

# Psychothérapie de la dépression en médecine de premier recours

Gilles Ambresin<sup>a, b</sup>, Yves de Roten<sup>a</sup>, Jean-Nicolas Despland<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Institut universitaire de Psychothérapie, département de Psychiatrie – CHUV, Université de Lausanne, Suisse

<sup>b</sup> Service de Psychiatrie Générale, département de Psychiatrie – CHUV, Université de Lausanne, Suisse

## Summary

**Rationale:** The majority of primary care patients presenting with mild to moderate depression receive an antidepressive drug as the principal agent of treatment. However, their efficacy is currently challenged and patients prefer psychological treatment to drug treatment.

**Objectives:** Current article first reviews models of collaboration between primary care practitioners and specialists. Then, it examines the effectiveness of psychotherapeutic interventions on depressive disorders or depressive symptoms and discusses their role in primary care.

**Methods:** Systematic overview of literature reviews reporting on the effects of psychological treatments for adult primary care patients presenting with a depressive disorder or depressive symptoms.

**Results:** Ten reviews have been included in the current systematic overview. They suggest that research on the effectiveness of problem-solving therapy, cognitive therapy, behavioural therapy, cognitive-behavioural therapy, mindfulness-based cognitive therapy, brief psychodynamic psychotherapy and interpersonal psychotherapy have been conducted in primary care. Results indicate that those interventions are effective with small effect sizes ranging from 0.17 to 0.43. Delivery of the intervention by primary care practitioners is very uncommon.

**Conclusions:** Psychotherapeutic interventions are relevant for the treatment of depression in primary care. To address the low use of psychotherapy in general practice while evidence of efficacy exists, we suggest primary care practitioners and specialists meet to develop a more effective collaboration.

Key words: depression; depressive disorder; primary care; general practice; psychotherapy; psychological intervention

## Introduction

### Dépression et pratiques actuelles

Les troubles dépressifs sont hautement prévalents dans la population générale mondiale [1]. La dépression majeure occupe actuellement le quatrième rang parmi les maladies dont la morbidité est la plus élevée et il est attendu qu'elle occupera le sommet de la liste des pays à haut revenu en 2030 [2]. En Suisse, la prévalence des symptômes dépressifs est estimée à 19% au cours des 12 derniers mois et la prévalence de la dépression majeure est estimée à 7% au moins de la population [3].

Ces troubles ont des conséquences importantes sur le fonctionnement des patients qui en souffrent. Près d'un tiers des personnes souffrant de symptômes dépressifs sévères sont non actifs ou au chômage [3]. Elles ont également moins de contact avec leur famille, leur parenté et leurs amis [3].

Les personnes présentant des symptômes dépressifs consultent souvent leur médecin généraliste. Les médecins généralistes estiment en effet la prévalence des troubles dépressifs dans leurs consultations à 30% environ [3]. Le traitement proposé est le plus souvent médicamenteux. Plus de 60% des patients présentant une dépression légère et 50% des patients présentant une dépression moyenne font l'objet d'un traitement basé exclusivement sur une médication antidépressive en médecine générale.

Ce recours préférentiel aux antidépresseurs est étonnant pour deux raisons au moins. D'une part, l'efficacité des antidépresseurs est actuellement remise en question. Kirsch et al. [4] ont montré que les différences d'efficacité entre antidépresseur et placebo augmentent en fonction de la sévérité initiale du trouble. Pour les patients avec des symptômes légers à modérés, le bénéfice des antidépresseurs s'avérerait minimal, voire non existant [5]. Il semble que cette relation entre bénéfice et sévérité soit attribuable à une diminution de la réponse au placebo parmi les patients sévèrement déprimés, plutôt qu'à une augmentation de la réponse au médicament [4]. D'autre part, la majorité des patients préfèrent les approches psychologiques aux traitements médicamenteux [6]. Pourtant, la prescription de la psychothérapie en médecine générale ne devient prépondérante que pour les dépressions sévères [3].

En comparaison, les psychiatres privilégient les interventions non médicamenteuses pour les troubles légers à modérés [3]. Cette pratique correspond aux recommandations de pratique clinique qui proposent psychothérapie ou pharmacothérapie pour les dépressions légères à modérées et un traitement combinant psychothérapie et pharmacothérapie pour les dépressions sévères [7]. Cependant, les médecins généralistes ne transfèrent que rarement leurs patients dépressifs

à leurs collègues spécialistes [3] alors que cela pourrait leur permettre de bénéficier d'une psychothérapie.

### **Collaborations entre la médecine générale et les soins spécialisés en psychiatrie**

Au vu des éléments ci-dessus, on peut s'interroger sur le type de collaborations possibles entre soin primaire et secondaire afin de permettre aux patients souffrant de troubles dépressifs en médecine générale de recevoir des soins spécialisés en accord avec les recommandations de pratique clinique actuelles. Plusieurs modèles de collaboration ont été examinés dans la littérature scientifique, avec parfois un certain degré de chevauchement et d'intrication [8].

### **Traitement délivré par le médecin généraliste**

Les médecins généralistes jouent un rôle important dans le diagnostic et le traitement de la dépression. Bien que les généralistes soient de plus en plus sensibilisés à la question des troubles dépressifs et qu'ils posent le diagnostic pour 40% des dépressions [3], la prise en charge de la dépression est parfois qualifiée de suboptimale dans la littérature, que ce soit par manque de connaissance de la phénoménologie de la dépression, manque de temps, ou de compétences communicationnelles pour pouvoir investiguer l'existence ou non d'une dépression [9]. La recherche suggère clairement que des interventions psychologiques délivrées par le médecin généraliste offrent des perspectives intéressantes. La recherche reste pour le moment nécessaire avant qu'il soit possible de tirer des conclusions plus générales [9]. De même, l'efficacité des soins de routine délivrés par le médecin généraliste pour le traitement de la dépression reste à être démontrée [10].

