



# Consultation sans rendez-vous

## docteur, je n'en peux plus... vous seul pouvez m'aider

*André Bouchard*

« Docteur, plus ça va, plus j'ai de la misère à faire mes journées. Je suis trop fatigué ! »

*M. Souriant vous consulte parce qu'il a dû augmenter sa charge de travail en raison du départ d'un de ses deux associés il y a six mois. Il a tenté de prendre un rendez-vous avec son médecin de famille, mais comme le délai d'attente dépassait trois mois, il a décidé de venir au service de consultation sans rendez-vous. Par ailleurs, lorsque vous l'interrogez, il dit que tout va bien dans sa vie.*

**L**A PRÉVALENCE DE LA DÉPRESSION en soins primaires est de 4,8 % à 8,6 %<sup>1</sup>, et ça n'inclut pas le médecin ! Si la tendance se poursuit, cette affection constituera la deuxième cause d'absentéisme en 2020. Autant nous y faire, car nous en verrons de plus en plus, à condition bien sûr d'ouvrir l'œil (ou les deux). En effet, chez de 30 % à 50 % des patients atteints, la dépression n'est pas diagnostiquée au cours des consultations courantes en omnipratique. Les deux tiers des patients déprimés présentent des symptômes physiques ou somatiques, et malheureusement la moitié consultent un intervenant de la santé autre que leur fournisseur de soins principal<sup>1,2</sup>.

On a tous un jour ou l'autre des périodes plus difficiles où l'on est fatigué et l'on dort mal. Alors, comment différencier un trouble d'adaptation d'une dépression ?

Deux questions suffisent habituellement pour y parvenir :

- ☉ Vous sentez-vous déprimé ?
- ☉ Avez-vous encore du plaisir à pratiquer vos activités habituelles ?

Ces symptômes font partie intégrante de la définition de la dépression selon le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (4<sup>e</sup> édition). Un des deux doit être présent depuis plus de deux semaines (*tableau I*) pour poser un diagnostic de dépression. Bien sûr, un bilan physique de base est nécessaire, mais il peut être reporté à une autre visite si le temps manque.

*Votre flair ne vous oriente pas vers un problème physique. En posant des questions plus pointues à M. Souriant, vous apprenez que sa femme lui a récemment annoncé son intention de le quitter. Il pense que le fait de garder sa mère atteinte de la maladie d'Alzheimer à la maison est probablement la cause de l'échec de son couple. Par ailleurs, sa prime d'assurance auto va augmenter, car il en est à son deuxième accrochage après avoir omis un arrêt. Il dort mal et a perdu du poids. Bien qu'il ne semble pas trop perturbé par tous*

*Le Dr André Bouchard, omnipraticien depuis 32 ans, exerce à la Clinique médicale Pierre-Bertrand, à Québec.*

**Chez de 30 % à 50 % des patients atteints, la dépression n'est pas diagnostiquée au cours des consultations courantes en omnipratique.**

**Les deux tiers des patients déprimés présentent des symptômes physiques ou somatiques.**

Repères

## Tableau I

### Neuf critères diagnostiques de la dépression

Au moins cinq des symptômes suivants doivent être présents, dont un des deux premiers :

- ☉ Humeur dépressive la plupart du temps
- ☉ Perte d'intérêt ou de plaisir dans presque toutes les activités
- ☉ Troubles de l'appétit (avec gain ou perte de poids)
- ☉ Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée
- ☉ Insomnie ou hypersomnie
- ☉ Agitation ou ralentissement psychomoteur
- ☉ Fatigue ou perte d'énergie
- ☉ Difficulté de concentration, indécision
- ☉ Idées suicidaires récurrentes, plan ou passage à l'acte

Ces symptômes provoquent de la détresse ou une diminution du fonctionnement sur les plans professionnel ou social.

Ces symptômes ne sont pas causés par un médicament, une drogue ou un problème médical.

Il ne s'agit pas d'un deuil, à moins qu'il n'y ait détérioration après plus de deux mois.

