



HAL
open science

Détection des symptômes anxieux et dépressifs en médecine générale

Caroline Bertin Persichini

► **To cite this version:**

Caroline Bertin Persichini. Détection des symptômes anxieux et dépressifs en médecine générale. Médecine humaine et pathologie. 2015. dumas-01211289

HAL Id: dumas-01211289

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01211289>

Submitted on 4 Oct 2015

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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0
International License

AVERTISSEMENT

Cette thèse d'exercice est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'Etat de docteur en médecine. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt toute poursuite pénale.

UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES
Faculté de Médecine PARIS DESCARTES

Année 2015

N°50

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

Détection des symptômes anxieux et dépressifs
en médecine générale

Présentée et soutenue publiquement
le 4 juin 2015

Par

Caroline BERTIN PERSICHINI

Née le 14 mars 1986 à Vélizy-Villacoublay (78)

Dirigée par M. Le Docteur Franck Perruche, MG

Jury :

M. Le Professeur Philippe Jaury, PU-MG Président
M. Le Docteur Cédric Lemogne, MCU-PH Membre
M. Le Docteur Jean-Claude Schwartz, MCA-MG Membre



Except where otherwise noted, this work is licensed under
<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/>

REMERCIEMENTS

- Merci au Pr Jaury Philippe de me faire l'honneur de présider mon jury de thèse.
- Merci aux membres du jury, les Drs Lemogne Cédric et Schwartz Jean-Claude, de me faire l'honneur de juger ce travail.
- Merci au Dr Perruche Franck pour avoir eu l'idée de ce travail et m'avoir guidée tout au long de ce sinueux parcours. Merci pour ton humour et ton franc-parler. Et merci pour ton professionnalisme qui m'a « presque » fait aimer les urgences !
- Merci à tous les praticiens qui ont accepté de participer à cette étude et qui ont rendu possible cette thèse.
- Merci à la faculté du Kremlin-Bicêtre pour ces années d'études, plutôt plaisantes. Ce sont plein de bons souvenirs.
- Merci à Juju, Loulou et Foufie pour leur amitié depuis toutes ces années. Merci pour tous ces délires, ces restos, ces tisane-party, ces vacances...Merci d'être là dans tous ces bons moments. Merci aussi à Ben, Dada et Riri, non je ne vous oublie pas !
- Merci à Estellou, Schaalou et Camillou pour avoir été à mes côtés à la fac et après. Merci pour toutes ces soirées, ces déguisements, ces tea-time, ces week-ends et vacances. Merci aussi à Rognon et Gougou.
- Merci à tous les autres copains : Mathilde, Julien, les Galous, les Croutards, Fred&Mylène, Bigorn, Maké&Amélie, Milie&Benj, Val&Benj, Taï&Elsa, Dodo&Nico, Carlos&Marie, Stéphane&Mylène, Anne-Cé&Tom, Laurence&Nico.
- Merci à Annie, Alex et Bruno d'être une belle-famille si formidable. Et Tutti Quanti !
- Merci à mon frère, Nicolas, pour tous les bons moments passés et à venir.
- Merci à mes parents qui m'ont toujours soutenue et qui ont toujours cru en moi. Je vous aime.
- Et enfin, merci à vous, Romain et Olivia, d'être là dans ma vie. Vous êtes mes rayons de soleil. Je vous aime de tout mon cœur et même plus que cela. Même si vous êtes 2 Gremlins !

SOMMAIRE

1. INTRODUCTION	5
1.1 GENERALITES	5
1.2 PREVALENCE DE L'ANXIETE ET DE LA DEPRESSION	6
1.3 INTERETS A DIAGNOSTIQUER L'ANXIETE ET LA DEPRESSION	6
1.3.1 Morbi-mortalité propre	6
1.3.2 Majoration des symptômes des maladies somatiques	8
1.3.3 Qualité de vie	8
1.3.4 Prise en charge, suivi et observance des maladies chroniques	9
1.3.5 Mortalité des maladies chroniques	9
1.3.6 Aspect économique	10
1.4 LE ROLE DU MEDECIN GENERALISTE	11
1.5 PRINCIPE DE L'ETUDE	13
2. METHODES	14
2.1 SCHEMA GENERAL DE L'ETUDE	14
2.2 MEDECINS PARTICIPANTS A L'ETUDE	14
2.3 CRITERES D'INCLUSION ET D'EXCLUSION	15
2.3.1 Critère d'inclusion des patients	15
2.3.2 Critères d'exclusion des patients	15
2.4 ETUDE DE FAISABILITE	15
2.5 L'HOSPITAL ANXIETY AND DEPRESSION SCALE (HADS OU SCORE HAD)	16
2.6 METHODE DE RECUEIL DES QUESTIONNAIRES	17
2.6.1 Le rôle du médecin	17
2.6.2 Le rôle du patient	17
2.6.3 L'analyse des données	18
2.7 METHODES STATISTIQUES	18
3. RESULTATS	20
3.1 NOMBRE DE QUESTIONNAIRES RECEPTIONNES	20
3.2 CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION DE PATIENTS	21
3.3 CARACTERISTIQUES DES MEDECINS	24
3.4 LES GROUPES ANXIEUX ET DEPRESSIFS	25
3.4.1 Anxiété	25
3.4.2 Dépression	26
3.5 PERFORMANCE DE DETECTION : SENSIBILITE ET SPECIFICITE	26
3.5.1 Anxiété	26
3.5.2 Dépression	26
3.6 FACTEURS INFLUENÇANT LA DETECTION DE L'ANXIETE ET DE LA DEPRESSION PAR LES MEDECINS	27
3.6.1 Age des médecins	28

3.6.2	Durée d'installation	29
3.6.3	Temps de travail hebdomadaire	30
3.6.4	Sexe des médecins	31
3.6.5	Mode d'exercice (seuls ou cabinet de groupe)	32
3.6.6	Pratique d'une activité hospitalière ou non	33
4.	DISCUSSION	34
4.1	LIMITES DE L'ÉTUDE	34
4.1.1	Biais de recrutement	34
4.1.2	Difficultés de recrutement des médecins	35
4.1.3	Biais liés aux patients	36
4.1.4	Biais liés à la méthode	36
4.2	ANALYSE DE LA POPULATION DE MEDECINS	37
4.3	ANALYSE DE LA POPULATION DE PATIENTS	38
4.4	ANALYSE DE LA PREVALENCE DE L'ANXIETE ET LA DEPRESSION	38
4.5	ANALYSE DES FACTEURS INFLUENÇANT LA DETECTION DE L'ANXIETE ET DE LA DEPRESSION PAR LES MEDECINS	39
4.6	ANALYSE DE LA PERFORMANCE DE DETECTION	40
4.6.1	Difficultés liées au patient	41
4.6.2	Difficultés liées au médecin	42
4.6.3	Difficultés liées à la société	43
4.6.4	L'utilisation des questionnaires de détection de l'anxiété et de la dépression	43
4.7	REVUE DE LA LITTERATURE	45
5.	CONCLUSION	47
	BIBLIOGRAPHIE	49
	ANNEXES	59

1. INTRODUCTION

1.1 Généralités

La médecine a pour but de garder un patient en bonne santé. Etre en bonne santé passe par un bien-être physique, c'est-à-dire un état dépourvu de maladie somatique et de douleur, mais également par un bien-être psychique. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit la santé comme « un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité¹ ».

Ce bien-être psychique peut être altéré à l'occasion de troubles personnels, professionnels, sociaux ou familiaux mais également via des maladies mentales. Les maladies mentales sont dominées par les troubles anxieux et dépressifs.

L'anxiété est un symptôme général que l'on retrouve dans différents troubles du Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux (DSM) V que sont l'agoraphobie, le trouble anxieux généralisé, les troubles obsessionnels compulsifs, le trouble panique, l'état de stress post-traumatique, les phobies sociales et autres troubles phobiques.

La dépression peut se voir également dans différentes classifications nosologiques du DSM V que sont les épisodes dépressifs caractérisés et les troubles bipolaires de type 1 ou 2.