### **Le modèle de consultation de liaison**

Les spécialistes entretiennent une relation de formation continue avec l'équipe de médecine générale afin de les soutenir dans les soins fournis à des patients actuellement en traitement. L'indication à des soins spécialisés n'est supposée survenir que dans une proportion limitée de cas [8]. Les preuves concernant le modèle de consultation de liaison en médecine générale restent limitées, mais les études existantes ne suggèrent pas une efficacité supérieure au traitement habituel [11].

### **Le modèle du professionnel en santé mentale délégué**

Un professionnel de la santé mentale assume la responsabilité directe pour le traitement d'une personne en se focalisant sur le traitement de la dépression, qu'il

soit pharmacologique ou psychologique. La coordination reste l'apanage du médecin généraliste. Le contact est habituellement limité au traitement et n'implique pas ou peu de suivi au-delà de celui déterminé par l'intervention spécifique offerte [8]. Largement soutenu au Royaume-Uni, il semble que les professionnels liés (par ex. infirmiers spécialisés en santé mentale) continuent à travailler de manière essentiellement autonome plutôt qu'intégrée [12]. De manière notable, les soins fournis par les infirmiers en santé mentale dans la communauté pour les troubles mentaux principaux n'ont pas démontré d'amélioration notable par rapport au traitement habituel du médecin généraliste [13].

### **Le case management**

Un professionnel de la santé mentale prend la responsabilité de la coordination du traitement pour un patient, mais n'est pas forcément impliqué dans le fait de délivrer lui-même le traitement [8]. L'objectif est de diminuer l'écart entre le médecin généraliste et les soins spécialisés [9]. Il semble que le case management améliore le management de la dépression majeur en médecine générale [14]. Ceci se manifeste par une diminution de la sévérité de la dépression, une augmentation de la satisfaction des patients, moins de limitations fonctionnelles et une plus grande qualité de vie [9]. L'enjeu d'un tel système est le financement et la viabilité à long terme de ce genre de poste [9].

### **Le traitement par étapes**

Le traitement par étapes (*stepped care*) est un système utilisé pour organiser le traitement de la dépression par stratification des intervenants et des interventions les plus efficaces en fonction du niveau de sévérité des symptômes. Ce modèle envisage de commencer par des interventions les moins lourdes, de type self-help, observation attentive, prescription de livres ou d'exercices, la remise de feuillets d'explications ou la participation à des cours. Le niveau supérieur consiste en des mesures self-help guidées, des recommandations comportementales, pour ensuite aller vers des psychothérapies plus formelles délivrées par des professionnels formés. Beaucoup de recommandations de pratique clinique proposent une telle approche (par ex. [8]) cependant les preuves de l'efficacité clinique et en termes de coût sont clairement insuffisantes [15].

### **Le traitement collaboratif**

Le traitement collaboratif inclut un large ensemble d'interventions, dont la forme et l'intensité sont très variables. Cela peut aller du simple téléphone avec le patient pour encourager l'adhérence à la médication

jusqu'à des interventions complexes qui impliquent un suivi intensif et contiennent des interventions psycho-sociales structurées [16]. Tous les secteurs du soin sont impliqués afin d'assurer une approche globale et intégrée des soins physiques et mentaux. Les principes généraux du traitement collaboratif incluent la formation du médecin, l'éducation du patient, l'accès à des soins spécialisés, des méthodes organisées de soins et de suivi et souvent un spécialiste en santé mentale [9]. Dans le cadre du traitement de la dépression, il est supposé que cela s'inscrit dans un traitement par étape bien structuré et coordonné au niveau des soins primaires ou secondaires [8]. Les études suggèrent que la communication interactive entre le médecin généraliste et les spécialistes améliore l'efficacité de leur collaboration, et que celle-ci se manifeste par une diminution de la sévérité de la dépression [17]. Certaines recherches montrent que le traitement collaboratif est plus efficace que le traitement habituel dans l'amélioration de l'évolution de la dépression à court et à long terme [9, 16].

### **Le traitement intégré**

L'intégration de cliniciens spécialistes en santé mentale dans les dispositifs de médecine générale repose sur l'idée qu'elle pourrait améliorer le traitement du patient considéré dans son ensemble avec une amélioration concomitante de la dépression, une utilisation réduite des soins et une diminution globale des coûts de santé. D'un point de vue clinique, elle nécessite une compréhension partagée des besoins du patient, des critères et un langage professionnel commun, l'utilisation de pratiques et de standard spécifiques et approuvés au cours du cycle de la dépression, ainsi que le maintien d'une communication et de feedback continus entre le patient et le prestataire de soins [18]. Dans la pratique, ce degré d'intégration varie grandement. Comparé au traitement habituel, la majorité des études montre un bénéfice en termes de réponse au traitement et de rémission [19].

### **Quel type de psychothérapie pour les patients dépressifs de médecine générale?**

Au cours de la dernière décennie, plusieurs revues de la littérature ont abordé la question des effets des traitements psychologiques de la dépression en médecine générale (par ex. [26], [24]). Les traitements psychologiques considérés comprennent une variété d'interventions dans lesquelles la communication verbale entre un thérapeute et le patient constitue l'élément central. Certaines interventions peuvent inclure des documents sous forme de livres ou de programmes informatiques que le patient peut utiliser seul, mais qui

nécessitent néanmoins l'intervention d'un thérapeute. Elles sont basées sur un fondement théorique scientifique. Ces interventions visent à réduire les symptômes et/ou à améliorer le bien-être général des patients par des modifications des processus motivationnels, émotionnels, cognitifs, comportementaux ou interpersonnels.

