



Barrières à l'utilisation des outils de diagnostic de la dépression en médecine de famille : étude qualitative par entretiens individuels semi-directifs auprès de médecins généralistes du Nord-Finistère

Marie-Laure Morvan

► To cite this version:

Marie-Laure Morvan. Barrières à l'utilisation des outils de diagnostic de la dépression en médecine de famille : étude qualitative par entretiens individuels semi-directifs auprès de médecins généralistes du Nord-Finistère. Médecine humaine et pathologie. 2014. dumas-01044399

HAL Id: dumas-01044399

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01044399>

Submitted on 23 Jul 2014

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.

UNIVERSITE DE BREST - BRETAGNE OCCIDENTALE
Faculté de Médecine & des Sciences de la Santé
Année 2014

THESE DE
DOCTORAT en MEDECINE
Spécialité : Médecine Générale

Par
Mlle Marie-Laure MORVAN
née le 15 février 1985 à Saint-Brieuc (22)

Présentée et soutenue publiquement le 6 février 2014

**Barrières à l'utilisation des outils de diagnostic
de la dépression en médecine de famille.**
Etude qualitative par entretiens individuels semi-directifs
auprès de médecins généralistes du Nord-Finistère

Présidente du Jury
Membres du Jury

Madame le Docteur Claire Liétard (PhD, HDR)
Monsieur le Docteur Nabbe Patrice (M.D)
Monsieur le Professeur Le Reste Jean-Yves (M.D)
Monsieur le Docteur Morvan Jean-Pierre (M.D)

UNIVERSITE DE BRETAGNE OCCIDENTALE

FACULTE DE MEDECINE ET DES SCIENCES DE LA SANTE DE BREST

<u>DOYENS HONORAIRES</u>	:	Professeur H. FLOCH
		Professeur G. LE MENN (†)
		Professeur B. SENECAIL
		Professeur J. M. BOLES
		Professeur Y. BIZAIS (†)
		Professeur M. DE BRAEKELEER
<u>DOYEN</u>		Professeur C. BERTHOU

PROFESSEURS EMERITES

GIOUX Maxime	Physiologie
LAZARTIGUES Alain	Pédopsychiatrie
YOUINOU Pierre	Immunologie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES EN SURNOMBRE

LEJEUNE Benoist	Epidémiologie, Economie de la santé & de la prévention
SENECAIL Bernard	Anatomie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS DE CLASSE EXCEPTIONNELLE

BOLES Jean-Michel	Réanimation Médicale
FEREC Claude	Génétique
JOUQUAN Jean	Médecine Interne
LEFEVRE Christian	Anatomie
MOTTIER Dominique	Thérapeutique
OZIER Yves	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS DE 1^{ERE} CLASSE

ABGRALL Jean-François	Hématologie - Transfusion
BRESSOLLETTE Luc	Médecine Vasculaire
COCHENER - LAMARD Béatrice	Ophtalmologie
COLLET Michel	Gynécologie - Obstétrique
DE PARSCAU DU PLESSIX Loïc	Pédiatrie
DE BRAEKELEER Marc	Génétique
DEWITTE Jean-Dominique	Médecine & Santé au Travail
DUBRANA Frédéric	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
FENOLL Bertrand	Chirurgie Infantile
FOURNIER Georges	Urologie
GILARD Martine	Cardiologie
GOUNY Pierre	Chirurgie Vasculaire
KERLAN Véronique	Endocrinologie, Diabète & maladies métaboliques
LEHN Pierre	Biologie Cellulaire
LEROYER Christophe	Pneumologie
LE MEUR Yannick	Néphrologie
LE NEN Dominique	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
LOZAC'H Patrick	Chirurgie Digestive
MANSOURATI Jacques	Cardiologie
MARIANOWSKI Rémi	Oto. Rhino. Laryngologie
MISERY Laurent	Dermatologie - Vénérologie
NONENT Michel	Radiologie & Imagerie médicale
PAYAN Christopher	Bactériologie – Virologie; Hygiène
REMY-NERIS Olivier	Médecine Physique et Réadaptation
ROBASZKIEWICZ Michel	Gastroentérologie - Hépatologie
SARAUX Alain	Rhumatologie
SIZUN Jacques	Pédiatrie
TILLY - GENTRIC Armelle	Gériatrie & biologie du vieillissement
TIMSIT Serge	Neurologie
WALTER Michel	Psychiatrie d'Adultes

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS DE 2^{EME} CLASSE

BAIL Jean-Pierre	Chirurgie Digestive
-------------------------	---------------------

BEN SALEM Douraied	Radiologie & Imagerie médicale
BERNARD-MARCORELLES Pascale	Anatomie et cytologie pathologiques
BERTHOU Christian	Hématologie – Transfusion
BEZON Eric	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BLONDEL Marc	Biologie cellulaire
BOTBOL Michel	Psychiatrie Infantile
CARRE Jean-Luc	Biochimie et Biologie moléculaire
COUTURAUD Francis	Pneumologie
DAM HIEU Phong	Neurochirurgie
DEHNI Nidal	Chirurgie Générale
DELARUE Jacques	Nutrition
DEVAUCHELLE-PENSEC Valérie	Rhumatologie
GIROUX-METGES Marie-Agnès	Physiologie
HU Weigo	Chirurgie plastique, reconstructrice & esthétique ; brûlologie
LACUT Karine	Thérapeutique
LE GAL Grégoire	Médecine interne
LE MARECHAL Cédric	Génétique
L'HER Erwan	Réanimation Médicale
NEVEZ Gilles	Parasitologie et Mycologie
NOUSBAUM Jean-Baptiste	Gastroentérologie - Hépatologie
PRADIER Olivier	Cancérologie - Radiothérapie
RENAUDINEAU Yves	Immunologie
RICHE Christian	Pharmacologie fondamentale
SALAUN Pierre-Yves	Biophysique et Médecine Nucléaire
STINDEL Eric	Biostatistiques, Informatique Médicale & technologies de communication
UGO Valérie	Hématologie, transfusion
VALERI Antoine	Urologie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIEN LIBERAL

LE RESTE Jean Yves	Médecine Générale
---------------------------	-------------------

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS

LE FLOC'H Bernard	Médecine Générale
--------------------------	-------------------

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS DE HORS CLASSE

AMET Yolande	Biochimie et Biologie moléculaire
LE MEVEL Jean Claude	Physiologie
LUCAS Danièle	Biochimie et Biologie moléculaire
RATANASAVANH Damrong	Pharmacologie fondamentale

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS DE 1ERE CLASSE

DELLUC Aurélien	Médecine interne
DE VRIES Philine	Chirurgie infantile
DOUET-GUILBERT Nathalie	Génétique
HILLION Sophie	Immunologie
JAMIN Christophe	Immunologie
MIALON Philippe	Physiologie
MOREL Frédéric	Médecine & biologie du développement & de la reproduction
PERSON Hervé	Anatomie
PLEE-GAUTIER Emmanuelle	Biochimie et Biologie Moléculaire
QUERELLOU Solène	Biophysique et Médecine nucléaire
SEIZEUR Romuald	Anatomie-Neurochirurgie
VALLET Sophie	Bactériologie – Virologie ; Hygiène

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS DE 2EME CLASSE

ABGRAL Ronan	Biophysique et Médecine nucléaire
BROCHARD Sylvain	Médecine Physique et Réadaptation
HERY-ARNAUD Geneviève	Bactériologie – Virologie; Hygiène
LE BERRE Rozenn	Maladies infectieuses-Maladies tropicales
LE GAC Gérald	Génétique
LODDE Brice	Médecine et santé au travail

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS STAGIAIRES

LE ROUX Pierre-Yves	Biophysique et Médecine nucléaire
PERRIN Aurore	Biologie et médecine du développement & de la reproduction
TALAGAS Matthieu	Cytologie et histologie

MAITRE DE CONFERENCES - CHAIRE INSERM

MIGNEN Olivier

Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES MI-TEMPS

BARRAINE Pierre

Médecine Générale

CHIRON Benoît

Médecine Générale

NABBE Patrice

Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES

HAXAIRE Claudie

Sociologie - Démographie

LANCIEN Frédéric

Physiologie

LE CORRE Rozenn

Biologie cellulaire

MONTIER Tristan
moléculaire

Biochimie et biologie

MORIN Vincent

Electronique et Informatique

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DES UNIVERSITES

BALEZ Ralph Pierre

Médecine et Santé au travail

AGREGES DU SECOND DEGRE

MONOT Alain

Français

RIOU Morgan

Anglais

Un grand merci à chaque membre de jury d'avoir accepté de juger cette thèse :

A Madame Le Docteur Claire Liétard, présidente du jury,

Merci de m'avoir fait l'honneur de présider cette thèse, recevez mon profond respect.

A Monsieur le Docteur Patrice Nabbe, directeur de thèse,

Merci de m'avoir proposé ce sujet de thèse et de m'avoir accompagné tout au long de ce travail, ainsi que tout au long de mon internat de médecine générale. Reçois toute ma reconnaissance pour nos échanges enrichissants du tutorat à cette thèse. Merci d'avoir su jongler avec mon rythme de travail très irrégulier afin que nous arrivions sans encombre à l'échéance finale.

A Monsieur le Professeur Jean-Yves Le Reste, co-directeur de thèse,

Merci pour vos précieux conseils et la qualité de votre expertise lors des groupes de thèse. Merci surtout pour votre engagement en faveur de l'universitarisation de la médecine générale : au travers de votre travail et celui de votre équipe, je suis fière de débiter ma carrière avec l'assurance d'une formation solide et un avenir optimiste quant à l'évolution de notre métier.

A Monsieur le Docteur Jean-Pierre Morvan, membre du jury,

Merci d'avoir accepté d'intégrer mon jury. Merci aussi d'avoir su accompagner mes premiers pas au cabinet lors de mon stage chez le praticien. Ce passage à Kernilis m'aura permis de prendre mes marques dans une ambiance chaleureuse et constructive, et je t'en suis sincèrement reconnaissante.

Merci à tous ceux qui m'ont suivi dans ce parcours, et en particulier :

Merci aux internes du groupe de thèse « dépression » (il porte mal son nom tant l'ambiance y était au beau fixe), en particulier à Camille, pour vos conseils et le soutien mutuel tout au long de nos travaux.

De Rennes au Finistère, en passant par la Guadeloupe, merci à toutes les équipes médicales et paramédicales, ainsi qu'à tous mes collègues de promotion pour l'expérience accumulée et les bons moments à vos côtés, y compris dans les situations difficiles.

Merci à l'AAEMR, l'ANEMF et MIG 29, aux rencontres primordiales tout au long de mon parcours associatif et électif, pour m'avoir fait comprendre très tôt qu'une formation n'était pas qu'une accumulation de savoirs, qu'il fallait en maîtriser les enjeux pour mieux se l'approprier, et appréhender avec espoir et engagement notre avenir professionnel. Je suis fière grâce à vous d'être médecin généraliste.

Merci à Claire, Fabien, Camille, Pauline, Sabrina, Aurélia, Elise, Fanny et Poulette. « the Bende » et ses nombreuses ramifications avez joyeusement accompagné toutes nos années d'étude. Une amitié qui ne fait que commencer ! Une pensée particulière à mes co-thésardes de la bande : vous avez bien fait de prendre les devants pour que je profite de vos prestations remarquables : je n'ai plus qu'à assurer pour la dernière soutenance de la série...

Merci à Jeanne et Julie-Anne, Julien et Sarah, d'avoir mis encore plus de soleil dans ma parenthèse tropicale. Un bout de moi est resté entre Saint-François et Basse-Terre, tant cette année fut inoubliable. Promis je referai à nouveau la traversée de l'Atlantique juste pour le plaisir de vous revoir ; ainsi que tous nos compagnons d'aventure.

Merci à Cédric et Claire, à mes grands-parents et l'ensemble de ma famille pour le soutien continu tout au long de ce périple. Que nos liens restent à jamais solides : je suis heureuse d'avoir grandi avec vous.

En particulier à mes parents, merci pour votre soutien inconditionnel tout au long de ma scolarité. Vous nous avez offert la possibilité de poursuivre nos orientations dans la plus grande liberté, j'en suis profondément reconnaissante. Une mention spéciale à la meilleure des secrétaires pour son travail de retranscription des verbatim : merci Maman !

TABLE DES MATIERES

I.	Introduction.....	11
A-	Marqueurs épidémiologiques	11
1.	Prévalence	11
2.	Place du médecin généraliste	11
3.	Impact économique.....	11
B-	Définition de la dépression	12
1.	CIM 10.....	12
2.	DSM-IV-TR.....	13
3.	Echelles diagnostiques.....	15
C-	Sujet de l'étude	15
II.	Méthode.....	17
A-	Justification et définition de la méthode : concepts théoriques	17
1.	La recherche qualitative	17
2.	Le mode de recueil des données.....	17
3.	Analyse du contenu	18
B-	Mise en œuvre pratique	19
1.	Population étudiée	19
a.	Recrutement.....	19
b.	Echantillonnage	19
2.	Entretiens	19
a.	Questionnaires	19
b.	Entretiens.....	20
c.	Retranscription	20
3.	Analyse des données	21
a.	Codage linéaire.....	21
b.	Codage systémique	21
c.	Représentation graphique	21
III.	Résultats.....	22
A-	Population étudiée	22
B-	Résultats de l'analyse	23
1.	Codage linéaire.....	23
2.	Codage systémique	23
3.	Résumé de l'analyse inductive.....	30

IV.	Discussion.....	32
A-	Rappel de la question de recherche et de la méthode	32
B-	Validité interne	32
1.	Biais de sélection	32
2.	Biais d'information	32
3.	Biais de confusion	33
C-	Analyse des résultats.....	33
1.	Les outils sont méconnus.....	33
2.	Les outils sont jugés inutiles.....	34
a.	La pratique actuelle est fixée sans connaissance des outils	34
b.	Les outils sont connus mais n'ont pas de valeur ajoutée.	34
i.	Les éléments à disposition sont suffisants.....	34
ii.	Le médecin refuse volontairement les outils	35
3.	Les outils sont jugés inadaptés	35
a.	Pour le patient	35
b.	Pour le médecin	36
i.	L'indication n'est pas repérée.	36
ii.	La forme est problématique	36
iii.	La technique est inadaptée	37
iv.	L'usage de l'outil est détourné	37
v.	L'objectif de l'outil est inadapté.....	37
D-	Schématisation de l'analyse	37
E-	Validité externe de la thèse	39
1.	Comparabilité aux autres travaux du groupe de thèse.....	39
2.	Comparabilité avec la littérature.....	40
a.	L'expérience du médecin	40
b.	Connaissance du patient.....	40
c.	Le temps	41
d.	Facteurs liés au patient.....	41
e.	Questionnaire	41
f.	Formation.....	41
F-	Perspectives	42
V.	Conclusion.....	43
VI.	Bibliographie.....	44
VII.	Annexes : table des matières	47

I. Introduction

La dépression est considérée comme un problème majeur de santé publique, dans le monde et en particulier en France. Sa fréquence, son impact sur les malades à cause de l'incapacité résultante et son impact socio-économique sur la société justifient la préoccupation des hautes instances sur le sujet. Savoir la dépister, la diagnostiquer et la traiter sont donc des compétences importantes dans la prise en charge des patients en médecine de premier recours.

A- Marqueurs épidémiologiques

1. Prévalence

A l'occasion de la journée mondiale de la dépression en octobre 2012, le directeur général de l'Organisation des Nations-Unies (1) a rappelé que cette pathologie touche près de 350 millions de personnes dans le monde et constitue la première cause d'incapacité.

En France, la prévalence est variable selon les études, notamment du fait de la variabilité des outils de définition utilisés. Pour les travaux émanant de l'INPES (Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé), la prévalence au cours des 12 derniers mois va de 5% selon l'enquête ANAPED (2) en 2005, à 7.5% dans le baromètre de santé réalisé en 2010 (3). La prévalence de l'antécédent d'épisode dépressif caractérisé peut être estimée entre 17.8% dans l'étude ANAPED (2) et 24.1% dans la partie française de l'étude ESEMeD (4) faite entre 2000 et 2003.

2. Place du médecin généraliste

Lorsqu'il s'agit de consulter, le recours priorisé est le médecin généraliste. Dans l'étude ANAPED (2), 36.6% des patients consultant « pour raison mentale », tout niveau de sévérité confondu, ont vu au moins un généraliste, dont 56.5% seulement celui-ci. Dans l'étude du Baromètre santé 2010 (3), ce recours grimpe à 61%.

Si nous nous tournons vers ces médecins, c'est une pathologie également ressentie comme fréquente : selon la dernière étude de la DREES (5) (Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques), 66.5% des médecins généralistes estiment prendre en charge un état dépressif chaque semaine et 28.3% au minimum chaque mois. Le médecin généraliste est alors au cœur de la prise en charge puisque 88.8% des médecins déclare prendre en charge des patients dépressifs sans avoir recours systématiquement aux spécialistes de second recours : les psychiatres.

3. Impact économique

Selon une étude de l'OCDE (Organisation de Coopération et de Développement Economique) faite à l'échelle européenne (6), le coût de la dépression en Europe est estimé à 118 milliards d'euros soit 253 euros par habitant ou 1% du PIB de l'Union Européenne. Les deux tiers de cette somme sont liés à l'absentéisme au travail et la mortalité prématurée, seulement un tiers est lié au coût des soins (42 milliards d'euros : 22 pour les consultations, 9 pour les médicaments et 10 pour les hospitalisations).

En France, la CNAMTS (Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés) a établi ses statistiques pour 2011 (7). En terme de coût, la santé mentale représente 16% des dépenses de santé du Régime Général, soit 22.6 milliards d'euros des 146 milliards d'euros dépensés en 2011. Tout type de prise en charge confondu, cela représente le 2ème poste de soins après les pathologies cardio-vasculaires.

Plus précisément, les troubles de l'humeur étiquetés, pour les 800 000 patients en ALD, hospitalisés ou en arrêt maladie de longue durée, représentent 3% des coûts de santé soit 4.4 milliards d'euros. Une autre partie de cette manne financière est représentée par la prescription médicamenteuse d'antidépresseurs et de lithium évaluée à 3.2 milliards d'euros, pour environ 2.8 millions de patients (4.8% des bénéficiaires).

En terme de consommation de soins, dans l'argumentaire des recommandations de l'ANAES (Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé) de 2002 (8), il est rapporté qu'un patient dépressif consomme 50 à 100 % de soins en plus par rapport au non-dépressif et le nombre total de consultations pour dépression en médecine libérale est estimé à près de 12 millions sur 304 millions de consultations et visites, soit 3.4% des consultations pour ce seul motif. Ces actes se répartissent entre les généralistes (70 %) et les spécialistes (30 %).

B- Définition de la dépression

Les critères de définition de la dépression, surtout utilisés pour les études, sont encore peu validés dans la pratique courante. Néanmoins, deux définitions sont largement utilisées dans les recommandations de bonne pratique en France (8) et dans de nombreux autres pays : les critères diagnostiques de la CIM-10 et du DSM-IV-TR.

1. CIM 10

La CIM-10 correspond à la Classification Internationale des Maladies dans sa 10^{ème} version, validée en 1990. Il s'agit d'une liste de codifications des signes, symptômes et diagnostics permettant une utilisation standardisée en santé publique. Elle est par exemple couramment utilisée en France pour le PMSI (cotation des actes hospitaliers) afin de permettre le paiement à l'acte.

Concernant la dépression, la classification des « épisodes dépressifs » apparaît sous le chapitre « F32 » :

- F = Catégorie « troubles mentaux et du comportement »
- 3 = Sous-catégorie « Trouble de l'humeur » (ex : épisode maniaque, trouble affectif bipolaire)
- 2 = Sous-catégorie « Épisode dépressif »

La définition d'un « épisode dépressif » est décrite ci-dessous (Tableau 1).

Tableau 1 : Critères diagnostiques d'un épisode dépressif selon la CIM-10 d'après Boyer, 1999, Dépression et santé publique

A. Critères généraux (obligatoires)
G1. L'épisode dépressif doit persister au moins 2 semaines. G2. Absence de symptômes hypomaniaques ou maniaques répondant aux critères d'un épisode maniaque ou hypomaniaque (F30) à un moment quelconque de la vie du sujet. G3. Critères d'exclusion les plus couramment utilisés : l'épisode n'est pas imputable à l'utilisation d'une substance psychoactive (F10-19) ou à un trouble mental organique, selon la définition donnée en F00-F9.
B. Présence d'au moins deux 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, dans une large mesure non influencée par les circonstances, et persistant pendant au moins 2 semaines. (2) Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour des activités habituellement agréables. (3) Réduction de l'énergie ou augmentation de la fatigabilité.
C. Présence d'au moins un des sept symptômes suivants, pour atteindre un total d'au moins quatre symptômes :
(1) Perte de la confiance en soi ou de l'estime de soi. (2) Sentiments injustifiés de culpabilité excessive ou inappropriée. (3) Pensées de mort ou idées suicidaires récurrentes, ou comportement suicidaire de n'importe quel type. (4) Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer (signalée par le sujet ou observée par les autres), se manifestant, par exemple, par une indécision ou des hésitations. (5) Modification de l'activité psychomotrice, caractérisée par une agitation ou un ralentissement (signalés ou observés). (6) Perturbations du sommeil de n'importe quel type. (7) Modification de l'appétit (diminution ou augmentation) avec variation pondérale correspondante.

2. DSM-IV-TR

L'Association Américaine de Psychiatrie (APA) publie un ouvrage de référence classant les troubles mentaux : le « Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux » (DSM en anglais pour Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), Sa 4^{ème} version décrite ici, a été révisée en 2000 (Tableau 2). Une cinquième version est sortie en mai 2013, son principal apport est la suppression du critère E portant sur l'absence de deuil, justifié par l'ajout d'une note (Annexe 1).

Tableau 2 : DSM IV-TR

A. Au moins cinq des symptômes suivants doivent avoir été présents pendant une même période d'une durée de deux semaines et avoir représenté un changement par rapport au fonctionnement antérieur ; au moins un des symptômes est :

soit (1) une humeur dépressive,

soit (2) une perte d'intérêt ou de plaisir.

N.B. : Ne pas inclure des symptômes qui sont manifestement imputables à une affection médicale générale, à des idées délirantes ou à des hallucinations non congruentes à l'humeur.