L'anxiété et la dépression sont des troubles très présents, notamment en médecine générale²⁻⁹. Il est très important de les diagnostiquer en raison de leur morbi-mortalité¹⁰⁻¹⁵. Leur diagnostic est important également parce que ces troubles anxieux et dépressifs entraînent la majoration des symptômes des autres pathologies¹⁶⁻²¹ et l'augmentation de la mortalité des maladies chroniques²²⁻²⁵. Leur retentissement sur la qualité de vie²⁶⁻²⁸ ainsi que leur retentissement économique^{27,29-38} est également important et nécessite une prise en charge. Le diagnostic se fait essentiellement par les médecins généralistes^{30,39-42}. C'est pourquoi il est important d'évaluer la détection de l'anxiété et de la dépression par les médecins généralistes.

1.2 Prévalence de l'anxiété et de la dépression

L'anxiété et la dépression sont des symptômes de plus en plus fréquents.

En outre ce sont deux troubles psychiatriques fréquemment associés. L'étude de Wittchen en Allemagne montre que les patients ayant un trouble anxieux généralisé ont 62% de risque de faire un épisode dépressif caractérisé dans leur vie²⁷.

La prévalence des troubles psychiatriques en général chez les patients qui consultent leur médecin généraliste varie de 30 à 45% selon les études. Skuse l'évalue à 34% dans son étude anglaise de 1984 et une étude belge plus récente fait état de 42,5%^{2,3}. Dans cette étude belge de 2004, la prévalence de l'anxiété est de 19%. Celle de la dépression est de 31%. Dans une importante étude américaine portant sur 1 577 patients de soins primaires, Kroenke retrouve 21% de patients souffrant d'anxiété et 13% souffrant de dépression⁴.

Concernant les patients dépressifs ce chiffre coïncide avec les chiffres français de l'OMS, de l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM) et de l'European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) qui retrouvent respectivement une prévalence de 21%, 19% et 18%⁵⁻⁷.

D'autre part, une étude internationale publiée dans le JAMA en 2004 a retrouvé, pour la France, une prévalence de l'anxiété de 12% et des troubles de l'humeur de 8,5%⁸. En 2011 une étude nationale française portant sur 36 105 patients a retrouvé une prévalence plus importante de l'anxiété de 22%⁹.

1.3 Intérêts à diagnostiquer l'anxiété et la dépression

1.3.1 Morbi-mortalité propre

Il y a un enjeu de santé publique en matière de prévention. Etablir le diagnostic d'anxiété et de dépression permet une prise en charge qui peut réduire la morbi-mortalité de ces pathologies mentales. En effet on sait que les troubles anxieux et dépressifs entraînent une surmortalité propre liée notamment au risque suicidaire. Sur les 57 études de la méta-analyse de Wulsin, 29 (soit 51%) ont montré un risque de décès plus élevé parmi les patients

dépressifs. Ces décès sont dus en partie aux suicides qui représentent, dans cette population de patients dépressifs, une part des décès d'en moyenne 16%¹⁰.

Ce sur-risque de mortalité n'est pas lié seulement aux épisodes dépressifs caractérisés mais aussi aux formes mineures de dépression. C'est ce que montre Cuijpers dans 2 méta-analyses. Celle de 2002 retrouve un risque relatif de mortalité pour les patients souffrant d'épisodes dépressifs caractérisés de 1,54 contre 1,65 pour les formes mineures sub-cliniques de dépression. Il n'existe donc pas de différence significative dans cette étude¹¹.

Celle de 2013 portant sur 22 études montre également qu'il n'y a pas de différence significative de mortalité entre les patients ayant un véritable épisode dépressif caractérisé et ceux ayant une dépression sub-clinique. Le risque relatif de surmortalité d'une classe par rapport à l'autre étant de 1,13 avec un intervalle de confiance à 95% (IC95%)=[0,98 ; 1,30]¹².

Il en va de même pour l'anxiété comme le montre Shear dans sa revue de la littérature¹³. Les patients ayant des symptômes d'anxiété ont un retentissement fonctionnel et un retentissement sur leur qualité de vie, qu'ils remplissent les critères diagnostiques du DSM-V ou non¹³.

La prise en charge des épisodes dépressifs permet de réduire le risque suicidaire. Différentes études dans plusieurs pays le montrent mais également deux revues de la littérature dont une publiée dans le JAMA en 2005^{14,15}.

Un programme de formation a eu lieu sur 2 ans à Nuremberg. Ce programme comprenait une formation des médecins généralistes, une campagne publique d'information sur la dépression, la coopération des acteurs de la communauté (enseignants, prêtres...) et un soutien pour les activités d'acquisition de l'autonomie. Cela a permis une réduction de 24% du taux de suicides sur 2 ans comparativement à une région contrôle ($p < 0.004$)⁴³.

Un autre programme de formation (par séminaires interactifs) cette fois chez les médecins généralistes en Suisse sur 7 ans a montré une diminution de 36% des suicides dans cette région contre 30% en moyenne nationale. Parallèlement on note une augmentation de 25% des prescriptions d'antidépresseurs⁴⁴.

Enfin une étude Australienne a évalué un programme de formation qui consistait en une vérification des pratiques des médecins généralistes, suivie d'une formation personnalisée avec remise de supports éducatifs imprimés et envoi de bulletins mensuels éducatifs. Cette étude a montré une réduction de 10% de la prévalence de la dépression et des conduites auto-agressives chez les patients âgés, comparativement à un groupe contrôle⁴⁵.

Les troubles dépressifs sont les plus à risques de mortalité et de complications. Mais la détection de l'anxiété présente également un intérêt, notamment dans la détection des états dépressifs caractérisés. Barkow et Nisenson ont montré que la détection des symptômes anxieux chez les malades permet un meilleur diagnostic de la dépression^{46,47}. Dans l'étude de Nisenson notamment, la valeur prédictive positive des médecins généralistes dans le diagnostic de la dépression diminue de 44% à 37% si on exclut les patients anxieux⁴⁷. D'ailleurs les troubles anxieux généralisés ont un taux de handicap similaire à celui des épisodes dépressifs caractérisés²⁷.

1.3.2 Majoration des symptômes des maladies somatiques

Deux études ont montré que les patients dépressifs ont plus tendance à qualifier leur santé de médiocre voire mauvaise. Ils sont plus sujets à consulter un service d'urgences ou un médecin généraliste^{16,17}.

Le fait d'être anxieux ou dépressif, chez les patients ayant une maladie chronique, interfère avec les processus d'adaptation. Cela est associé à une majoration du ressenti des symptômes physiques liés à leur maladie mais également à ceux liés à d'autres problèmes d'organes. Cela a été montré chez les patients ayant des maladies inflammatoires chroniques intestinales¹⁸, ceux ayant des lésions traumatiques cérébrales¹⁹, ceux ayant une hépatite C chronique²⁰ et ceux souffrant d'une maladie coronarienne²¹.

La moyenne des symptômes gastro-intestinaux des patients atteints de maladie inflammatoire chronique intestinale est de 3,3+/-2,1 symptômes pour les patients présentant une pathologie psychiatrique (effectif(N)=14) contre 1,9+/-1,6 symptômes pour les patients sans pathologie psychiatrique (N=26) soit une différence statistiquement significative ($p < 0,02$)¹⁸.

Chez les patients ayant une maladie coronarienne, l'étude de Sullivan montre que l'anxiété et la dépression altèrent respectivement et de manière significative tous les critères étudiés à 6 ans (forme physique, douleur, rôle social, santé mentale et santé globale)²¹.

1.3.3 Qualité de vie

Les personnes de plus de 65 ans déprimées ont une diminution significative de leur qualité de vie par rapport aux non déprimées, et cette différence persiste après ajustement sur les pathologies chroniques²⁶.

Pour Wittchen, 27% des patients ayant un trouble anxieux généralisé souffrent de handicap social modéré à sévère²⁷.

Spitzer a également montré que non seulement l'existence de troubles anxieux ou dépressifs altèraient la qualité de vie mais que même des troubles mineurs d'anxiété et de dépression, à la limite du pathologique pouvait également nuire à la qualité de vie²⁸.