Les symptômes présents le sont depuis plus de deux semaines et représentent un changement par rapport au fonctionnement habituel.

*ces événements, il a suffisamment de critères pour être atteint d'une dépression majeure. Vous le retournez donc à la salle d'attente et lui demandez de remplir le formulaire de Beck modifié, pendant que vous voyez un autre patient.*

Neuf échelles ont été mises au point pour évaluer la gravité de la dépression ou en faire le diagnostic<sup>3,4</sup> dans un contexte de soins primaires. Elles nécessitent de deux à cinq minutes et comprennent de 1 à 28 questions. Ma préférence va cependant au formulaire de Beck<sup>5</sup> que le patient remplit seul.

*Une pneumonie plus tard, M. Souriant revient avec son questionnaire. Il a obtenu 55 sur 63. Il souffre donc d'une dépression d'intensité modérée à grave. Comme*

## Tableau II

### Facteurs de risque de suicide<sup>9</sup>

- ☉ Anxiété, agitation, panique
- ☉ Insomnie persistante
- ☉ Anhédonie et faible concentration
- ☉ Sentiment d'impuissance, de ne plus avoir d'autre choix
- ☉ Impulsivité
- ☉ Toxicomanie
- ☉ Hommes de 20 à 30 ans ou de plus de 50 ans
- ☉ Femmes de 40 à 60 ans
- ☉ Vieillesse
- ☉ Tentatives de suicide antérieures
- ☉ Antécédents familiaux de suicide

*le risque de suicide augmente avec l'intensité de la maladie, vous lui demandez s'il a déjà songé à commettre un tel geste. Il vous répond qu'il a effectivement déjà élaboré un plan. Vous vous félicitez de lui avoir fait passer le test, car il est souvent facile de sous-estimer la gravité de l'état d'un patient inconnu.*

### Comment évaluer le risque de suicide ?

Les principaux facteurs de risque de suicide sont décrits au *tableau II*. À l'anamnèse, certains éléments doivent être précisés :

- ☉ Jusqu'à quel point le patient a-t-il l'impression qu'il n'existe pas de solution à son problème ?
  - ☉ Est-ce que le suicide est sa seule porte de sortie ?
  - ☉ A-t-il fait un testament ?
  - ☉ A-t-il un plan ? Si oui, lequel ?
  - ☉ A-t-il une estime de soi si basse qu'il se sent davantage comme un fardeau pour son entourage ?
  - ☉ Est-il impulsif ?
  - ☉ Qu'est-ce qui le retient de passer à l'acte ?
  - ☉ A-t-il des enfants ?
  - ☉ Son travail est-il valorisant ?
  - ☉ Très important : A-t-il une arme à feu à son domicile ?
  - ☉ La quantité de médicaments prescrits est-elle sûre ?
- Évidemment, si le risque est jugé important, le patient doit être dirigé vers l'urgence. Dans le cas contraire, il faut s'assurer qu'il peut obtenir du soutien à la mai-

**Tableau III****Taux d'abandon des antidépresseurs**

Motif de l'abandon		Abandons précoces* 28 %	Abandons tardifs† 44 %
Tolérabilité	N'aimait pas les effets indésirables	62	67
	N'avait pas besoin de médicament	56	46
	Se sentait mieux	50	44
Efficacité	Avait l'impression que le médicament était inefficace	32	52

\* Patients ayant cessé de prendre leur antidépresseur au cours du premier mois, en majorité pendant les deux premières semaines.

† Patients ayant cessé de prendre leur antidépresseur au cours des trois premiers mois.

son et vérifier s'il est possible de lui en procurer dans la collectivité (travailleur social au CSSS, centre de crise). La meilleure façon de savoir si le patient a un plan suicidaire est de le lui demander directement.

Il a déjà été recommandé d'établir un pacte de non-suicide entre l'intervenant et le patient. Cependant, cette technique semble peu fiable. En effet, selon une étude parue en 2001<sup>6</sup>, une proportion de 25 % des patients ont réalisé leur sombre dessein, même s'ils avaient conclu un tel contrat avec leur médecin. Malgré tout, on doit garder à l'esprit que le passage à l'acte est souvent imprévisible.