Plusieurs revues de littérature soulignent l'intérêt considérable des traitements psychologiques de la dépression en médecine générale. Au vu de la faible prescription de ceux-ci par les médecins généralistes en Suisse, il semble important de résumer les caractéristiques des interventions psychologiques et de discuter la place qu'elles peuvent occuper en médecine générale pour le traitement de la dépression.

## **Méthodes**

### **Critères des revues à considérer pour l'inclusion**

Nous avons mené une revue de la littérature incluant: (a) les revues systématiques qui (b) s'intéressent aux effets des traitements psychologiques (c) proposés à des patients adultes de médecine générale (d) présentant un trouble dépressif ou des symptômes dépressifs. Les résultats concernant l'efficacité des interventions rapportés de manière quantitative (par ex. taille de l'effet) et qualitative ont été recherchés.

### **Méthodes de recherche pour l'identification des revues**

Les critères d'inclusions ont été opérationnalisés, avec l'aide d'une bibliothécaire spécialisée, en mots-libres de recherche et adaptés aux mots clés des thésaurus des bases de données électroniques principales puis recherchés sur *MEDLINE*, *Embase*, *PsycINFO*, *Cochrane* et *Pubmed*. Les recherches ont été limitées aux recherches qualifiées de *revue*, *revue systématique* et *méta-analyse*. Le vocabulaire complet et les équations de recherche sont disponibles auprès du premier auteur. Des revues connues des auteurs ont également été incluses manuellement.

### **Sélection des études**

Toutes les études pertinentes identifiées ont été revues indépendamment par deux auteurs (GA et JND) pour la sélection par titres, résumés et textes complets sur la base des critères d'éligibilité prédéfinis et spécifiés précédemment (cf. critère d'inclusion). Un auteur (GA) a éliminé les articles manifestement non pertinents et les doublons lors d'un premier examen de la base de données. Les désaccords ont été résolus par discussion et consensus.

### **Extraction et gestion des données**

Les deux mêmes auteurs ont extrait les informations pertinentes dans un tableau pré-établi comprenant: le type d'article, le but, la méthode, les critères d'inclusion, les pays, la période d'inclusion, le nombre d'études, les caractéristiques des participants, les diagnostics, le type de résultats, les instruments, la méthode de recrutement, les types d'intervention et de contrôle, le nombre de séances des interventions, les résultats quantitatifs et qualitatifs ainsi que les conclusions et les recommandations des revues incluses.

### **Evaluation de la qualité méthodologique des revues incluses**

La qualité des revues incluses a été évaluée indépendamment par chacun des auteurs sur la base des recommandations élaborées par le National Institute of Health des Etats-Unis ([https://www.nhlbi.nih.gov/health-pro/guidelines/in-develop/cardiovascular-risk-reduction/tools/sr\\_ma](https://www.nhlbi.nih.gov/health-pro/guidelines/in-develop/cardiovascular-risk-reduction/tools/sr_ma), accès 8 juillet 2015). La grille d'évaluation propose d'examiner 8 items. Une note globale sur un total possible de 8 (1 point par item) a été attribuée à chaque revue et un jugement de la qualité a été formulé, selon une gradation allant d'insuffisant (0–3), acceptable (4–6) à bon (7–8). Les désaccords ont été résolus par discussion et consensus.

### **Synthèse des données**

Les données sont synthétisées de manière qualitative.

## **Résultats**

### **Description des études**

*Résultats de la recherche de littérature:* La recherche sur les bases de données électroniques a ramené 616 résultats auxquels s'ajoute un rapport connu des auteurs portant sur ce sujet. Après dédoublement et élimination des résultats non pertinents, 145 résultats ont été examinés sur la base des titres. Finalement, 10 revues ont été incluses dans la revue d'ensemble qualitative présentée ici [9, 10, 20–27].

*Qualité méthodologique des revues incluses:* Sept revues ont été jugées de bonne qualité [10, 21–24, 26, 27], une de qualité bonne à passable [20], une acceptable [9], une d'acceptable à insuffisante [25], et une d'insuffisante [28]. Cette dernière étude n'a pas été retenue dans la revue qualitative pour cette raison. Les principales limitations rencontrées sont l'absence de revue critique par deux experts indépendant des critères d'inclusion et d'exclusion afin de minimiser les biais [20, 23, 25], l'absence d'évaluation par deux experts indépendants au moins de la qualité de chaque étude incluse utilisant une méthode standard afin d'en évaluer la validité interne [24–27], l'absence d'évaluation du risque de biais de publication [9, 10, 20–22, 25], ou de l'hétérogénéité des études incluses dans les métaanalyses [25].

### **Types d'interventions**

Les revues incluses ont identifié le traitement par résolution de problèmes [9, 10, 20, 23, 24, 26, 27], la thérapie cognitive [9], la thérapie comportementale [10], la thérapie cognitive-comportementale [9, 10, 20, 23–27], le conseil (*counseling*) [9, 10, 20–24], et la psychothérapie interpersonnelle [9, 20, 23, 24, 26, 27] comme des interventions psychologiques sur lesquelles des recherches d'efficacité ont été menées en médecine générale. Linde et al. [26] mentionnent un groupe «autres thérapies» réunissant des interventions en face-à-face

(conseil ou psychoéducation), et à distance (de thérapie cognitive-comportementale à distance conduite par un thérapeute, de thérapie par résolution de problème à distance conduite par un thérapeute, de thérapie cognitive comportementale guidée et de thérapie cognitive comportementale sans contact ou avec contact minimal). Hoifodt et al. [25] ont examiné la thérapie cognitive comportementale par Internet ou par ordinateur. Une intervention dite de réattribution a été considérée par Huibers et al. [10]. Nieuwsma et al. [24] ont inclus des études sur la thérapie cognitive basées sur la pleine conscience et la psychothérapie psychodynamique brève avec moins de 8 séances planifiées.