1.3.4 Prise en charge, suivi et observance des maladies chroniques

La présence d'anxiété ou de dépression a un impact négatif sur la prise en charge et le suivi des maladies chroniques via une auto-négligence, une diminution de l'observance aux traitements et une diminution de la compréhension de la maladie et de ses traitements.

La non-observance est trois fois supérieure chez les patients dépressifs que chez les non dépressifs. Cette différence n'est toutefois pas significative en ce qui concerne l'anxiété⁴⁸.

La dépression a notamment montré son impact négatif sur la capacité des patients à se prendre en charge et à gérer leur maladie dans différents contextes. Dans le cadre du diabète on retrouve une mauvaise observance des règles hygiéno-diététiques ainsi qu'une mauvaise surveillance glycémique. Les patients ayant une dépression sévère ont 15% de jours de non-observance de leur régime diabétique contre 7% pour les patients ayant une dépression modérée⁴⁹. Dans une autre étude portant sur des patients diabétiques de type 1, le taux de patients ayant une hémoglobine glyquée (HbA1C)>8% est de 67% chez les dépressifs contre 39% chez les non-dépressifs ($p=0,02$)⁵⁰.

Dans le cadre des pathologies cardiaques chroniques on retrouve une diminution de l'observance des exercices de réadaptation cardiovasculaire à l'effort⁵¹.

Anda a montré une diminution de la capacité des patients dépressifs à arrêter de fumer. Pour les patients dépressifs l'incidence d'arrêt du tabac à 9 ans était de 10% contre 18% chez les patients non dépressifs⁵².

1.3.5 Mortalité des maladies chroniques

L'existence de symptomatologie dépressive augmente la morbi-mortalité des pathologies somatiques. Par exemple, une étude a montré que les patients cardiaques avaient une augmentation du risque relatif de mortalité de 1,6 (IC95%=[1,0 ; 2,7]) en cas de dépression modérée et de 3,9 (IC95%=[1,4 ; 10,9]) en cas de dépression sévère²². Cet effet est confirmé

par Carney qui met en évidence une augmentation de la mortalité après infarctus du myocarde chez les patients dépressifs avec un risque relatif de 2,4 (IC95%=[1,2 ; 4,7])²³.

Dans le cadre des pathologies cardiovasculaires, il a été montré que la présence d'anxiété seule était un facteur de risque de mortalité et ce d'autant plus en cas d'association anxiété et dépression. Les patients qui ont un score d'anxiété élevé ont un risque relatif de mortalité de 2,27 (IC95%=[1,55 ; 3,33]) avec $p < 0,001$. Pour les patients ayant un score de dépression élevé le risque relatif est de 2,18 (IC95%=[1,47 ; 3,22]) avec $p < 0,001$. Pour les patients anxieux et dépressifs le risque relatif est de 3,10 (IC95%=[1,95 ; 4,94]) avec $p < 0,001$ ²⁴.

On retrouve le même effet dans le cas du diabète avec une augmentation significative de la mortalité des patients diabétiques chez les dépressifs versus non dépressifs. Dans la méta-analyse de Park de 2013 on retrouve un risque relatif de mortalité chez les patients diabétiques dépressifs de 1,5 (IC95%=[1,35 ; 1,66])²⁵.

1.3.6 Aspect économique

Le diagnostic des troubles anxieux et dépressifs a un enjeu économique important. On connaît la place dominante des psychotropes dans les prescriptions avec le coût que cela représente en termes de dépenses de santé. Les études récentes montrent la place importante des psychotropes dans les troubles anxieux et dépressifs, au détriment parfois de la psychothérapie contrairement à ce que les recommandations préconisent²⁹. Ceci est dû, en partie, au fait que les psychothérapies ne sont pas remboursées en totalité.

La France est l'un des pays européens où l'on observe le plus fort taux de prescription de psychotropes alors qu'elle présente une haute densité médicale en spécialistes de soins en santé mentale^{30,31}. Dix pour cent de la population française utilise un traitement antidépresseur^{32,33}.

Mais la présence de troubles mentaux à type d'anxiété et de dépression a également un retentissement économique via le retentissement professionnel que ces troubles engendrent ainsi que par l'augmentation de recours aux soins. L'augmentation des coûts se retrouve dans tous les postes de dépenses de santé : consultations en soins primaires, consultations spécialisées dont les consultations dans les services d'urgences, dépenses en pharmacie, coûts hospitaliers³⁴ ...

Effectivement on sait que la présence de troubles anxieux ou dépressifs entraîne une augmentation des arrêts de travail et une détérioration de la qualité de vie. C'est ce que

montre une étude européenne avec une majoration de trois à quatre fois plus de jours d'arrêt de travail dans les derniers mois chez les patients atteints de troubles mentaux³⁴.

Dans l'étude de Wittchen, 34% des patients souffrant de trouble anxieux généralisé, 21% des patients souffrant de dépression et 48% des patients souffrant de trouble anxieux généralisé associé à un état dépressif caractérisé, montrent une réduction de la productivité au travail d'au moins 10% et une réduction d'au moins 50% du temps de travail dans les derniers mois²⁷.

La présence d'anxiété et/ou dépression entraîne également une augmentation des départs à la retraite anticipés³⁵.

Simon a évalué aux Etats-Unis le surcoût lié à la présence de trouble anxieux ou dépressif. Il a montré que les patients présentant des troubles anxieux ou dépressifs représentaient des dépenses générales de santé de 2 390 \$ pour un an, contre 1 397 \$ pour les patients sans anxiété ni dépression³⁶. Ceci est par ailleurs confirmé par Katon. Dans une étude également réalisée aux Etats-Unis, il a montré que les dépenses générales de santé chez les patients dépressifs étaient de 43 à 52% supérieures à celles des patients non dépressifs, et ce dans tous les domaines de dépenses de santé. Une faible proportion de ces dépenses correspond à des soins directement liés aux troubles mentaux³⁷.

En France les troubles mentaux constituent le deuxième poste de dépenses de soins (10,6%) derrière les maladies cardiovasculaires³⁸.

1.4 Le rôle du médecin généraliste

La moitié des patients traités pour dépression le sont par les médecins généralistes³⁹. En effet Bijl montre que 54% des patients présentant des troubles de l'humeur sont pris en charge par les soins primaires notamment par le médecin généraliste. Trente-six pourcents sont, eux, pris en charge par les soins spécialisés type consultation de psychiatrie. En ce qui concerne l'anxiété ce sont 32% qui sont pris en charge par le médecin généraliste contre 20% en consultation spécialisée⁴⁰. Ces chiffres élevés sont confirmés plus récemment par deux études réalisées en 2006 et en 2007^{41,30}. L'étude faite en Floride montre que 64% des patients âgés consultant pour dépression le font auprès des médecins de soins primaires⁴¹. L'étude européenne montre quant-à elle que les patients ayant des troubles mentaux

consultent pour plus de 70% leur médecin généraliste et seulement 30% d'entre eux consultent un spécialiste³⁰. En effet, la majorité des patients préfère être traitée en médecine générale plutôt que par des spécialistes^{39,42}.

D'autre part, plusieurs études affirment que la majorité des patients ayant fait une tentative de suicide ont consulté leur médecin généraliste dans les 4 semaines précédant la tentative d'autolyse¹⁴. Dans l'étude de Luoma de 2002 ce sont 45% des patients s'étant suicidés qui ont consulté un médecin généraliste dans les 4 semaines précédentes⁵³.

Il faut noter que plus de 80% des prescriptions de psychotropes en France sont faites par les médecins généralistes⁵⁴. On reproche beaucoup aux médecins généralistes leur utilisation des psychotropes que ce soit en sur-prescription ou en sous-prescription⁵⁵. Ainsi certaines études mettent l'accent sur une trop large prescription des antidépresseurs et de manière trop précoce, alors même que la dépression et l'anxiété sont des troubles sous-diagnostiqués et que les traitements ont un faible taux d'efficacité et beaucoup d'effets secondaires⁵⁶. D'autre part, certaines études comme celles de l'OMS et de l'INSERM montrent la sous-utilisation des psychotropes. Pour l'OMS ce sont seulement 43% des patients dépressifs qui reçoivent un traitement antidépresseur et 31% des patients anxieux qui reçoivent un traitement anxiolytique. On note également que 14% des patients anxieux et non dépressifs reçoivent un traitement antidépresseur^{5,6}. En France, selon Briffault, parmi les patients dépressifs 33,4% reçoivent un traitement antidépresseur, 27% reçoivent en plus un traitement anxiolytique et 7,5% reçoivent un traitement anxiolytique sans antidépresseur⁵⁶.