(1) Humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, presque tous les jours, signalée par le sujet (sentiment de tristesse ou vide) ou observée par les autres (p. ex., pleure). N.B. : Éventuellement irritabilité chez l'enfant et l'adolescent.

(2) Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités, pratiquement toute la journée, presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).

(3) Perte ou gain de poids significatif en l'absence de régime (p. ex., modification du poids corporel en un mois excédant 5 %), ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours. N.B. : Chez l'enfant, prendre en compte l'absence de l'augmentation de poids attendue.

(4) Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours.

(5) Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours (constaté par les autres, non limité à un sentiment subjectif de fébrilité ou de ralentissement intérieur).

(6) Fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours.

(7) Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée (qui peut être délirante) presque tous les jours (pas seulement se faire grief ou se sentir coupable d'être malade).

(8) Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).

(9) Pensées de mort récurrentes (pas seulement une peur de mourir), idées suicidaires récurrentes sans plan précis ou tentative de suicide ou plan précis pour se suicider.

B. Les symptômes ne répondent pas aux critères d'épisode mixte.

C. Les symptômes induisent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

D. Les symptômes ne sont pas imputables aux effets physiologiques directs d'une substance (p. ex., une substance donnant lieu à abus, un médicament) ou d'une affection médicale générale (p. ex., hypothyroïdie).

E. Les symptômes ne sont pas mieux expliqués par un deuil, c'est-à-dire après la mort d'un être cher, les symptômes persistent pendant plus de deux mois ou s'accompagnent d'une altération marquée du fonctionnement, de préoccupations morbides, de dévalorisation, d'idées suicidaires, de symptômes psychotiques ou d'un ralentissement psychomoteur.

3. Echelles diagnostiques

De ces classifications de critères diagnostiques ont émané des échelles diagnostiques de la dépression. Elles sont nombreuses et ont surtout été évaluées dans le cadre de la recherche épidémiologique et clinique, afin de mettre en évidence la prévalence du syndrome dépressif et les sujets à traiter. Mais elles ne sont pas destinées en premier lieu à une utilisation en pratique courante. Il s'agit d'auto- et d'hétéro-questionnaires dont certaines existent dans des versions variables selon de nombre de questions.

Nous pouvons citer en exemple quelques une des plus connues :

- BDI-21 (Beck Depression Inventory, 1961), et ses versions plus courtes
- SDS (Zung Self-Rating Depression Scale), 1965)
- HDRS (Hamilton Depression Rating Scale, 1969)
- HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale, 1983)
- ...

Certaines sont utilisées dans des champs spécifiques comme en gériatrie avec la GDS : Geriatric Depression Scale.

C-Sujet de l'étude

Il s'agit d'un travail proposé via la branche « dépression » d'un groupe de thèse du Département Universitaire de Médecine Générale de la Faculté de Médecine de Brest. Ce groupe de thèse est l'émanation d'un travail du Dr Nabbe et du Pr Le Reste dans le cadre du groupe de recherche « FPDM » de l'« EGPRN »

L'EGPRN (European General Practice Research Network) est un réseau de médecins de famille et de professionnels de santé européens qui souhaitent travailler ensemble sur des questions de recherche en médecine générale et en soins primaires. Le but est de faire progresser des travaux de recherche à l'échelle européenne, en ayant un cadre pour collaborer ensemble. Il s'agit d'un groupe de recherche issu de la branche européenne de la WONCA, (World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners / Family Physicians), l'organisation mondiale des médecins généralistes.

Le groupe d'étude « FPDM » (Family Practice Depression and Multimorbidity) travaille sur la recherche d'outils de prévention et de traitement de la dépression des patients de plus de 50 ans ayant au moins 2 facteurs de multimorbidités (tels que définis par les médecins généralistes). Les participants viennent des 4 coins de l'Europe : Belgique (Anvers), France (Brest), Allemagne (Hanovre et Göttingen), Grèce, Italie, Pologne (Torun), Espagne (Vigo), Pays-Bas (Amsterdam), Bosnie (Sarajevo), Croatie (Zagreb) et Bulgarie (Plovdiv).

Dans le cadre de la branche « dépression » de l'étude, le travail se fait en 4 phases :

- Phase 1 : revue systématique de la littérature, dont l'objectif est de trouver les outils diagnostiques de la dépression, validés en soins primaires, comparativement aux critères diagnostiques du DSM IV.
- Phase 2 : obtenir un consensus sur un outil unique par une méthode consensus (RAND/UCLA). Cet outil, en plus d'être validé, doit être stable et ergonomique.
- Phase 3 : traduction de l'outil sélectionné dans les langues des différents pays européens participant à l'étude par une méthode aller-retour, selon une méthode par consensus en ronde Delphi.

- Phase 4 : test de l'outil sélectionné en cabinet de soins primaires par des médecins généralistes.

L'objectif in fine est d'obtenir un outil diagnostique de la dépression validé à l'échelle européenne et en pratique courante, et ergonomique afin de s'adapter parfaitement aux besoins des médecins généralistes.

Le groupe de thèse du Docteur Nabbe au sein du DUMG de la faculté de médecine de Brest travaille sur la branche « dépression » de l'étude. Il s'agit d'un travail préparatoire à l'échelle locale de la phase 2 du groupe FPDM visant à tester deux hypothèses inverses sur les facteurs influant l'utilisation et la non-utilisation des outils diagnostiques de la dépression par les médecins généralistes, à travers deux méthodes qualitatives différentes : les focus-group et les entretiens individuels.

La question de recherche de cette étude est donc :

**QUELLES SONT LES BARRIERES A L'UTILISATION DES OUTILS DE DIAGNOSTIC DE LA
DEPRESSION EN MEDECINE DE FAMILLE ?**

**ÉTUDE QUALITATIVE PAR ENTRETIENS INDIVIDUELS SEMI-DIRECTIFS AUPRES DE MEDECINS
GENERALISTES DU NORD-FINISTERE**

II. Méthode

A-Justification et définition de la méthode : concepts théoriques

1. La recherche qualitative

La recherche qualitative s'oppose dans sa définition à la recherche quantitative. Voici la définition de la recherche qualitative en soins primaires que propose la revue *Exercer* (9) :
« La recherche qualitative ne cherche pas à quantifier ou à mesurer, elle consiste le plus souvent à recueillir des données verbales (plus rarement des images ou de la musique) permettant une démarche interprétative. C'est un terme générique qui regroupe des perspectives diverses en termes de bases théoriques, méthodes, techniques de recueil et analyse des données. »

Dans le cadre d'un travail préparatoire au travail d'élaboration d'un outil effectué par le groupe FPDM, le but est de faire émerger des hypothèses de travail. Une méthode issue de la recherche qualitative semblait donc plus appropriée.

2. Le mode de recueil des données

En recherche quantitative, il existe essentiellement 3 modes de recueil des données utilisés en médecine :

- Les méthodes de consensus qui visent à recueillir des données et en proposer une hiérarchie (en groupe nominal, avec ou sans rencontre des participants par la méthode Delphi)
- L'analyse de documents en cercle de qualité
- Les entretiens, individuels ou en groupe (focus group), technique la plus largement utilisée

Afin de diversifier les réponses à la problématique, sans objectif de hiérarchisation, nous avons décidé de réaliser le travail selon 2 méthodes par entretiens :

- Le focus-group : entretien avec des groupes de 8-10 personnes, l'entretien est animé par l'investigateur et filmé par un collègue. Cette technique a l'avantage de l'interactivité, et permet aux participants de justifier leurs choix. Cette option de travail a été développée par une autre doctorante du groupe de thèse.
- Les entretiens individuels : bien que plus chronophage, cette méthode libère plus facilement la parole et laisse moins de contraintes car le médecin peut choisir le lieu et le moment de l'entretien. C'est cette méthode qui est utilisée dans l'étude.

Selon la précision des réponses ou la nécessité de recueillir des idées innovantes, l'entretien sera plus ou moins directif, ou structuré :

- Si des réponses précises sont attendues, plutôt en recherche quantitative ou lorsque le raisonnement est déductif, les questions du guide d'entretien sont « structurées » : le guide d'entretien est rigide et l'enchaînement des questions suit strictement l'ordre et le contenu préétabli. Les questions sont alors « fermées » : la réponse attendue fait partie d'une liste connue (oui / non, un chiffre, un sexe...) ce qui en facilite le codage ;

- Pour permettre une analyse inductive, il vaut mieux privilégier un entretien « semi-directif » ou « semi-structuré » où il est possible d'inverser l'ordre des questions, de les compléter ou de les modifier au gré de la conversation pour gagner en fluidité, en gardant pour objectif d'avoir une réponse à toutes les questions préétablies. Les questions sont alors « ouvertes » : la réponse est libre et l'interlocuteur a la possibilité d'exprimer plus facilement sa pensée, son opinion.
- Certaines méthodes de recherche n'utilisent pas de guide d'entretien, c'est la technique d'entretien libre.

3. Analyse du contenu

Afin d'analyser les données brutes des entretiens, les méthodes conceptualisées en recherche qualitative sont diverses mais suivent une démarche commune : la réduction des données, leur condensation et leur présentation, tel que décrit par Miles et Huberman (10).

L'objectif est de « *donner du sens* », faire émerger une catégorisation des résultats afin de théoriser des idées brutes.

Dans ce travail, l'objectif est de répondre à une approche phénoménologique du sujet : il n'y a pas d'hypothèse préétablie, ce qui oblige à un codage ouvert, sans grille d'analyse préparée.

La phénoménologie, telle que définie par Exerçer (11), est un « cadre théorique visant à explorer comment les individus interprètent le monde et à révéler les explications profondes issues de leur expérience subjective. »

Une des stratégies de recherche est l'analyse inductive générale (10). Elle se définit par un ensemble de procédures systématiques permettant de traiter des données qualitatives. Ces procédures peuvent se résumer en 3 étapes : condenser des données brutes variées en les résumant, puis établir le lien entre ces données et la question de recherche : c'est l'étape de « mise en relation », et enfin développer un cadre de référence ou un modèle à partir de nouvelles catégories émergentes.

Elle se distingue de la méthode déductive qui consiste à tester si les données récoltées à partir d'hypothèses préalablement établies : des vérifications sont effectuées. Dans la méthode inductive, aucune hypothèse n'est formulée, toutes les réponses sont a priori envisageables et ce sont les données qui permettent de formuler des généralités à partir de concepts spécifiques, par généralisations.

Afin de permettre le processus de généralisation, un codage des données brutes est établi.

Tout d'abord, la forme des données est homogénéisée. Les entretiens sont retranscrits sous forme de verbatim, c'est-à-dire une retranscription écrite intégrale mot-à-mot (11), rédigés de façon uniforme pour en faciliter l'exploitation.

A la lecture des verbatim, l'investigateur recherche des mots ou courtes phrases, qui correspondent à une réponse à la question de recherche. Il crée pour chaque extrait une étiquette qui correspond à une « unité de sens », l'idée sous-tendue est traduite sous forme de « code », c'est un « processus de transformation des données brutes en une première formulation signifiante » (12). La liste brute des codes correspond au codage linéaire. Il poursuit le recueil de données jusqu'à ne plus obtenir de nouveau code, c'est le principe de « saturation des données » (13) : aucun élément supplémentaire ne viendrait apporter quelque chose de neuf ou modifier ce qui a déjà été trouvé.

Dans un objectif de réduction des données tendant vers la généralisation, chaque code est ensuite classé sous-forme systémique afin d'obtenir une vue d'ensemble des aspects clés, il s'agit d'un codage axial. Au terme du processus de généralisation, un nombre minimal de codes est obtenu, il s'agit du codage thématique. Il est alors plus facile d'en produire une représentation graphique.

Afin de renforcer la validité de l'analyse, il est conseillé de réaliser un codage parallèle en aveugle (10) par un second codeur, le 2^{ème} codage obtenu peut ainsi être combiné au premier. Ce codeur extérieur peut aussi vérifier la clarté des catégories proposées a posteriori.

B- Mise en œuvre pratique

1. Population étudiée

a. Recrutement

Pour contacter les médecins généralistes, nous avons écrit une lettre de recrutement similaire pour les 2 thèses (annexe 2). Cette lettre a été validée par le groupe de thèse. L'envoi du courrier, en l'absence de réponse spontanée, était suivi une semaine plus tard d'un appel téléphonique pour obtenir l'accord du médecin et un rendez-vous pour l'entretien.

b. Echantillonnage

L'objectif était d'obtenir le plus de profils différents. Expliqué par le Dr Savoie-Jacq (14), il en ressort qu'avec un échantillon homogène (« cas typiques » de Le Compte et Preissle), nous pouvons dégager une compréhension riche pour un groupe donné d'individus, s'il est trop hétérogène, contrasté (« cas extrêmes » de Le Compte et Preissle), il faudra comparer les individus entre eux.

Afin d'obtenir un groupe homogène, les médecins ont été sélectionnés via l'annuaire téléphonique des Pages Jaunes en ligne sur une zone géographique du Finistère Nord incluant à la fois des zones urbaines, péri-urbaines et rurales. L'échantillon initial était composé des 42 médecins de cette zone. Pour avoir un échantillon final représentatif et pour organiser le planning des entretiens deux envois successifs de dix courriers ont été effectués à un mois d'intervalle. Des envois supplémentaires étaient envisagés si le recrutement l'avait nécessité afin d'obtenir la saturation des données. Pour homogénéiser la population, les médecins étaient choisis à chaque envoi selon le type de commune, le sexe et le mode d'exercice des médecins, solitaire ou groupé, pour obtenir un panel varié.

2. Entretiens

a. Questionnaires

Le questionnaire (Tableau 3) a été rédigé lors d'un groupe de thèse afin d'obtenir la validation de l'ensemble des participants du groupe, il était commun pour les deux thèses portant sur les barrières à l'utilisation des outils. La première question portait sur la description d'un cas clinique de prise en charge d'un patient dépressif, le but étant de « briser la glace » pour démarrer l'entretien en donnant la parole sur un cas personnel facile à décrire.

Les questions suivantes ont été choisies pour établir une progression vers le sujet sans dévoiler la problématique.

Tableau 3 : questionnaire de l'étude, première version

Question « brise-glace » : Pouvez-vous nous raconter le cas d'un dépistage difficile de dépression
1. Comment dépistez-vous un état dépressif ?
2. Quelles raisons peuvent vous faire manquer un dépistage de dépression en tant que médecin traitant ?
3. Le diagnostic vous paraît-il également difficile ?
4. Utilisez-vous des outils pour diagnostiquer une dépression ?
a. Si oui : les utilisez-vous systématiquement ? Si non, pourquoi ?
b. Si non ? Qu'est-ce qui vous empêche de les utiliser ?

Après quelques entretiens, il s'avérait, pour les deux méthodes, que les réponses apportées ne semblaient pas aller suffisamment dans le vif du sujet puisque les réponses à la problématique arrivaient seulement lors de la quatrième question. C'est pourquoi un deuxième questionnaire (Tableau 4) a été proposé pour mettre plus facilement en évidence les difficultés des médecins généralistes dans la prise en charge de la dépression et leur utilisation des outils. Par ailleurs, le second questionnaire a permis d'inverser les questions distinguant dépistage et diagnostic, car la distinction entre les deux notions ne semblait pas évidente pour de nombreux participants.

Tableau 4 : questionnaire de l'étude, seconde version

Question brise-glace : un patient dépressif pour vous c'est quoi ? comment sentez-vous un patient dépressif ?
1. Comment diagnostiquez-vous un état dépressif ?
2. Quelles raisons peuvent vous faire manquer un diagnostic de dépression en tant que médecin traitant ?
3. Que pensez-vous des outils pour diagnostiquer une dépression ?
4. Les utilisez-vous ? Si non ? Qu'est-ce qui vous empêche de les utiliser ?
5. Et le dépistage, est-il aussi facile ?
6. Utilisez-vous des outils de dépistage ? Si non, qu'est-ce qui vous empêche de les utiliser ?
7. Utilisez-vous les mêmes outils ou les mêmes critères pour diagnostiquer et dépister la dépression ?

c. Entretiens

Tous les rendez-vous avaient été fixés à leur demande au cabinet des médecins, le plus souvent lors d'un créneau libéré entre deux consultations. L'étude avait été présentée à chaque médecin, avec une lettre d'introduction du Dr Nabbe accompagnée d'une notice d'information sur l'étude (annexes 3 et 4), leur consentement avait été obtenu via la signature d'une feuille dédiée expliquant le but de l'étude et garantissant l'anonymat des participants (annexe 5). Les entretiens avaient été enregistrés par magnétophone.

d. Retranscription

Tous les entretiens furent par la suite retranscrits sous forme de verbatim anonymisés en format numérique .docx. La première version avait été écrite grâce à une proche habituée à la frappe de supports oraux, puis complétée et corrigée par l'investigateur.

3. Analyse des données

a. Codage linéaire

Les verbatim avaient été codés en binôme. La « co-codeuse » était une interne de médecine générale ayant réalisé une thèse ayant une méthodologie similaire dans le cadre de la branche « multimorbidité » de l'étude FPDM, sans lien direct avec le sujet afin d'avoir un œil extérieur à la problématique.

Chacune de notre côté, nous avons proposé un codage de chaque verbatim au fur et à mesure de leur retranscription par surlignage du texte et annotation du code correspondant. Nous avons ensuite partagé nos cotations, avons argumenté sur les codes non partagés initialement dans les 2 codages, jusqu'à obtenir un consensus sur le codage linéaire. Lorsque les codes devenaient redondants, nous considérons alors que la saturation des données avait été atteinte et les entretiens furent interrompus.

Les codes avaient ensuite été regroupés par ordre d'apparition dans les verbatim dans un livre de code. A chaque code est attribué une ou plusieurs zones de texte des verbatim qui apparaissent sous la forme (Vx y) où x est le numéro du verbatim, et y la ou les lignes du texte correspondant.

b. Codage systémique

Les codes ont ensuite été organisés par catégorisation et mis en forme dans un tableau Excel. Cette étape correspondait à l'analyse inductive générale. Plusieurs solutions de catégorisation étant possible en fonction de la schématisation mentale imaginée sur la problématique, plusieurs collègues ont été interrogés, via le groupe de thèse notamment, pour valider le codage axial final. Afin de vérifier la lisibilité du tableau, des proches de divers horizons extérieurs au milieu médical et à sa sémantique ont apporté leur critique sur la compréhension des codes et leur hiérarchisation.

c. Représentation graphique

Lors de l'étude, plusieurs modes de représentation ont été utilisés. D'une part le tableau Excel a été maintes fois remanié afin d'obtenir une représentation facilement lisible et de plus en plus épurée. D'autre part, il existait en forme préparatoire des représentations sous forme de listes à puces ou plan, pour permettre la rédaction aisée de la partie « Résultats ». Enfin, l'étude proposait une mise sous forme de graphique pour proposer au lecteur une lecture synthétique et attractive du codage thématique, correspondant à l'analyse phénoménologique de l'étude.

Pour faciliter la lecture des différents modes de représentation graphique du codage, un code-couleur a été utilisé :

- Rouge pour le codage thématique
- Orange pour le codage systémique principal
- Jaune pour le codage systémique secondaire
- Vert pour le codage systémique tertiaire

III. Résultats

A-Population étudiée

Nous distinguons deux échantillons :

- L'échantillon initial, c'est-à-dire les médecins contactés, où l'échantillonnage était volontairement homogène
- L'échantillon final correspondait aux médecins ayant accepté les entretiens, d'où un risque de perte de l'homogénéité du groupe.

Sur vingt courriers envoyés, dix médecins ont répondu favorablement : un spontanément par mail et les neuf autres par relance téléphonique.

Les trois critères retenus pour homogénéiser le groupe étaient le sexe, le lieu d'exercice : urbain, semi-rural ou rural, et le type d'exercice, seul ou en groupe (tableau 3).

Tableau 5 : Caractéristiques démographiques de la population

	Effectif	Sexe		Lieu			Exercice	
		Homme	Femme	Urbain	Semi-rural	Rural	Seul	Groupe
Echantillon initial	20	12	8	11	4	5	11	9
Echantillon Final	10	6	4	5	2	3	5	5

Dans le détail, si nous combinions les critères, des profils variés en fonction des critères choisis étaient obtenus :

- trois hommes seuls en milieu urbain
- une femme seule en milieu urbain
- un homme en groupe en milieu urbain
- un homme en groupe semi-rural
- une femme en groupe en semi-rural
- (un homme en groupe en rural)
- une femme en groupe en rural
- une femme seule en rural

Il est à noter dès à présent qu'un des entretiens n'avait pu être exploité à cause d'un problème d'enregistrement, concernant le médecin homme exerçant en groupe en milieu rural.

Au final, sur douze profils envisageables, l'étude en proposait sept.

Les verbatim des neuf entretiens sont consultables en annexe 6.

B-Résultats de l'analyse

1. Codage linéaire

Après analyse des verbatim en binôme, le livre de code comportait 130 codes ouverts regroupées en 65 codes linéaires (Annexe 7).

La saturation a été obtenue en 9 entretiens.

2. Codage systémique

L'analyse inductive avait permis de dégager un codage thématique en trois parties, l'arborescence obtenue (tableau 6) se lit de la gauche vers la droite, néanmoins, il faut garder en tête que l'analyse s'était déroulée de la droite vers la gauche.

a. Premier thème : les outils sont méconnus

Neuf codes se regroupaient vers ce thème via deux catégories en lien avec la formation médicale initiale et la formation médicale continue.