Les groupes de comparaisons utilisés comprennent le traitement habituel [20, 22–27], les antidépresseurs [20, 22, 25, 27], le conseil [20] et le transfert à des spécialistes [20, 25]. Bower et al. (2003) ont également considéré le traitement habituel plus la thérapie cognitive comportementale. Le même auteur [21] a retenu la thérapie comportementale et l'acupuncture. D'autres ont retenu la liste d'attente et le placebo [10, 24, 27]. Hoifodt et al. [25] ont encore considéré l'écoute empathique et la thérapie de soutien informelle. Huibers et al. [10] ont inclus le suivi dans le cadre du protocole d'étude et une intervention minimale, tout comme Nieuwsma et al. [24]. Nieuwsma et al. [24] ont encore considéré le contrôle de l'attention et le management de cas par téléphone. Nous décrivons ci-dessous les interventions principales retrouvées dans les études incluses.

*Conseil (Counseling):* Le terme conseil correspond au vocable anglais *counseling*, qui inclut des stratégies appartenant à la psychothérapie centrée sur la personne, parfois psychodynamique ou systémique, ainsi qu'à la psychothérapie de soutien. Il peut aussi s'agir de techniques de psychoéducation. Le contenu de ce type d'intervention est donc assez hétérogène [9, 21]. Les intervenants peuvent provenir d'horizons professionnels divers. En médecine générale, le conseil est en principe délivré sous une forme brève (6 à 12 séances) [21].

*Traitement par résolution de problèmes (PST):* Le traitement par résolution de problèmes a été élaboré pour permettre une atténuation des symptômes dépressifs en assistant les patients dans la genèse et le développement de compétences visant à alléger les événements de vie ou les problèmes qui interfèrent avec leur fonctionnement psychosocial. Il se déroule en 7 étapes au cours desquelles un problème est défini, plusieurs solutions sont proposées et les solutions préférées sont implémentées. Le temps et l'expertise requis pour fournir ce traitement seraient moindre comparé aux autres interventions psychothérapeutiques étudiées dans la littérature. Il semble également qu'il puisse être déli-

vré de manière efficace par différents types de professionnels [9, 28].

**Thérapie cognitivo-comportementale (CBT):** Dans les études incluses dans cette revue, les auteurs ont parfois distingué la thérapie cognitive de la thérapie cognitivo-comportementale. La thérapie cognitive se concentre sur les croyances dysfonctionnelles. Elle a fait l'objet de peu de recherche cherchant à évaluer son utilité en médecine générale, vraisemblablement en raison de limitations inhérentes qui incluent la nécessité d'une formation spécialisée et un protocole de traitement plus exhaustif. La thérapie cognitivo-comportementale présente un large chevauchement avec la thérapie cognitive. Cependant, en plus des interventions cognitives, la thérapie cognitivo-comportementale peut inclure la résolution de problème, des recommandations d'hygiène de sommeil et peut recourir à l'exposition ou l'activation comportementale au cours du traitement. Quoiqu'il en soit, ces deux formes de thérapies nécessitent l'intervention de professionnels formés pour les délivrer en médecine générale [9].

**Psychothérapie interpersonnelle (IPT):** La psychothérapie interpersonnelle est une approche spécifique, parfois associée aux approches psychodynamique, et limitée dans le temps. Elle se concentre sur les relations interpersonnelles actuelles, recherche les deuils non résolus et travaille sur les transitions de rôle et les déficits dans les compétences interpersonnelles. La durée du traitement et l'expertise nécessaire pour délivrer une IPT peuvent cependant limiter sa faisabilité en médecine générale [9].

### Effets des interventions

L'effet des interventions psychologiques est exprimé dans les métaanalyses à l'aide de la taille de l'effet, qui est donné avec un intervalle de confiance de 95%. Le tableau 1 suggère que les interventions examinées sont efficaces avec des tailles de l'effet se situant entre 0,17 et 0,43, que l'on peut qualifier de petites [29]. Les effets à long terme du *counseling* ne sont pas établis, de même que le traitement par résolution de problèmes à distance ou en face-à-face dans la revue de Linde [26]. Ces résultats pour le traitement par résolution de problèmes en face-à-face ne sont cependant pas unanimes dans l'ensemble de cette revue puisque Huibers et al. [10] suggèrent qu'il est efficace comparé aux antidépresseurs. De plus, dans une revue critique (non métaanalytique), Wolf et al. [9] considèrent que le traitement par résolution de problèmes est efficace. La revue de Nieuwsma et al. [27] se concentre sur l'efficacité des psychothérapies brèves de 8 séances ou moins. Les résultats des sous-analyses des métaanalyses de Cuijpers et al. [24] et Cape et al. [23] pour les psychothérapies

brèves sont également reportés dans le tableau 1 afin de pouvoir les comparer aux résultats originaux de la revue de Nieuwsma et al. [27].