C'est en effet au médecin généraliste, qui est en première ligne, de détecter les situations de vulnérabilité et aider le patient à y faire face, comme le précise Parquet. Il note l'importance pour le généraliste de reconnaître les signes prodromiques d'un état dépressif naissant⁵⁷.

La méta-analyse de Schumann a étudié le processus de diagnostic de la dépression par les médecins généralistes⁵⁸. Il a été retrouvé deux principales stratégies. La première, « l'écoute plutôt que la parole », consiste à laisser parler le patient et le pousser à se confier sur son ressenti. La seconde, « Attendons de voir », consiste à se laisser du temps pour le diagnostic, et de suivre l'évolution des symptômes au cours de plusieurs consultations.

Au final, c'est principalement sur leur ressenti et leur jugement personnel que les médecins généralistes font le diagnostic de troubles anxieux et dépressifs, comme l'explique également Fleury⁵⁹. Mais le jugement subjectif initial peut être pris en défaut et sous-

estimer ou surestimer la présence d'une anxiété et/ou d'une dépression. Pour pallier à ces difficultés, une fois la suspicion établie, certains médecins utilisent soit certains critères du DSM V, soit l'utilisation de questionnaires établis^{58,60} comme le score HAD ou Hospital Anxiety and Depression Scale⁶¹.

Cependant, à l'inverse, l'utilisation systématique de ce type de questionnaire n'a à l'heure actuelle pas montré sa supériorité sur le jugement clinique et subjectif du médecin en médecine générale.

1.5 Principe de l'étude

Nous avons réalisé, au vu de ces faits, une étude observationnelle pour déterminer la performance des médecins généralistes à détecter les symptômes d'anxiété et de dépression chez leurs patients.

Le but de cette étude était de déterminer si le jugement subjectif du médecin traitant est suffisant pour détecter l'anxiété et/ou la dépression. Le Gold standard utilisé était le score HAD.

2. METHODES

2.1 Schéma général de l'étude

Il s'agit d'une étude observationnelle, dont le recueil de données a été réalisé entre novembre 2013 et novembre 2014.

Les médecins participants à l'étude devaient inclure chacun une dizaine de patients sur une durée maximale de deux journées de travail.

Les patients n'étaient pas sélectionnés, tous les patients se présentant au cabinet, quelque soit le motif de consultation devaient être inclus dans l'étude. Une information orale et une lettre d'information manuscrite expliquant l'étude étaient fournies à chaque participant [annexe 1]. Les patients étaient amenés à remplir après la consultation une échelle HAD accompagnée de quelques renseignements personnels [annexes 2 et 3]. Les médecins devaient établir après la consultation si les patients leur semblaient présenter des symptômes anxieux ou dépressifs [annexe 4]. Ils ne devaient pour cela se fier qu'à leur jugement subjectif sans s'aider d'échelle d'évaluation.

L'objectif principal est d'évaluer la sensibilité et la spécificité des médecins généralistes à détecter lors d'une consultation usuelle les symptômes d'anxiété et de dépression chez leurs patients. L'échelle HAD est alors utilisée comme Gold-standard.

2.2 Médecins participants à l'étude

Nous voulions pour cette étude avoir la participation de 30 médecins généralistes.

Pour cela nous avons établi la liste des praticiens maitres de stage de niveau 1 de l'université Paris V. Nous avons exclu les médecins exerçant chez SOS médecins, pour n'inclure que des médecins généralistes libéraux. Cette liste comporte 65 médecins répartis sur l'Ile de France.

Il était prévu d'appeler ces médecins par ordre alphabétique pour leur expliquer les modalités et objectifs de l'étude. Cette procédure devait être arrêtée une fois les trente médecins sélectionnés.

Nous avons recueilli certaines caractéristiques des médecins qui pourraient intervenir dans la capacité ou non à mieux détecter les états anxieux ou dépressifs des patients, telles que : le sexe du médecin, son âge, sa formation (initiale et continue), la durée d'exercice, le lieu d'exercice, les modalités d'exercice (cabinet seul ou en groupe ; exercice libéral isolé ou activité hospitalière associée), la taille de la patientèle, le nombre de patients vus quotidiennement ainsi que le nombre d'heures travaillées par semaine.

Ces caractéristiques ont été recueillies au cours d'un interrogatoire réalisé au cabinet de chaque médecin, lors d'un rendez-vous de quinze minutes, préalablement au recueil des données [annexe 5].

2.3 Critères d'inclusion et d'exclusion

2.3.1 Critère d'inclusion des patients

Nous avons décidé d'inclure 300 patients (soit 10 patients par médecin).

Il s'agissait de tout patient venant en consultation chez le praticien pendant les 2 jours de recueil et ce quelque soit le motif de leur venue.

2.3.2 Critères d'exclusion des patients

Les critères d'exclusion des patients étaient :

- Age < 18 ans
- Patients incapables majeurs
- Patients non francophones
- Patients ne sachant pas lire ou écrire
- Patients refusant de participer à l'étude

2.4 Etude de faisabilité

Une étude a été réalisée sur 2 jours auprès de deux médecins généralistes exerçant dans le 14^{ème} arrondissement afin de vérifier la faisabilité de ce projet. Nous avons évalué le temps

nécessaire au praticien pour inclure un patient et répondre à sa partie de questionnaire à 2 minutes. Nous avons également évalué le temps nécessaire au patient pour répondre à l'enquête à 5 minutes.

Lorsque le projet est expliqué clairement au patient on retrouve très peu de refus de participation et nous avons également pu noter un retour très positif des patients qui voyait cette étude comme une preuve d'implication de leur médecin dans l'amélioration des pratiques.

2.5 L'Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS ou score HAD)

Le score HAD est un auto-questionnaire établi par Snaith et Zigmond en 1983 pour détecter et classer la sévérité de l'anxiété et la dépression⁶¹.

Cet auto-questionnaire comporte 2 parties de 7 questions chacune, relatives aux symptômes anxieux d'une part et aux symptômes dépressifs d'autre part. Chaque réponse est cotée de 0 à 3. Un score total est calculé sur 42 (2 catégories x 7 questions x 3 points). Un sous-score pour chaque catégorie (anxiété et dépression) est calculé sur 21. Un score seuil de 8 pour chaque sous catégorie a été défini comme valide pour définir la présence ou non d'une symptomatologie anxieuse ou dépressive^{62,63}. Une méta-analyse a montré une sensibilité de 82% et une spécificité de 74% pour ce seuil à 8⁶⁴.

L'HADS est un questionnaire bien validé maintenant depuis de nombreuses années. L'étude de Bjelland de 2002 a montré la bonne sensibilité et spécificité de cette échelle dans la détection des troubles anxieux et dépressifs, notamment en dehors d'une expertise psychiatrique⁶³.

De même lors d'une étude de validation de l'HADS versus le GHQ (General Health Questionnaire) en se référant au DSM III dans la population générale, il a été montré une spécificité de 86% et une sensibilité de 90%⁶². L'HADS est donc un score utilisable en médecine générale. Par ailleurs, un des gros avantages de l'échelle HAD est de ne pas être altérée par la présence d'une affection somatique. Les symptômes physiques liés à l'anxiété ou la dépression tels que les maux de tête, les malaises, l'insomnie ou encore la fatigue ne sont pas compris dans l'HADS afin d'éviter les biais liés aux maladies somatiques. Le GHQ, en

revanche, évalue la souffrance psychologique de manière plus globale en tenant compte de facteurs somatiques⁶².

L'HADS a été traduite et validée dans de nombreuses langues, notamment le français⁶⁵.

2.6 Méthode de recueil des questionnaires

2.6.1 Le rôle du médecin

A la fin de la consultation, le médecin informait le patient de l'étude en cours et de ces modalités et demandait au patient s'il acceptait de participer. Si le patient acceptait l'étude, le médecin lui remettait le document le concernant (composé de 4 feuilles).

