

# Moins de recours aux soins de santé pour dépression après le déploiement d'infirmier.ère.s de santé mentale au niveau de la première ligne ?

## Référence

Dros JT, van Dijk CE, Böcker KB, et al. Healthcare utilization patterns of individuals with depression after national policy to increase the mental health workforce in primary care: a data linkage study. *BMC Prim Care* 2024;25:158. DOI: 10.1186/s12875-024-02402-8.

## Analyse de

Sam Cordyn, verpleegkundig beleidsmedewerker Wit-Gele Kruis van Vlaanderen ; Pauline Stas, klinisch psycholoog, wetenschappelijk medewerker Vlaams Expertisecentrum Suïcidepreventie en Tom Poelman, Vakgroep Volksgezondheid en Eerstelijnszorg, UGent  
Absence de conflits d'intérêt avec le sujet.

## Question clinique

Quel est l'effet du déploiement dans le cabinet de médecine générale d'infirmier.ère.s spécialisé(e)s en soins de santé mentale pour les personnes atteintes de dépression sur le nombre de consultations chez le médecin généraliste, en soins de santé mentale de première ligne ou dans un service spécialisé ?

## Contexte

En 2015, Minerva a traité d'une étude avec randomisation par grappe qui montrait que l'intégration dans la première ligne d'une collaboration multidisciplinaire basée sur des interventions psychologiques brèves pouvait réduire les symptômes de dépression et accroître la capacité d'autonomie des personnes atteintes de multimorbidité (1,2). D'une autre analyse de Minerva concernant une synthèse méthodique avec méta-analyse, il ressortait en outre que la thérapie cognitivo-comportementale numérique réduisait la gravité des symptômes dépressifs et anxieux chez les adultes chez qui une dépression avait été diagnostiquée. Nous faisons toutefois preuve de prudence dans l'interprétation des résultats en raison de certaines limites méthodologiques et des difficultés possibles pour l'extrapolation aux soins de première ligne en Belgique (3,4). L'OMS affirme que l'intégration des soins de santé mentale dans les soins de première ligne est importante pour fournir des soins accessibles, abordables et appropriés et que le glissement des soins en établissement vers des soins en ambulatoire en première ligne est un élément important des soins de santé mentale intégrés (5,6). Il est donc important d'évaluer si l'intégration des soins de santé mentale dans les soins de première ligne est bien effective (7).

## Résumé

### Population étudiée

- recrutement basé sur les données d'assurance liées aux dossiers médicaux informatisés des cabinets de médecine générale aux Pays-Bas entre 2014 et 2019
- critères d'inclusion : patients de 18 ans ou plus chez qui une dépression a été diagnostiquée au cabinet de médecine générale sur la base du code ICPC (*International Classification of Primary Care*) P76 (dépression) ou P03 (symptômes dépressifs)
- critères d'exclusion : dossiers de patients incomplets et manque de données de l'assurance concernant les contacts avec les médecins généralistes et les prestataires de soins de santé mentale ; patients en maison de repos et de soins
- finalement, inclusion de 31 873 personnes ; âge moyen : 49,4 ans (écart-type : 16,3 ans) ; 62,7% de femmes ; diagnostic de dépression ; le statut socioéconomique était réparti de manière à peu près égale entre « faible » (30%), « moyen » (25,6%), « moyen-élevé » (25%) et « élevé » (19,4%) ; pour 79,5% des participants, les frais des soins de santé étaient plus élevés que la couverture habituelle offerte par l'assurance-maladie.

### Protocole d'étude

Étude de cohorte rétrospective

- les données des dossiers médicaux informatisés ont été reliées aux données de l'assurance pour les soins
- analyse de régression logistique multiniveaux à intercept aléatoire au niveau du cabinet de médecine générale.

### Mesure des résultats

- variables dépendantes :
  - traitement de la dépression par le médecin généraliste
  - soins de santé mentale en première ligne
  - soins de santé mentale dans un service spécialisé
- variables indépendantes :
  - degré de déploiement des infirmier·ère·s de santé mentale, défini comme le nombre de consultations de personnes souffrant de dépression par des infirmier·ère·s de santé mentale divisé par le nombre total de personnes souffrant de dépression enregistrées dans le cabinet de médecine générale au cours de l'année écoulée ; les cabinets de médecine générale ont été répartis en quatre quartiles en fonction du degré de déploiement des infirmier·ère·s de santé mentale
  - facteurs de confusion : âge, sexe, statut socioéconomique, coût des soins en plus de la couverture habituelle (= coût annuel total des soins moins le coût des soins habituels tels que les soins dispensés par un médecin généraliste ou par un·e infirmier·ère), comorbidité psychiatrique, prescriptions de médicaments.

