mars 2021 [cité le 21 sep 2023]. 8 p. Etudes et Résultats. Disponible: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-03/ER1185.pdf>
4. Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses [En ligne] ; juil 2020 [cité le 18 sep 2023]. 268 p. Propositions de l'Assurance Maladie. Disponible : https://assurance-maladie.ameli.fr/sites/default/files/2020-07_rapport-propositions-pour-2021_assurance-maladie_1.pdf
5. Statista Daily Data [En ligne]. Infographie : Qui sont les plus gros consommateurs d'antidépresseurs ? ; 8 sep 2022 [cité le 21 sep 2023]. Disponible : <https://fr.statista.com/infographie/4032/plus-gros-consommateurs-dantidepresseurs-au-monde/>.

6. Programme pluriannuel relatif à la psychiatrie et à la santé mentale. (2013, 9 octobre). Haute Autorité de Santé - Professionnels. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-01/2013_10_08_programme_sante_mentale_college.pdf
7. Perseus Digital Library [En ligne]. Henry George Liddell, Robert Scott, A Greek-English Lexicon,μελαγ-χολία ; 1940 [cité le 22 sep 2023]. Disponible : <https://www.perseus.tufts.edu/hopper/text?doc=Perseus:text:1999.04.0057:entry=melagxoli/a>
8. Épisode dépressif caractérisé de l'adulte : prise en charge en soins de premiers recours [En ligne]. Haute Autorité de Santé ; oct 2017 [cité le 25 sep 2023]. 5 p. Disponible : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-10/depression_adulte_fiche_de_synthese_diagnostic.pdf
9. El-Den S, Chen TF, Gan YL, Wong E, O'Reilly CL. The psychometric properties of depression screening tools in primary healthcare settings: A systematic review. *J Affect Disord.* 2018 Jan 1;225:503-522. doi: 10.1016/j.jad.2017.08.060. Epub 2017 Aug 23. PMID: 28866295.
10. Trajković G, Starčević V, Latas M, Leštarević M, Ille T, Bukumirić Z, Marinković J. Reliability of the Hamilton Rating Scale for Depression: a meta-analysis over a period of 49 years. *Psychiatry Res.* 2011 Aug 30;189(1):1-9. doi: 10.1016/j.psychres.2010.12.007. Epub 2011 Jan 26. PMID: 21276619.
11. Perogamvros L, Chauvet I, Rubovszky G. Quand référer aux urgences un patient présentant une crise suicidaire? [When should a patient in suicidal crisis be referred to the emergency ward?]. *Rev Med Suisse.* 2010 Aug 25;6(259):1555-7. French. PMID: 20873436.
12. Neveux, N. (s. d.). Psychothérapie : quelles sont les différentes thérapies existantes ? Psychiatre Paris TCC, TIP, EMDR. <https://e-psychiatrie.fr/sante-mentale-paris-psy-psychiatre/psychotherapie-psychanalyse-tcc-therapie-familiale-gestalt-paris/>
13. Mirabel-Sarron C, Vera L. Leçon 1 : Des bases théoriques successives et complémentaires. In: *L'entretien en thérapie comportementale et cognitive.* Dunod. Dunod; 2014. p. 2-11.