Le médecin devait alors répondre au questionnaire concernant le numéro de fiche correspondant au document remis au patient. Il renseignait dans son questionnaire la durée de la consultation et les antécédents du patient (cardiorespiratoires, neurologiques, chirurgicaux, psychiatriques ou autres). Il devait également noter s'il avait trouvé que le patient présentait des symptômes anxieux et/ou dépressifs [annexe 4].

2.6.2 Le rôle du patient

Si le patient acceptait la participation à l'étude il recevait le document de 4 pages (1 page d'information manuscrite sur l'étude, 1 page de renseignements personnels et 2 pages de questionnaire HAD). Il devait, de manière anonyme, remplir le document en salle d'attente et le remettre ensuite au médecin ou à la secrétaire avant de partir.

Afin d'évaluer la présence de symptômes anxieux et/ou dépressifs chez les patients de l'étude, nous avons utilisé l'échelle HAD [annexes 3]. Cette échelle présente plusieurs avantages. Le fait qu'elle soit simple et rapide d'utilisation ainsi que son mode de réalisation sous forme d'auto-questionnaire ont été déterminants dans le choix de cette échelle pour cette étude afin de faciliter la faisabilité et l'acceptabilité par les médecins généralistes. La forme d'auto-questionnaire permet également la limitation de certains biais de recueil de données qui auraient été présents si le médecin recueillait lui-même les informations. L'aspect anonyme du questionnaire permet au patient une plus grande sincérité dans ses réponses.

Pour ne pas orienter le patient, le questionnaire original a été quelque peu modifié. Les questions concernant l'anxiété et la dépression ont été alternées et l'ordre des cotations (0 à 3 ou 3 à 0) a été alterné afin d'éviter le biais lié à leur répétition [annexes 3 et 6].

2.6.3 L'analyse des données

Une fois les deux jours de recueils effectués, l'investigateur principal de l'étude allait récupérer les questionnaires dans les différents cabinets.

Les questionnaires pour lesquels la deuxième partie (c'est-à-dire l'échelle HAD) n'était pas remplie dans sa totalité étaient exclus de l'étude. Par contre si la partie concernant les données administratives n'était pas complète, le questionnaire était inclus dans l'étude.

2.7 Méthodes statistiques

Nous avons classé les patients en 3 groupes :

- Pas de symptomatologie anxieuse ou dépressive (scores pour chaque catégorie < 8)
- Symptomatologie anxieuse (score pour l'anxiété ≥ 8)
- Symptomatologie dépressive (score pour la dépression ≥ 8)

La performance de détection de l'anxiété et de la dépression par les médecins a été évaluée en déterminant d'une part la sensibilité et la spécificité de leur jugement subjectif par rapport au score HAD. D'autre part, et ce afin de tenir compte de la prévalence de la maladie, elle a été évaluée en déterminant les rapports de vraisemblance positifs et négatifs de leur jugement subjectif par rapport au score HAD.

L'analyse secondaire a consisté en l'étude des différents facteurs pouvant influencer la détection des médecins.

La normalité de la distribution des variables quantitatives a été confirmée par un test de Kolmogorov-Smirnov. Un test de corrélation (Pearson pour les variables paramétriques et Spearman pour les variables non paramétriques) a été utilisé pour étudier la force de la liaison entre la performance diagnostique des médecins et leur âge, leur temps de travail hebdomadaire ou leur durée d'exercice. Les caractéristiques dichotomiques influençant la

détection de l'anxiété et de la dépression par les médecins ont toutes été comparées par un test de Mann-Whitney afin de ne pas faire d'hypothèse sur la normalité ou non de la distribution des variables.

Les données ont été exprimées en moyenne +/- écart-type pour les données quantitatives paramétriques, en médiane et interquartiles pour les données quantitatives non paramétriques et en fréquence et pourcentage pour les données qualitatives.

Une valeur de p inférieure à 0,05 a été retenue comme significative.

Le logiciel MedCalc a été utilisé pour l'analyse des données.

3. RESULTATS

3.1 Nombre de questionnaires réceptionnés

Nous avons contacté 53 médecins généralistes. Treize médecins ont accepté de participer à l'étude [cf annexe 7], 16 médecins ne nous ont pas recontactés et 24 médecins ont refusé de participer. Le recueil de données a du être arrêté une fois ces 13 médecins inclus dans l'étude en raison d'une contrainte de temps. Il a donc été décidé d'analyser tous les questionnaires valables récoltés par les médecins durant leur temps de recueil afin de bénéficier d'un nombre acceptable de questionnaires à analyser.

Nous avons récolté 213 questionnaires. Sept questionnaires comportaient une partie HADS non ou mal remplie et ont été exclus. Nous avons donc inclus 206 patients (contre 300 attendus initialement). Ces résultats sont résumés dans la Figure 1.