Le présent article étant davantage centré sur les modalités de traitement de la dépression, pour plus de précisions sur le diagnostic et l'évaluation du risque suicidaire, consultez l'excellent article de Ghislain Lévesque, paru dans *Le Médecin du Québec* de mai 2004, intitulé : « Épuisée, Myriam se rend au service de consultation sans rendez-vous<sup>7</sup> ».

*Vous expliquez à M. Souriant la gravité de son état et vous discutez avec lui des options de traitement. En abordant le sujet du traitement médicamenteux, il vous indique que son meilleur ami a pris des antidépresseurs à la suite de son divorce l'an dernier et qu'il lui a conseillé d'en faire autant, car cela l'avait grandement aidé. Cependant, votre patient a vu dans le journal que ces produits pouvaient augmenter le taux de suicide.*

### Comment assurer la prise en charge ?

#### Les antidépresseurs

*M. Souriant est ouvert à la prise de médicaments,*

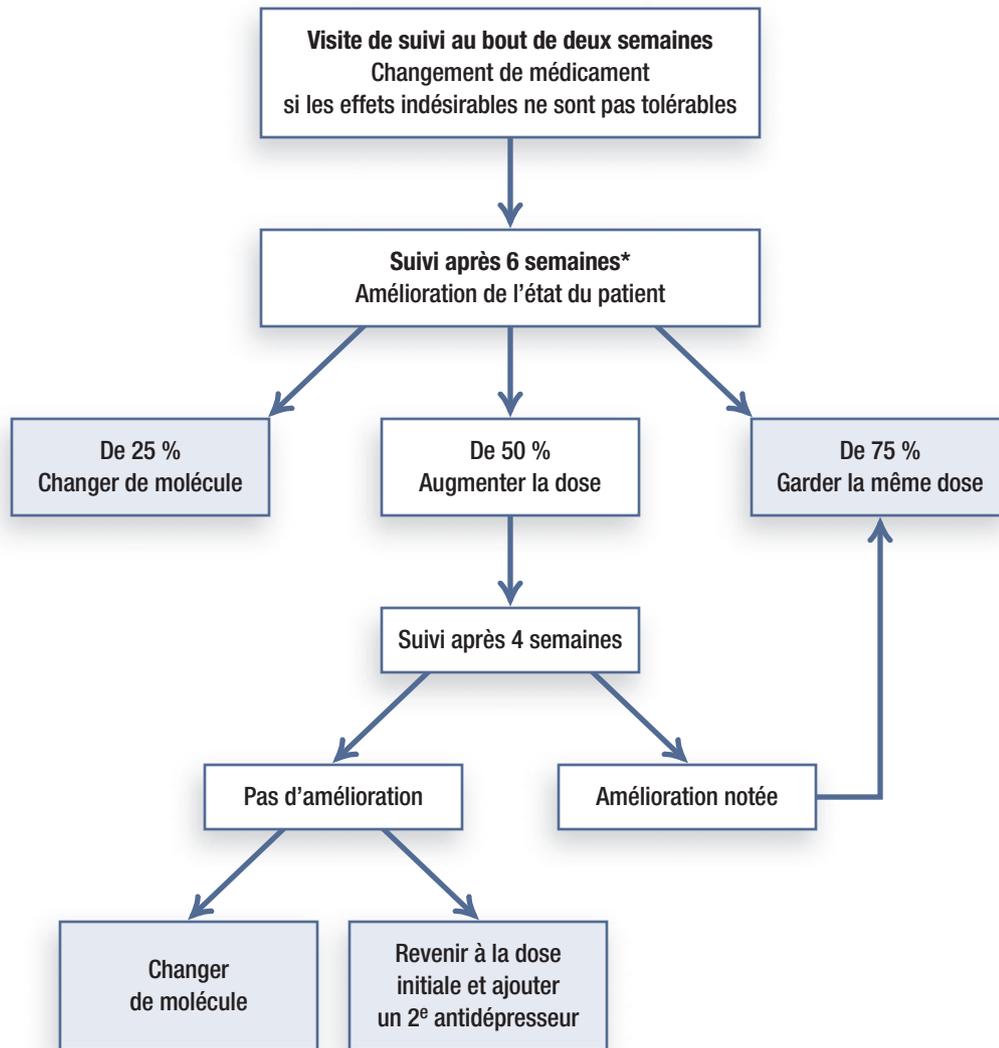
**Tableau IV****Mise en garde et particularités**