Basiquement, certains médecins ne connaissaient pas les outils permettant de diagnostiquer la dépression :

- Certains précisait clairement qu'ils se souvenaient de leur formation médicale initiale, qu'ils appliquaient encore les connaissances, mais qu'il n'y avait pas d'outils enseignés.
- Pour une autre partie des médecins interrogés, les outils avaient été enseignés (« *je les ai utilisés pour ma thèse* » ; V9 29) mais le souvenir était fragile et n'avait donc pas fait l'objet d'un recyclage des connaissances en formation médicale continue, que ce soit sur les outils ou plus largement sur les recommandations ou les critères du DSM IV, ce qui était justifié par un médecin par le fait que le sujet ne l'intéressait pas particulièrement (« *j'aurais peut-être dû m'y intéresser d'avantage* » ; V2 77)

b. Deuxième thème : les outils sont jugés inutiles

26 codes étaient inclus dans cette partie, les répondeurs étaient alors inclus dans deux catégories :

- Soit les médecins ne connaissaient pas les outils mais ils n'éprouvaient pas le besoin de les découvrir du fait d'une pratique immuable relevant d'une méthode conscientisée fixe, ou d'habitudes.
- Soit les médecins connaissaient les outils mais jugeaient sciemment l'absence de valeur ajoutée des outils. D'une part parce que les éléments permettant le diagnostic étaient faciles à recueillir (soit parce que le médecin avait des facilités, soit parce que les patients rendaient le diagnostic évident). D'autre part, leur pratique les comblait, ou l'idée même d'utiliser un outil les rebutait.

c. Troisième thème : les outils sont inadaptés

Dans ce thème, 30 codes aboutissaient au code thématique « les outils sont jugés inadaptés » : deux codes axiaux reflétaient l'idée que c'était le patient qui faisait obstacle à l'utilisation des outils, pour les autres codes, c'est le médecin qui trouvait les outils inadaptés à sa pratique :

- soit parce que le prérequis de l'outil était d'en trouver l'indication. Or dans la pathologie dépressive, le repérage des premiers signes d'appels était parfois difficile.
- soit parce que l'outil en lui-même était d'ergonomie inadaptée, dans sa forme (papier ou numérique, utilisation trop longue, forme rigide, système de cotation refusé, idée d'une objectivation difficile à envisager face à un diagnostic basé sur la subjectivité). Du coup, certains médecins admettaient utiliser l'outil sous une forme qui leur semblait plus adaptée.
- Soit parce que l'objectif de l'outil, l'instauration d'une thérapeutique médicamenteuse, était inadaptée

Tableau 6 : Codage axial

CODAGE THEMATIQUE	CODAGE SYSTEMIQUE NIVEAU 1	CODAGE SYSTEMIQUE NIVEAU 2 ET 3	CODAGE AXIAL	CITATION
LES OUTILS SONT MECONNUS	LE MEDECIN N'A PAS EU ACCES AUX OUTILS EN FORMATION MEDICALE INITIALE	LA NOTION D'OUTIL EN FMI A ETE OUBLIEE	MECONNAISSANCE DES OUTILS	V2 97 ; V5 52 ; V6 74 ; V7 24 ; V8 43 ; V9 23
			ABSENCE D'OUTIL DANS LA FMI	V1 40 ; V1 68 ; V2 43 ; V9 36
	LE MEDECIN N'A PAS EU ACCES AUX OUTILS VIA LA FORMATION MEDICALE CONTINUE	OUTILS APPRIS MAIS OUBLIES	OUBLI DE LA FMI	V9 29
			OUBLI DES OUTILS	V8 45
			CONNAISSANCE FRAGILE DES OUTILS	V2 75 ; V8 28 ; V8 38- 39 ; V9 35
		LES RECOMMANDATIONS ONT ETE OUBLIEES	RECOMMANDATIONS MECONNUES	V2 102
		LES CRITERES DU DSM IV ONT ETE OUBLIES		V8 29
			OUBLI DES CRITERES DU DSM IV	
	LE MEDECIN UTILISE SES CONNAISSANCES DE FMI MAIS LES OUTILS N'ONT PAS ETE ENSEIGNES	ABSENCE DE FORMATION CONTINUE SUR LE THEME DE LA DEPRESSION	ABSENCE DE FORMATION CONTINUE	V3 113
			DESINTERET POUR LE SUJET	V2 77
		IL N'Y A PAS DE MOTIVATION A ALLER EN FMC SUR CE SUJET		

METHODE NON VALDEE	METHODE NON VALDEE	V2 80
	VALIDATION DU DSM IV	V1 80 ; V7 26 ; V9 5
LA DEMARCHE DIAGNOSTIQUE SUIT UNE METHODE DEFINIE	INTERROGATOIRE	V2 17
	DISCUSSION LIBRE	V1 57
	INTERROGATOIRE OUVERT	V3 100 ; V5 37-38
		V5 36
	INTERROGATOIRE DIRECTIF	V1 30 ; 53 ; V3 21-29 ; V6 12 ; 18 ; V8 31-32 ; V9 11-14
		V2 35 ; V4 6
LA PRATIQUE ACTUELLE EST FIXEE SANS CONNAISSANCE DES OUTILS	INTERROGATOIRE PROLONGE	V2 18
	CRITERES CLINIQUES	V2 91-92
	SYNTHESE	V4 40
	DIAGNOSTIC D'ELIMINATION	V3 79
LES OUTILS SONT JUGES INUTILES	INNEFFICACITE D'UN TRAITEMENT SYMPTOMATIQUE	V3 90 ; 109
	HABITUDE	

LES OUTILS SONT CONNUS MAIS N'ONT PAS DE VALEUR AJOUTEE	LES ELEMENTS A DISPOSITION SONT SUFFISANTS	LE MEDECIN EST A L'AISE POUR DIAGNOSTIQUER UNE DEPRESSION	LE DEPISTAGE EST FACILE	DEPISTAGE FACILE	V1 41 V1 13 ; 79 ; V2 6 ; V3 11-15 ; V4 39 ; V7 31
			LE DIAGNOSTIC EST FACILE	DIAGNOSTIC FACILE	
		L'ENVIRONNEMENT DU PATIENT REND FACILE LE DIAGNOSTIC DE DEPRESSION	LE DIAGNOSTIC RESTE SUPERFICIEL	DIAGNOSTIC SUPERFICIEL	V2 32
			LE MEDECIN SE FIE A SON EXPERIENCE	EXPERIENCE PERSONNELLE	V1 78 V2 7
			PATIENT CONNU	PATIENT CONNU	V3 9 ; 20 ; 59 ; V4 64
	LE MEDECIN REFUSE VOLONTAIREMENT LES OUTILS	L'ENVIRONNEMENT DU PATIENT REND FACILE LE DIAGNOSTIC DE DEPRESSION	ENVIRONNEMENT CONNU	FAMILLE CONNUE	V3 46 ; V4 66
			LE PATIENT EVOQUE LE DIAGNOSTIC	EVOQUE PAR LE PATIENT	V4 18 V8 4 V9 11
		IL N'Y A PAS DE BESOIN RESSENTI A COMPLETER LA DEMARCHE PAR UN OUTIL	SYMPTOMES EVOQUEURS	LE CONTEXTE FACILITE LE DIAGNOSTIC	V4 56
			PAS DE BESOIN	PAS DE BESOIN	V1 70 ; V7 21
		LE MEDECIN REFUSE PAR PRINCIPE L'AIDE D'UN OUTIL	PAS DE REMISE EN QUESTION DE LA PRATIQUE	REFUS D'UTILISATION D'OUTIL	V2 33 V1 65 ; V3 101 ; 102 ; 108 ; V5 47
			L'OBJECTIF EST MECCONNU	OBJECTIF MECCONNU	V5 49-64

LES OUTILS SONT JUGES INADAPTES	L'OUTIL EST INADAPTE POUR LE PATIENT	L'OUTIL EXERCE UNE PRESSION SUR LE PATIENT		PRESSION RESSENTIE	V9 47
		LE PATIENT JUGE NEGATIVEMENT L'ASSISTANCE DE L'OUTIL POUR LE MEDECIN		OPINION NEGATIVE DU PATIENT SUR L'USAGE DE L'OUTIL	V3 105
L'OUTIL EST INADAPTE POUR LE MEDECIN	L'INDICATION N'EST PAS REPEREE	LE PATIENT NE PERMET PAS DE REPERER L'INDICATION	ERREUR DE FILIERE DE SOIN	DIAGNOSTIC AMBULATOIRE	V3 75
			SIGNES D'APPELS MASQUES	SYMPTOMES NON SYSTEMATISES	V5 16-17
				SYMPTOMES MASQUES	V3 38 ; 52 ; V8 8 ; 21
				SOMATISATION	V3 59-58 ; V9 18
	L'INDICATION N'EST PAS REPEREE	LE MEDECIN NE PERMET PAS DE REPERER L'INDICATION	MENSONGE	MENSONGES DES PATIENTS	V3 45
			DENI	DENI	V1 18 ; V4 11
			CONSULTATIONS REPETEES	CONSULTATIONS REPETEES	V2 36 ; V3 56 ; 77 ; V4 27 ; 49 ; 61 ; V8 9 ; V9 40
				RETARD DIAGNOSTIQUE	V9 18
	PAR NEGLIGENCE	PAR ERRANCE DIAGNOSTIQUE	MOTIF DE CONSULTATION SANS RAPPORT	MOTIF DE CONSULTATION SANS RAPPORT	V1 51
			DIAGNOSTIC PAR UN CONFRERE	DIAGNOSTIC PAR UN CONFRERE	V3 60
			ENTRETIEN RAPIDE	ENTRETIEN RAPIDE	V2 28-29
			MANQUE D'ECOUTE	MANQUE D'ECOUTE	V7 14
	LA FORME EST PROBLEMATIQUE	LE MEDECIN NE PERMET PAS DE REPERER L'INDICATION	DESINTERET POUR LE PATIENT	DESINTERET POUR LE PATIENT	V2 28
			MEDECIN DECONCENTRE	MEDECIN DECONCENTRE	V2 29
			DESINTERET POUR LA SPECIALITE	DESINTERET POUR LA SPECIALITE	V3 34-35
			OUTIL PAPIER	OUTIL PAPIER	V3 100
	TEMPS D'UTILISATION DE L'OUTIL TROP LONG	OUTIL TROP RIGIDE DANS SA FORME	OUTIL NUMERIQUE	OUTIL NUMERIQUE	V2 89
			OUTIL TROP RIGIDE DANS SA FORME	OUTIL LONG	V6 52 ; 54 ; V7 31 ; V9 40 ; 42
				OUTIL RIGIDE	V2 100

	LA TECHNIQUE D'UTILISATION EST INADAPTEE	LA DEPRESSION EST UN DIAGNOSTIC SUBJECTIF, INADAPTE A UNE OBJECTIVATION	DIAGNOSTIC SUBJECTIF	V2 80 ; 103 ; V5 41 ; 59-60
		OPPOSITION A LA COTATION	OPPOSITION A LA COTATION	V1 72 ; V3 89
	L'USAGE DE L'OUTIL EST DETOURNE	PLUSIEURS OUTILS SONT MELANGES	PLUSIEURS OUTILS MELANGES	V4 92
		UTILISE HORS CONSULTATION	HORS CONSULTATION	V3 91 ; V3 93-96 ; V9 48
		OUTIL NON PRESENTE AU PATIENT	OUTIL NON PRESENTE	V4 71
		RESULTAT NON COTE	RESULTAT NON COTE	V4 59 ; 79 : 84 ; V7 27
		USAGE NON SYSTEMATIQUE	OUTILS NON SYSTEMATIQUE	V3 87
	L'OBJECTIF DE L'OUTIL EST INADAPTE	OPPOSITION A L'OBJECTIF THERAPEUTIQUE	OPPOSITION A L'OBJECTIF THERAPEUTIQUE	V2 47, V4 72

3. Résumé de l'analyse inductive

Pour simplifier la lecture des résultats, nous pouvons proposer une première schématisation (figure 1) qui propose le même code-couleur que les tableaux précédents.

Pour rappel, le codage thématique est en rouge, le codage systémique principal est en orange, le codage systémique secondaire est en jaune et le codage systémique tertiaire est en vert.

Figure 1 : schéma heuristique des résultats



IV. Discussion

A-Rappel de la question de recherche et de la méthode

Il s'agit d'un travail préliminaire dans pour l'étude FPDM, qui a pour objectif de trouver un outil diagnostique de la dépression fiable, ergonomique et reproductible chez des patients multimorbides de plus de 50 ans. La thèse portait sur la recherche des barrières à l'utilisation des outils diagnostiques de la dépression en médecine de famille.

Pour cela, il a été réalisé dix entretiens individuels semi-directifs auprès de médecins généralistes du Nord-Finistère, à l'aide d'une grille d'entretien établie puis remaniée en groupe de thèse. Les neuf entretiens exploitables ont été retranscrits à l'écrit sous forme de verbatim fidèles aux propos tenus.

Ces entretiens ont été analysés via une méthode d'analyse inductive issue des principes de recherche qualitative. L'objectif est la réalisation d'une analyse phénoménologique de la situation décrite. Le codage des verbatim a été réalisé en binôme, sous forme axiale, puis une analyse systémique a été réalisée, ce qui a permis d'en obtenir un schéma heuristique permettant d'en faciliter la lecture et l'analyse.

B- Validité interne

Les biais sont des erreurs systématiques, c'est-à-dire non induite par le hasard, en lien avec des failles lors de la réalisation de l'étude.

1. Biais de sélection

L'objectif du panel était d'avoir une population représentative de l'ensemble des médecins généralistes. En recherche qualitative, la diversité des profils est recherchée et non la proportionnalité de chaque critère par rapport à la population étudiée.

Dans ce cas, nous avons un échantillon correct en ce qui concerne les critères choisis mais d'autres critères comme l'âge, l'ancienneté d'installation, l'informatisation du cabinet ou les spécialités de prédilection n'ont pu être pris en compte.

2. Biais d'information

Il concerne une perte d'information lors de la réalisation des entretiens. Dans cette étude, il manquait un verbatim du fait de la mauvaise qualité du support sonore qui était inexploitable. Néanmoins, lors du codage systémique nous avons atteint la saturation des données ce qui permet de relativiser la portée des informations apportées par ce verbatim supplémentaire.

Par ailleurs, nous avons relevé un possible biais d'information lors de la réalisation de la première grille d'entretien, qui a été réécrite par la suite pour améliorer la qualité du recueil.

3. Biais de confusion

Le biais de confusion est une erreur d'interprétation dans le recueil des résultats. Dans le cadre de cette thèse, deux codeurs avaient réalisé en aveugle le codage avant de confondre les résultats. Un consensus avait été obtenu entre les deux codeurs, mais aussi avec le groupe de thèse, afin de limiter ce biais.

C-Analyse des résultats

1. Les outils sont méconnus

Le premier obstacle à l'utilisation des outils tient à la méconnaissance ou à la connaissance parcellaire des outils.

Les outils les plus connus datent d'il y a plus de trente ans donc l'absence de notion sur le sujet pour les médecins généralistes de villes relève de l'absence de formation.

Tout d'abord, le premier accès à ce type de connaissances relève de la formation médicale initiale (FMI). Elle a beaucoup évolué depuis la formation des médecins les plus proches de la retraite, et est variable d'une faculté de médecine à une autre. Il serait donc difficile d'en faire une évaluation rétrospective.

Néanmoins, les programmes théoriques actuels sont nationaux et fixés par décret : en 2^{ème} partie du 2^{ème} cycle des études médicales, socle de l'apprentissage des pathologies du diagnostic au traitement, l'item du programme en vigueur (15) concernant la dépression est formulé comme suit :

N° 285. Troubles de l'humeur. Troubles bipolaires

- Diagnostiquer un trouble de l'humeur et /ou des troubles bipolaires.
- Identifier les situations d'urgence et planifier leur prise en charge.
- Décrire les principes de la prise en charge au long cours.

Son intitulé évoluera à partir de 2016 (16) :

N° 64. Diagnostiquer : un trouble dépressif, un trouble anxieux généralisé, un trouble panique, un trouble phobique, un trouble obsessionnel compulsif, un état de stress post-traumatique, un trouble de l'adaptation (de l'enfant à la personne âgée), un trouble de la personnalité.

Argumenter l'attitude thérapeutique et planifier le suivi aux différents âges et à tous les stades de ces différents troubles.

Les notions à aborder ne sont donc pas plus précises, et libre à chaque support pédagogique (cours à la faculté ou en ligne, manuels pédagogiques, etc.) d'aborder ou non les outils diagnostiques.

En pratique, ces cours reprennent souvent les recommandations des hautes instances. Or dans les recommandations de l'ANAES (8), les critères de la CIM-10 et du DSM IV sont évoqués mais aucun outil diagnostique n'est suggéré.

Concernant spécifiquement le cours dédié du Collège National Universitaire de Psychiatrie (17), faisant référence auprès des étudiants, nous avons la surprise de constater qu'hormis dans les cadres spécifiques de la dépression du post-partum et de la dépression du sujet âgé. Le syndrome dépressif n'est décrit que dans sa forme mélancolique, et dans le cadre de la maladie bipolaire. La maladie dépressive au sens large n'est pas évoquée que ce soit en terme de diagnostic ou de traitement. Même dans les formes spécifiques précitées, aucune notion d'outil n'est abordée.

Dans un second temps, les médecins qui n'ont jamais entendu parler des outils en FMI ou qui ont oublié ces notions peuvent se rattraper grâce à la formation médicale continue (FMC). Il faut toutefois que le médecin soit motivé pour adhérer à un programme de formation sur le sujet, et que le support de formation prévoit d'aborder les outils.

Il avait été abordé dans l'étude notamment le manque de motivation à aller en FMC, qui ne pourrait être pallié que par des mesures incitatives : financières ou organisationnelles, voire coercitives (sujets de FMC imposés, par ordre de priorité par exemple).

2. Les outils sont jugés inutiles

a. La pratique actuelle est fixée sans connaissance des outils

Quand nous interrogeons les médecins, parmi ceux qui n'ont pas de connaissance sur les outils, beaucoup évoquaient une façon de diagnostiquer la dépression suivant une démarche immuable surtout basée sur un interrogatoire précis, notamment à la recherche des critères du DSM IV. C'est une démarche ritualisée, qui pour certains conférait à une habitude. Parfois, ce diagnostic arrivait au terme d'un cheminement plus complexe : après élimination d'autres diagnostics, ou en cas d'inefficacité d'un traitement symptomatique.

Pour envisager un changement de pratique chez ces médecins, il est indispensable dans un premier temps qu'ils aient accès à une session de FMC afin de faire connaître les outils. Mais cette formation doit impérativement faire apparaître la valeur ajoutée de l'outil par rapport à leur pratique actuelle afin de faire apparaître sa pertinence.

b. Les outils sont connus mais n'ont pas de valeur ajoutée.

i. Les éléments à disposition sont suffisants

Pour s'inclure dans une pratique, les outils doivent répondre à un besoin. Or, pour certains médecins, les éléments permettant d'aboutir au diagnostic se suffisaient à eux même.

D'une part les médecins diagnostiquaient facilement la dépression : ils étaient à l'aise dans la discipline ou systématique dans leur démarche. Une impression de facilité se dégageait de leur pratique quotidienne, du moins sur ce sujet, notamment grâce à l'expérience.

D'autre part, la facilité pouvait venir des éléments apportés par le patient et son environnement : un changement d'humeur chez un patient connu est plus facilement repérable, ou spontanément le patient et sa famille évoquent des éléments du diagnostic.

Dans ce cas, il faudrait envisager en premier lieu une évaluation des pratiques, via l'accès à des séances d'Evaluation des Pratiques Professionnelles (EPP). L'objectif serait de dépister un sur- ou sous-diagnostic des syndromes dépressifs avant de pouvoir envisager la nécessité d'un changement de pratique.

ii. Le médecin refuse volontairement les outils

Pour une partie des médecins interrogés, les outils spécifiques de la dépression étaient refusés d'emblée « *je ne vois pas trop l'utilité* » (V5 49/64) pour l'un, « *ça ne me sert à rien* » (V7 21) pour un autre.

Il est difficile dans ce cas de proposer un outil supplémentaire ne cadrant pas avec un besoin ressenti.

Pour d'autres médecins, c'est l'utilisation d'un outil, quel que soit l'usage, qui était refusé, comme dans cette citation : « *je n'aime pas regarder le Vidal par exemple* » (V3 101). La pratique médicale est vécue comme une activité intellectuelle où tout doit être proposé de mémoire au patient, sans assistance extérieure. Cela devient une compétence médicale que le médecin pense peut-être exigible par le patient.

Dans ce cadre, il semble encore plus difficile de pouvoir modifier ces pratiques à moins de proposer la participation à des groupes de pairs pour ouvrir vers d'autres types de pratique.

3. Les outils sont jugés inadaptés

a. Pour le patient

Le patient pouvait avoir une vision négative de l'utilisation des outils.

D'une part parce qu'elle exerçait une pression sur lui formulée comme tel par un médecin : « *bon alors, vous allez répondre* » (V9 47). La réponse aux questions semblait plus contrainte que dans un interrogatoire classique où le patient semblait avoir plus la possibilité de se dérober s'il le souhaitait.

D'autre part, les participants revenaient sur l'image que renvoie le médecin en utilisant l'outil, vécu par le patient comme une faille dans la connaissance médicale : « *elle a besoin d'un papier pour l'aider* » (V3 105).

Nous pouvons imaginer deux possibilités de contourner ces obstacles :

- soit en cachant l'utilisation de l'outil pour que le patient ne ressente pas la pression de l'exercice,
- soit en médiatisant l'utilisation de l'outil en mettant en avant sa place dans la démarche diagnostique, comme un élément complémentaire à la démarche du médecin, améliorant la qualité de la prise en charge.

1. Pour le médecin

i. L'indication n'est pas repérée.

Le prérequis à l'utilisation des outils actuels est de dépister leur indication principale : l'humeur triste. De nombreux facteurs ont été repérés comme des freins à ce repérage.

Tout d'abord, le patient pouvait ne pas permettre de repérer cette indication pour diverses raisons :

- parce qu'il s'était adressé à une filière de soins inadaptée à sa prise en charge, comme dans un service d'urgences par exemple ;
- parce que ses symptômes n'orientaient pas aisément vers le diagnostic : ils étaient masqués, somatiques ou non systématisés ;
- parce que le patient était dans le déni voire le mensonge.

Par ailleurs, il pouvait s'agir d'une difficulté du médecin pour repérer les signes d'appel. Plusieurs avaient évoqué la nécessité de voir le patient à plusieurs reprises pour confirmer le diagnostic, c'est souvent une démarche longue. L'exercice était même compliqué si le patient venait pour un motif sans rapport, tel qu'un banal renouvellement d'ordonnance.

Enfin, il pouvait s'agir d'une négligence du médecin qui irait trop vite, n'écouterait pas le patient notamment parce qu'il ne s'y intéressait pas, par déconcentration ou manque d'intérêt pour la psychiatrie.

Il s'agit globalement de facteurs intrinsèques pour lesquels il est difficile de trouver une solution.

ii. La forme est problématique

L'outil était pensé sous deux formes : comme un outil papier qui nécessitait de le garder à disposition ou comme un outil numérique qui nécessitait des compétences en la matière. L'idée simple serait alors de continuer à proposer les deux formes afin qu'elles puissent être utilisées en cas de lacune dans l'utilisation de l'une des deux, ou de proposer un outil suffisamment bref pour qu'il puisse être mémorisé et utilisé de mémoire.