### Type de professionnels délivrant l'intervention

Les médecins généralistes ont délivré la PST dans une étude sur les 11 évaluées dans la revue de Wolf et al. [9]. Dans les autres publications, ce sont des infirmières, des case managers, des psychologues ou des psychiatres qui ont délivré le traitement. Pour la CBT, le conseil et l'IPT ce sont toujours des professionnels autres que le médecin généraliste qui ont conduit les interventions (infirmière, case manager, psychologue, psychothérapeute) [9]. Borlotti et al. [20] ont identifié deux études pour lesquelles ce sont les médecins généralistes qui ont été formés à la PST. Dans les deux revues de Bower et al. [21, 22], une palette de professionnels a délivré le conseil. Tous possédaient les qualifications et expériences requises pour être accrédité par le British Association of Counselling and Psychotherapy dans 8 études et dans une étude leur degré de qualification n'était pas clair. Cape et al. [23] ne rapportent pas le type de thérapeute, mais les commentaires de conclusions laissent à penser que les interventions ont été délivrées par des psychologues. Dans la revue de Cuijpers et al. [24], les interventions ont été délivrées une fois par le médecin généraliste et une fois par un psychiatre dans une étude portant sur la PST, les 14 autres études ayant eu recours à d'autres professionnels (étudiants, infirmières, travailleurs sociaux, conseillers, psychologues ou psychiatres). La revue de Huibers et al. [10] est la seule qui inclut uniquement des études pour lesquelles l'intervention a été explicitement délivrée par le médecin généraliste. Dans les deux études incluses portant sur la dépression, les médecins généralistes ont délivré de la PST. Aucune intervention des 30 études incluses par Linde et al. [26] ou des deux revues et 15 études incluses par Nieuwsma et al. [27] n'a été fournie par le médecin généraliste. Comme dans les autres revues, infirmiers, psychologues et psychiatres ont fourni le traitement.

## Discussion

### Résumé des résultats principaux

L'objectif principal de cette revue était de fournir une vue d'ensemble des effets des interventions psychologiques en médecine de premier recours. Les 10 revues incluses diffèrent sur plusieurs aspects méthodologiques comme le contenu des interventions, le professionnel qui délivre l'intervention, les groupes de

Tableau 1: Effets des interventions psychologiques en médecine générale.

Référence	Interventions	Comparaisons	Effet	(95% CI)
Bortolotti 2008 [20]	CBT PST Conseil IPT	TAU	Court terme -0,42	(-0,59 à -0,26)
		Conseil	Long terme -0,30	(-0,45 à -0,14)
		Transmission à spécialiste		
Bower 2003 [22]	Conseil	TAU	Court terme -0,28	(-0,43 à -0,13)
		TAU et CBT	Long terme -0,07	(-0,26 à 0,12)
		Ttt AD		
Bower 2011 [21]	Conseil	Ttt AD	Court terme -0,28	(-0,43 à -0,13)
		TAU	Long terme -0,09	(-0,27 à 0,10)
		CBT		
		Acupuncture		
Cape 2010 [23]	CBT dépression CBT anxiété et dépression mixte Conseil dépression et Conseil anxiété et dépression mixte PST dépression PST anxiété et dépression mixte	TAU	-0,33	(-0,60 à -0,06)
			-0,26	(-0,44 à -0,08)
			-0,41	(-0,53 à -0,07)
			-0,26	(-0,49 à -0,03)
			-0,17	(-0,41 à -0,07)
Cuijpers 2009 [24]	CBT IPT	TAU	Général -0,31	(-0,17 à -0,45)
		Liste d'attente	Patients référés par généralistes -0,43	
	PST Conseil psychodynamique	Placebo	Patients recrutés par screening -0,13	
Huibers 2007 [10]	PST	Ttt AD	HDRS 0,77 BDI -1,12	(-2,45 à 4,00) (-4,75 à 2,51)
Linde 2015 [26]	CBT face-à-face PST face-à-face IPT face-à-face Autre psychosocial face-à-face CBT à distance conduit par thérapeute PST à distance conduit par thérapeute Self help CBT guidée CBT sans contact ou contact minimal	TAU	-0,30	(-0,48 à -0,13)
			-0,14	(-0,40 à 0,12)
			-0,24	(-0,47 à -0,02)
			-0,28	(-0,44 à -0,12)
			-0,43	(-0,62 à -0,24)
			-0,56	(-1,57 à 0,45)
			-0,40	(-0,69 à -0,11)
			-0,27	(-0,44 à -0,10)
Nieuwsma 2012 [27]	CBT IPT PST MBCT Psychothérapie psychodynamique (<8 séances)	Liste d'attente	Cuijpers' sub-analysis -0,25	(-0,48 à -0,02)
		Contrôle attention		
		Management par téléphone	Cape's sub-analysis -0,33	(-0,60 à -0,06)
		Placebo	Original studies -0,42	(-0,74 à -0,10)
		Contact minimal		
		Médication seule		

Abréviation: Cognitive behavioural therapy (CBT) (including cognitive therapy and behaviour therapy); Interpersonal therapy (IPT); Problem-solving therapy (PST); Mindfulness-based cognitive therapy (MBCT); Treatment-as-usual (TAU); Traitement antidépresseur (Ttt AD); Counselling (Conseil)

comparaison, les mesures de résultats, ce qui se manifeste par une assez grande hétérogénéité dans les résultats. Malgré ces limitations méthodologiques, quelques remarques conclusives peuvent être faites.

1. Certaines interventions psychologiques sont efficaces en médecine générale. En particulier, la psychothérapie cognitivo-comportementale, la psychothérapie interpersonnelle, le traitement par résolution de problème et le conseil semblent pouvoir être délivrés de manière efficace en médecine générale pour les patients souffrant de dépression. Ces thérapies sont celles qui ont été examinées le plus fréquemment dans les métaanalyses de notre revue. Il existe également des indications d'efficacité pour la psychothérapie cognitive basée sur la pleine conscience et la psychothérapie psychodynamique

brève en moins de 8 séances [24]. Généralement cohérentes au travers des revues, les tailles de l'effet sont faibles. Les tailles de l'effet des psychothérapies délivrées dans d'autres settings (communauté, soins spécialisés en santé mentale) sont plus importantes. Il existe ainsi une différence significative d'efficacité de ces psychothérapies selon qu'elles sont délivrées en médecine de premier recours ou en milieux spécialisés [24].