- ⊕ Préférez un ISRS comme premier choix.
- ⊕ La venlafaxine a été associée à une mortalité accrue en cas de surdosage (comparativement aux ISRS). En plus, la pression artérielle doit être suivie de plus près, et le sevrage doit être plus graduel.
- ⊕ En cas d'agitation ou d'anxiété au début d'un traitement, une benzodiazépine peut être ajoutée temporairement.
- ⊕ Les thérapies d'association ne devraient être entreprises que par ceux qui en connaissent bien l'utilisation. La venlafaxine, le citalopram, la mirtazapine et le bupropion ne semblent pas présenter d'interaction lorsqu'ils sont associés.
- ⊕ La mirtazapine cause plus de somnolence et de gain de poids.
- ⊕ Les antidépresseurs tricycliques sont plus toxiques et moins bien tolérés.

*ce qui n'est malheureusement pas le cas de tous les patients. Si votre patient semble réticent et qu'il n'est pas suicidaire, vous pouvez demander un bilan sanguin de base, comprenant la TSH, et le revoir deux semaines plus tard. Cet intermède vous permettra de renforcer l'alliance thérapeutique et de mieux expliquer l'effet attendu, le délai d'action et les effets indésirables du médicament, afin de favoriser l'observance du traitement. En effet, dans une étude portant*

**Figure 1**

**Début du traitement par un antidépresseur**



Note : Le citalopram, le bupropion et la venlafaxine ne semblent pas présenter d'interactions importantes en association. La potentialisation avec le lithium ou les neuroleptiques dépasse le cadre de cet article (voir l'article du D<sup>r</sup> Michel Lapierre, dans le numéro d'avril 2008 du *Médecin du Québec*, intitulé : « J'ai optimisé, tu associes, il potentialisera... »).