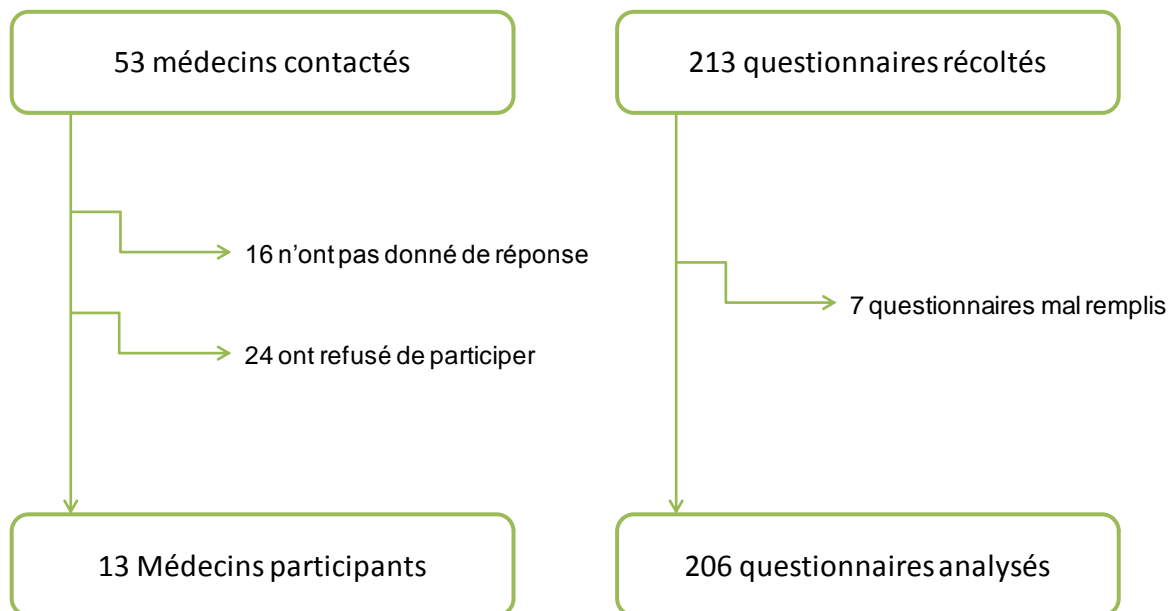


Figure 1 : Nombre de médecins participants et de questionnaires récoltés

3.2 Caractéristiques de la population de patients

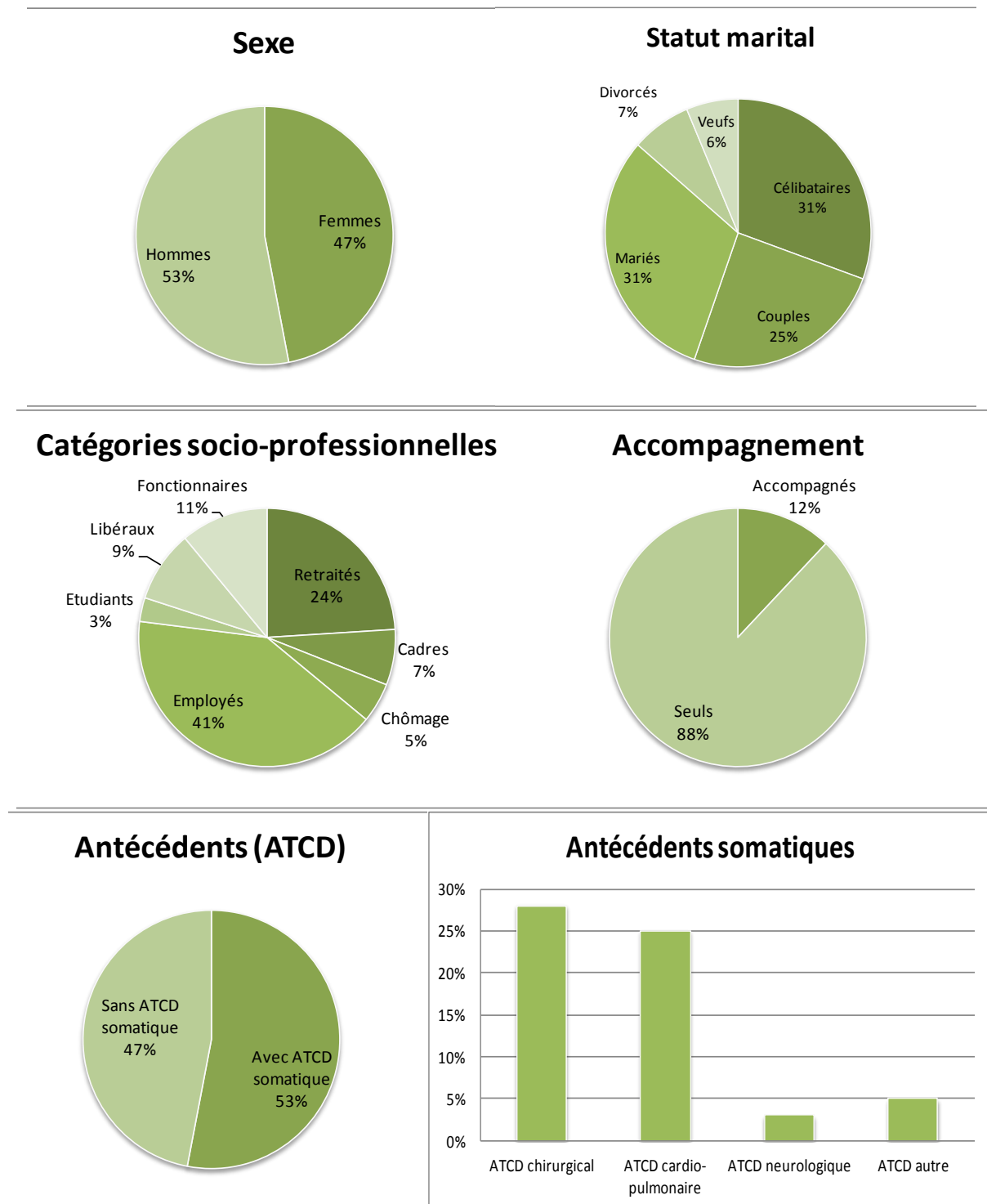


Figure 2 : Caractéristiques des patients

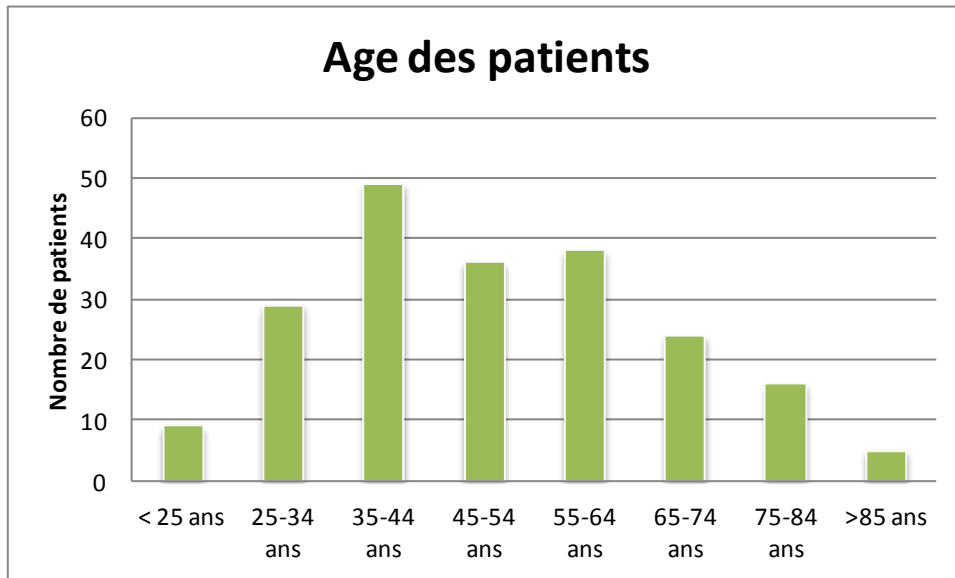


Figure 3 : Répartition des patients selon leur âge

L'ensemble des caractéristiques des 206 patients est représenté sur les Figures 2 et 3.

Quatre-vingt seize patients étaient des femmes (47%) et 110 étaient des hommes (53%).

L'âge médian était de 49 ans avec interquartile (IQ):37-62 avec un minimum de 18 ans et un maximum de 89 ans.

Concernant le statut marital des patients, 63 patients étaient célibataires (31%), 51 patients étaient en couple non uni (25%), 64 étaient mariés (31%), 15 étaient divorcés (7%) et 13 étaient veufs (6%).

Concernant la catégorie socioprofessionnelle, 7 patients étaient étudiants (3%), 84 étaient employés (41%), 18 étaient libéraux (9%), 23 étaient fonctionnaires (11%), 14 étaient cadres (7%), 10 étaient au chômage (5%) et 50 étaient retraités (24%).

Quatre-vingt dix sept patients ne présentaient aucun antécédent somatique médical ou chirurgical (47%). Un antécédent cardio-pulmonaire était noté chez 52 patients (25%). Six patients présentaient un antécédent neurologique (3%), 58 patients présentaient un antécédent chirurgical (28%) et 10 patients présentaient un antécédent autre (5%).

Vingt-quatre patients sont venus accompagnés (12%).

Concernant les antécédents psychiatriques, 88 patients déclaraient avoir un antécédent d'anxiété ou de dépression (43%). Les médecins ont relevé eux 61 patients aux antécédents psychiatriques (30%).

Les motifs de consultation des patients ont été répartis en différentes catégories (suivi de pathologie(s) chronique(s), cause infectieuse, traumatologie, psychiatrie, certificats de non contre-indication à la pratique sportive, cause abdominale, lombalgies, dermatologie, résultats d'examens, cause ORL, administratif, vaccination et autres) et sont résumés dans le Tableau 1.

Motifs de consultation	Nombre (Pourcentage)
Suivi de pathologie(s) chronique(s)	63 (31%)
Cause infectieuse	41 (20%)
Traumatologie	16 (8%)
Psychiatrique	14 (7%)
Certificat de non contre-indication à la pratique sportive	12 (6%)
Cause abdominale	11 (5%)
Lombalgies	9 (4%)
Dermatologie	8 (4%)
Résultats d'examens	5 (2%)
Cause ORL	4 (2%)
Administratif	4 (2%)
Vaccination	3 (1,5%)
Autres	16 (8%)

Tableau 1 : Motifs de consultation

3.3 Caractéristiques des médecins

Treize médecins généralistes d'Ile-de-France ont participé à cette étude [annexe 1].