### Résultats

- le nombre de personnes en dépression ayant été en contact avec un·e infirmier·ère de santé mentale variait de 801 (10,1%) (quartile inférieur) à 4080 (50,7%) (quartile supérieur) (différence de 40,6%) ; le nombre de traitements par patient avec l'infirmier·ère de santé mentale variait de 0,25 (écart-type 0,95) en moyenne pour le quartile inférieur à 2,17 (écart-type 2,97) en moyenne pour le quartile supérieur
- le nombre de personnes traitées par le médecin généraliste après un premier contact pour dépression au cours des six premiers mois variait de 6555 (82,4%) (quartile inférieur du déploiement d'infirmier·ère·s de santé mentale) à 6407 (79,6%) (quartile supérieur du déploiement d'infirmier·ère·s de santé mentale) (**2,8% de moins**) ; le nombre de traitements par patient chez le médecin généraliste a également diminué, passant d'une moyenne de 2,70 (écart-type 2,58) à une moyenne de 2,29 (écart-type 2,43)
- le nombre de personnes recevant des soins de santé mentale en première ligne dans les six mois suivant un premier contact pour dépression variait de 1792 (22,5%) (quartile inférieur du déploiement d'infirmier·ère·s de santé mentale) à 1362 (16,9%) (quartile supérieur du déploiement d'infirmier·ère·s de santé mentale) (**5,6% de moins**)
- le nombre de personnes recevant des soins de santé mentale dans un service spécialisé au cours des six mois suivant un premier contact pour dépression variait de 2324 (29,2%) (quartile inférieur du déploiement d'infirmier·ère·s de santé mentale) à 1890 (23,5%) (quartile supérieur du déploiement d'infirmier·ère·s de santé mentale) (**5,7% de moins**)
- après correction pour tenir compte des facteurs de confusion, les cabinets de médecine générale avec un déploiement élevé d'infirmier·ère·s de santé mentale, par rapport à un déploiement faible, ont vu une diminution des consultations chez le médecin généraliste (RC de 0,87 avec IC à 95% de 0,78 à 0,98), dans les soins de santé mentale de première ligne (RC de 0,68 avec IC à 95% de 0,61 à 0,77) et dans les services spécialisés de santé mentale (RC de 0,73 avec IC à 95% de 0,66 à 0,81) ; contrairement aux consultations chez le médecin généraliste, les consultations en soins de santé mentale en première ligne et dans les services spécialisés ont également diminué de manière statistiquement significative en cas de déploiement modérément faible ou modérément élevé d'infirmier·ère·s de santé mentale.

### Conclusion des auteurs

Les auteurs concluent que les personnes qui reçoivent les soins dans un cabinet de médecine générale où le déploiement d'infirmier·ère·s de santé mentale est plus important sont moins susceptibles d'être traitées par des prestataires de soins de santé mentale d'autres établissements de santé. Des recherches

supplémentaires sont nécessaires pour évaluer dans quelle mesure la substitution des soins de santé mentale dans des services spécialisés par des soins dans les cabinets de médecine générale pourrait être en rapport avec le temps d'attente pour des soins de santé mentale dans des services spécialisés.

### **Financement de l'étude**

Financement par le Zorginstituut Nederland.

### **Conflits d'intérêt des auteurs**

Les auteurs ne mentionnent pas de conflits d'intérêt.

## **Discussion**

### **Évaluation de la méthodologie**

Cette étude de cohorte rétrospective avec couplage de données entre les dossiers médicaux informatisés et les données d'assurance de 31 873 personnes ayant connu un épisode dépressif a été correctement conçue d'un point de vue méthodologique. Cependant, la conception non randomisée empêche de trouver des relations de cause à effet. La répartition des cabinets de médecine générale en quartiles en fonction du volume de soins infirmiers en santé mentale, plutôt qu'une répartition binaire (présence ou non d'infirmier·ère·s de santé mentale dans le cabinet de médecine générale), permet une comparaison nuancée. Le diagnostic de dépression, basé sur les codes ICPC, fait l'objet de différentes interprétations selon les médecins généralistes. Par exemple, la dépression chez les personnes âgées et chez les hommes est plus souvent méconnue et sous-diagnostiquée en raison d'un tableau clinique différent (8-10). Les auteurs soulignent dès lors que l'utilisation des codes ICPC varie selon les médecins. En effet, certains patients peuvent être codés comme dépressifs sans avoir reçu un diagnostic formel, tandis que d'autres, bien que souffrant de dépression, ne sont pas identifiés comme tels dans les données. Cette variabilité fragilise l'inclusion correcte des patients.