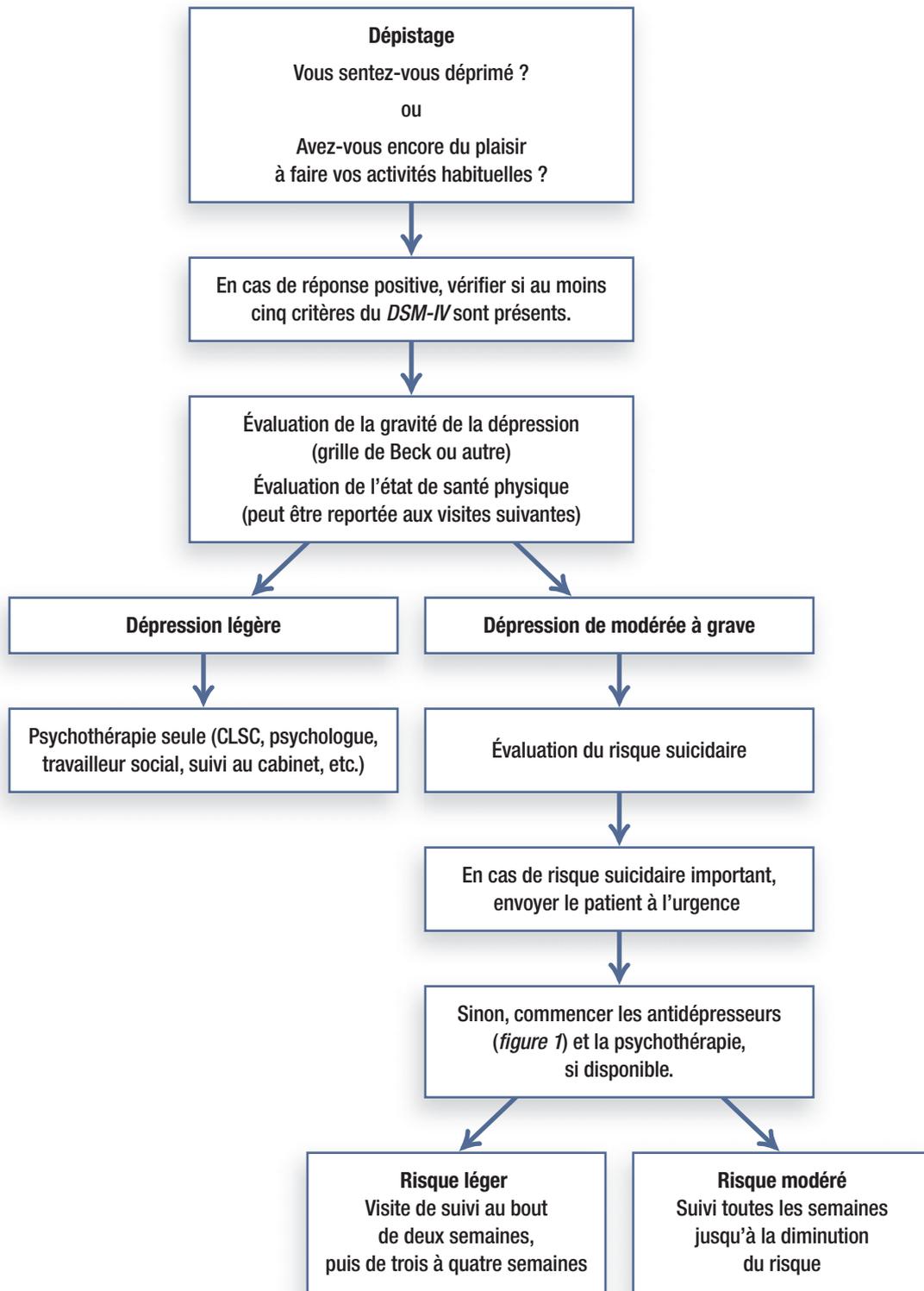
\* En l'absence d'amélioration au bout de quatre semaines, changer de molécule.

sur les soins primaires, les patients ont cessé, dans une proportion de 28 %, de prendre leur médicament au cours du premier mois, et 44 % l'ont fait dans un délai de trois mois<sup>4,8</sup> (tableau III). Les antidépresseurs sont généralement mal perçus, probablement en raison des effets indésirables des benzodiazépines (baisse de vigilance et dépendance) et des antidépresseurs de première génération (gain de

poids). Afin de favoriser le respect du traitement, j'explique aux patients que la dépression résulte d'un stress de longue durée qui a provoqué une baisse de la concentration de sérotonine dans le cerveau, hormone qui sert à moduler l'humeur. Je leur présente les nouveaux antidépresseurs comme une façon de normaliser leur taux de sérotonine. J'explique aussi la différence entre les benzodiazépines et les ISRS, en

**Figure 2**

**Organigramme de traitement**



**Figure 3**

**Formulaire – Maladies à caractère psychologique**



**RACQ**

**Maladies à caractère psychologique**

N.B. Pour les maladies à caractère physique, remplir le formulaire au verso.