La longueur de l'outil est aussi un élément en sa défaveur : les consultations de médecine générale sont souvent courtes et ne laissent pas la place à l'utilisation d'un outil qui nécessiterait un long temps d'utilisation. L'Assurance Maladie en a déjà pris la mesure et propose une cotation « *ALQP003 – Test d'évaluation d'une dépression* » (18) rémunérée 69.12€, prévoyant l'utilisation du MADRS, Hamilton, Beck, MPAI ou STAI, au moment du diagnostic et une fois par an et par patient. Néanmoins, l'argument proposé par un des médecins, s'il y a « *beaucoup de monde en salle d'attente* » (V6 54) ne rend pas la rémunération plus attractive et fait appel à la nécessité de vraies solutions organisationnelles dans la gestion de l'agenda afin de permettre de prendre le temps si les outils ne sont pas d'utilisation plus courte.

Enfin, l'outil était jugé rigide dans sa conception : « *c'est très scolaire* » (V2 100). Alors que la démarche diagnostique de la dépression fait appel à un interrogatoire souvent semi-directif à la recherche des critères diagnostiques, l'outil semble rompre avec la fluidité de celui-ci par des questions fixées. Pour contourner cela, il faudrait imaginer un outil flexible s'intégrant dans une discussion où le questionnaire et l'interprétation ne serait pas trop rigoureux pour permettre une intégration simple dans la démarche.

iii. La technique est inadaptée

Pour certains médecins, la dépression était un diagnostic basé sur la subjectivité. Les critères diagnostiques de la CIM-10 ou du DSM IV étaient alors mis au banc au profit d'une approche basée sur une subjectivité : « *un feeling* » (V 2 80), « *une dépression, c'est pas des items, c'est plus une sensation, un feeling, un échange* » (V2 103), c'était « *qualitatif plutôt que quantitatif* » (V 5 41), « *c'est plutôt subjectif* » (V6 66).

Le diagnostic était donc issu d'un ressenti du médecin et non issu d'un cadre nosologique. L'outil n'aurait donc aucune place dans la démarche.

Pour d'autres, c'était particulièrement la cotation qui posait problème dans le concept de l'outil diagnostique : l'idée que l'on puisse mettre des points sur des symptômes et catégoriser le patient au point près, avec une pathologie quantifiable numériquement posait question.

iv. L'usage de l'outil est détourné

Afin de pallier aux défauts de l'outil, certains l'utilisaient différemment.

Si l'outil présentait des barrières dans sa conception, les médecins les avaient déjà contournées en cherchant eux-mêmes des solutions non validées pour qu'il réponde mieux à leur besoin :

- En mélangeant plusieurs outils
- En les utilisant hors consultation, comme guide diagnostique
- En ne le présentant pas au patient
- En ne cotant pas le résultat
- En ne l'intégrant pas dans une démarche systématique

v. L'objectif de l'outil est inadapté

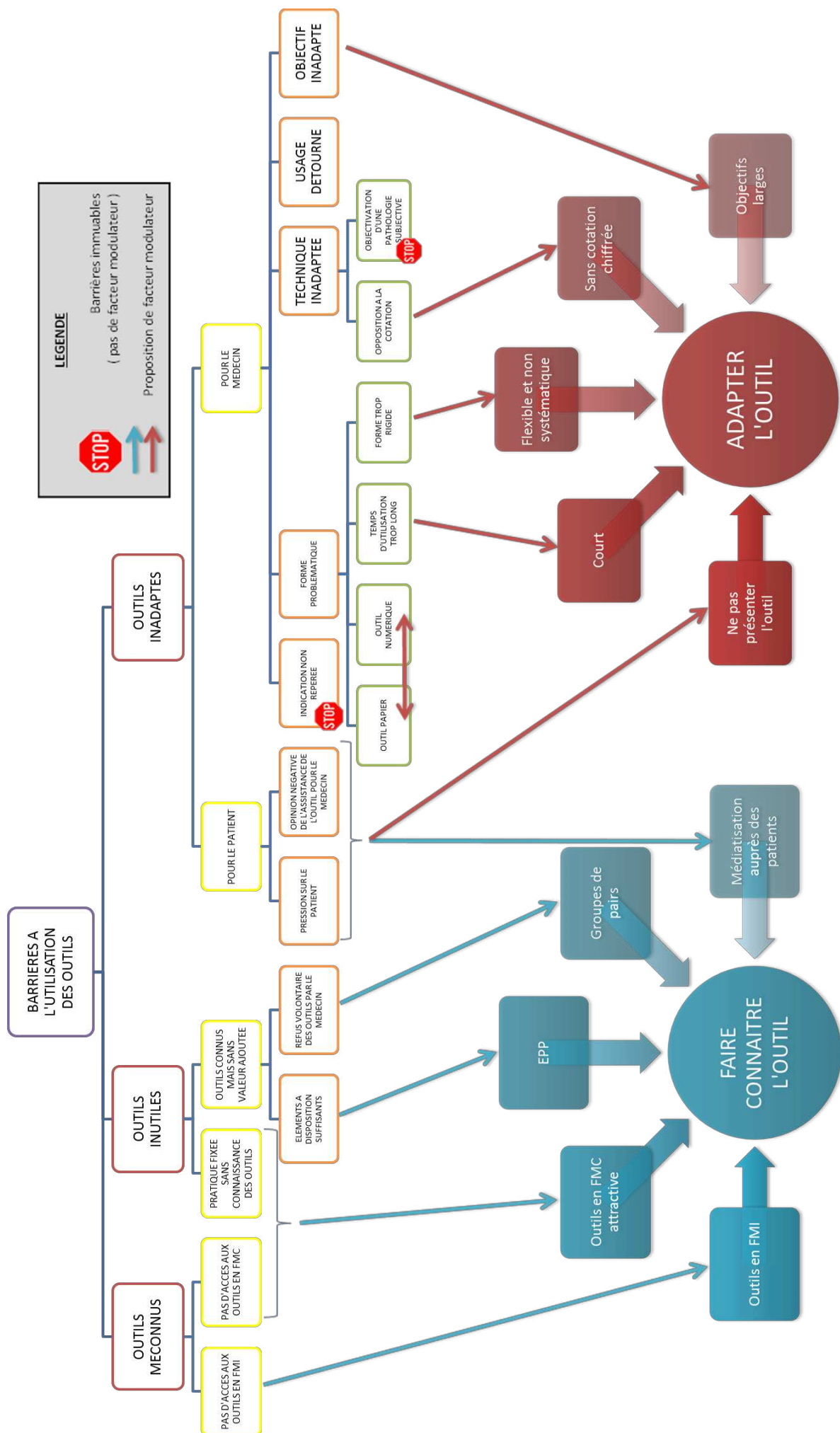
Les outils proposés actuellement permettent non seulement d'aider au diagnostic d'un syndrome dépressif mais sont aussi présentés comme une aide à la décision de thérapeutique médicamenteuse. Pour les médecins, cet objectif n'était pas forcément recherché et l'outil perdait alors sa raison d'exister.

Au-delà de la pose d'un diagnostic ou de l'instauration d'une molécule, l'outil doit aussi répondre à des objectifs plus larges qui rendent le diagnostic nécessaire, lorsqu'il y a des conséquences professionnelles (justifier un arrêt de travail) ou économiques (fixer une ALD), par exemple.

D-Schématisation de l'analyse

Nous avons pu identifier un certains nombres de facteurs modulateurs, identifiés par les médecins eux-mêmes ou issus de l'analyse qui nous permettent de compléter le schéma heuristique proposé dans la partie « Résultats » (figure 2). Les barrières diagnostiques à l'utilisation des outils permettent ainsi déjà de proposer des pistes variées pour perfectionner l'élaboration d'un outil novateur.

Figure 2 : schéma heuristique de l'analyse



E-Validité externe de la thèse

1. Comparabilité aux autres travaux du groupe de thèse.

A l'heure actuelle, deux thèses ont déjà été soutenues à la faculté de médecine de Brest : elles portent sur les facteurs incitant les médecins généralistes à utiliser les outils diagnostiques de la dépression. Celle du docteur Sabrina Berrou (19) utilisait une méthode d'entretien en focus-group alors que la thèse du docteur Anne-Cécile Bernicot (20) utilisait une méthode par entretiens individuels similaire à notre étude.

De façon synthétique, elles avaient relevé que les principaux facteurs liés à l'utilisation des outils dans le diagnostic de la dépression relevaient de deux leviers liés au médecin ou au patient.

En ce qui concerne le médecin, l'outil conforte une suspicion diagnostique, il s'agit d'une aide à la démarche. Cela permet une accélération de la détection de la pathologie. Repérer l'indication est d'autant plus facile que le patient est connu, mais cet outil reste une aide pour améliorer la performance diagnostique du médecin s'il ne connaît ni le patient ni son environnement.

Par ailleurs, l'outil n'est pas qu'une aide diagnostique : il participe à l'amélioration de la prise en charge en améliorant le suivi et l'adhérence du patient, notamment en améliorant l'objectivité du médecin et en montrant au patient une preuve de son état thymique.

Concernant l'ergonomie de l'outil, il fallait qu'il soit rapide, mais aussi facile à comprendre et remplissable par le patient lui-même.

Contrairement à ce travail, les deux études avaient permis de mettre en avant un profil de patient où l'outil pouvait être privilégié : les personnes âgées et les hommes (ainsi que les jeunes et les toxicomanes dans la thèse du Dr Bernicot).

Si nous comparons ces éléments avec notre travail, nous relevons quelques éléments communs fondamentaux :

- La connaissance du patient et de son entourage tient une place centrale dans le dépistage de la dépression
- Les médecins se basent essentiellement sur les critères du DSM IV pour poser un diagnostic, l'outil sert surtout à conforter une décision
- L'outil doit pallier les difficultés au diagnostic : la nécessité de multiplier les consultations et la difficulté à repérer les signes d'appels d'une dépression
- L'outil doit être ergonomique, en particulier rapide d'utilisation.
- L'outil doit être connu

L'apport de ce travail à question « inversée » a permis d'apporter de nouveaux éléments dans la compréhension du mécanisme d'adhésion à l'outil :

- Au-delà de la nécessité de formation aux outils, son utilisation doit être consensuelle au sein de la profession pour être légitimée et pour emporter l'adhésion des plus réfractaires aux aides techniques.
- L'ergonomie de l'outil tient une place importante dans les freins à son utilisation : il doit être acceptable par le patient, flexible et facilement intégrable dans un interrogatoire semi-directif, et ne pas comporter une cotation complexe ou rigide. Son support doit prendre en compte les contraintes d'un cabinet de médecine générale où les outils se multiplient (mémorisable, sur papier et/ou numérisé via des accès adaptés)

De façon plus anecdotique, il est intéressant de noter que la rémunération de l'utilisation de l'outil n'est soulevée que dans la thèse du Dr Berrou et n'apparaît pas comme un facteur incitateur ou modulateur dans les travaux par entretien individuel.

2. Comparabilité avec la littérature

Ce travail a permis de pointer les difficultés pour le médecin à repérer l'indication de l'outil, du fait de la difficulté à repérer les principaux signes d'un syndrome dépressif.

Une étude s'est attachée à comprendre pourquoi les médecins généralistes ne se basaient pas que sur les éléments d'«*evidence based medicine*» pour prendre des décisions (21), comme par exemple utiliser un outil validé. Il en ressort que la pratique des médecins généralistes, dans son approche holistique du patient, est très influencée par de nombreux facteurs :

- l'expérience personnelle du médecin ;
- la qualité de la relation qu'il a instaurée avec le patient, y compris l'apport de l'expérience personnelle du patient ou la vision que porte le médecin sur le patient ;
- ses difficultés relationnelles avec les professionnels de second recours pratiquant une médecine jugée différente ;
- le choix des mots en consultation ;
- les problèmes logistiques du médecin, dont le temps de la consultation et la nécessité de répéter les consultations ;
- les problèmes logistiques liés au patient tel que sa faculté à comprendre ou son lieu de vie (l'éloignement par rapport au cabinet ou la ruralité).

Ce sont autant d'éléments qui vont influencer sur la décision médicale au-delà des seules recommandations de bonne pratique.

Nous détaillerons plus après certains de ces éléments.

a. L'expérience du médecin

L'expérience du médecin a une influence importante sur la facilité à poser un diagnostic puisque les moins expérimentés expriment plus de difficulté à inciter le patient à se confier sur les problématiques de santé mentale (22).

Dans une autre étude comparant psychiatres et médecins généralistes (23), 60% des généralistes se sentent à l'aise pour suivre les patients dépressifs, mais ils restent des patients lourds à gérer pour 71.4% d'entre eux et 30% jugent qu'ils n'ont pas assez de moyens à disposition pour aider ces patients.

b. Connaissance du patient

Connaître son patient de longue date, ainsi que son entourage et son environnement sont des éléments essentiels pour faciliter le diagnostic (22), voire même à risque de sur-diagnostic puisque c'est un des principaux facteurs de risque de faux positif du diagnostic de la dépression (24), en particulier chez les patients âgés. Cela aide le patient à se confier (25) et raccourcit la prise en charge en ciblant mieux les questions (22) sans entrer dans un long processus de confidences. Ces questions sont souvent centrées sur les troubles du sommeil et le manque d'énergie.

c. Le temps

Le temps à disposition a également un impact pour amener le patient à se confier : les médecins seront moins enclins à faire parler le patient s'ils n'en ont pas le temps (22) et le temps nécessaire entraîne par ailleurs un besoin de compensation financière (26).

d. Facteurs liés au patient

Un des premiers obstacles est le refus de se confier (25), ce qui peut s'expliquer par les difficultés d'acceptation du diagnostic par le patient (22) et conduit à des difficultés diagnostiques du fait d'éléments parcellaires.

Si nous observons plus précisément ces freins, van Rijswijk et Wittkamps (26, 27) évoquent la peur de la stigmatisation, les doutes sur la nécessité de mettre un nom sur la pathologie lié au sentiment de honte, et le scepticisme sur les bienfaits du traitement en particulier médicamenteux. Van Rijswijk suggère d'ailleurs de faire parler le patient sur sa vision de la dépression avant d'entamer une démarche diagnostique ou thérapeutique.

e. Questionnaire

En ce qui concerne l'usage des questionnaires, il est pointé le fait que cela permet un diagnostic à un instant T, cela ne fait pas appel à un processus évolutif que saura mieux évaluer la démarche clinique du médecin (28), expliquant pourquoi les questionnaires ont tendance à sur-diagnostiquer les syndromes dépressifs. Cela est à contrebalancer avec le fait que les médecins ont tendance à sous-diagnostiquer les dépressions peu sévères (40% des patients âgés dépressifs ne seraient pas diagnostiqués (29), environ 50% dans la population générale (28)), sans que toutefois cela ait une influence sur la morbi-mortalité du trouble (28).

Les médecins pointent également la difficulté à mesurer objectivement un trouble de l'humeur car l'état émotionnel est une notion subjective (22).

Cela permet de comprendre pourquoi certains médecins ont des doutes concernant la validité du DSM IV du fait de la fréquence importante de guérison spontanée (26) et mettent en avant la nécessité d'une attente bienveillante avant d'entamer une démarche thérapeutique. Ils suggèrent aussi la mise en place d'outils psychométriques adaptés aux spécificités du médecin généraliste citées précédemment.

f. Formation

Une des principales barrières à l'utilisation des outils concernait l'absence de formation ayant inclus dans son contenu les outils en question. Afin de diminuer cet impact, il avait été suggéré des actions de formation, via la FMI, la FMC, les EPP et les groupes de pairs. Dans une revue de la littérature sur l'influence de la FMC sur la pratique médicale (30), il est préconisé que ces actions de formation ne se limitent pas à des diffusions simples de matériels éducatifs mais que ce soit des actions promues par des leaders d'opinion ou via des actions type « audit-feedback » comme cela se pratique en EPP. Enfin, la disponibilité de l'outil au cabinet est primordiale puisque « les rappels au moment de la décision » sont considérés comme le moyen d'intervention dont l'efficacité est la plus importante.

Concernant les motivations des médecins à se rendre à une FMC dédiée sur la dépression, il est rappelé dans un rapport remis par l'Inspection Générale des Affaires Sociales au Ministère de la Santé sur la FMC et l'EPP en 2008 (31), que l'Etat ne peut prescrire des obligations de thème de formation. Les thèmes principaux de santé publique ne seraient pas en mesure d'être hiérarchisés par les pouvoirs publics, et la diversité des médecins et des pratiques impose de ne pas obliger un médecin à suivre un thème de formation qui ne correspond pas forcément à un besoin en lien avec ses aspirations de progression et ses pratiques. Cependant, il est rappelé que la rigueur des organismes de formation dans le choix des thèmes et la pertinence des contenus doit être surveillée via leur agrément.

F- Perspectives

Pour rappel, l'étude FPDM (32) vise à trouver un outil diagnostique de la dépression efficace, fiable et ergonomique, utilisable pour les médecins généralistes européens dans le cadre du diagnostic d'une dépression chez les patients multi-morbides de plus de 50 ans.

Une méthode de consensus type RAND/UCLA a été utilisée, associant revue de la littérature, méthode Delphi et rencontre d'experts. La revue de la littérature a permis de sélectionner 7 outils validés (33) : le GDS 5, le GDS 15, le GDS 30, le CESD-R, le HSCL 25, l'HADS et le PSC 51.

La 1^{ère} ronde Delphi avait permis de déterminer les critères d'efficacité de ces outils, afin de sélectionner les meilleurs : ce sont le HADS et le HSCL 25 qui ont été retenus. Une réunion d'experts, composée des membres du groupe FPDM en octobre 2012 avait validé les résultats de la première ronde Delphi. Elle avait aussi permis une discussion en face à face concernant l'ergonomie des outils sélectionnés. Aucun consensus n'était demandé à cette étape de la RAND/UCLA. La ronde Delphi finale, basée sur la synthèse des résultats de la première ronde Delphi et de la réunion d'experts a sélectionné le HSCL 25, avec 87.5% des voix, comme « meilleur outil approprié pour diagnostiquer la dépression en médecine générale ».

Le HSCL 25 (Hopkins Symptom CheckList ; Annexe 8) est un auto-questionnaire sous forme de tableau de 25 questions portant sur l'intensité de symptômes anxieux et dépressifs sur la semaine précédente. Le remplissage prend 5 à 10 minutes. Chaque question est cotée de 1 à 4. Il faut une moyenne supérieure à 1.55 pour être considéré comme probablement malade ; si le score dépasse 1.75, le patient est malade et requiert un traitement.

Une ronde Delphi est à venir pour permettre une traduction du HSCL-25 par des experts dans chaque pays européen participant au groupe FPDM.

La dernière étape consistera à tester cet outil dans les cabinets de médecine générale européens pour en assurer la validation.

Via ce travail et les thèses équivalentes, des pistes peuvent déjà se dégager sur la façon de promouvoir cet outil dédié à la pratique des médecins généralistes :

- Il devra être enseigné en FMI et FMC
- Les indications et les objectifs de l'outil devront être clairement définis
- Son utilisation devra être soutenue par les leaders d'opinions des médecins généralistes
- Il devra être facilement accessible dans les cabinets de médecine générale
- Il faudra promouvoir sa brièveté et sa facilité de compréhension pour les patients
- Il devra être connu des patients pour faciliter son utilisation au cours ou au décours d'une consultation

Une dernière thèse sur les barrières à l'utilisation des outils diagnostiques de la dépression en médecine de famille par une méthode d'entretien en focus-group est en cours. A l'issue de celle-ci, une synthèse des quatre travaux de thèse pourra être proposée au groupe FPDM afin d'intégrer ces éléments dans la mise en place de l'outil consensuel validé à l'échelle européenne.

V. Conclusion

Enjeu majeur de santé publique, la dépression est une pathologie complexe à gérer au cabinet de médecine générale, aussi bien dans son diagnostic que dans sa thérapeutique.

Elle met en exergue les spécificités de la pratique de la médecine générale telles que définies par la WONCA : les exigences de la médecine de 1^{er} recours, l'utilisation efficiente du recours aux spécialistes en psychiatrie, l'approche centrée sur le patient dans son contexte, la personnalisation de la consultation à travers une relation médecin-patient adaptée, l'organisation de la continuité des soins dans la durée, l'intervention au stade précoce et non différencié de la pathologie...

Le diagnostic de la dépression est beaucoup plus qu'une simple liste de critères cliniques à amonceler au décours d'un interrogatoire. L'exercice se révèle extrêmement lié à la qualité de la relation médecin-patient et à la connaissance holistique qu'a le médecin généraliste de celui-ci.

Afin de faciliter la prise en charge de ces patients en souffrance, de la rendre plus acceptable et plus objective, des outils validés ont été proposés. Le défi est à présent de prendre en compte les spécificités de la pratique des médecins spécialistes en médecine générale à travers toute l'Europe pour rendre plus adaptée leur utilisation.

Le nouvel outil proposé devra prendre en compte ces particularités pour devenir un « gold-standard » auprès des médecins généralistes européens.