2. A l'exception de deux études portant sur le traitement par résolution de problème, les interventions psychologiques ont toujours été délivrées par des professionnels autres que le médecin généraliste.
3. Les interventions psychothérapeutiques en moins de 10 séances [23, 27] semblent avoir une efficacité comparable aux interventions considérées dans

les autres revues. Ici, il faut être particulièrement attentif au fait que les études incluses dans les autres revues proposaient des durées de thérapie considérées habituellement comme brèves, soit de 6 à 16 séances (maximum 20 dans une revue). Les traitements plus longs délivrés en milieu de soins secondaires ont des tailles de l'effet généralement plus élevées [23].

4. La CBT semble pouvoir être conduite à distance ou de manière relativement autonome avec des tailles de l'effet comparables aux thérapies en face-à-face [26], ce qui pourrait favoriser son utilisation en médecine générale.

### **Exhaustivité et applicabilité des preuves**

Plus de deux tiers des études incluses ont été considérées comme de bonne qualité. La plupart n'a cependant pas évalué le biais de publication des études. Celles qui l'ont fait n'ont pas retrouvé d'indication en faveur d'un biais de publication. Au vu de ces éléments et de notre stratégie de recherche large, nous pouvons raisonnablement considérer que les études identifiées par cette revue sont représentatives de la littérature scientifique actuelle.

### **Accord et différences avec d'autres études ou revues**

Les résultats présentés dans cette revue sont cohérents avec deux publications similaires [9, 28]. La première [9] concluait que la PST et l'IPT pouvaient être considérées comme des interventions efficaces pour la dépression majeure et que la CBT pouvait être considérée comme possiblement efficace. Les études et revues publiées depuis 2008, date de parution de cette revue, expliquent les différences trouvées par notre revue, en particulier pour la CBT mais aussi pour le conseil, la MBCT et la psychothérapie psychodynamique brève. Une revue antérieure (2002) [28] a également conclu à l'efficacité de la psychothérapie (CBT, IPT, PST) comparée au traitement habituel en médecine générale. Les comparaisons avec cette revue sont cependant limitées puisqu'elle rapporte des tailles de l'effet selon un design pré-post.

### **Limitations**

Notre revue s'est concentrée sur les revues systématiques, elle peut donc avoir manqué d'inclure des études plus récentes investiguant l'effet d'interventions psychothérapeutiques qui n'ont pas pu être incluses dans de telles revues. De manière plus générale, nous avons été frappé par le fait qu'aucune des études incluses dans notre revue ne s'est intéressée à examiner les différents types de dépressions considérés.

Elles n'ont notamment pas exploré la question de savoir si médecins de premier recours et psychiatres traitent les mêmes types de dépression tant du point de vue des spécifications selon le DSM ou la CIM que du point de vue de la psychopathologie. Enfin, les études n'ont pas abordé le rôle des comorbidités somatiques dans le type de dépression, ni dans son impact sur le traitement proposé en médecine de premier recours.

## **Conclusions**

### **Implications pour la pratique**

La première implication de cette revue pour la pratique clinique est que les interventions psychothérapeutiques ont leur place dans le traitement de la dépression en médecine générale. Reste à savoir comment elles peuvent la trouver. La première partie de cet article a proposé plusieurs modèles de collaboration possibles entre la médecine générale et les soins spécialisés. Ils ne correspondent pas forcément à l'état du système de soins secondaires pour la dépression en Suisse, bien doté en psychiatres et psychologues formés aux approches psychothérapeutiques.

La question de leur accessibilité, plus généralement du mode de collaboration entre médecin de premier recours et spécialiste, psychiatre-psychothérapeute, psychologue-psychothérapeute ou réseaux de soins en santé mentale doit évidemment se poser. Afin de remédier au faible recours à la psychothérapie en médecine générale alors que les preuves de son efficacité existent, il nous semble urgent que médecins généralistes et spécialistes se rencontrent afin de poser les bases d'une collaboration plus efficace. Cette collaboration peut se développer par la création active de réseaux qui existent de manière informelle actuellement (formés parfois au travers de formations comme le Certificate of Advanced Studies en Médecine Psychosomatique et Psychosociale). Ces réseaux veilleront à permettre une meilleure articulation entre MPR et psychiatres-psychothérapeutes. Au vu du système de santé suisse et des résultats de la présente revue des soins collaboratifs ou intégrés semblent devoir être favorisés. Par ailleurs, cette revue montre que les thérapies pour les patients de médecine de premier recours souffrant de dépression sont essentiellement assurées par d'autres spécialistes que le médecin. Le recours à la psychothérapie dispensée par des spécialistes (psychiatres-psychothérapeutes et psychologues-psychothérapeutes) dépend cependant du souhait des patients de médecine de premier recours d'entreprendre une démarche spécifique. Ils peuvent préférer le suivi

par leur médecin ce qui ouvre la question des outils psychothérapeutiques simples utilisables dans la consultation de médecine de premier recours. Les MPR disposent par ailleurs de toute une palette d'interventions (écoute attentive, compréhension des besoins émotionnels, processus de discussion du problème et du traitement approprié) qui peuvent avoir une valence thérapeutique en elles-mêmes pour les patients souffrant de dépression.