Demande Initiale

Section à remplir par la personne assurée

---

1 Nom : \_\_\_\_\_

2 N° de contrat : N° de groupe ou de police | N° de certificat

3 Prénom : \_\_\_\_\_

4 Numéro d'assurance sociale : \_\_\_\_\_

5 Date de naissance : A . A . A . A . M . M . J . J . J . J .

---

**Déclaration du médecin traitant (À remplir en lettres majuscules et à remettre au patient)**

**1. Diagnostic**

1.1 Principal : \_\_\_\_\_

1.2 Secondaire : \_\_\_\_\_

1.3 Symptômes actuels : \_\_\_\_\_

1.4 Degré de gravité de l'ensemble des symptômes : Léger  Moyen  Intense  Avec éléments psychotiques

1.5 Est-ce que l'arrêt de travail résulte de difficultés liées :  
 à la vie conjugale/famíliale  à la perte d'un emploi ou à une mise à pied  problèmes professionnels  
 à des problèmes personnels ou interpersonnels  à la consommation abusive d'alcool ou de drogues et (ou) problèmes au jeu  
 autres, précisez : \_\_\_\_\_

1.6 Auparavant, ce patient a-t-il, pour la ou les maladies ou les symptômes associés dont font état les diagnostics :  
 a) reçu des traitements médicaux  b) consulté un autre médecin  c) pris des médicaments  d) été hospitalisé  e) subi des examens   
 Précisez la date des épisodes antérieurs : \_\_\_\_\_

---

**2. Traitement**

2.1 Médicaments – nom – posologie : \_\_\_\_\_

2.2 Le patient consulte-t-il un psychiatre ? Non  Oui  un travailleur social ? Non  Oui   
 un psychologue ? Non  Oui  un autre intervenant de la santé ? Non  Oui   
 Si oui, nom de l'intervenant consulté : \_\_\_\_\_

2.3 Hospitalisation : du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_ Nom de l'hôpital : \_\_\_\_\_

---

**3. Suivi et pronostic**

3.1 Date de la première consultation pour cette incapacité : A . A . A . A . M . M . J . J . J . J . Prochaine consultation : A . A . A . A . M . M . J . J . J . J .

3.2 Autres dates de consultations : \_\_\_\_\_

3.3 Fréquence du suivi : \_\_\_\_\_

3.4 Le patient sera-t-il adressé à un psychiatre ? Non  Oui  Nom du médecin : \_\_\_\_\_

3.5 Durée approximative de l'incapacité : Nb de jours \_\_\_\_\_ Nb de semaines \_\_\_\_\_ Indéterminée  ou date de retour au travail A . A . A . A . M . M . J . J . J . J .

3.6 Dans combien de temps le patient pourra-t-il retourner au travail ? jours \_\_\_\_\_ semaines \_\_\_\_\_  
 à temps partiel  à temps plein  retour progressif  Précisez : \_\_\_\_\_

---

**4. Questions spécifiques au contrat**

4.1 Au cours des cinq dernières années, le patient a-t-il consulté ou été traité par un médecin ou autre praticien, ou pris des médicaments prescrits par un médecin pour l'une ou l'autre des maladies ou affections suivantes : cancer ou tumeur, diabète, hypertension artérielle, maladie de Crohn, colite ulcéreuse, maladies du cœur ou troubles des vaisseaux sanguins, toxicomanie ou alcoolisme, troubles nerveux ou mentaux, troubles pulmonaires, troubles rénaux ou urinaires, troubles cérébraux ou neurologiques, troubles reliés à la colonne vertébrale, maladies reliées au SIDA, ou subi une épreuve démontrant la présence d'anticorps au virus V.I.H. ?  
 Non  Oui  Si oui, veuillez fournir les renseignements suivants :

Maladies	Dates	Résultats	Périodes d'hospitalisation	Quand le patient a-t-il été informé de sa maladie ?

4.2 \_\_\_\_\_

---

**5. Identification du médecin**

5.1 Nom, prénom : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

5.2 N° de permis d'exercer : \_\_\_\_\_ Télécopieur : \_\_\_\_\_  
 Omnipraticien  Spécialiste  Précisez : \_\_\_\_\_  
 Signature : \_\_\_\_\_ Date : A . A . A . A . M . M . J . J . J . J .

**NOTE : LES FRAIS POUR REMPLIR CETTE DEMANDE SONT ASSUMÉS PAR LA PERSONNE ASSURÉE.**

ce qui concerne la dépendance et la prise de poids.