VI. Bibliographie

1. Ki-Moon B, secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies. La dépression, une crise mondiale, Message à l'occasion de la Journée mondiale de la santé mentale. 10 octobre 2012. (page consultée le 22 juillet 2013). World Health Organisation, [en ligne]. http://www.who.int/mental_health/mhgap/UN_message_mhgap_2012_fr.pdf.
2. Chan Chee C, Beck F, Sapinho F, Guilbert P, directeurs. La dépression en France / Enquête ANAPED 2005. Paris : INPES, coll Etudes de Santé, 2009 Jun.
3. Beck F, Guignard R. La dépression en France (2005-2010) : prévalence, recours au soin et sentiment d'information de la population. *Sante Homme*, 2012 sep-oct. 421 ;43-5.
4. Lépine JP, Gasquet I, Kovess V, Arbabzadeh-Bouchez S, Nègre-Pagès L, Nachbaur G, Gaudin AF. Prévalence et comorbidité des troubles psychiatriques dans la population générale française : résultats de l'étude épidémiologique ESEMeD/MHEDEA 2000/ (ESEMeD). *Encephale*, 2005;31:182-94.
5. Dumesnil H, Cortaredona S, Cavillon M, Mikol F, Aubry C, Sebbah R. Verdoux H, Verger P. La prise en charge de la dépression en médecine générale de ville. *Etudes et Résultats (DREES)*, 2012 Sep;810:1-8.
6. La Santé Mentale dans les pays de l'OCDE. Les synthèses de l'OCDE. 2008 Déc.
7. Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses : propositions de l'Assurance Maladie pour 2014. Paris, 2013 Jui. Commandité par la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés.
8. Prise en charge d'un épisode dépressif isolé de l'adulte en ambulatoire : Recommandations pour la pratique clinique. Paris, 2002. Commandité par l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé.
9. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz AM, Imbert P, Letrillart L et le groupe de recherche universitaire qualitative médicale francophone : GROUM-F. Introduction à la recherche qualitative. *Exercer*, 2008;19(84):142-5.
10. Blais M, Martineau S. L'analyse inductive générale. *Recherches qualitatives*, 2006;26(2):1-18.
11. Letrillart L, Bourgeois I, Vega A, Cittée J, Lutsman M. Un glossaire d'initiation à la recherche qualitative / Deuxième partie : de « Maladie » à « Verbatim ». *Exercer*, 2009 ;20(88) :106-12.
12. Letrillart L, Bourgeois I, Vega A, Cittée J, Lutsman M. Un glossaire d'initiation à la recherche qualitative / Première partie : d'« Acteur » à « Interdépendance ». *Exercer*, 2009;20(87):74-9.
13. Anadon M. La recherche dite « qualitative » : de la dynamique de son évolution aux acquis indéniables et aux questionnements présents. *Recherches qualitatives*, 2006;26(1):5-31.
14. Savoir-Zajc L. Comment peut-on construire un échantillonnage scientifiquement valide ? *Recherches qualitatives*, 2007;S(5):99-111.

15. Ministère de l'Education Nationale. Arrêté du 2 mai 2007 modifiant l'arrêté du 4 mars 1997 modifié relatif à la deuxième partie du deuxième cycle des études médicales : Annexe.
16. Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche. Arrêté du 8 avril 2013 relatif au régime des études en vue du premier et du deuxième cycle des études médicales : Annexe de l'article 5.
17. Foudrin G, Bayle FJ, Dardennes R, Thibaut F. Question 285 Troubles de l'humeur Psychose maniaco-dépressive. (page consultée le 22/07/2013). Collège National Universitaire de Psychiatrie,[enligne].<http://www.univ-rouen.fr/servlet/com.univ.util.LectureFichierJoint?CODE=1107180659776&LANGUE=0>
18. CCAM en ligne Code : ALQP003. (page consultée le 22/07/2013). L'Assurance Maladie, [en ligne].<http://www.ameli.fr/accueil-de-la-ccam/trouver-un-acte/fiche-abreegee.php?code=ALQP003>.
19. Berrou MD. Lors d'une consultation de médecine générale, quels facteurs peuvent inciter les médecins généralistes à utiliser des outils diagnostiques de la dépression ? Etude qualitative sur un échantillon raisonné de Médecins Généralistes, par entretien en Focus Group [Thèse de Doctorat d'Université, Médecine]. Université de Bretagne Occidentale Faculté de Médecine ; 2013.
20. Bernicot MD. Lors d'une consultation en médecine générale, quels facteurs peuvent inciter les médecins généralistes à utiliser des outils diagnostiques de la dépression ? Etude qualitative sur un échantillon raisonné de Médecins Généralistes, par entretien individuel [Thèse de Doctorat d'Université, Médecine]. Université de Bretagne Occidentale Faculté de Médecine ; 2013.
21. Freeman AC, Sweeney K. Why general practitioners do not implement evidence: qualitative study. *Brit Med J*, 2001 Nov 10; 323:1100-2.
22. Baik SYB, Bowers BJ, Oakley LD, Susman JL. The Recognition of Depression: The Primary Care Clinician's Perspective. *Ann Fam Med*, 2005;3(1):31-7.
23. Kerr M, Blizard R, Mann A. General practitioners and psychiatrists: comparison of attitudes to depression using the depression attitude questionnaire. *Br J Gen Pract*, 1995 Feb; 45: 89-92.
24. Klinkman MS, Coyne JC, Gallo S, Schwenk TL. False Positives, False Negatives, and the Validity of the Diagnosis of Major Depression in Primary Care. *Arch Fam Med*, 1998 Sep-Oct;7:451-61.
25. Buntinx F, De Lepeleire J, Heyrman J, Fischler B, Vander Mijnsbrugge D, Van den Akker M. Diagnosing depression : what's in a name ? *Eur J Gen Pract*. 2004 Dec;10(4):162-5.
26. Van Rijswijk E, van Hout H, van de Lisdonk E, Zitman F, van Weel C. Barriers in recognising, diagnosing and managing depressive and anxiety disorders as experienced by Family Physicians; a focus group study. *BMC Fam Pract*, 2009 Jul 20;10:52.
27. Wittkampf KA, van Zwieten M, Smits FT, Schene AH, Huyser J, van Weertb HC. *Fam Pract*, 2008 Dec;25(6):438-44.
28. Egede LE. Failure to recognize depression in primary care : issues and challenges. *J Gen Intern Med*, 2007 may;22(5):701-3.

29. Licht-Strunk E, Van Marwijk HWJ, Hoekstra T, Twisk JWR, De Haan M, Beekman ATF. Outcome of depression in later life in primary care: longitudinal cohort study with three years' follow-up. *Brit Med J*, 2009 Feb 2;338:a3079.
30. Turin JM. La formation médicale continue a-t-elle une influence sur la pratique médicale ? *Psychiatrie Française*, 2000;31(1):117-32.
31. Bras PL, Duhamel G (Membres de l'Inspection Générale des Affaires Sociales. Formation médicale continue et évaluation des pratiques professionnelles des médecins. Rapport. Paris ; La Documentation française ; 2008. Commandité par l'inspection générale des affaires sociales. Rapport RM 2008-124P. Commandité par le Ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie Associative.
32. Nabbe P, Le Reste JY. One single validated diagnostic tool for depression? Hopkins Symptom Checklist-25 items. European General Practice Research Network : "Risky Behaviours and Healthy Outcomes in Primary Health Care". EGPRN Congress, 2013 May 16-19 ; Kusadasi, Turkey.
33. Nabbe P, Le Reste JY, Le Prielec A, Robert E, Czachowski S, Doer C, Lygidakis C, Argyriadou S, Chiron B, San Martin Fernandez MI, Lingnier H, Munoz Perez MA, Claveria A, Van Marjwick H, Liétard C, Van Royen P. Study FPDM (Depression and multimorbidity in family medicine): Systematic literature review: what validated tools are used to screen or diagnose depression in general practice? European General Practice Research Network : "Quality Improvement in the Care of Chronic Disease in Family Practice: the contribution of education and research". EGPRN Congress, 2012 May 10-13 ; Ljubliana, Slovenia.

VII. Annexes : table des matières

Annexe 1 : Episode dépressif majeur selon le DSM V.....	48
Annexe 2 : Lettre de recrutement des participants à l'étude.....	49
Annexe 3 : Lettre d'introduction du Dr Nabbe.....	50
Annexe 4 : Notice d'information	51
Annexe 5 : Formulaire de consentement	53
Annexe 6 : Verbatim	
Verbatim 1	54
Verbatim 2	56
Verbatim 3	58
Verbatim 4	61
Verbatim 5	63
Verbatim 6.....	65
Verbatim 7	67
Verbatim 8	68
Verbatim 9	70
Annexe 7 : Livre de codes.....	71
Annexe 8 : HSCL-25	75

Episode dépressif majeur selon le DSM V

A. Au moins cinq des symptômes suivants doivent avoir été présents pendant une même période d'une durée de deux semaines et avoir représenté un changement par rapport au fonctionnement antérieur; au moins un des symptômes est soit (1) une humeur dépressive, soit (2) une perte d'intérêt ou de plaisir.

NB. Ne pas inclure des symptômes qui sont manifestement imputables à une affection générale.

1. Humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, presque tous les jours, signalée par le sujet (sentiment de tristesse ou vide) ou observée par les autres (pleurs).

2. Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités pratiquement toute la journée, presque tous les jours.

3. Perte ou gain de poids significatif (5%) en l'absence de régime, ou diminution ou augmentation de l'appétit tous les jours.

4. Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours.

5. Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours.

6. Fatigue ou perte d'énergie tous les jours.

7. Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée (qui peut être délirante) presque tous les jours (pas seulement se faire grief ou se sentir coupable d'être malade).

8. Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).

9. Pensées de mort récurrentes (pas seulement une peur de mourir), idées suicidaires récurrentes sans plan précis ou tentative de suicide ou plan précis pour se suicider.

B. Les symptômes induisent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

C. Les symptômes ne sont pas imputables aux effets physiologiques directs d'une substance ou d'une affection médicale générale.

D. L'épisode ne répond pas aux critères du trouble schizoaffectif et ne se superpose pas à une schizophrénie, à un trouble schizophréniforme, à un trouble délirant ou à une autre trouble psychotique.

E. Il n'y a jamais eu d'épisode maniaque ou hypomaniaque.

Note: La réponse normale et attendue en réponse à un événement impliquant une perte significative (ex : deuil, ruine financière, désastre naturel), incluant un sentiment de tristesse, de la rumination, de l'insomnie, une perte d'appétit et une perte de poids, peuvent ressembler à un épisode dépressif. La présence de symptômes tels que sentiment de dévalorisation, des idées suicidaires (autre que vouloir rejoindre un être aimé), un ralentissement psychomoteur, et une altération sévère du fonctionnement général suggèrent la présence d'un épisode dépressif majeur en plus de la réponse normale à une perte significative.

MORVAN Marie-Laure
Interne en médecine générale
App.D01, 17 rue Joseph Le Borgne
29200 Brest
06.75.64.52.26
courriel : morvan.ml@gmail.com

Brest, le 13 mai 2011

Chères Consœurs Chers Confrères,

Je suis interne en troisième semestre de Médecine Générale et je prépare actuellement un travail de thèse en groupe. Notre objectif est de rechercher les difficultés à l'utilisation d'outils diagnostiques au sein des cabinets de médecine générale. Nous travaillons plus principalement sur la perception du mal être. Vous êtes en première ligne pour repérer cette souffrance et votre expérience dans ce domaine nous est indispensable.

Je souhaiterais que nous nous entretenions pour débattre de ce sujet. Ces entretiens individuels dureront environ 20 minutes. J'ai la possibilité de me rendre à votre cabinet et de m'adapter à vos horaires.

L'objet de ce courrier est de prendre contact avec vous, il sera complété dans un second temps d'un appel téléphonique en l'absence de réponse de votre part. Je vous remercie par avance de me répondre afin de faciliter la mise en œuvre de cette étude et reste à votre entière disposition, par mail ou téléphone, pour répondre à toute question éventuelle.

Dans l'attente de vous rencontrer, veuillez croire en l'expression de mes sentiments respectueux.

Marie-Laure MORVAN
Interne en Médecine Générale



DEPARTEMENT UNIVERSITAIRE DE MEDECINE GENERALE

22, avenue Camille Desmoulins CS 93837 – 29238 – Brest CEDEX 3
Tél : 02 98 01 65 52 – fax : 02 98 01 64 74

BREST LE 1 DECEMBRE 2010

Jean Yves LE RESTE

Professeur Associé,
Directeur du département
lerestejy@aliceadsl.fr

Bernard LE FLOCH

Maître de Conférences Associé,
Coordonnateur local du DES
Responsable du second cycle
blefloch1@univ-brest.fr

Pierre BARRAINE

Maître de Conférences Associé
pierre.barraine@wanadoo.fr

Patrice NABBE

Maître de Conférences Associé
nabbe.patrice@wanadoo.fr

Benoît CHIRON

Chef de Clinique Universitaire
benoitchiron@yahoo.fr

Marie BARAIS

Chef de Clinique Universitaire
marie.barais@gmail.com

Sébastien CADIER

Chargé de missions (statistique)
cadierseb@wanadoo.fr

Jean Jérôme LE COQ

Chargé de missions (tutorat)
cadierseb@wanadoo.fr

Muriel AUGUSTIN-ABIVEN

Chargé de missions (formation des
formateurs)
cadierseb@wanadoo.fr

Chargé d'enseignement

Jean-François AUFFRET

Patrick BALOUET

Jacques BILLANT

Sylvie COQUIL

Philippe JEFFREDO

Anne-Marie LE BERRE

Christine VANNIER-DUBOIS

Jeanlin VIALA

Responsable administratif

Béatrice LAJARRIGE

beatrice.lajarrige@univ-brest.fr

Je soussigné Patrice Nabbe, Maître de conférence Universitaire associé au
Département Universitaire de Médecine Générale de Brest, certifie que Mlle
MORVAN Marie-Laure
effectue son travail de thèse sous ma direction, en interviewant des médecins
généralistes en activité dans la subdivision de la faculté de médecine de Brest.

Dr P. Nabbe



DEPARTEMENT UNIVERSITAIRE DE MEDECINE GENERALE

22, avenue Camille Desmoulins CS 93837 – 29238 – Brest CEDEX 3
Tél : 02 98 01 65 52 – fax : 02 98 01 64 74

NOTICE D'INFORMATION

Investigateur coordonnateur principal

Nom : Nabbe Patrice

Adresse : Département de médecine générale, Faculté de Médecine de Brest, 22, avenue Camille Desmoulins, 29238 Brest cedex 3

Promoteur

Département Universitaire de Médecine Générale – 22 avenue Camille Desmoulins - 29238 Brest Cedex 3

Madame, Mademoiselle, Monsieur,

Vous êtes invité(e) à participer à une étude par une interne en médecine générale Mlle MORVAN Marie-Laure. Le DUMG de Brest est le promoteur de cette étude, il en est responsable et en assure l'organisation.

Mlle MORVAN Marie-Laure vous expliquera son travail de thèse. Si vous décidez de participer à cette recherche, on vous demandera de signer un formulaire de consentement. Cette signature confirmera que vous êtes d'accord pour participer à cette étude.

1- DEROULEMENT DE L'ETUDE

Une interview qui aura lieu dans votre cabinet ou en groupe de travail. Cette interview sera intégralement rendue anonyme et il sera impossible à un lecteur de l'étude de pouvoir vous identifier.

2- RISQUES POTENTIELS DE L'ETUDE

Il n'existe pas de risques liés à la participation à cette étude.

3- BENEFICES POTENTIELS DE L'ETUDE

Il n'existe aucun bénéfice potentiel pour cette étude.

4- PARTICIPATION VOLONTAIRE

Votre participation à cette étude est entièrement volontaire.

Vous êtes libre de refuser d'y participer ainsi que de mettre un terme à votre participation à l'étude à n'importe quel moment, sans encourir aucune responsabilité ni aucun préjudice de ce fait et sans que cela n'entraîne de conséquences.

Dans ce cas, vous devez informer le médecin investigateur de votre décision.

Dans le cas où vous retirez votre consentement, nous effectuerons un traitement informatique de vos données personnelles sauf opposition écrite de votre part.

Durant l'étude, vous serez averti(e) par votre médecin investigateur, si des faits nouveaux pouvaient affecter votre volonté de participer à l'étude.

5- OBTENTION D'INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

Si vous le souhaitez, le Docteur Nabbe, que vous pourrez joindre au numéro de téléphone suivant 02 98 01 65 52 pourra répondre à tout moment à toutes vos questions concernant l'étude.

A l'issue de l'étude, et à votre demande, vous pourrez être informé(e) des résultats globaux de la recherche par votre médecin investigateur.

6- CONFIDENTIALITE ET UTILISATION DES DONNEES MEDICALES

Dans le cadre de la recherche biomédicale à laquelle le DUMG de Brest et le Dr Nabbe vous proposent de participer, un traitement de vos données personnelles va être mis en œuvre pour permettre d'analyser les résultats de la recherche au regard de l'objectif de cette dernière, qui vous a été présenté.

A cette fin, les données recueillies, y compris tout questionnaire et les données relatives à vos habitudes de vie seront transmises au Promoteur de la recherche où seront traitées les données de cette étude.

Ces données sont anonymes et seront identifiées par un numéro de code.

Le personnel impliqué dans l'étude est soumis au secret professionnel.

Ces données pourront également, dans des conditions assurant leur confidentialité, être transmises aux autorités de santé françaises.

Conformément aux dispositions de loi relative à l'informatique aux fichiers et aux libertés (loi du 6 janvier 1978), vous disposez d'un droit d'accès et de rectification. Vous disposez également d'un droit d'opposition à la transmission des données couvertes par le secret professionnel susceptibles d'être utilisées dans le cadre de cette recherche et d'être traitées.

Si vous acceptez de participer à cette étude, merci de compléter et de signer le formulaire de recueil de consentement. Vous conserverez un exemplaire de cette note d'information.

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Promoteur : Département Universitaire de Médecine Générale – 22 avenue Camille Desmoulins -
29238 Brest Cedex 3

De :

Dr :

Adresse :

Mlle MORVAN Marie-Laure

Adresse : 17 rue Joseph Le Borgne 29200 BREST

Université de rattachement : Brest

m'a proposé de participer à un entretien semi dirigé (individuel ou collectif) barrer la mention inutile

J'ai eu le temps nécessaire pour réfléchir à mon implication dans cette étude, et je suis conscient(e) que ma participation est entièrement volontaire et que cette étude n'engendrera aucun surcoût à ma charge.

Je peux à tout moment décider de quitter l'étude sans motiver ma décision et sans qu'elle n'entraîne de conséquences.

J'ai compris que les données collectées à l'occasion de la recherche seront protégées dans le respect de la confidentialité. Elles pourront uniquement être consultées par les personnes soumises au secret professionnel appartenant à l'équipe du médecin investigateur, mandatées par le promoteur.

J'accepte le traitement informatisé des données à caractère personnel me concernant dans les conditions prévues par la loi Informatique et liberté. J'ai été informé de mon droit d'accès et de rectification des données me concernant.

Mon consentement ne décharge pas les organisateurs de la recherche de leurs responsabilités. Je conserve tous mes droits garantis par la loi.

Fait en deux exemplaires originaux

à, le

Nom, prénom de l'investigateur : MORVAN Marie-Laure

Nom, prénom du médecin interviewé :

Signature :

Signature

VERBATIM 1

- 1
2
3 - **Pouvez me raconter le cas d'un patient pour lequel le diagnostic de dépression vous a**
4 **paru difficile**
5 - Difficile ?
6 - **Oui**
7 - Question qui n'est pas évidente. Les états dépressifs on a toujours notre enfin notre petit
8 panel ciblé quand on suspecte un état dépressif essentiellement les gens qui viennent vous
9 voir pour une dépression sont des gens qui se présentent comme étant fatigué, ils viennent
10 pour une fatigue, bon on creuse un petit peu, derrière la fatigue il y a les éléments je dirais un
11 petit peu classiques d'un état dépressif donc ça c'est pas hyper compliqué. Si on a quelqu'un
12 qui vient en disant qu'il a des idées noires, qu'il mange plus, qu'il a perdu du poids, qu'il dort
13 pas, ça le diagnostic est évident. Difficile je vois pas trop ce serait un diagnostic difficile...
14 - **un patient pour lequel il y est venu pour un motif et vous avez mis du temps à vous**
15 **rendre compte qu'en fait c'était une dépression**
16 - Les dépressifs viennent souvent quand ils viennent, rarement en disant qu'ils ont une fatigue
17 morale sinon cela serait relativement facile mais ils vont masquer ils vont venir pour autre
18 chose essentiellement la fatigue ou des plaintes somatiques, heu, digestives en particulier ou
19 dorsales par exemple alors ça c'est tout de même fréquent... Je vois pas, votre question est
20 encore une fois pas facile parce que... Je sais pas.
21 - **Alors on va faire différemment**
22 - je vois pas j'essaye de trouver des cas
23 - **Quand un patient arrive, comment vous faites, vous, pour dépister un état dépressif ?**
24 **Vous en avez brièvement parlé tout de suite. Il se présente par exemple pour une**
25 **fatigue morale, comment vous allez...**
26 - Non pas morale, une fatigue morale c'est relativement facile « je suis fatigué hein, je suis
27 fatigué » sans cause bien précise. Comment je vois qu'il est dépressif s'il me parle de
28 fatigue ? Alors je sors quelques questions d'abord sur la fatigue, c'est vrai que les fatigues
29 des dépressifs sont plutôt des fatigues du matin paradoxalement qui s'améliorent dans la
30 journée, bon ça on leur pose la question et c'est assez fréquent et là on va creuser un petit
31 peu. On va leur poser des questions si, des choses un petit peu classiques si vous voulez :
32 dans leur vie, le travail, // des difficultés momentanées comme un deuil un truc comme ça
33 - **Est-ce qu'il y a des raisons qui pourraient vous faire passer à côté du diagnostic ?**
34 - oui je pense, enfin heu... ça ça m'embête un petit peu (*en désignant le magnétophone* ndr),
35 essayé de parler devant ce truc-là. Je pense oui, oui, oui, s'il vient pour un état, encore oui,
36 enfin je dis oui, non je ne crois pas, par formation si vous voulez moi ce que je fais je suis
37 assez enclin à poser des questions justement sur le psychique, dans notre métier c'est
38 quelque des choses relativement fréquentes mais je crois que je m'intéresse un petit peu à
39 cela, j'arrive peut-être à leur faire poser certaines questions d'emblée ou axer sur le côté psy
40 si vous voulez. Des gens viennent en disant « je suis fatigué » la fatigue bon ils vont // qu'ils
41 sont dépressifs. Leur dire que derrière leur fatigue d'allure physique ou pas y'a peut-être
42 quelque chose d'autre. Ça je crois que je leur faire prendre conscience assez tôt je pense moi
43 - **Finalement ça n'a pas l'air très compliqué dans votre cas, y'a pas de cas qui vous**
44 **viennent à l'esprit**
45 - Non ou alors c'est relativement évident ou alors les gens vont pas d'emblée comme par
46 exemple ce matin une dame que j'avais vu qui bon pour renouvellement, et je la trouvais pas
47 comme d'habitude, elle allait partir hein, c'était une dame que je connais un petit peu et je lui
48 ai demandé bon, après avoir fait l'examen le somatique si y'avait pas de souci et puis le truc
49 classique les gens se mettent à pleurer, ils s'effondrent, ils parlent de leur truc, de sa fille, qui
50 a fait une tentative de suicide, comme ça si vous voulez. Bon c'est probablement un petit état
51 dépressif réactionnel vous savez les gens, bon. Je lui ai pas donné de traitement, j'ai écouté
52 simplement et puis ça s'est passé comme ça.
53 - **Alors maintenant**
54 - **Oui**

- 55 - **Excusez-moi, on va essayer de distinguer deux choses : alors ça c'était un peu plus**
56 **pour le dépistage, c'est à dire repérer les signes de dépression. Alors pour poser le**
57 **diagnostic de dépression précisément avant d'instaurer un traitement est-ce que vous**
58 **avez une méthode particulière ?**
59 - J'ai pas d'échelles d'évaluation. Je fais pas ça
60 - **D'accord, justement à propos des échelles d'évaluation, si vous les utilisez-pas, est-ce**
61 **qu'il y a une raison ?**
62 - Parce que j'ai pas appris comme ça. Parce que je pense que la formation que j'ai eu au
63 départ, je m'intéressais un petit peu à la psy, enfin je me sens pas spécialement moins doué
64 que les autres mais je pense ne pas en avoir besoin.
65 - **D'accord**
66 - Cette histoire de quantifier tout, d'avoir des items, ça m'agace un petit peu
67 - **Qu'est-ce qui vous agace ?**
68 - Les échelles où on va avoir un nombre de score, j'aime pas ce genre de chose de procédé,
69 ou la douleur, les histoires de « j'ai mal de 1 à 10 », je trouve ça complètement idiot. Ça serait
70 peut-être pour les états dépressifs... bon j'ai vu ces échelles, peut-être un peu plus
71 scientifique en encore une fois oui, je sais pas, je me base encore une fois sur mon
72 expérience, ce que j'ai appris. Le diagnostic enfin ça je trouve ça relativement évident surtout
73 pour établir le traitement si traitement ou pas dans la gravité potentielle de l'état dépressif.
74 Bon ma logique se base sur des critères classiques, je pense ce que j'ai appris.