L'analyse statistique a été effectuée au moyen d'une analyse de régression multiniveaux avec ajustement des facteurs de confusion pertinents tels que l'âge, le sexe, le statut socioéconomique, les coûts des soins en plus de la couverture habituelle, la comorbidité psychiatrique et la consommation de médicaments. L'analyse de régression complète (incluse dans le supplément à cet article) a notamment montré que l'âge entraînait une augmentation statistiquement significative du nombre de consultations chez le médecin généraliste, tandis que le volume des soins de santé mentale en première ligne et dans les services spécialisés diminuait de manière statistiquement significative avec l'âge. Le volume des soins de santé mentale dans les services spécialisés a également augmenté de manière statistiquement significative avec le nombre de maladies et de symptômes psychiatriques, alors que dans ce cas, le nombre de consultations chez le médecin généraliste a diminué. Cependant, bien que les auteurs aient corrigé pour tenir compte de ces facteurs de confusion, il subsiste des risques de confusion résiduelle due à des variables non mesurées, comme la gravité de la dépression, la motivation du bénéficiaire des soins ou les délais d'attente pour les soins de santé mentale. Les auteurs ont également examiné l'effet modérateur des coûts des soins en plus de la couverture habituelle sur la relation entre le degré de déploiement d'infirmier·ère·s en santé mentale et le nombre de contacts avec les soins de santé mentale en première ligne et dans les services spécialisés. Lorsque ce facteur a été pris en compte, le nombre de consultations pour des soins de santé mentale en première ligne a encore diminué, tandis qu'il a augmenté dans les services de santé mentale spécialisés. Cela n'était statistiquement significatif que dans le quartile supérieur de déploiement des infirmier·ère·s en santé mentale.

### **Évaluation des résultats**

Le déploiement d'un plus grand nombre d'infirmier·ère·s de santé mentale s'est accompagné d'une diminution des soins de santé mentale en première ligne et dans les services spécialisés et, dans une moindre mesure, d'une diminution des consultations chez le médecin généraliste. Il est toutefois difficile d'estimer l'impact clinique de ce résultat. Par exemple, la durée du suivi est de six mois, ce qui est relativement court. Comme il y a de longues listes d'attente pour les soins, il se peut que différentes formes de soins de santé mentale soient débutées plus tardivement. Le glissement des soins vers des soins par des infirmier·ère·s de santé mentale peut aussi entraîner un report de la prise en charge et, à terme, éventuellement un besoin accru de soins de santé mentale (dans un service spécialisé). En outre, la diminution du nombre de consultations chez le médecin généraliste (-0,41) s'est avérée moins importante que l'augmentation du déploiement des infirmier·ère·s de santé mentale (+1,08), ce qui suggère une augmentation des soins plutôt qu'un glissement

des soins d'un prestataire à l'autre. Des recherches antérieures ont déjà montré l'importance des interventions de première ligne en cas de dépression. Ainsi, une analyse publiée en 2021 dans *Minerva* a mis en évidence l'utilité d'interventions psychologiques brèves intégrées en première ligne pour les personnes atteintes de dépression et de multimorbidité (1,2). La présente étude s'inscrit dans ce cadre, mais elle manque de données concernant les résultats cliniques (diminution des symptômes), la satisfaction des patients et la qualité de vie, qui sont pourtant nécessaires pour évaluer l'efficacité dans la pratique.