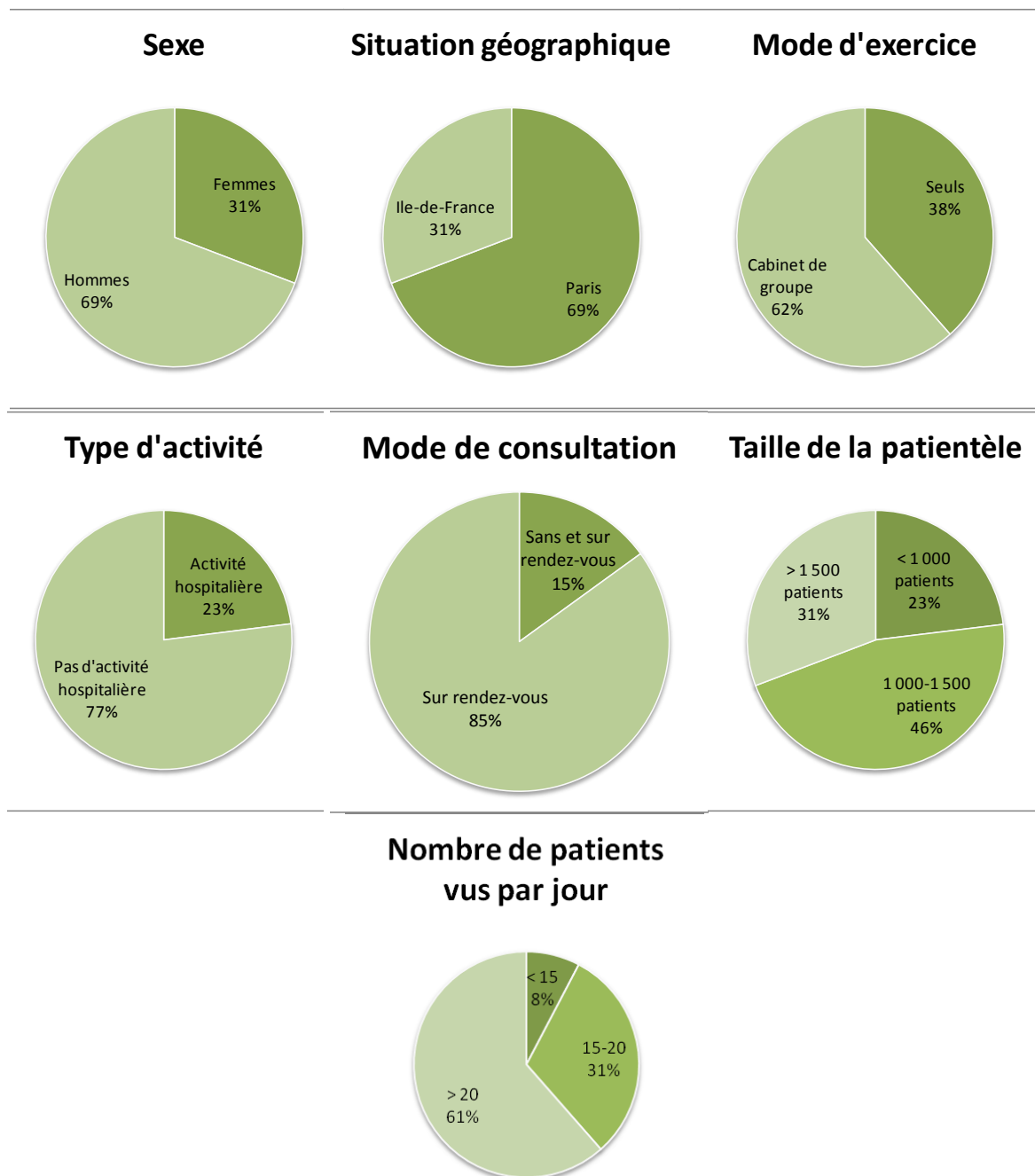


Figure 4 : Caractéristiques des médecins

L'ensemble des caractéristiques des médecins est représenté sur la Figure 4.

L'âge moyen était de 53,1+/-12,1 ans.

Les médecins étaient principalement des hommes avec seulement 4 femmes (31%) pour 9 hommes (69%).

Aucun médecin de l'étude n'a fait de formation psychiatrique spécifique.

La médiane de la durée d'installation des médecins était de 27 ans [(IQ):6,3-35,5]. Le minimum étant de 1 année et le maximum de 37 ans.

Neuf praticiens sont situés dans Paris (69%) et 4 en Ile-de-France hors Paris (31%).

Huit médecins exercent en cabinet de groupe (62%) et 5 exercent seuls (38%). Trois médecins ont également une activité hospitalière (23%). Seulement 2 médecins ont des plages de consultation sans rendez-vous (15%). Les autres ne pratiquent que sur rendez-vous.

Trois médecins ont une patientèle de moins de 1 000 patients (23%). Six médecins ont une patientèle composée de 1 000 à 1 500 patients (46%). Et 4 médecins ont une patientèle composée de plus de 1 500 patients (31%).

Un des médecins voit moins de 15 patients par jour (8%). Quatre médecins voient entre 15 et 20 patients par jour (31%). Huit médecins voient plus de 20 patients par jour (61%).

Les médecins travaillent en moyenne 43,7+/-11,4 heures par semaine avec un minimum de 25 heures et un maximum de 60 heures.

3.4 Les groupes anxieux et dépressifs

Les médecins ont réalisé en moyenne 16 questionnaires chacun avec un minimum de 9 questionnaires et un maximum de 30 questionnaires.

3.4.1 Anxiété

La prévalence de l'anxiété dans l'étude était de 56% (115 patients).

Le sous-score HADS anxiété médian était à 8 [(IQ):6-11].

Le sous-score HADS anxiété minimum était de 1 et maximum de 19.

3.4.2 Dépression

La prévalence de la dépression dans l'étude était de 21% (44 patients).

Le sous-score HADS dépression médian était à 4 [(IQ):2-7].

Le sous-score HADS dépression minimum était de 0 et maximum de 15.

3.5 Performance de détection : sensibilité et spécificité

3.5.1 Anxiété

Parmi les 115 patients étiquetés « anxieux » par l'HADS, le médecin en a détecté 67 soit une sensibilité de 58% (IC95%=[49 ; 67]).

Parmi les 91 patients étiquetés « non anxieux » par l'HADS, le médecin en a détecté 63 soit une spécificité de 69% (IC95%=[59 ; 79]).

Le rapport de vraisemblance positif est de 1,9 (IC95%=[1,3 ; 2,7]). Ce qui signifie qu'un patient étiqueté anxieux par le médecin a 1,9 fois plus de « chances » d'être véritablement anxieux que de ne pas l'être.

Le rapport de vraisemblance négatif est de 0,6 (IC95%=[0,5 ; 0,8]). Ce qui signifie qu'un patient étiqueté non anxieux par le médecin a 1,6 fois moins de « chances » d'être anxieux que de ne pas l'être.

3.5.2 Dépression

Parmi les 44 patients étiquetés « dépressifs » par l'HADS, le médecin en a détecté 20 soit une sensibilité de 46% (IC95%=[30 ; 61]).

Parmi les 162 patients étiquetés « non dépressifs » par l'HADS, le médecin en a détecté 136 soit une spécificité de 84% (IC95%=[77 ; 89]).

Le rapport de vraisemblance positif est de 2,8 (IC95%=[1,8 ; 4,6]). Ce qui signifie qu'un patient étiqueté dépressif par le médecin a 1,9 fois plus de « chances » d'être véritablement dépressif que de ne pas l'être.

Le rapport de vraisemblance négatif est de 0,7 (IC95%=[0,4 ; 0,9]). Ce qui signifie qu'un patient étiqueté non dépressif par le médecin a 1,6 fois moins de « chances » d'être dépressif que de ne pas l'être.

3.6 Facteurs influençant la détection de l'anxiété et de la dépression par les médecins

Il n'a pas été retrouvé de différences statistiquement significatives pour l'ensemble des facteurs étudiés (âge et sexe des médecins, ancienneté d'installation, temps de travail hebdomadaire, modes d'exercice et existence d'une activité hospitalière) comme pouvant influencer sur la détection de l'anxiété et de la dépression. Les différents résultats sont détaillés ci-après.

3.6.1 Age des médecins

L'ensemble de ces résultats est illustré par la Figure 5.

La différence de sensibilité pour la détection de l'anxiété n'est pas statistiquement significative ($p=0,62$) avec un coefficient de corrélation $r=-0,15$ (IC95%=[-0,65 ; 0,44]).

La différence de spécificité pour la détection de l'anxiété n'est pas statistiquement significative ($p=0,09$) avec un coefficient de corrélation $r=-0,15$ (IC95%=[-0,82 ; 0,09]).