VERBATIM 2

- **En fait, pour commencer, j'aimerais que vous réfléchissiez au cas d'un diagnostic de dépression, d'un dépistage plus exactement, qui vous a paru difficile, d'un patient pour lequel le dépistage de la dépression vous a paru compliqué.**
- J'ose pas dire ce serait prétentieux mais pour moi c'est pas difficile ni compliqué, peut-être l'expérience aidant.
- **Y'a pas eu de cas où c'est venu plus tardivement, ça a été beaucoup plus difficile**
- Non, sans prétention nulle part, à moins que certains diagnostics du coup m'ai échappé on peut peut-être dire ça comme ça
- **Mais un peu plus tard ce n'est pas apparu comme étant une dépression, y'a pas eu de patients pour lequel quelque chose qui vous a échappé et est apparu plus tard comme étant une dépression ?**
- Bon écoutez peut-être si, parfois, ça a pu arriver mais en général je pense pouvoir dire que j'arrive à peu près à cerner et à poser un diagnostic de dépression
- **Comment du coup vous dépistez un état dépressif ?**
- Ça peut être soit par l'interrogatoire, les gens parlent, quelque fois ils peuvent ne pas parler et ça peut être aussi indicatif, sur des critères du coup cliniques, et éventuellement des signes généraux, une altération de l'état général
- **Alors du coup, si on parle de la médecine générale de façon plus globale, est-ce que vous pensez que chez vos confrères, peut-être que c'est venu dans un deuxième temps chez vous, il y a des choses qui ont pu les faire passer à côté d'un diagnostic de la dépression que vous avez repéré après ?**
- Oui. Je pense oui, ça c'est si on a été amené à voir des patients qui ont déjà été vu par un autre généraliste ?
- **Oui**
- Oui, enfin, je pense qu'on peut passer à côté d'un diagnostic d'un état dépressif. Si on fait un entretien un peu rapidement, si on n'est pas vraiment intéressé par le patient, si on a autre chose en tête, ça peut arriver.
- **Alors, ça c'est pour le dépistage. Après il faut la diagnostiquer, du coup-là, comment vous vous y prenez ?**
- Mais, je sais pas s'il faut creuser tant que ça. Alors je vais pas dire tout est facile, mais je pose pas tant de questions souvent ça apparaît. Alors bien sûr on connaît les dépressions masquées. « Zorro, le vengeur masqué ». On sait que ça existe donc le diagnostic peut ne pas être évident donc il faut peut-être passer plus de temps lors de l'entretien, on peut être aussi amené à revoir le patient. C'est ça que vous vouliez dire, la différence entre une suspicion et un diagnostic qui n'est pas forcément évident d'emblée ?
- **La démarche qui va faire que vous allez instaurer un traitement ? Car on ne peut pas mettre des antidépresseurs à tout le monde.**
- Oui c'est vrai.
- **Devant le moindre mal être, du coup, quels sont les éléments que vous allez rechercher pour mettre un traitement ?**
- En général, ce qu'on m'a appris quand même c'est que les dépressions il y a un support biologique perturbé. Une dépression c'est une altération d'un phénomène biologique ; ce n'est pas que une vue de l'esprit et un dérangement du cerveau. Et donc on nous a appris en fait qu'il fallait traiter avec des molécules. Et avec du recul peut-être que, peut-être que ça doit pas se dire... je suis beaucoup moins encline à donner un traitement médicamenteux. Mais je sais qu'on ne doit pas dire et que ça doit pas forcément se faire. Peut-être que du coup on a tendance aussi à dire « ah bah finalement s'en était pas une de dépression puisque si le sujet va mieux sans médicament juste avec un support psychologique », je pense que le médicament est pour 50% dans l'amélioration de la dépression et puis le soutien psychologique, thérapeutique, genre psychothérapie et puis le changement des causes de la dépression si ça peut se faire ça intervient aussi dans 50% de l'amélioration du patient. Donc votre question c'était sur quels critères on met un traitement ?

55 - **Oui**

56 - Alors peut-être pas d'emblée à moins que ce soit une dépression grave, avec un mal-être

57 important

58 - **A l'interrogatoire qu'est-ce que vous allez rechercher chez ce patient ?**

59 - Une dépression grave c'est des idées noires, des idées suicidaires, c'est des gens qui veulent

60 se fiche en l'air, c'est quand même un critère à prendre en considération, et puis après ça

61 dépend de l'âge : un patient jeune qui a des menaces suicidaires on va peut-être pas avoir la

62 même attitude, c'est-à-dire une attitude peut-être attentiste qui consistera à renouveler

63 l'entretien, à lui demander de repasser, non enfin j'adresserais assez rapidement dans un

64 service d'urgence. De la même manière un patient âgé avec des idées noires ça peut être

65 aussi, bon on n'attend pas 107 ans avant de faire quelque chose. Ça c'est peut-être pas si

66 fréquent que ça, enfin bon un état dépressif qui évoque une mélancolie ça court pas les rues,

67 mais c'est vrai on n'attend pas non plus pour traiter. Après ils y a tout ce qu'on appelle les

68 dépressions effectivement qui sont... enfin les patients déprimés mais pas fortement

69 déprimés, je pense que peut-être les revoir en entretien régulier, sans nécessiter forcément

70 un traitement médicamenteux, sans nécessiter d'un traitement, c'est ça qu'on voit le plus je

71 dirais moi en pratique courante. Est-ce qu'on traite ou pas ? C'était ça la question ?

72 - **J'aimerais savoir si vous utilisez des outils pour diagnostiquer la dépression ?**

73 - Non. Enfin les échelles et les choses comme ça ?

74 - **Par exemple.**

75 - Hamilton, c'est ça ? Ça existe ça.

76 - **Vous connaissez le nom ?**

77 - Enfin oui mais, c'est peut-être une faute, j'aurais peut-être dû m'y intéresser davantage. Des

78 items quoi ?

79 - **Oui**

80 - Non. Après c'est plus au feeling. Peut-être ça se dit pas mais bon.

81 - **Pourquoi vous n'utilisez pas ses outils qui sont à votre disposition ?**

82 - Mais parce que peut-être au niveau de l'échange en médecine générale j'ai pas trop tendance

83 à noter, à écrire, enfin ça on peut le faire discrètement. Ou peut-être parce que c'est un peu

84 entrer dans ma tête c'est un peu un schéma que j'ai, mais vrai que c'est pas systématique.

85 - **Est-ce qu'il y a d'autres critères qui vous empêchent de les utiliser ? Parce que**

86 **maintenant on est informatisé, il y a la possibilité d'avoir...**

87 - Ah oui, ça surtout pas ! Ça surtout pas dans un échange. Enfin j'ai ça, ses outils, c'est vrai

88 que c'est pratique, enfin je me vois pas du tout, déjà noter, bien je suis pas très experte pour

89 noter sur mon clavier, à la limite je pourrais prendre des notes. Ce que je fais plutôt c'est que

90 après l'entretien, en fait je m'efforce dans la mesure où j'ai du temps de répercuter dans la

91 fiche du patient ce que j'ai retenu. Mais avec l'âge, je condense de plus en plus, c'est à dire

92 que je vais pas faire long mais je vais mettre une conclusion qui me servira comme support

93 lorsque je vais revoir le patient. Enfin c'est quand même un peu dans ma mémoire et dans ma

94 tête. Mais oui, c'est plutôt comme ça que je fonctionne.

95 - **Et pour la réévaluation vous faites pareil ? Vous ne cherchez pas non plus essayer de**

96 **quantifier les choses, voir comment elles évoluent ?**

97 - C'est plus du qualitatif du coup. Franchement quantifier en termes, je sais pas il y a des

98 scores ?

99 - **Oui.**

100 - Je fais jamais ça, je trouve que c'est très scolaire. Peut-être les psychiatres font ça ?

101 - **Et bien c'est possible oui... c'est pour ça que je vous en parle.**

102 - Peut-être qu'il faut le faire, je sais pas. On a peut-être de plus en plus à quantifier les choses

103 mais une dépression c'est pas des items. C'est plus une sensation, un feeling, un échange s'il

104 y a échange, des fois ils ne parlent pas.

VERBATIM 3

- 1
2
3 - **J'aurais voulu que vous me racontiez l'histoire d'un diagnostic de dépression qui vous**
4 **a paru difficile ?**
5 - C'est pas toujours évident de faire le diagnostic mais j'ai du mal à trouver un cas sur le
6 moment là.
7 - **On va revenir après là-dessus, c'est pas grave. Comment faites-vous pour dépister un**
8 **état dépressif ?**
9 - Bon, déjà, en médecine générale, ce sont des gens qu'on connaît. Quand la personne arrive,
10 par rapport à d'habitude, quand on la connaît depuis longtemps en plus, comme c'est le cas
11 pour moi pour beaucoup de patients, on voit bien s'il y a quelque chose qui ne va pas qui est
12 autre que de la pathologie banale du genre grippe, angine ou compagnie. La tête, la façon
13 dont les gens commencent à discuter, « *tiens ici, y'a quelque chose qui ne va pas* ». Souvent,
14 comme on est en médecine générale, on sait un petit peu tout ce qu'il s'est passé dans
15 l'entourage familial aussi, parfois on a une idée avant, parce qu'on sait qu'il y a eu des
16 problèmes familiaux, quelqu'un qui est malade dans la famille, des problèmes du genre
17 divorce ou autre. Y'a quand même tout un tas d'éléments qu'on sait et que le psychiatre par
18 exemple qui voit la personne pour la première fois, en général quand on va chez le psychiatre
19 c'est pas par hasard non plus, enfin bon, il n'a pas d'éléments de comparaison. Quand on
20 connaît bien les gens depuis longtemps, on sait tout de suite s'ils sont dans leur assiette ou
21 pas. Et après, questionnaire habituel, on les interroge sur les symptômes qui ne vont pas, en
22 les aidant un petit peu parce que c'est pas toujours évident, il n'arrive pas toujours à exprimer
23 le mal être donc on commence toujours par la fatigue, le sommeil, la tristesse, l'intérêt qu'ils
24 ont pour leur travail, leurs occupations quotidiennes, s'ils ont du mal à gérer le quotidien, par
25 exemple, pour une mère de famille qui a plusieurs enfants, si elle a du mal à faire son travail
26 habituel à la maison, l'appétit, voir s'ils ont perdu du poids ou au contraire l'inverse parfois il y
27 a de la boulimie aussi. Donc tous les symptômes qui peuvent un petit peu nous éclairer. Voir
28 s'il a des difficultés de concentration aussi, voir s'il y a eu des soucis au niveau du travail,
29 parce qu'il y a quand même pas mal d'état dépressifs ça vient de soucis au travail à l'heure
30 actuelle. Vous devez vous rendre compte de ça aussi en psy...
31 - **Moi je suis pas en psy, je suis en médecine générale.**
32 - Ah bon, bien, vous avez peut-être fait des stages en psychiatrie ?
33 - **Il y a longtemps.**
34 - Moi j'en ai jamais fait mais bon on gère la psychiatrie quotidienne disons que je ne tiens pas à
35 faire que de la psychiatrie, loin de là.
36 - **Et du coup, quelles raisons pourraient vous faire manquer un dépistage de**
37 **dépression ?**
38 - Parce que des fois les gens font bonne figure devant les médecins plus qu'à la maison et
39 masquent un peu les symptômes. Ou alors on somatise tellement que finalement on passe
40 complètement à côté d'un état dépressif donc voilà. Ils peuvent nous cacher un petit peu leur
41 état. Parfois c'est même un membre de la famille avant qui vient, « *il ou elle ne vous a pas dit*
42 *que ceci que cela* » donc « *non on m'a pas dit tout ça* » et la fois suivante on dit « *dites-donc*
43 *vous auriez pu nous dire que ceci cela* » « *ah oui mais euh, je pensais pas* » ou « *j'osais*
44 *pas* » enfin tout un tas de prétextes, fumeux parfois. Quand ils viennent chez le médecin, il y a
45 des gens qui essaient de faire meilleure figure qu'à la maison. Ils ne racontent pas tout à fait
46 la réalité des choses d'où l'intérêt d'avoir des relations avec quelqu'un d'autre dans
47 l'entourage. Chose d'ailleurs que le psychiatre ne fait pas tellement, ils ne veulent voir que la
48 personne, pas l'entourage proche et c'est dommage parfois.
49 - Et est-ce que le diagnostic en lui-même ça vous semble difficile ?
50 - Parfois non, parfois oui, c'est très variable
51 - **Pourquoi ça peut être difficile ?**
52 - Ça peut être difficile justement parce que les symptômes sont un petit peu masqués par tout
53 un tas de symptômes variés je dirais, je pense à une en particulier maintenant
54 - **Ah ! Alors allez-y racontez !**

- Une jeune femme, elle a 30 et des poussières je crois, je l'ai pas vu depuis un moment c'est que ça doit aller, elle est venue consulter 36 fois pour des « *mal ici* » « *mal au dos* » « *mal à l'estomac* » tout un tas de choses quoi voilà. Elle a été aux urgences de Landerneau au moins 3-4 fois, le soir, le week-end, toujours du mal à respirer, mal au dos c'était épouvantable enfin tout un tas de somatisation comme ça. Bon je la connais depuis longtemps et puis bon, un beau jour, là j'ai été aidé, j'étais pas là donc elle prend RDV, c'était un de mes associés qui la voit. Au bout d'un moment qu'il me dit, « *bon maintenant, ça suffit, moi je crois que ça va pas, ça doit être au niveau psychique que ça va pas, racontez moi un peu toutes vos histoires parce que moi je comprends pas pourquoi vous êtes tout le temps avec des problèmes* » et puis effectivement, bon, là, elle a parlé un petit peu de choses qui n'allaient pas, elle avait un copain qui l'a quitté il y a longtemps et elle n'en a pas trouvé d'autre. Elle avait un boulot à temps partiel, elle gagnait pas lourd, elle ne pouvait pas faire ce qu'elle voulait. Bref, tout un tas de soucis. Elle avait dû retourner vivre chez ses parents parce qu'elle n'avait pas de sous suffisamment donc ça n'allait pas. Y'avait quand même tout un tas de choses dans sa vie qui n'allait pas. Et y'avait un état dépressif sous-jacent évidemment. Bon, on l'a mis sous antidépresseur. Après elle est revenu me voir et on en a parlé tous les deux, mon associé et moi, elle est revenu me revoir et j'ai dû la mettre sous antidépresseur et puis bon apparemment, là je l'ai pas revue depuis un petit moment parce que ça a été à peu près une à deux fois par semaine pendant un mois, un mois, un mois et demi. Entre les passages aux urgences, les passages ici, il y a eu bien une dizaine de consultations mais pas toujours des consultations qui débouchent sur quelque chose. Parce que quand vous allez aux urgences, mal au dos, mal au ventre, le soir ou le dimanche, le diagnostic ne va pas être fait, ça c'est évident. C'est la répétition de consultation, la répétition d'épisodes symptomatiques qui font penser quand même au bout de quelques consult', ça fait penser à de la somatisation ça c'est clair. Alors en plus, bon, du genre, on lui donne un traitement pour un truc, elle supporte pas, enfin bon, il n'y avait jamais rien qui allait. Et puis finalement, mon associé a pensé, « *mais je pense que c'est là-dedans que ça doit pas aller* » je lui ai dit « *c'est bien possible* » et donc c'est vrai que petit à petit elle a un petit peu parlé de tout ce qui n'allait pas dans sa vie. Ça a permis quand même de faire un diagnostic d'état dépressif, certainement plus facilement, voilà quoi.
- **Est-ce que dans ce genre de situations vous avez besoin d'outils pour poser le diagnostic ?**
- D'outils, genre questionnaire. Oui, ça m'arrive de m'en servir, mais pas souvent finalement
- **Pourquoi vous ne les utilisez pas systématiquement**
- Parce que moi, je n'aime pas trop les tableaux chiffrés, les choses comme ça. C'est une question d'habitude finalement. Mais bon, de temps en temps, je rejette un petit coup d'œil dessus. Mais je ne les utilise pas comme ça lors d'une consult en fait.
- **Mais quand vous les utilisez, c'est quoi ?**
- Et bien je revois un peu les choses à distance. Bon en voyant, est-ce que ça rentre dans la dépression. Mais quand je réfléchis à un cas, je regarde la petite échelle de dépression ; je dis est ce que j'ai loupé quelque chose là finalement, pour reposer les questions la fois suivante. Voir si je n'ai pas oublié quand même des approches diagnostiques qui pourraient être intéressantes quand on se demande qu'est ce qui se passe pour telle ou telle personne
- **Et du coup, qu'est-ce qui vous empêche de les utiliser dans le cadre dans le cabinet pendant une consultation ?**
- Je n'ai jamais pris l'habitude d'utiliser le papier comme ça. Je privilégie le dialogue avec la personne, et bon, comme je n'aime pas regarder le Vidal par exemple non plus tellement. Je n'aime pas devant le patient avoir une aide, voilà.
- **Il y a quelque chose dans la réaction du patient qui pourrait vous embêter, ou c'est ailleurs ?**
- Peut-être, peut-être que c'est la réaction du patient qui m'embêterait, qu'ils se disent « *Elle a besoin d'un papier pour l'aider* » finalement. Bon c'est vrai que parfois pour ce qui est du Vidal, « *bon excusez-moi, il faut que je vois les doses pour votre poids, ou voir quelle poso est la meilleure pour vous* » mais bon je n'aime pas du tout, je n'aime pas du tout donc me servir

109 d'une aide comme ça devant le patient. Je n'ai pas été habitué comme ça. Peut-être que ça
110 serait bien, je ne sais pas.

111 - **Vous avez eu l'occasion de faire des formations médicale continues ou c'est**
112 **compliqué ?**

113 - Non, je n'ai pas été à des formations depuis un certain temps dans ce domaine-là

114 - **Bon d'accord, je vais m'arrêter là.**

VERBATIM 4

- **J'aurais déjà aimé savoir si vous avez en tête un diagnostic de dépression qui vous est apparu difficile ?**
- Difficile oui, pas plus tard que ce matin, une dame de 60-50 ans qui a des cervicalgies, des douleurs un peu diffuses, qui a vu différents spécialistes, qui a fait son ostéopathe, qui a vu l'ORL, qui a vu le neuro et j'ai vu le neuro aujourd'hui qui a dit « *qu'il n'y a rien* » et effectivement on arrive bien sur le syndrome de dépression, c'est ça oui, on a juste l'IRM à faire pour être sûr, pour éliminer totalement qu'il n'y a pas une dégénérescence cérébrale par derrière et puis voilà quoi. Encore faut-il qu'effectivement elle accepte parce qu'elle est dans une phase de déni complète
- **Vous avez abordé le diagnostic avec elle ?**
- Oui, ça fait faire pratiquement un an
- **Elle l'accepte ?**
- Non, pas pour l'instant, mais tant qu'on n'a pas fini tous les examens, elle est effectivement, elle est dans le concret pour l'instant, elle ne veut pas en entendre parler donc, enfin voilà.
- **Classiquement, en consultation, comment vous dépister un état dépressif ?**
- Quand ils viennent surtout ici, soit ils le disent clairement tout de suite « *ça ne va pas* », donc voilà. Donc les diagnostics sont quasiment sont clairs, surtout chez les jeunes. Voilà, ils n'ont pas le moral, il y a le contexte familial, il y a le chômage, il y a un harcèlement au travail, ça c'est énorme énorme en ce moment, voilà, ils n'en peuvent plus, il y a une fatigue accumulée avec différents facteurs, on a les causes précises : le décès d'un proche et autres, ça c'est la majorité des cas et les autres cas effectivement c'est un peu plus insignaux : les gens se sentent bien malgré tout, il y a un épuisement, il y a une fatigue et là c'est plus délicat : est-ce que la fatigue est liée à un problème médical ou pas, voilà ils ne se sentent pas bien, il y a des troubles du sommeil, il y a des douleurs un peu diffuses, ils sont moins bien, ils sont un peu plus irritables, il y a plein de choses comme ça qui s'accumulent et puis voilà quoi. A force de discussions, au bout de quelques consultations, on arrive au diagnostic de dépression.
- **Qu'est ce qui pourra vous faire passer à côté du diagnostic ? Vous dites que quelques fois c'est un peu plus caché, vous pensez qu'il y a des facteurs qui font que...**
- Il y a des facteurs, enfin des choses qui oui, il y a des facteurs médicaux qu'il faut éliminer en premier : dysthyroïdie, problème particulier. Ben, moi je dirais effectivement, j'ai eu un cas : c'était un lymphome quoi, donc : prurit, fatigue, rien de particulier, tout allait bien et puis voilà il est venu voir parce qu'il en avait un peu ras le bol et qu'on allait le mettre sous une étiquette psy et puis voilà de dépressif c'était un superbe lymphome.
- **En fait ma question, ce serait l'inverse : ce serait des patients qui viennent avec des motifs cachés et à posteriori vous vous dites peut-être je suis passé à côté d'un diagnostic de dépression et qu'est ce qui fait que vous êtes passé à côté, c'était une dépression mais l'inverse en fait**
- Oui mais je passe rarement je pense parce qu'effectivement je fais d'abord tout le côté médical et c'est un diagnostic d'élimination si les gens ne sont pas bien, effectivement je garde toujours en tête un syndrome dépressif, donc c'est pour moi un diagnostic d'élimination après. C'est rare que je passe à côté d'une dépression. En fait, je n'ai pas le souvenir d'être passé d'un cas où je me suis trompé, en fait pour l'instant. Voilà, sur le côté médical, je ventile tout : s'ils ne sont pas bien et que je n'ai pas une origine organique précise et bien il y a toujours ce syndrome dépressif.
- **Est-ce que poser le diagnostic vous paraît difficile ?**
- Le diagnostic en soi non, après la gravité, le degré plus difficile, le faire accepter par le patient aussi c'est pas toujours facile.
- **Comment vous allez vous y prendre pour retrouver ces éléments-là ?**
- Après c'est avec le temps, sur plusieurs consultations on essaye d'avancer sur tout ce qui est troubles du sommeil, irritabilité, l'entourage, le travail, toutes les petites choses de la vie de tous les jours, le manque d'entrain, s'il persiste des idées noires ou pas aussi, parce que on est déjà arrivé à les amener là-dessus aussi et faut qu'ils le disent ou pas. Tout de suite, ils précisent, « *non, non, non, je n'ai aucune idée noire* », ils le précisent tout de suite, ils mettent ça en avant.