14. Albernhe K. et T., Les thérapies familiales systémiques, éd. Elsevier Masson, 2014
15. EMDR : 6 choses à savoir sur cette thérapie qui propose de se soigner en bougeant les yeux - IFEMDR. (2022, 10 novembre). IFEMDR. <https://www.ifemdr.fr/emdr-6-choses-a-savoir-sur-cette-therapie-qui-propose-de-se-soigner-en-bougeant-les-yeux/>
16. Hofmann, A., Hilgers, A., Lehnung, M., Liebermann, P., Ostacoli, L., Schneider, W., & Hase, M. (2015). L'EMDR (désensibilisation et retraitement par les mouvements oculaires) comme traitement d'appoint de la dépression unipolaire : une étude contrôlée. *Journal of EMDR Practice and Research*, 9(3), 94–104. <https://doi.org/10.1891/1933-3196.9.3.e94>
17. Keller, M.B., et al. 2000. A comparison of nefazodone, the cognitive behavioral-analysis system of psychotherapy, and their combination for the treatment of chronic depression. *N Engl J Med* 342: 1462-1470.
18. JAMA: Breedvelt JJF, Warren FC, Segal Z, Kuyken W, Bockting CL. Continuation of Antidepressants vs Sequential Psychological Interventions to Prevent Relapse in Depression: An Individual Participant Data Meta-analysis. *JAMA Psychiatry*. 2021;78(8):868–875. doi:10.1001/jamapsychiatry.2021.0823
19. Gallais JL. Médecine générale, psychiatrie et soins primaires: regard de généraliste. *Inf Psychiatr*. 12 juin 2014;90(5):323-9.
20. Briffault, X., Morvan, Y., Rouillon, F., Dardennes, R., & Lamboy, B. (2010). Recours aux soins et adéquation des traitements de l'épisode dépressif majeur en France. *L'Encéphale, Supplément 2*, 48-58. Etude sur les données du Baromètre Santé 2005 concernant les 1404 personnes présentant un épisode dépressif caractérisé.
21. Chan Chee C, Beck F, Sapinho, Guilbert P. La dépression en France : enquête Anadep 2005. INPES Editions; 2009.
22. Letrillart, L., Supper, I., Schuers, M., Darmon, D., Boulet, P., Favre, M., Guérin, M.-H., & Mercier, A. (2014). ECOGEN : étude des Éléments de la COnsultation en médecine GENérale. *Exercer*, 25(114), 148–157

23. Mercier A, Kerhuel N, Stalnikiewitz B, Aulanier S, Boulnois C, Becret F, et al. Enquête sur la prise en charge des patients dépressifs en soins primaires: les médecins généralistes ont des difficultés et des solutions. L'Encéphale. juin 2010;36(2):73-82.
24. Perret, U. (2018). Exploration des représentations et des difficultés des médecins généralistes concernant l'arrêt des antidépresseurs dans le cadre d'un Épisode Dépressif Caractérisé de l'adulte de 18 à 75 ans (Publication no 01723561) [Résumé étendu de Thèse de doctorat en médecine, Université]. DUMAS. <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01723561v1>
25. Prise en charge d'un épisode dépressif isolé de l'adulte en ambulatoire, Recommandations pour la pratique clinique, ANAES, Mai 2002 ; Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé. Traitements par antidépresseurs [dossier] 2006. <http://ansm.sante.fr/Dossiers-thematiques/Traitements-par-antidepresseurs/Traitement-par-antidepresseurs/%28offset%29/0>
26. Briffault, X., Morvan, Y., Rouillon, F., Dardennes, R., & Lamboy, B. (2010). Recours aux soins et adéquation des traitements de l'épisode dépressif majeur en France. L'Encéphale, Supplément 2, 48-58.
27. Parquet PJ, Chevallier L, Cuche H, Darcourt G, Ferreri M, Frimat P, et al. Itinéraire des déprimés. Réflexion sur leur trajectoire en France. Rapport d'experts. 2011. Disponible : https://www.sfmj.org/upload/consensus/re_depression%20itin.pdf
28. Cape J, Barker C, Buszewic M, Pistrang N. General practitioner psychological management of common emotional problems (II): A research agenda for the development of evidence-based practice. Br J Gen Pract 2000;50:396-99.
29. Dumesnil H, Cortaredona S, Cavillon M, Mikol F, Aubry C, Sebbah R, et al. La prise en charge de la dépression en médecine générale de ville. DREES Etudes et Résultats. sept 2012;(810):8.