L'intervention elle-même s'inscrit bien dans le contexte belge, où l'intégration des soins de santé mentale en première ligne est encouragée. Bien que la tâche de l'infirmier·ère de santé mentale ne soit pas clairement décrite dans cette étude, nous pouvons supposer qu'elle implique principalement le triage et des interventions à bas seuil telles que la psychoéducation, la planification des activités, les conseils sur l'autogestion et les conseils sur le mode de vie, similaires aux tâches d'une infirmière psychiatrique. La question est toutefois de savoir si un large déploiement d'infirmier·ère·s (psychiatriques), qui sont déjà surchargé(e)s, est possible en Belgique. Il est donc très important de comparer les coûts et les effets cliniques de cette intervention avec d'autres solutions telles que les psychologues de première ligne. En termes de contenu, le modèle de convention belge (psychologues de première ligne) est plus proche des soins de santé mentale de première ligne aux Pays-Bas que du déploiement d'infirmier·ère·s de santé mentale dans les cabinets de médecine générale. L'extrapolation des résultats de cette étude doit donc se faire avec prudence en raison des différences entre les Pays-Bas et la Belgique en matière d'organisation des soins, de financement et d'accès aux soins de santé mentale. En 2014, le système de remboursement néerlandais a été modifié afin que les médecins généralistes puissent plus facilement déployer des infirmier·ère·s de santé mentale grâce à un supplément d'honoraires. L'objectif était de rendre les soins de santé mentale plus accessibles au niveau de la première ligne. En outre, aux Pays-Bas, les soins de santé mentale ne sont accessibles que par l'intermédiaire du médecin généraliste, de sorte qu'une diminution de la consommation de soins de santé mentale dans les cabinets dotés d'un·e infirmier·ère de santé mentale peut également indiquer une substitution, le médecin généraliste orientant alors le patient à l'intérieur du cabinet plutôt que vers l'extérieur. Cela peut donc empêcher le bénéficiaire de recevoir les soins nécessaires, et la question est également de savoir quel est le degré d'autonomie et de pouvoir de décision dont dispose encore le bénéficiaire. D'autre part, la ligne plus courte vers l'infirmier·ère de santé mentale peut en fait favoriser une intervention précoce et éviter les soins dans un service spécialisé, ce qui pourrait permettre d'économiser des coûts sociaux. Mais cela nécessite une analyse coûts-bénéfices.

### **Que disent les guides de pratique clinique ?**

Le guide de pratique clinique de *Domus Medica* « La dépression chez l'adulte » (11) recommande que les médecins généralistes, en concertation avec le bénéficiaire, collaborent autant que possible avec les dispensateurs de soins de première ligne et de deuxième ligne. Pour ce faire, il est conseillé de suivre les principes de soins par étapes (« *stepped care* »). Le guide ne dit rien de spécifique sur l'intégration des infirmier·ère·s de santé mentale ou des infirmier·ère·s psychiatriques en Belgique. Il est toutefois recommandé de commencer par une psychoéducation et de prêter attention à l'hygiène du sommeil, à la structuration de la journée et à la planification des activités et de débiter des psychothérapies douces comme le développement personnel accompagné, la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) en groupe ou l'activité physique en groupe. On trouve des recommandations similaires dans le guide de pratique clinique multidisciplinaire de la Fédération des médecins spécialistes (*Federatie Medisch Specialisten*) aux Pays-Bas (12). Il y est indiqué qu'un·e assistant(e) de cabinet médical pour les soins de santé mentale (*praktijkondersteuner huisarts geestelijke gezondheidszorg, POH-GGZ*), généralement intégré(e) au cabinet de médecine générale, peut assurer les soins de base. Il s'agit d'une personne ayant une formation dans le domaine de la santé mentale, par exemple un·e infirmier·ère sociopsychiatrique, un·e assistant(e) social(e) ou un·e psychologue appliqué(e). Dans l'article sur la thérapie cognitivo-comportementale, le soutien d'un·e infirmier·ère est mentionné, mais pas dans les recommandations pour les cabinets de médecine générale. Selon ce guide de pratique clinique, les principaux éléments de l'accompagnement infirmier dans la dépression sont les suivants : « psychoéducation, enregistrement des symptômes, reconnaissance, formulation et modification des schémas de pensée négatifs pour soutenir le thérapeute cognitif (comportemental), enregistrement du niveau d'activité, aide à retrouver un équilibre dans le niveau d'activité, exercices de relaxation et mise en œuvre d'un plan de prévention des rechutes ».

## Conclusion de Minerva

Cette étude de cohorte observationnelle rétrospective montre qu'un déploiement accru d'infirmier·ère·s de santé mentale dans les cabinets de médecine générale est associé à une diminution du recours aux soins de santé mentale en première ligne et dans les services spécialisés et, dans une mesure limitée, à une diminution des consultations chez le médecin généraliste par les personnes atteintes de dépression. Cette étude est bien conçue sur le plan méthodologique et s'appuie sur une population importante et représentative, mais sa valeur probante est limitée du fait de sa nature non expérimentale, de la possibilité de confusion et d'un manque de mesures de résultats cliniques comme l'amélioration des symptômes ou la satisfaction des bénéficiaires. En outre, des recherches supplémentaires sont nécessaires sur les coûts et les bénéfices de cette intervention et d'autres interventions similaires pour l'intégration des soins de santé mentale au niveau de la première ligne.

**Références** voir site web