54 D'autres finissent par craquer et disent « *effectivement, en plus, j'avoue j'ai des idées noires* »,
55 voilà, après effectivement en fonction de tout ce contexte ben j'essaie de mettre un diagnostic en
56 place. Souvent, le fait qu'ils en parlent, ils finissent par accepter et on y arrive et ils finissent
57 effectivement par accepter le traitement quoi

58 - **Est-ce que vous utilisez des outils diagnostiques ?**

59 - Ah, oui je m'en sers mais je ne fais pas de cotation

60 - **Alors, expliquez-moi**

61 - Voilà, je fais pas. Je fais en fonction de l'ensemble. Je ne fais pas la cotation des points ou autre.
62 Je ne fais pas. Je suis vraiment plutôt dans l'évolution, dans la consultation, dans l'évolution des
63 symptômes au bout d'une semaine ou quinze jours. Je les revois en consultation au bout de quinze
64 jours et au bout d'un mois, on voit l'évolution, voilà. Je les connais bien mes patients puisque je
65 suis médecin et donc médecin traitant et qu'effectivement je connais le contexte familial ou autre
66 déjà et il y a des choses que l'on sait que ça peut arriver parce qu'ils nous ont parlé que la situation
67 était tendue, qu'ils étaient en instance de divorce, ou qu'il y a un parent qui est malade ou qui va
68 être malade qu'on a découvert une maladie, et après 15 jours, trois semaines, un mois ou un mois
69 ½ après on les retrouve, ils ne sont pas bien, donc on a déjà effectivement des petits éléments

70 - **Et du coup, ces outils-là pourquoi vous ne les utilisez pas, qu'est-ce qui vous embête par**
71 **rapport à ça ?**

72 - Parce que la cotation ou autre par derrière, qu'est-ce que ça va changer sur le traitement ? Après,
73 c'est sur leur bien-être, ils le disent après, ça va mieux. Je les utilise ces outils mais en posant des
74 questions : est-ce qu'ils dorment mieux ? est-ce qu'ils ont retrouvé de l'entrain ? est-ce qu'ils ont
75 des envies ? est-ce que les idées noires ont disparu ? est-ce que voilà, est-ce qu'ils ont pris du
76 poids ? est-ce qu'ils en ont perdu ? est-ce qu'ils ont de l'appétit ? est-ce que voilà

77 - **En fait, si j'ai bien compris vous utilisez les items, la formulation des questions, mais pas**
78 **les chiffres par derrière ?**

79 - Je ne la concrétise pas avec un barème, 15 points, 10 points, 3 points ou autre.

80 - **C'est vraiment le fait de mettre un chiffre qui vous pose un problème ou il y a autre chose.**
81 **Du coup, vous les affichez sur votre ordinateur ou bien vous les avez en tête ?**

82 - Je les ai en tête avec eux et puis en revanche au milieu des consultations, je marque sur tel ou tel
83 item, effectivement il est amélioré, je marque sur les items effectivement. Voilà, c'est surtout la
84 fatigue, les idées noires, l'envie, l'entrain, voilà le poids pour certaines, l'appétit, les nausées, enfin

85 - **Est-ce que c'est systématique ?**

86 - Ah oui,

87 - **A chaque fois, vous utilisez ...**

88 - Ah oui enfin, ce qui ne va pas ou autre. Ce qui va bien, déjà on voit si ça va toujours bien et puis
89 après effectivement j'insiste sur les points qui ne vont pas bien, sur lesquels on a pu avancer

90 - **Il y a une ou deux échelles en particulier que vous utilisez ?**

91 - Non, je fais un mélange un peu des deux, je n'ai pas d'échelle précise parce que comme je ne les
92 utilise pas

VERBATIM 5

- **En fait ce que je voudrais savoir dans un premier temps, qu'on prenne le temps un peu pour qu'il vous vienne à l'esprit le cas d'un diagnostic de dépression qui vous a paru difficile.**
- A propos d'un cas ?
- **Oui**
- Comme ça ça me vient pas à l'esprit. [...]
- **On va y revenir tout à l'heure des fois que ça revienne. En tant que médecin généraliste, quelles raisons pourraient vous faire manquer un dépistage de dépression ?**
- Ce qui pourrait faire manquer, c'est ce que l'on appelle les dépressions masquées c'est-à-dire tous les symptômes allégués qui pourraient m'orienter vers une pathologie organique notamment, c'est évidemment le risque principal.
- **Est-ce que le diagnostic en lui-même vous paraît difficile à poser ?**
- Non, non, une dépression c'est finalement un ensemble de symptômes qui sont assez variés et pas toujours regroupés tous en même temps donc je ne peux pas dire la dépression est la même pour tout le monde. Donc c'est un diagnostic assez simple et compliqué à la fois. Ça dépend de l'intensité de la dépression, de l'ancienneté, donc ce n'est pas un diagnostic figé et qui est le même pour toutes les personnes.
- **Comment vous allez vous y prendre au cours de la consultation pour amener le diagnostic**
- Alors, après ça dépend. Si on prononce le diagnostic à la personne concernée ou pas. C'est pas forcément une bonne chose en tout cas dès le premier entretien : « *vous avez une dépression* », « *vous faites une dépression* » euh la question c'était ?
- **C'était : quelle méthode vous allez utiliser pour parvenir au diagnostic ?**
- Parvenir au diagnostic sans forcément le prononcer ? Et bien c'est un ensemble de symptômes qui caractérisent la dépression. Je ne sais pas s'il faut que je les cite mais c'est justement rechercher, en dehors des phénomènes organiques qui sont quasiment toujours présents, les symptômes habituels : manque d'allant, l'anhédonisme, la tristesse, le ralentissement global des activités, voilà c'est ça.
- **Est ce qu'il peut vous arriver, chez un patient qui arrive, vous avez eu l'impression d'un dépistage qu'il était dépressif, de ne pas parvenir, alors il ne va pas clairement répondre à vos items de la dépression, est ce que ça vous arrive d'être confronté à ce problème.**
- Ce n'est pas un interrogatoire aussi strict et policé que pour une pathologie organique où on a bien appris la sémiologie qui est importante. On laisse surtout s'exprimer le patient et puis on oriente mais ce n'est pas du même registre que la pathologie organique d'une manière générale où c'est plus simple de poser des questions assez basiques et où les réponses sont oui ou non. Tandis que dans la dépression, quand vous débutez les symptômes c'est surtout qualitatif, plutôt que quantitatif, décrire son ressenti c'est tout à fait subjectif quoi. Je pense qu'il y a une bonne part d'approche par le fait de laisser la personne s'exprimer.
- **Est-ce que ça peut vous arriver d'utiliser des outils pour diagnostiquer la dépression ?**
- Euh, non, non, pas particulièrement. Des outils de type des grilles, des échelles, des choses comme ça ?
- **Oui.**
- Non, je n'utilise pas ça.
- **Est-ce qu'il y a des raisons au fait que vous ne les utilisez pas ?**
- Non, je n'en vois pas trop l'utilité, sans forfanterie !
- **Non non non, je voulais savoir ce qui vous vous pose problème à l'utilisation de ces outils parce qu'en fin de compte ça paraît assez simple !**
- Je ne les connais pas en fait.
- **Vous ne les avez jamais vus ? si ? Vous voulez que je vous en cite ?**
- Oui
- **Hamilton, HAD, enfin des échelles qui ont été validées pour le diagnostic.**
- Non, pour ce genre de pathologie, je n'ai pas recours à ça
- **Si ça existait, est-ce que ça vous paraîtrait utile dans vos pratiques ? Si on vous les apporte.**
- Non la dépression, ça englobe enfin je trouve trop de choses subjectives pour que ce soit aussi facile à quantifier qu'un autre trouble type douleur, ou je ne sais pas, je dis des choses

61 qui me viennent comme ça : sevrage tabagique... des échelles y'en a des quantités, des
62 évaluations de mémoire ou des choses comme ça, tout ce qui concerne les fonctions
63 cognitives où il y a des échelles intéressantes. Mais pour la dépression, c'est peut-être un avis
64 totalement subjectif et non approprié mais je trouve que ça n'a pas trop d'utilité.
65 – **D'accord, on va arrêter là.**

Verbatim 6

- **Je voudrais que vous puissiez me raconter le cas d'un diagnostic de dépression qui vous a paru difficile ?**
- Difficile à quel point de vue ? l'installation de la dépression
- **Le dépistage déjà, avoir l'idée du fait que le patient était dépressif et que cela ne vous est pas apparu évident d'emblée.**
- Oui bien sûr, c'est le cas d'une jeune femme qui s'était plainte du manque d'appétit, de troubles du sommeil et d'une irritabilité. Voilà.
- **Comment vous aviez fait du coup pour vous rendre compte que c'était une dépression ?**
- J'ai posé des questions. Elle présentait des symptômes évocateurs de dépression à savoir le manque d'allant, de troubles de l'appétit et du sommeil.
- **En une seule consultation ?**
- En deux, parce qu'elle avait peur de ce diagnostic. Pour elle, c'était presque une tare d'être déprimée et puis finalement au bout de la deuxième, effectivement elle était dépressive.
- **Comment vous faites en général pour dépister un état dépressif ?**
- Je pose des questions, c'est l'interrogatoire. Voilà, et puis les antécédents aussi bien personnels que familiaux de dépression.
- **A visée systématique, est-ce que vous allez chercher chez un nouveau patient des signes de dépression ?**
- Oui, certainement oui. Je m'applique, tant que faire ce peu, d'essayer de détecter des symptômes de dépression mais alors vrais parce qu'il y a des états dépressifs plus ou moins masqués et il y a des états dépressifs francs.
- **Quelle raison, en tant que médecin traitant, pourrait vous faire passer à côté d'un diagnostic de dépression ?**
- Je ne sais pas. Je ne vois pas tout de suite les raisons pour lesquelles je pourrais passer à côté d'une dépression. Par exemple ?
- **Un patient qui vient plusieurs fois pour quelque chose et il vous a fallu plus de temps que pour un autre patient pour diagnostiquer un état dépressif ou des facteurs matériels, des aspects de vos pratiques qui font que vous ne pouvez pas diagnostiquer d'emblée une dépression**
- Oui, les mauvaises relations professionnelles ou les mauvaises relations familiales qui normalement n'étaient pas présentes auparavant et qui se sont manifestées petit à petit.
- **Ce qui peut être un signe pour vous d'une dépression ?**
- Oui.
- **En fait, je voulais savoir si poser le diagnostic de façon précise, ce que vous appeliez tout à l'heure les états dépressifs vrais, établir le diagnostic, est-ce que cela vous semble difficile ?**
- Parfois oui. Parce que c'est masqué par un certain nombre de symptômes qui n'apparaissent pas d'emblée comme étant relatif à la dépression.
- **Par exemple ?**
- Quelqu'un qui n'est plus aussi motivé pour aller travailler par exemple. Voilà, avec des difficultés relationnelles.
- **Est-ce que vous utilisez des outils diagnostiques ?**
- Non pas pour l'instant.
- **Vous envisagez de le faire ?**
- Qu'est-ce que vous entendez ?
- **Il existe des échelles, des questionnaires...**
- Oui mais je ne les utilise pas.
- **Est-ce qu'il y a des raisons qui font que vous ne les utilisez pas ?**
- Le manque de temps parfois.
- **Comment cela ?**
- S'il y a beaucoup de monde dans la salle d'attente et que se présente cette personne-là. Je me contente de l'interrogatoire banal.
- **Avez-vous ces questionnaires à disposition dans le cabinet ou pas ?**
- Pas tous.
- **Admettons que vous avez du temps, qu'est-ce qui vous empêche de les utiliser ?**
- Rien ni personne.

- 60 – **C'est un mode de diagnostic qui vous pose problème, le fait d'utiliser ces**
- 61 **questionnaires ?**
- 62 – Non
- 63 – **Ça vous arrive dans certaine pathologie de les utiliser ?**
- 64 – Oui, les échelles de la douleur par exemple que j'utilise fréquemment
- 65 – **Mais dans les dépressions pas du tout ?**
- 66 – Non, parce que je pense que c'est plutôt subjectif qu'objectif, contrairement à la douleur où là
- 67 c'est quelque chose de bien net et qui est expressif
- 68 – **Et pour le suivi ?**
- 69 – Oui, pour le suivi oui, j'utilise des échelles
- 70 – **Dans quel cadre vous les intégrez ? A quoi vous servent les résultats dans votre**
- 71 **pratique ?**
- 72 – Pour suivre l'évolution de la dépression, si elle est installée.
- 73 – **Quelle échelle vous utilisez dans ce cas-là ?**
- 74 – Alors là, là c'est une colle !

VERBATIM 7

- 1
- 2
- 3 – **Alors, en fait, j'aurais voulu savoir comment pour vous qu'est-ce que c'était un patient**
- 4 **dépressif ; comment vous sentez un peu les choses par rapport à cela ?**
- 5 – [...] tous les jours... il y a différentes façons d'exprimer, enfin de dépister un processus, ils
- 6 ont quand même des troubles de l'humeur surtout, ils sont quand même tristounets, ils sont
- 7 tristes, ils n'ont plus d'énergie. Enfin, il y a toute la définition classique. Pour beaucoup aussi,
- 8 c'est les troubles du sommeil ou des mauvais pressentiments. Enfin, c'est extrêmement varié
- 9 en médecine générale.
- 10 – **Comment vous diagnostiquez en fait un patient dépressif, comment vous posez le**
- 11 **diagnostic ?**
- 12 – Sur les critères, sur la définition de la dépression est une baisse de l'humeur, une part
- 13 d'inactivité, une apathie, enfin....
- 14 – **Est-ce qu'il y a des raisons qui peuvent vous faire passer à côté d'un diagnostic ?**
- 15 – Sans doute, des raisons : ce serait de ne pas les écouter, non je ne pense pas, non je discute
- 16 beaucoup avec eux....
- 17 – **Avec eux ?**
- 18 – Oui et j'en vois beaucoup et j'adore ça
- 19 – **Est-ce que vous utilisez des outils pour poser le diagnostic ?**
- 20 – Non
- 21 – **Pourquoi ?**
- 22 – Oh, ça ne me sert à rien
- 23 – **Vous les connaissez ? C'est quelque chose que, dans d'autres pathologies, vous**
- 24 **utilisez ou non ?**
- 25 – Oui, mais dans pas de la dépression
- 26 – **Pourquoi ?**
- 27 – Oui, parce que les critères sont assez clairs...
- 28 – **Le fait de pouvoir scorer le diagnostic, ça n'a pas d'intérêt ?**
- 29 – Non
- 30 – **D'accord, en fait, je voulais savoir aussi par rapport au dépistage, est-ce que vous**
- 31 **trouvez ça aussi facile ?**
- 32 – Facile, euh, non ce n'est pas très compliqué. Ça demande un peu de temps
- 33 – **vous l'avez le temps ?**
- 34 – Ben, je le prends
- 35 – **Est-ce que dans cette situation là, vous avez l'utilité aussi d'utiliser les outils**
- 36 **diagnostiques ?**
- 37 – Non pas du tout

VERBATIM 8

- 1
2
3 - **Je voudrais savoir en fait, comment vous sentiez un patient dépressif quand il arrive ?**
4 - Ben, en général, ils viennent et ils disent, ils annoncent tel et tel symptôme, en général mais
5 pas toujours, mais la plupart du temps c'est comme ça. Les gens arrivent et ils ont leurs
6 symptômes et points d'appel
7 - **Il n'y a pas des patients pour lesquels, ça arrive au fur et à mesure de la consultation ?**
8 - Ben oui, alors les patients masqués, ça c'est parfois, en général c'est plutôt ils annoncent un
9 tableau organique et c'est au fil de une, deux, trois consultations, qu'au fil des consultations
10 on voit que les choses ne bougent pas, que ça ne s'améliore pas comme prévu, donc on se
11 dit que là effectivement il y a quelque chose
12 - **Est-ce que vous dépistez de façon systématique les dépressions ?**
13 - Systématique, ça veut dire quoi ?
14 - **A toutes les consultations ?**
15 - Non, bien sûr que non. Pourquoi ? Pourquoi cette question étrange ?
16 - **Enfin, ça peut être une pratique de certains médecins de vouloir de façon**
17 **systématique...**
18 - Eradiquer la dépression ?
19 - **De faire un dépistage**
20 - Non, clairement non
21 - **Quelles raisons peuvent vous faire passer à côté d'un diagnostic de dépression ?**
22 - Ben, si le tableau est trompeur, si effectivement si les choses ne sont pas caractéristiques
23 - **Il y a un cas de patient qui vous vient ?**
24 - Ben, j'en ai un en ce moment, il a une pathologie quelconque, il a clairement des soucis
25 d'ordre psychologique qui certainement aggravent ou pérennisent son tableau, c'est sûr. J'en
26 ai un autre qui avait des problèmes lombaires, en fait c'était une dépression qui se présentait
27 avec des problèmes lombaires
28 - **Comment est-ce que concrètement vous posez le diagnostic de dépression ?**
29 - **Oui, alors, ben avec les items là avec la liste de tous les symptômes avec au moins,**
30 **enfin je n'ai plus ça en tête moi, j'ai, enfin, c'est-à-dire la définition précise avec : combien de**
31 **symptômes, évoluant sur plus de quinze jours, etc, quelles catégories avec au moins tel ou tel**
32 **symptôme. Moi je fais le bilan, je demande le sommeil, l'appétit, les troubles de l'humeur,**
33 **l'élan vital, la fatigue, les prises de poids enfin les modifications de poids, voilà tout ça et puis**
34 **je regarde et après si j'ai un doute je sors les tableaux classique enfin je regarde plus en**
35 **détail...**
36 - **Du coup, c'est le seul outil que vous utilisez pour diagnostiquer une dépression ?**
37 - La définition ?
38 - **Oui**
39 - Le seul outil, vous voulez dire en termes de questionnaire, mais il me semble que oui, il y en a
40 d'autre ?
41 - **Oui, il y en a d'autres**
42 - D'accord
43 - **Vous les connaissez ou pas ?**
44 - Ben, je ne crois pas
45 - **D'accord**
46 - Enfin, j'en ai peut-être entendu parler et puis j'ai zappé, je ne sais pas
47 - **En fait, il y a des questionnaires qui sont mis à disposition. Je n'en fais pas la**
48 **promotion...**
49 - Mais ça m'intéresse parce que c'est bien effectivement des fois d'avoir sous les yeux
50 - **Il y a des questionnaires, il y en a plusieurs, qui sont indiqués dans le dépistage et le**
51 **diagnostic qui permettent en fait de coter la dépression et de poser un diagnostic sûr**
52 **avec une cotation**
53 - D'accord, ça m'intéresse oui
54 - **Vous n'en avez pas spécialement entendu parler ?**
55 - Non, c'est quoi le nom ?
56 - **Il y a Hamilton, HAS...**
57 - Ben si, j'en ai entendu parler Hamilton, HAS ?
58 - **Je ne les ai pas tous en tête**
59 - Est-ce qu'ils ne sont pas un peu plus compliqués à utiliser ?
60 - **Vous les avez vus peut-être ?**
61 - Et bien écoutez, je me demande oui. Parce ce qu'ils sont souvent cités en tout cas
62 - **Et bien justement, en les voyant, qu'est-ce que vous en avez pensé ?**

63 - Et bien, je ne me souviens plus, parce qu'enfin, il faut croire que je ne les ai pas retenu, alors
64 vous ne les avez pas avec vous ?
65 - **Non, je ne les ai pas**
66 - Alors attendez, je les ai peut-être ici moi, par contre (cherche dans son tiroir)
67 - **Dans votre collection d'outils là...**
68 - Les outils diagnostiques, on n'en manque pas mais après certains sont pratiques mais
69 d'autres je ne m'en sers jamais. MADRS ? (lit le questionnaire) La dépression, on en a parlé,
70 mais se servir de ça en cabinet et en tout cas quand la personne vient pour autre chose.
71 C'est compliqué, parce quand vous devez expliquer chaque question, les gens ils vont passer
72 deux minutes ou une minute sur chaque, vous voyez. Donc ça faire bon ça va aller vite mais
73 une plus une, plus une, ils vont rester trois minutes là-dessus, trois minutes là-dessus, trois
74 minutes là-dessus, trois minutes là-dessus, c'est très long. C'est trop long, donc nous voilà.
75 Effectivement, je l'avais sorti. Je l'avais quand même laissé là parce que je m'étais dit que ça
76 pouvait être intéressant mais je ne m'en étais jamais servi. Mais ce n'était pas Hamilton, ni
77 HAS. Mais je ne m'en sers pas, la preuve c'est que je ne savais pas où ils sont. Par contre, je
78 dois avoir, je dois faire le tri