30. Dupays, S., & Emmanuelli, J. (2020). Les centres médico-psychologiques de psychiatrie générale et leur place dans le parcours du patient (RAPPORT IGAS N°2019-090R). <https://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2019-090r.pdf>
31. Enquête sur les Centres Médico-Psychologiques (CMP) de la région Rhône-Alpes, Juin 2015, <https://www.f2rsmpsy.fr/fichs/11730.pdf>
32. Lecadet, J., Vidal, P., Baris, B., Vallier, N., Fender, P., Allemand H et le groupe Médipath. Médicaments psychotropes : consommation et pratiques de prescription en France métropolitaine. I. Données nationales, Rev Med Ass Maladie 2003;34,2:75-84
33. Ministère des Solidarités et de la Santé. MonPsy Guide pratique à destination des médecins [Internet]. 2022 [cité 20 février 2024]. Disponible sur: https://monpsy.sante.gouv.fr/documents/MonPsy_Guide%20m%C3%A9decin_2022.pdf
34. Pierre, C. (2023, 20 avril). Évaluation du dispositif « MonParcoursPsy ». Sénat. <https://www.senat.fr/questions/base/2023/qSEQ230406464.html>
35. Information de sécurité - Citalopram et Escitalopram (Seropram, - ANSM. (2022, 24 mai). ANSM. <https://ansm.sante.fr/informations-de-securite/citalopram-et-escitalopram-seropram-seroplex-generiques-rappel-sur-le-risque-dallongement-dose-dependant-de-lintervalle-qt>
36. Delroeux, Olivier. « La thérapie brève de Palo Alto : l'approche interactionnelle des situations dépressives », Thérapie Familiale, vol. 29, no. 4, 2008, pp. 513-534.
37. Comment élaborer et mettre en œuvre des protocoles pluriprofessionnels ? (Points clés et solutions HAS). (2015). https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-05/fpcs_protocoles_pluri-pro_web2.pdf
38. Howard KI, Kopta SM, Krause MS, Orlinsky DE. The dose-effect relationship in psychotherapy. Am Psychol. 1986 Feb;41(2):159-64. PMID: 3516036.

39. Rickwood DJ, Mazzer KR, Telford NR, Parker AG, Tanti CJ, McGorry PD. Changes in psychological distress and psychosocial functioning in young people visiting headspace centres for mental health problems. *Med J Aust.* 2015 Jun 1;202(10):537-42. doi: 10.5694/mja14.01696. PMID: 26021366
40. Kovess-Masfety, V., & Husky, M. (2016). Recours à la psychothérapie en France : résultats d'une enquête épidémiologique dans quatre régions (Rapport du HCSP).
41. Papanikola, G., Borcan, D., Sanida, E., & Escard, E. (2015). Santé mentale au féminin : entre vulnérabilité intrinsèque et impacts des facteurs psychosociaux ? *Revue Médicale Suisse*, 11(487), 1750–1754. <https://doi.org/10.53738/revmed.2015.11.487.175>
42. Le baromètre du harcèlement au travail - Qualisocial x Ipsos (2022). (2022, septembre). Qualisocial. https://www.qualisocial.com/le-barometre-du-harcelement-au-travail-qualisocial-x-ipsos-2022/#formulaire_harcelement
43. KapurN, HuntI, LuntM, . Primary care consultation predictors in men and women : A cohort study. *Br J Gen Pract* 2005;55:108–13.
44. CastonguayLG, BeutlerLE. Principles of therapeutic change that work. New York : Oxford University Press, 2006.
45. Manifestations dépressives à l'adolescence : repérage, diagnostic et prise en charge en soins de premier recours (Méthode Recommandations pour la pratique clinique, HAS). (2014). https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-12/manifestations_depressives_recommandations.pdf
46. Aujourd'hui, la loi CMU à 20 ans. – Ministère du travail, de la santé et des solidarités. (s. d.). Ministère du travail, de la santé et des solidarités. [https://sante.gouv.fr/archives/archives-presse/archives-breves/article/aujourd-hui-la-loi-cmu-a-20-ans#:~:text=La%20loi%20du%2027%20juillet,compl%C3%A9mentaire%20\(CMU-compl%C3%A9mentaire\)](https://sante.gouv.fr/archives/archives-presse/archives-breves/article/aujourd-hui-la-loi-cmu-a-20-ans#:~:text=La%20loi%20du%2027%20juillet,compl%C3%A9mentaire%20(CMU-compl%C3%A9mentaire)).
47. Bénéficiaires de minima sociaux : un état de santé général et psychologique dégradé, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. (2021, 30 juin). <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/beneficiaires-de-minima-sociaux-un-etat-de-sante-general-et>