### Implications pour le psychiatre

Le développement de nouveaux modèles de collaboration entre médecins généralistes et soins spécialisés de la dépression place potentiellement le psychiatre dans une position nouvelle. Les psychiatres auront probablement besoin d'acquérir des compétences dans les évaluations brèves et dans le traitement de la dépression pour un nouveau type de patients, ainsi que de pouvoir fournir des supervisions de manière plus organisée. Leur capacité à pouvoir communiquer de manière ouverte et accessible avec les médecins généralistes et les équipes de première ligne est particulièrement importante. Les modèles de collaboration envisagés plus haut attribuent clairement un tel rôle aux psychiatres, à charge pour eux d'offrir une réponse concertée. Il existe une véritable opportunité pour des «psychiatres de premier recours» [12] de jouer un rôle déterminant dans le développement de l'interface avec la médecine générale. Son rôle exact sera déterminé par les besoins identifiés tant par les acteurs de MPR que des soins secondaires.

### Implications pour la recherche

Les défis pour la recherche sur le traitement psychothérapeutique de la dépression en médecine générale sont grands. Elle doit recourir à des procédures diagnostiques standardisées afin de s'assurer que les groupes intervention et contrôle qui sont comparés au travers des traitements et des études présentent des symptômes similaires et de sévérité comparable. Des psychothérapies spécifiques pour le traitement de la dépression reposant sur des modèles théoriques comprenant une compréhension étiologique du trouble, de ses caractéristiques cliniques et de son évolution sont nécessaires. Un caractère bref leur permettra probablement de mieux s'insérer dans le dispositif de médecine générale. Interventions et contrôles doivent corres-

pondre aux recommandations de pratique clinique actuelles, ce qui nécessite vraisemblablement de recourir à des psychothérapeutes formés selon des critères reconnus. La recherche dans ce domaine doit également s'assurer que ces traitements sont délivrés de manière fidèle, d'où l'importance d'une manualisation de ceux-ci et de la mise en place d'instruments permettant de mesurer la fidélité au traitement (transcription de séances, enregistrements).

Un enjeu particulier est de choisir entre efficacité et efficience. Les designs d'étude d'efficacité cherchent à savoir si la psychothérapie produit un résultat spécifique mesurable dans des conditions expérimentales strictes alors que les designs d'efficience s'intéressent plus aux bénéfiques que les patients peuvent retirer de la psychothérapie dans des conditions semblables à celles où les soins sont habituellement fournis. Finalement, les mesures de résultats doivent être choisies avec soin en fonction du but de l'étude et le type de psychothérapie envisagée.

### Développements futurs

Les constats et résultats évoqués dans cet article ouvrent des perspectives et des défis passionnants pour améliorer les soins des patients souffrant de troubles dépressifs qui se présentent dans les consultations de médecine générale. Beaucoup de questions restent ouvertes: Quel type de collaboration favoriser en tenant compte des spécificités du système de santé suisse? Quelles interventions psychothérapeutiques choisir? Comment les coordonner? Par quels intervenants doivent-elles être fournies? Comment démontrer que le système et les interventions mises en place délivrent des soins efficaces? Seul un projet de recherche clinique participatif et collaboratif, incluant tous les acteurs concernés et des compétences de recherche, pourrait se lancer dans la recherche de réponse à ses questions. Nous travaillons actuellement à le développer.

### Remerciements

Les auteurs tiennent à remercier chaleureusement Mme Joëlle Rosset-Amoussou pour sa précieuse collaboration dans l'établissement de la stratégie de recherche systématique.

### Disclosure statement

Les auteurs n'ont déclaré aucun lien financier ou personnel en rapport avec cet article.

### Références

La liste des références complète est incluse dans la version en ligne de l'article sur [www.sanp.ch](http://www.sanp.ch).

---

Correspondance:  
Gilles Ambresin  
Institut Universitaire  
de Psychothérapie  
Département de Psychiatrie  
CHUV  
Site de Cery  
CH-1008 Prilly  
[gilles.ambresin\[at\]chuv.ch](mailto:gilles.ambresin[at]chuv.ch)