À qui conviendront-ils? L'efficacité des antidépresseurs augmente avec la gravité de la maladie. D'ailleurs, ces derniers ne sont pas recommandés en première intention contre la dépression légère, car ils ne se sont pas distingués du placebo lors d'études à répartition aléatoire. Par ailleurs, dans le traitement de la dépression de modérée à grave, ils sont aussi efficaces que la psychothérapie, plus accessibles, moins chers et agissent plus rapidement<sup>2,9</sup>. On peut s'attendre à ce qu'un tiers des patients entrent en rémission complète et un autre tiers, en rémission partielle. En ajoutant une deuxième molécule, même si elle est d'une même classe, on ira chercher un autre 25 % de réponse complète. Le *tableau IV* contient certaines particularités des antidépresseurs<sup>10</sup>, tandis que la *figure 1* porte sur le traitement médicamenteux.

Ainsi, seulement 55 % de nos patients seront en rémission complète après l'essai de deux antidépresseurs. Y a-t-il un agent supérieur aux autres? Dans une méta-analyse datant d'il y a plusieurs années, avant l'avènement de la venlafaxine (Effexor) et de l'escitalopram (Cipralax), les études qui révélaient qu'un produit semblait supérieur à un autre avaient été financées par le fabricant de ladite molécule.

Une association de consommateurs a fait un sondage auprès de ses membres ayant pris des antidépresseurs. Les répondants devaient indiquer leur taux de satisfaction quant aux effets indésirables et à l'efficacité du traitement. Même s'il ne s'agissait pas d'une étude à répartition aléatoire à double insu, ce sondage avait le mérite de ne pas être biaisé par des intérêts financiers. La seule molécule qui s'était distinguée par son efficacité était la venlafaxine, tandis que le citalopram et surtout le bupropion étaient ressortis du lot parce qu'ils avaient moins d'effets indésirables. D'ailleurs, les effets signalés étaient deux fois plus importants (par exemple, 40 % de dysfonctionnement sexuel, 20 % de gain de poids) que ceux que mentionnait la monographie des produits (environ 20 % de dysfonctionnement sexuel et 10 % de

prise de poids).

### *Les antidépresseurs et le risque de suicide*

Une méta-analyse de vingt-trois études à court terme (de 4 à 16 semaines) regroupant plus de 4400 adolescents ou jeunes adultes a récemment signalé un pourcentage d'idées ou de comportements suicidaires de 3,8 % par rapport à 2,1 % dans le groupe témoin<sup>11</sup>. Aucun suicide n'a toutefois été noté. D'après les Centers for Disease Control, les idées suicidaires et les tentatives de suicide sont fréquentes chez les adolescents, soit respectivement 17 % et 8,5 % chaque année. Seulement 0,002 % des filles et 0,012 % des garçons mourront, ce qui montre bien que les idées suicidaires et le suicide ne sont pas équivalents<sup>12</sup>.

### *Quelle est l'efficacité de la psychothérapie ?*

La plupart des approches psychothérapeutiques ont une efficacité à peu près semblable, qu'elles soient faites par un psychologue, un médecin de famille, une infirmière ou un autre intervenant de la santé. L'association médicament-psychothérapie est d'ailleurs supérieure à l'un ou à l'autre médicament pris séparément (*figure 2*).

*Vous revoyez en relance M. Souriant la semaine suivante. Un intervenant du CSSS le verra régulièrement. Vous n'aurez donc qu'à faire les ajustements de ses médicaments. Vous respirez mieux à l'idée de ne pas rajouter des psychothérapies à votre horaire déjà chargé! Votre soulagement est toutefois de courte durée, car votre patient vous tend un formulaire de cinq pages à remplir pour son assurance salaire. L'idée de vous prescrire à vous aussi un ISRS vous tente.*