48. Tournier, M., Cougnard, A., Boutouaba-Combe, S., & Verdoux, H. (2011). Étude sur la durée des traitements antidépresseurs en France et ses déterminants à partir des bases de données de l'Assurance maladie. *L'Encéphale*, 37, S36—S41. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2010.06.007>
49. Paykel ES, Ramana R, Cooper Z, Hayhurst H, Kerr J, Barocka A. Residual symptoms after partial remission: an important outcome in depression. *Psychol Med*. 1995 Nov;25(6):1171-80. doi: 10.1017/s0033291700033146. PMID: 8637947.
50. ANAES : Bon usage des médicaments antidépresseurs dans le traitement des troubles dépressifs et des troubles anxieux de l'adulte. In: Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé, Paris, 2006. <https://documents.resip.fr/000216.pdf>

ANNEXES

Annexe 1 : évaluation de la sévérité du syndrome dépressif à l'aide du questionnaire PHQ9

Questions	Jamais (0)	Plusieurs jours (1)	Plus de la moitié du temps (2)	Presque tous les jours (3)
Au cours des 2 dernières semaines, selon quelle fréquence avez-vous été gêné(e) par les problèmes suivants ?				
Peu d'intérêt ou de plaisir à faire les choses				
Être triste, déprimé(e) ou désespéré(e)				
Difficultés à s'endormir ou à rester endormi(e), ou dormir trop				
Se sentir fatigué(e) ou manquer d'énergie				
Avoir peu d'appétit ou manger trop				
Avoir une mauvaise opinion de soi-même, ou avoir le sentiment d'être nul (le), ou d'avoir déçu sa famille ou s'être déçu(e) soi-même				
Avoir du mal à se concentrer, par exemple, pour lire le journal ou regarder la télévision				
Bouger ou parler si lentement que les autres auraient pu le remarquer. Ou au contraire, être si agité(e) que vous avez eu du mal à tenir en place par rapport à d'habitude				
Penser qu'il vaudrait mieux mourir ou envisager de vous faire du mal d'une manière ou d'une autre				

Score	Sévérité de la dépression	Commentaires
0-4	Minimale or pas présente	Surveillance
5-9	Légère	Jugement clinique pour évaluer besoin de traitement
10-14	Modérée	
15-19	Modérément sévère	Besoin de traitement (psychothérapie ou médicamenteux)
20-27	Sévère	

<https://www.rafael-postcovid.ch/questionnaire-sur-la-sante-du-patient-phq-9>

Annexe 2 : évaluation de l'urgence suicidaire et de la dangerosité à l'aide de l'échelle RUD

Niveaux de risque	Symptômes	Evaluations du potentiel suicidaire R.U.D.	Actions proposées
0	Pas de détresse	–	–
1	Tristesse sans idées noires/suicidaires	R.U.D. faible	Suivi par généraliste
2	Idées noires mais pas suicidaires	R.U.D. faible	Suivi ambulatoire psychiatrique ou par généraliste
3	Idées suicidaires fluctuantes sans projet, ou antécédents psychiatriques	R.U.D. faible ou moyen	Suivi ambulatoire psychiatrique
4	Idées suicidaires actives sans projet, ou antécédents psychiatriques	R.U.D. moyen	Suivi ambulatoire psychiatrique ou hospitalisation, selon alliance thérapeutique et engagement du patient
5	Idées suicidaires actives sans projet avec antécédents psychiatriques	R.U.D. moyen ou élevé	Hospitalisation ou soutien ambulatoire psychiatrique (soutien CTB) si engagement du patient
6	Idées suicidaires actives avec projet sans antécédents psychiatriques	R.U.D. élevé	Hospitalisation
7	Idées suicidaires actives avec projet et antécédents psychiatriques – Passage à l'acte	R.U.D. élevé	Hospitalisation