## Références

1. Demyttenaere K, Bruffaerts R, Posada-Villa J, Gasquet I, Kovess V, Lepine JP, et al. Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Jama*. 2004;291(21):2581-90. Epub 2004/06/03. doi: 10.1001/jama.291.21.2581.
2. Mathers CD, Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS Med*. 2006;3(11):e442. Epub 2006/11/30. doi: 10.1371/journal.pmed.0030442.
3. Baer N, Schuler D, Füglistler-Dousse S, Moreau-Gruet F. La dépression dans la population suisse. In: *Observatoire suisse de la santé*: 56. Neuchâtel, 2013. p. 144.
4. Kirsch I, Deacon BJ, Huedo-Medina TB, Scoboria A, Moore TJ, Johnson BT. Initial Severity and Antidepressant Benefits: A Meta-Analysis of Data Submitted to the Food and Drug Administration. *PLoS Med*. 2008;5(2):e45. doi: 10.1371/journal.pmed.0050045.
5. Fournier JC, DeRubeis RJ, Hollon SD, Dimidjian S, Amsterdam JD, Shelton RC, et al. Antidepressant drug effects and depression severity: a patient-level meta-analysis. *Jama*. 2010;303(1):47-53. Epub 2010/01/07. doi: 10.1001/jama.2009.1943.
6. McHugh RK, Whitton SW, Peckham AD, Welge JA, Otto MW. Patient preference for psychological vs pharmacologic treatment of psychiatric disorders: a meta-analytic review. *The Journal of clinical psychiatry*. 2013;74(6):595-602. Epub 2013/07/12. doi: 10.4088/JCP.12r07757.
7. Kuchenhoff J. Psychothérapie dans la dépression. Synthèse des recommandations S3 de la DGPPN. *Forum Med Suisse* 2012;12(12):267-71.
8. National Collaborating Centre for Mental Health. National Institute for Health and Clinical Excellence: Guidance. *Depression: The Treatment and Management of Depression in Adults (Updated Edition)*. Leicester (UK): British Psychological Society Copyright (c) The British Psychological Society & The Royal College of Psychiatrists, 2010.
9. Wolf NJ, Hopko DR. Psychosocial and pharmacological interventions for depressed adults in primary care: a critical review. *Clin Psychol Rev*. 2008;28(1):131-61.
10. Huibers Marcus JH, Beurskens A, Bleijenberg G, van Schayck Constant P. Psychosocial interventions by general practitioners. *Cochrane Database Syst Rev [Internet]*. 2007 3. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD003494.pub2/abstract>.
11. Cape J, Whittington C, Bower P. What is the role of consultation-liaison psychiatry in the management of depression in primary care? A systematic review and meta-analysis. *Gen Hosp Psychiatry*. 2010;32(3):246-54. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2010.02.003>.
12. Gask L, Khanna T. Ways of working at the interface between primary and specialist mental healthcare. *Br J Psychiatry*. 2011;198: 3-5. sup 1. doi: 10.1192/bjp.bp.109.075382.
13. Kendrick T, Simons L, Mynors-Wallis L, Gray A, Lathlean J, Pickering R, et al. Cost-effectiveness of referral for generic care or problem-solving treatment from community mental health nurses, compared with usual general practitioner care for common mental disorders. *Br J Psychiatry*. 2006;189: 50-9.
14. Gensichen J, Beyer M, Muth C, Gerlach FM, Von Korff M, Ormel J. Case management to improve major depression in primary health care: a systematic review. *Psychological Medicine*. 2006;36(01):7-14. doi: 10.1017/S0033291705005568.
15. Bower P, Gilbody S. Stepped care in psychological therapies: access, effectiveness and efficiency. Narrative literature review. *Br J Psychiatry*. 2005;186:11-7. Epub 2005/01/05. doi: 10.1192/bjp.186.1.11.
16. Gilbody S, Bower P, Fletcher J, Richards D, Sutton AJ. Collaborative care for depression: A cumulative meta-analysis and review of longer-term outcomes. *Archives of Internal Medicine*. 2006;166(21):2314-21. doi: 10.1001/archinte.166.21.2314.
17. Foy R, Hempel S, Rubenstein L, Suttrop M, Seelig M, Shanman R, et al. Meta-analysis: effect of interactive communication between collaborating primary care physicians and specialists. *Ann Intern Med*. 2010;152(4):247-58. Epub 2010/02/17. doi: 10.7326/0003-4819-152-4-201002160-00010.
18. Kodner DL, Spreeuwenberg C. Integrated care: meaning, logic, applications, and implications—a discussion paper. *International journal of integrated care*. 2002;2:e12. Epub 2006/08/10.
19. Butler M, Kane RL, McAlpine D, Kathol R, Fu SS, Hagedorn H, et al. Does integrated care improve treatment for depression? A systematic review. *The Journal of ambulatory care management*. 2011;34(2):113-25. Epub 2011/03/19. doi: 10.1097/JAC.0b013e31820ef605.
20. Bortolotti B, Menchetti M, Bellini F, Montaguti MB, Berardi D. Psychological interventions for major depression in primary care: a meta-analytic review of randomized controlled trials. *Gen Hosp Psychiatry*. 2008;30(4):293-302. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2008.04.001>.
21. Bower P, Knowles S, Coventry Peter A, Rowland N. Counselling for mental health and psychosocial problems in primary care. *Cochrane Database Syst Rev [Internet]*. 2011 9. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD001025.pub3/abstract>.
22. Bower P, Rowland N, Hardy R. The clinical effectiveness of counselling in primary care: A systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*. 2003;33(2):203-15. doi: <http://dx.doi.org/10.1017/S0033291702006979>.
23. Cape J, Whittington C, Buszewicz M, Wallace P, Underwood L. Brief psychological therapies for anxiety and depression in primary care: meta-analysis and meta-regression. *BMC Med*. 2010;8:38. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/1741-7015-8-38>.
24. Cuijpers P, van Straten A, van Schaik A, Andersson G. Psychological treatment of depression in primary care: a meta-analysis. *Br J Gen Pract*. 2009;59(559):e51-60. doi: <http://dx.doi.org/10.3399/bjgp09X395139>.
25. Hoifodt RS, Strom C, Kolstrup N, Eisemann M, Waterloo K. Effectiveness of cognitive behavioural therapy in primary health care: A review. *Fam Pract*. 2011;28(5):489-504. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/fampra/cmr017>.
26. Linde K, Sigterman K, Kriston L, Rucker G, Jamil S, Meissner K, et al. Effectiveness of psychological treatments for depressive disorders in primary care: systematic review and meta-analysis. *Ann Fam Med*. 2015;13(1):56-68. Epub 2015/01/15. doi: 10.1370/afm.1719.
27. Nieuwsma JA, Trivedi RB, McDuffie J, Kronish I, Benjamin D, Williams JW. Brief psychotherapy for depression: a systematic review and meta-analysis. *Int J Psychiatry Med*. 2012;43(2):129-51.
28. Schulberg HC, Raue PJ, Rollman BL. The effectiveness of psychotherapy in treating depressive disorders in primary care practice: Clinical and cost perspectives. *Gen Hosp Psychiatry*. 2002;24(4):203-12. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/S0163-8343%2802%2900175-5>.
29. Cohen J. *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.) Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates; 1988.