La FMOQ, à la demande de ses membres, a négocié il y a quelques années un formulaire standard d'une page acceptée par 75 % des compagnies d'assurances (*figure 3*). Cependant, les autres assureurs exigent certains formulaires qui vont parfois presque jusqu'à l'expertise. Le questionnaire de Beck vous fournira une bonne partie des réponses aux questions des compagnies d'assurances. ☞

***Les antidépresseurs sont aussi efficaces que la psychothérapie, plus accessibles, moins chers et agissent plus rapidement.***

Repère

## Summary

**Depression at the walk-in clinic!** The incidence of depression in primary care is of 4.8% to 8.6%, and rising. Thirty to fifty percent of cases are missed by the physician, partly because physical complaints are the presenting symptoms in two thirds of the patients. Screening, however, is quickly done with two key questions, and a self-answering scale can gauge depression level, making management possible in a walk-in clinic, where time spent with each patient is scarce. Suicide risk is discussed, although it cannot reliably be assessed by known predictors. Non-suicide contracts between patient and caregiver are of little value; frequent follow-up visits are more protective. Management with psychotherapy is preferred for minor depression cases, with antidepressants added or given alone if no help is available for more severe depression forms. Frequency, follow-up visits and medication titration are summarized on easy to follow charts. Antidepressants efficacy and recent recommendations, particularly suicidal ideation in medicated teens, is also discussed.

**Keywords:** depression, primary care, suicide, antidepressants, psychotherapy

**Date de réception :** 31 janvier 2008

**Date d'acceptation :** 15 avril 2008

**Mots clés :** dépression, soins primaires, suicide, antidépresseurs, psychothérapie

Le Dr André Bouchard n'a déclaré aucun intérêt conflictuel.

## Bibliographie

1. Pignone MP, Gaynes BN, Rushton JL et coll. Screening for depression in adults: a summary of the evidence for the US Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med* 2002; 136 (10) : 765-76.
2. National Guideline Clearinghouse. *Depression: management of depression in primary and secondary care*. National Guideline Clearinghouse. 9 novembre 2007.
3. Mulrow CD, Williams JW Jr, Gerety MB et coll. Case-finding instruments for depression in primary care settings. *Ann Intern Med* 1995; 122 (12) : 913-21.
4. Bandolier. Evidence based thinking about health care. Finding depression in primary care. Site Internet : [www.jr2.ox.ac.uk/bandolier/band99/b99-6.html](http://www.jr2.ox.ac.uk/bandolier/band99/b99-6.html) (Date de consultation : le 2 mai 2008).
5. Beck AT. Inventaire de dépression de Beck. Site Internet : [www.deploies-ails.org/test/depression.php](http://www.deploies-ails.org/test/depression.php) (Date de consultation : le 8 mai 2008).
6. Fawcett J. Treating impulsivity and anxiety in the suicidal patient. *Ann NY Acad Sci* 2001; 932 : 94-105.
7. Lévesque G. Épuisée, Myriam se rend au service de consultation sans rendez-vous. *Le Médecin du Québec* 2004; 39 (5) : 21-8.
8. Lin EH, Von Korff M, Katon W et coll. The role of the primary care physician in patients' adherence to antidepressant therapy. *Med Care* 1995; 33 (1) : 67-74.
9. Reesal RT, Lam RW, CANMAT Depression Work Group. Clinical guidelines for the treatment of depressive disorders – II. Principles of management. *Can J Psychiatry* 2001; 46 (Suppl 1) : 21S-28S.
10. Demers H, Lapierre M. Un antidépresseur, c'est bien... mais deux, est-ce mieux? *Le Médecin du Québec* 2007; 42 (10) : 89-92.
11. Newman TB. A blackbox warning for antidepressants in children? *N Engl J Med* 2004; 351 (16) : 1595-8.
12. Fochtmann LJ, Gelenberg AJ. Guideline Watch: practice guideline for the treatment of patients with major depressive disorder, 2<sup>e</sup> éd. Site Internet : [www.psychiatryonline.com/content.aspx?aid=148217](http://www.psychiatryonline.com/content.aspx?aid=148217) (Date de consultation : le 14 décembre 2007).