<https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2010/revue-medicale-suisse-259/quand-referer-aux-urgences-un-patient-presentant-une-crise-suicidaire>

Annexe 3 : fiche navette « aller »

Fiche navette « aller »

Nom du patient

Nom du médecin traitant

Nom du professionnel faisant entrer le patient dans le protocole

Nom et N° téléphone du psychologue :

Date diagnostic dépression	
-----------------------------------	--

Critères d'inclusion : Au moins 3 des signes suivants :

	Présent (mettre une croix)
Tristesse	
Dépréciation de soi	
Incapacité de se projeter dans l'avenir	
Agitation ou ralentissement psychomoteur	
Difficulté à se concentrer	
Trouble du sommeil	
Trouble de l'appétit	
Idées suicidaires	

Vérifier l'absence de critères d'exclusion : comorbidités (bipolarité, psychotique trouble comportement alimentaire, trouble obsessionnel compulsif par exemple), et dépressions chroniques.)

Date de début des antidépresseurs	
Date de début des entretiens à visée psychothérapeutique	

Résumé :

Le syndrome dépressif est un enjeu de santé publique majeur. Le médecin généraliste a un rôle primordial dans le parcours de soins des patients présentant des troubles de la santé mentale. Dans le cas de l'épisode dépressif caractérisé, la psychothérapie fait rarement partie de la prise en charge en médecine générale alors qu'elle est applicable à tous les stades de sévérité. L'arrêt du traitement antidépresseur représente également une source d'incertitude pour les médecins.

Partant de ce constat, un protocole de soins a été instauré en mars 2018 au sein de la maison de santé Neil Armstrong de Grand Quevilly. Ce protocole pluri professionnel consistait à proposer à des patients volontaires pour lesquels on débutait un traitement antidépresseur un suivi simultané par la psychologue de la MSP. Trois séances étaient prises en charge par la SISA. Le but de ce protocole était d'inciter le patient à entrer dans un suivi psychologique afin de l'aider à se sevrer du traitement antidépresseur.

Un sevrage a pu être obtenu pour 45,3 % des patients. Le délai moyen entre la date de prescription des antidépresseurs et la date de l'amendement des signes dépressifs ou la date de fin des antidépresseurs est de **313 jours**. Parmi les 76 patients sevrés, le taux de rechute ou de récurrence est de seulement 13,2 % au moment de l'analyse statistique

Ce protocole montre la volonté des médecins généralistes de la MSP de vouloir collaborer étroitement avec le personnel paramédical afin d'assurer un meilleur suivi du patient, une meilleure observance et obtenir ainsi une meilleure efficacité du traitement antidépresseur. Les chiffres encourageants de sevrage et d'arrêt des antidépresseurs incitent à poursuivre cette dynamique. En raison du coût financier supporté par la SISA, le nombre de séances de psychothérapie prises en charge étaient au nombre de 3 et très peu de patients ont poursuivi les séances au-delà (3 %). Cependant, les séances pourraient être prises en charge au-delà de 3 grâce à la mise en place de « Mon Parcours Psy » ce qui ferait au total 11 séances de psychothérapie. La psychologue de la maison de santé n'adhérant pas au dispositif « Mon Parcours Psy », une coordination avec un autre professionnel s'imposerait.

Mots-clés : antidépresseurs, psychothérapie, médecine générale, sevrage