VERBATIM 9

- **En fait, je voulais savoir dans un premier temps pour vous, un patient dépressif, c'est quoi ? comment vous le sentez ?**
- Et bien écoutez, les critères, j'essaye les critères du DSM 4 : c'est les troubles de l'humeur, les ralentissements psychomoteurs, les troubles du sommeil, de l'appétit. Des critères assez importants parce que pour moi, ce n'est pas une petite juste baisse du moral qui entraîne un diagnostic de dépression
- **Comment est-ce que vous dépistez un patient dépressif ?**
- Comment je dépiste ? Au départ, ils nous parlent, il n'y a pas une demande de la part du patient, il nous dit je ne me sens pas bien. Je dépiste sur des signes fonctionnels quand quelqu'un me dit qu'il est très fatigué, qu'il a des troubles du sommeil, qu'il a maigri, enfin c'est tous ces points d'appel et surtout les troubles du sommeil, les troubles du sommeil ou alors des plaintes un peu somatiques que je n'explique pas ou que j'ai déjà explorées et qui n'ont pas abouti à un diagnostic. Voilà, et c'est du côté du moral où il y a quelque chose.
- **Qu'est ce qui peut vous faire manquer un diagnostic de dépression ?**
- Qu'est ce qui peut me faire manquer un diagnostic ? Manquer, je ne suis pas sûr qu'on manque, on retarde oui, manquer, on finit par trouver quand même. Ce sont les plaintes somatiques, ce serait plutôt les plaintes somatiques : quand les gens décrivent des troubles du sommeil ou un amaigrissement [...]
- **Qu'est-ce que vous pensez des outils qui peuvent aider à faire diagnostiquer les dépressions**
- Je ne les connais pas
- **Vous ne les connaissez pas ?**
- Non
- **En fait, il y a des outils, ça peut être par exemple des questionnaires qui vous permettent de poser des questions aux patients, de poser un score et de là savoir s'il remplit les critères de la dépression ou pas, ça ne vous dit rien ?**
- Euh, ces outils, je ne sais pas comment ils s'appellent, je les ai utilisés pour ma thèse, en diagnostic de l'anxiété
- **C'est un peu du même acabit en fait, les questionnaires qui permettent d'établir le diagnostic de dépression sont un peu différents des questionnaires de l'anxiété, il y a les questionnaires qui permettent de faire la même chose en fait mais ça ne vous dit rien du tout**
- Ben si je crois que ça me dit quelque chose quand même. Oui, ça me dit quelque chose mais en formation on n'en a jamais parlé, peut-être que dans le cadre de ma thèse c'est moi qui en ai parlé mais c'est tout
- **D'accord. Est-ce que pour le dépistage, ce genre d'outils ça vous poserait aussi problème de les utiliser ?**
- Ben s'il est court. C'est toujours le même problème quoi, ou alors faudrait faire revenir les gens, parce que déjà quand ils viennent, ils viennent chercher de l'aide, déjà en général on compte un quart d'heure- vingt minutes la consult, mais là la consult il faut bien trois quart d'heure : ils racontent, ils pleurent tout ça et puis il faut qu'on fasse le point et puis en général d'emblée je ne leur propose pas forcément un antidépresseur. Ça pourrait être fait au terme d'une consult, et bien écoutez on peut se revoir dans deux jours et puis on se revoir dans deux jours et puis on revoie, on fait le point, je leur donne un petit anxiolytique au moins quelque chose pour les apaiser. Mais d'emblée comme ça, « bon alors vous allez répondre ». non je ne me vois pas faire ça. Par contre pour une aide à moi, peut-être dans mon coin, pour essayer de repérer, de ne rien oublier, comme les critères, comme l'histoire de migraines c'est vrai que ça peut nous aider nous les échelles pour ne pas passer à côté de diagnostics ou ne pas faire de diagnostics excessifs mais de là à les utiliser avec les patientes ou les patients, je ne sais pas

Livre de codes

CODAGE LINEAIRE	CITATION DANS LES VERBATIMS
DIAGNOSTIC FACILE	le diagnostic est évident (V1 13)
DENI	Ils vont masquer (V1 18)
INTERROGATOIRE DIRECTIF	Je sors quelques questions (V1 30)
ABSENCE D'OUTIL DANS LA FMI	Par formation (V1 40)
MOTIF DE CONSULTATION SANS RAPPORT	Pour renouvellement (V1 51)
INTERROGATOIRE DIRECTIF	Je lui ai demandé si y'avait pas de souci (V1 53)
DEPISTAGE FACILE	Je suis assez enclin à poser des questions (V1 41)
ECOUTE	J'ai écouté simplement (V1 57)
REFUS D'UTILISATION D'OUTIL	Je n'ai pas d'échelles d'évaluation (V1 65)
ABSENCE D'OUTIL DANS LA FMI	j'ai pas appris comme ça (V1 68)
PAS DE BESOIN	ne pas en avoir besoin (V1 70)
OPPOSITION A LA COTATION	de quantifier tout, d'avoir des items, ça m'agace un peu (V1 72)
EXPERIENCE PERSONNELLE	mon expérience (V1 78)
ABSENCE D'OUTILS DANS LA FMI	ce que j'ai appris (V1 78)
DIAGNOSTIC FACILE	évident (V1 79)
VALIDATION DU DSM IV	ma logique se base sur des critères classiques (V1 80)
DIAGNOSTIC FACILE	pas difficile ni compliqué (V2 6)
EXPERIENCE PERSONNELLE	l'expérience aidant (V2 7)
INTERROGATOIRE	Par l'interrogatoire (V2 17)
CRITERES CLINIQUES	Critères du coup cliniques (V2 18)
ENTRETIEN RAPIDE	entretien un peu rapidement (V2 28-29)
DESINTERET POUR LE PATIENT	si on n'est pas vraiment intéressé par le patient (V2 28)
MEDECIN DECONCENTRE	si on a autre chose en tête (V2 29)
DIAGNOSTIC SUPERFICIEL	Je sais pas s'il faut creuser tant que ça (V2 32)
PAS DE REMISE EN QUESTION DE LA PRATIQUE	Pas tant de questions (V2 33)
INTERROGATOIRE PROLONGE	Passer plus de temps pendant l'entretien (V2 35)
CONSULTATIONS REPETEES	Revoir le patient (V2 36)
ABSENCE D'OUTILS DANS LA FMI	Ce qu'on m'a appris (V2 43)
OPPOSITION A L'OBJECTIF THERAPEUTIQUE	Moins encline à donner un traitement médicamenteux (V2 47)
CONNAISSANCE FRAGILE DES OUTILS	Hamilton, c'est ça ? Ça existe ça. (V2 75)
MANQUE D'INTERET POUR LE SUJET	J'aurais peut-être dû m'y intéresser d'avantage (V2 77)
DIAGNOSTIC SUBJECTIF	Plus au feeling (V2 80)
METHODE NON VALIDEE	Ça se dit pas (V2 80)
OUTIL NUMERIQUE	Pas trop experte pour taper au clavier (V2 89)
SYNTHESE	Avec l'âge, je condense de plus en plus... pas faire long (V2 91-92)
MECONNAISSANCE DES OUTILS	quantifier en termes, je sais pas il y a des scores ? (V2 97)
OUTIL RIGIDE	C'est très scolaire (V2 100)
RECOMMANDATIONS MECONNUES	Peut-être qu'il faut le faire (V2 102)
DIAGNOSTIC SUBJECTIF	Une dépression, c'est pas des items, c'est plus une sensation, un feeling, un échange (V2 103)

PATIENT CONNU	Gens qu'on connaît (V3 9)
DIAGNOSTIC FACILE	On voit bien quand quelque chose ne va pas (V3 11-15)
PATIENT CONNU	On connaît bien les gens depuis longtemps (V3 20)
INTERROGATOIRE DIRECTIF	questionnaire habituel :...la fatigue, le sommeil, la tristesse, l'intérêt qu'ils ont pour leur travail, leurs occupations quotidiennes, s'ils ont du mal à gérer le quotidien, ...du mal à faire son travail habituel à la maison, l'appétit, voir s'ils ont perdu du poids ou au contraire l'inverse parfois il y a de la boulimie aussi... difficultés de concentration aussi, voir s'il y a eu des soucis au niveau du travail (V3 21-29)
SYMPTOMES MASQUES	Les gens font bonne figure (V3 38)
SOMATISATION	Somatise (V3 39)
MENSONGE DES PATIENTS	Ils ne racontent pas tout à fait la réalité des choses (V3 45)
FAMILLE CONNUE	intérêt d'avoir des relations avec quelqu'un d'autre dans l'entourage (V3 46)
DESINTERET POUR LA SPECIALITE	je ne tiens pas à faire que de la psychiatrie (V3 34-35)
SYMPTOMES MASQUES	symptômes sont un petit peu masqués (V3 52)
CONSULTATIONS REPETEES	consulter 36 fois (V3 56)
SOMATISATION	« mal ici » « mal au dos » « mal à l'estomac » [...] toujours du mal respirer, mal au dos (V3 56- 58)
PATIENT CONNU	je la connais depuis longtemps (V3 59)
DIAGNOSTIC PAR UN CONFRERE	c'était un de mes associés (V3 60)
MAUVAISE FILIERE DE SOIN	aux urgences le diagnostic ne va pas être fait, (V3 75)
CONSULTATIONS REPETEES	répétition de consultation, la répétition d'épisodes symptomatiques (V3 77)
INEFFICACITE D'UN TRAITEMENT SYMPTOMATIQUE	donne un traitement pour un truc, elle supporte pas (V3 79)
OUTIL NON SYSTEMATIQUE	Ça m'arrive de m'en servir mais pas souvent (V3 87)
OPPOSITION A LA COTATION	Je n'aime pas trop les tableaux chiffrés (V3 89)
HABITUDE	Question d'habitude (V3 90)
HORS CONSULTATION	Je ne les utilise pas comme ça lors d'une consult (V3 91)
HORS CONSULTATION	Je revois les choses à distance : je regarde la petite échelle de dépression ... loupé quelque chose... je repose la question la fois suivante (V3 93-96)
OUTIL PAPIER	Je n'ai jamais pris l'habitude d'utiliser le papier (V3 100)
DIALOGUE	Je privilégie le dialogue (V3 100)
REFUS D'UTILISATION D'OUTIL	je n'aime pas regarder le Vidal par exemple (V3 101)
REFUS D'UTILISATION D'OUTIL	Je n'aime pas devant le patient avoir une aide, voilà. (V3 102)
OPINION NEGATIVE DU PATIENT SUR L'USAGE DE L'OUTIL	réaction du patient « Elle a besoin d'un papier pour l'aider » (V3 105)
REFUS D'UTILISATION D'OUTIL	je n'aime pas du tout donc me servir d'une aide (V3 108)
HABITUDE	Je n'ai pas été habitué comme ça. (V3 109)
ABSENCE DE FORMATION CONTINUE	je n'ai pas été à des formations depuis un certain temps dans ce domaine-là (V3 113)
INTERROGATOIRE PROLONGE	A force de discussion (V4 6)
DENI	Phase de déni complète (V4 11)

EVOQUE PAR LE PATIENT	Ils le disent clairement (V4 18)
CONSULTATIONS REPETEES	Au bout de quelques consultations (V4 27)
DIAGNOSTIC FACILE	Je passe rarement à côté (V4 39)
DIAGNOSTIC D'ELIMINATION	Un diagnostic d'élimination (V4 40)
CONSULTATIONS REPETEES	Avec le temps, sur plusieurs consultations (V4 49)
CONTEXTE EVOCATEUR	En fonction de tout ce contexte, j'essaie de mettre un diagnostic en place (V4 56)
RESULTAT NON COTE	Pas de cotation (V4 59)
CONSULTATIONS REPETEES	Je les revois (V4 61)
PATIENT CONNU	Je les connais bien (V4 64)
FAMILLE CONNUE	Contexte familial ou autre (V4 66)
OUTIL NON PRESENTE	Je les utilise ces outils mais en posant des questions (V4 71)
OPPOSITION A L'OBJECTIF THERAPEUTIQUE	La cotation ou autre par derrière, qu'est-ce que ça va changer sur le traitement (V4 72)
RESULTAT NON COTE	Je ne la concrétise pas par un barème (V4 79)
RESULTAT NON COTE	Je marque les items (V4 84)
PLUSIEURS OUTILS MELANGES	Non je fais un mélange un peu des deux, je n'ai pas d'échelle précise (V4 92)
SYMPTOMES NON SYSTEMATISES	Ensemble de symptômes pas toujours regroupés (V5 16-17)
INTERROGATOIRE OUVERT	Ce n'est pas un interrogatoire aussi lisse et poli que dans une pathologie organique (V5 36)
DIALOGUE	On laisse surtout s'exprimer le patient et puis on oriente (V5 37- 38)
DIAGNOSTIC SUBJECTIF	Qualitatif plutôt que quantitatif (V5 41)
REFUS D'UTILISATION D'OUTIL	Non je n'utilise pas ça (V5 47)
OBJECTIF MECONNU	Je ne vois pas trop l'utilité (V5 49/64)
MECONNAISSANCE DES OUTILS	Je ne les connais pas (V5 52)
DIAGNOSTIC SUBJECTIF	Trop de choses subjectives pour que ce soit aussi facile à quantifier qu'un autre trouble type douleur (V5 59-60)
INTERROGATOIRE DIRECTIF	J'ai posé des questions / J'ai posé des questions, c'est l'interrogatoire (V6 12/18)
OUTIL LONG	Le manque de temps (V6 52)
OUTIL LONG	Beaucoup de monde dans la salle d'attente (V6 54)
DIAGNOSTIC SUBJECTIF	C'est plutôt subjectif (V6 66)
MECONNAISSANCE DES OUTILS	Alors là, c'est une colle (V6 74)
MANQUE D'ECOUTE	Ne pas les écouter (V7 14)
PAS DE BESOIN	Ça ne me sert à rien (V7 21)
MECONNAISSANCE DES OUTILS	Pas dans la dépression (V7 24)
VALIDATION DU DSM IV	Les critères sont clairs (V7 26)
RESULTAT NON COTE	Scorer le diagnostic, ça n'a pas d'intérêt (V7 27)
DIAGNOSTIC FACILE	Ça n'est pas très compliqué (V7 31)
OUTIL LONG	Ça demande un peu de temps (V7 31)
EVOQUE PAR LE PATIENT	Ils viennent, ils disent, ils annoncent tel ou tel symptôme (V8 4)
SYMPTOMES MASQUES	Patients masqués (V8 8)
CONSULTATIONS REPETEES	Une, deux, trois consultations (V8 9)
SYMPTOMES MASQUES	Si le tableau est trompeur (V8 21)
CONNAISSANCE FRAGILE DES OUTILS	items-là avec la liste de tous les symptômes (V8 28)

OUBLI DES CRITERES DU DSM IV	Je n'ai plus ça en tête moi (V8 29)
INTERROGATOIRE DIRECTIF	Moi je fais le bilan, je demande le sommeil, l'appétit, les troubles de l'humeur, l'élan vital, la fatigue, les prises de poids enfin les modifications de poids (V8 31-32)
CONNAISSANCE FRAGILE DES OUTILS	Il y en a d'autres ? (V8 38-39)
MECONNAISSANCE DES OUTILS	Ben je ne crois pas (V8 43)
OUBLI DES OUTILS	J'en ai peut-être entendu parler mais j'ai zappé (V8 45)
VALIDATION DU DSM IV	J'essaye les critères du DSM IV (V9 5)
EVOQUE PAR LE PATIENT	Je ne me sens pas bien (V9 11)
INTERROGATOIRE DIRECTIF	Je dépiste sur des signes fonctionnels quand quelqu'un me dit qu'il est très fatigué, qu'il a des troubles du sommeil, qu'il a maigri, enfin c'est tous ces points d'appel et surtout les troubles du sommeil, les troubles du sommeil ou alors des plaintes un peu somatiques (V9 11-14)
RETARD DIAGNOSTIQUE	On retarde (V9 18)
SOMATISATION	Plaintes somatiques (V9 18)
MECONNAISSANCE DES OUTILS	Je ne les connais pas (V9 23)
OUBLI DE LA FMI	Je les ai utilisés pour ma thèse (V9 29)
CONNAISSANCE FRAGILE DES OUTILS	Ça me dit quelque chose (V9 35)
ABSENCE D'OUTIL DANS LA FMI	Mais en formation, on n'en a jamais parlé (V9 36)
OUTIL LONG	S'il est court (V9 40)
CONSULTATIONS REPETEES	Faire revenir les gens (V9 40)
OUTIL LONG	Mais là, la consult, il faut bien 3/4h (V9 42)
PRESSIION RESSENTIE	Bon alors, vous allez répondre (V9 47)
HORS CONSULTATION	Peut-être dans mon coin (V9 48)

HSCL-25

Choose the best answer for how you felt over the past week:

Items		1: "Not at all"	2: "A little"	3: "Quite a bit"	4: "Extremely"
1	Being scared for no reason				
2	Feeling fearful				
3	Faintness				
4	Nervousness				
5	Heart racing				
6	Trembling				
7	Feeling tense				
8	Headache				
9	Feeling panic				
10	Feeling restless				
11	Feeling low in energy				
12	Blaming oneself				
13	Crying easily				
14	Losing sexual interest				
15	Feeling lonely				
16	Feeling hopeless				
17	Feeling blue				
18	Thinking of ending one's life				
19	Feeling trapped				
20	Worrying too much				
21	Feeling no interest				
22	Feeling that everything is an effort				
23	Worthless feeling				
23	Poor appetite				
25	Sleep disturbance				

UNIVERSITE DE BREST - BRETAGNE OCCIDENTALE

Faculté de Médecine

AUTORISATION D'IMPRIMER

Présentée par Monsieur le Professeur Madame le Docteur C. LIETARD

Titre de la thèse

Barrages à l'utilisation des outils de diagnostic
de la diphtérie en médecine de famille -
Etude qualitative par entretiens semi-directifs
auprès de médecins généralistes du Nord Finistère

ACCORD DU PRESIDENT DU JURY DE THESE SUR L'IMPRESSION DE LA THESE :

OUI... NON...

En foi de quoi la présente autorisation d'imprimer sa thèse est délivrée à

Monsieur/Madame/Mlle Marie-Laure MORVAN

Fait à BREST, le 16 Décembre 2013

VISA du Doyen de la faculté Le Président du Jury de Thèse,

A BREST, le 17 décembre 2013

Le Doyen,



Claire LIETARD
PhD - HDR
Santé Publique - Epidémiologie
Faculté de Médecine et des Sciences de la Santé
CS 93837
29238 BREST CEDEX 3

MORVAN (Marie-Laure) – Barrières à l'utilisation des outils de diagnostic de la dépression en médecine de famille. Etude qualitative par entretiens individuels semi-directifs auprès de médecins généralistes du Nord-Finistère.- 77 f., tabl., schémas. Th. : Méd. : Brest 2014

RESUME :

Introduction : La dépression est une pathologie fréquente et lourde de conséquences sur le plan humain et sociétal. Son diagnostic, basé sur des critères diagnostiques internationaux, pourrait être renforcé par l'utilisation d'outils diagnostiques. Ces outils diagnostiques sont encore peu utilisés en médecine générale. Le but de l'étude était d'évaluer ces freins, pour qu'ils soient pris en compte en pratique de médecine générale.

Méthode : Etude qualitative par entretiens individuels semi-directifs auprès d'un échantillon raisonné de médecins généralistes. Les verbatims ont bénéficié d'un double encodage linéaire indépendamment jusqu'à saturation. L'encodage linéaire a bénéficié d'une analyse inductive. Un codage axial et systématique consensuel a été obtenu. Il a été organisé selon un schéma heuristique.

Résultats : La saturation a été obtenue en 9 entretiens. 65 codes axiaux ont été obtenus. Trois thèmes ont été trouvés. Les outils étaient méconnus (carence de formation). Ils étaient jugés inutiles en pratique. Ils étaient jugés inadaptés dans leur indication et dans leur forme.

Discussion : Ces barrières, justifiées par les spécificités de l'exercice pratique du médecin généraliste, mettaient en avant deux axes pour améliorer l'utilisation d'un outil. D'une part, il serait à promouvoir en formation médicale et auprès du patient. D'autre part, une attention particulière devrait être portée à son ergonomie : clair, rapide d'utilisation, accessible au cabinet, flexible, ses objectifs devraient être larges et bien définis.

Conclusion : la promotion d'un nouvel outil diagnostic de la dépression doit s'adapter à la pratique des médecins généralistes.

ABSTRACT :

Introduction: Depression is a frequent pathology with severe consequences on a humane and social plane. Its diagnosis, based on international diagnostic criteria, could be improved by the use of diagnostic tools. These diagnostic tools are still under-used in general practice. The objective of the study was to assess the limitations of these tools, so they can be considered when used in general medicine.

Methods: Qualitative study by semi-directive interviews of a reasoned sample of general practitioners. Transcripts were coded by an independent double linear encoding until saturation. An inductive analysis was used on the linear encoding. A consensual axial and systematic encoding was obtained. It was organised according to a heuristic scheme.

Results: Saturation was obtained in 9 interviews. 65 axial codes were obtained. Three themes were found. The tools were unknown (lack of training). They were judged useless in practice. They were considered maladjusted in their indications and shape.

Discussion: These barriers, explained by specificities of practice within general medicine, showed two main axes for the improvement of the use of one tool. The first one would be to promote this tool in medical studies and to the patients. The second would be to give a particular attention to the ergonomics of the tool: clear, rapid in its use, accessible in general medicine practice, flexible, its objectives should be broad and well defined.

Conclusion: The promotion of a new diagnostic tool for depression should be adapted to the general medicine practice.

MOTS-CLES :

MEDECINE GENERALE / DEPRESSION / SOINS PRIMAIRES / OUTIL DIAGNOSTIC

KEY-WORDS :

FAMILY PRACTICE / DEPRESSION / PRIMARY CARE / DIAGNOSTIC TOOL

JURY :

Présidente : Mme. LIETARD

Membres : M. LE RESTE

M. MORVAN

M. NABBE

DATE DE SOUTENANCE : 6 février 2014

ADRESSE DE L'AUTEUR : 15 rue de Kergoulédec 56 260 LARMOR-PLAGE