La différence de sensibilité pour la détection de la dépression n'est pas statistiquement significative ($p=0,73$) avec un coefficient de corrélation $r=-0,12$ (IC95%=[-0,67 ; 0,52]).

La différence de spécificité pour la détection de la dépression n'est pas statistiquement significative ($p=0,11$) avec un coefficient de corrélation $r=0,46$ (IC95%=[-0,12 ; 0,81]).

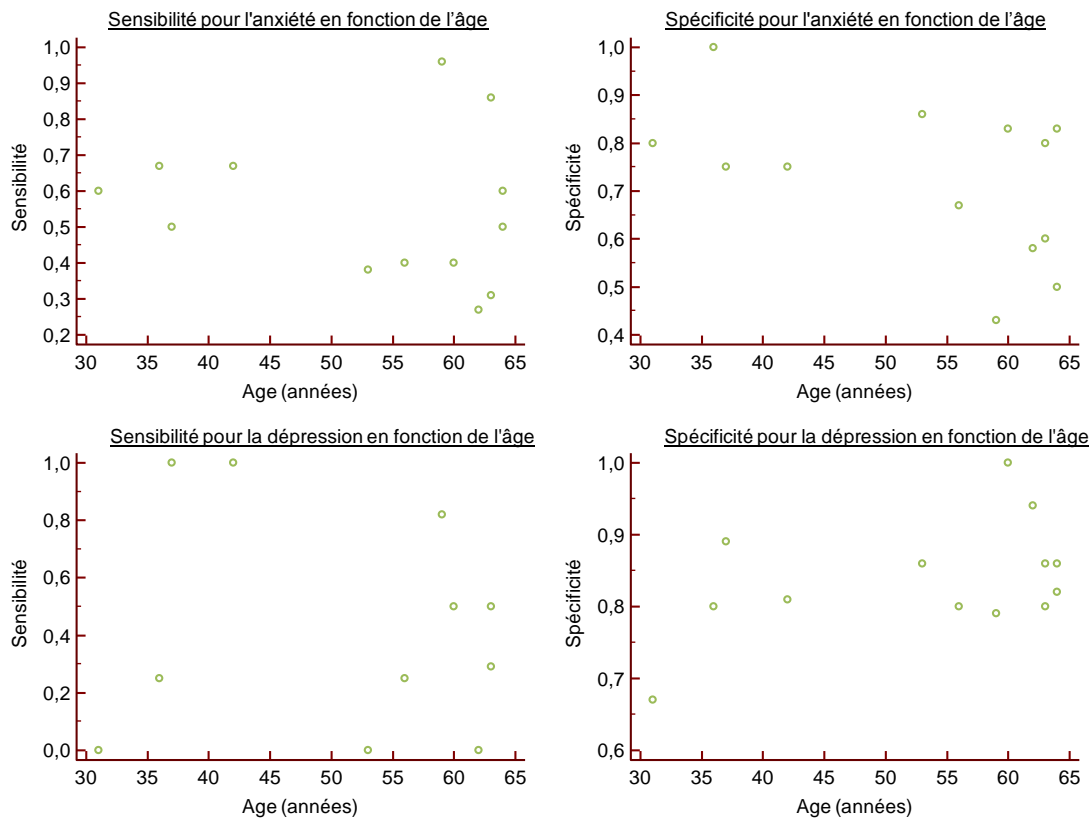


Figure 5 : Différences de performance de détection entre médecins selon leur âge

3.6.2 Durée d'installation

L'ensemble de ces résultats est illustré par la Figure 6.

La différence de sensibilité pour la détection de l'anxiété n'est pas statistiquement significative ($p=0,35$) avec un coefficient de corrélation $\rho=-0,28$ (IC95%=[-0,72 ; 0,32]).

La différence de spécificité pour la détection de l'anxiété n'est pas statistiquement significative ($p=0,29$) avec un coefficient de corrélation $\rho=-0,32$ (IC95%=[-0,74 ; 0,29]).

La différence de sensibilité pour la détection de la dépression n'est pas statistiquement significative ($p=0,61$) avec un coefficient de corrélation $\rho=-0,17$ (IC95%=[-0,70 ; 0,48]).

La différence de spécificité pour la détection de la dépression n'est pas statistiquement significative ($p=0,33$) avec un coefficient de corrélation $\rho=0,29$ (IC95%=[-0,31 ; 0,73]).

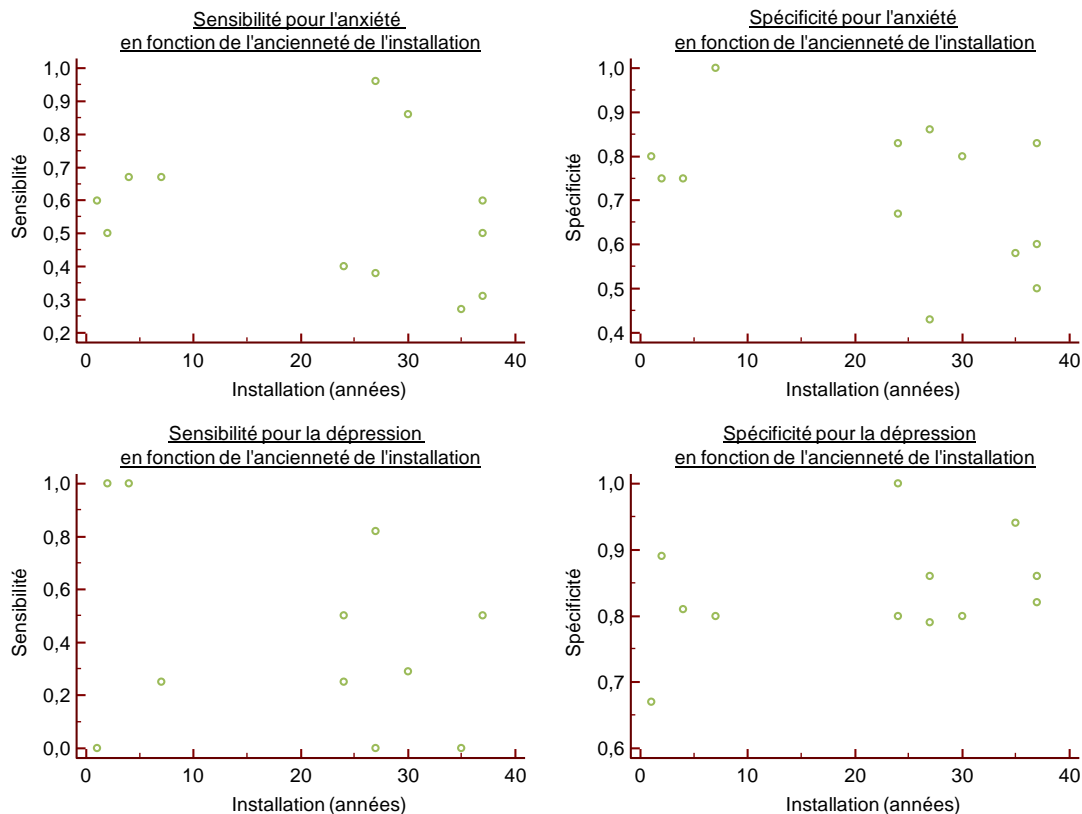


Figure 6 : Différences de performance de détection entre médecins selon l'ancienneté de l'installation

3.6.3 Temps de travail hebdomadaire

L'ensemble de ces résultats est illustré par la Figure 7.

La différence de sensibilité pour la détection de l'anxiété n'est pas statistiquement significative ($p=0,08$) avec un coefficient de corrélation $r=-0,50$ (IC95%=[-0,82 ; 0,07]).

La différence de spécificité pour la détection de l'anxiété n'est pas statistiquement significative ($p=0,53$) avec un coefficient de corrélation $r=-0,19$ (IC95%=[-0,67 ; 0,40]).

La différence de sensibilité pour la détection de la dépression n'est pas statistiquement significative ($p=0,54$) avec un coefficient de corrélation $r=0,21$ (IC95%=[-0,45 ; 0,72]).

La différence de spécificité pour la détection de la dépression n'est pas statistiquement significative ($p=0,10$) avec un coefficient de corrélation $r=0,48$ (IC95%=[-0,10 ; 0,81]).

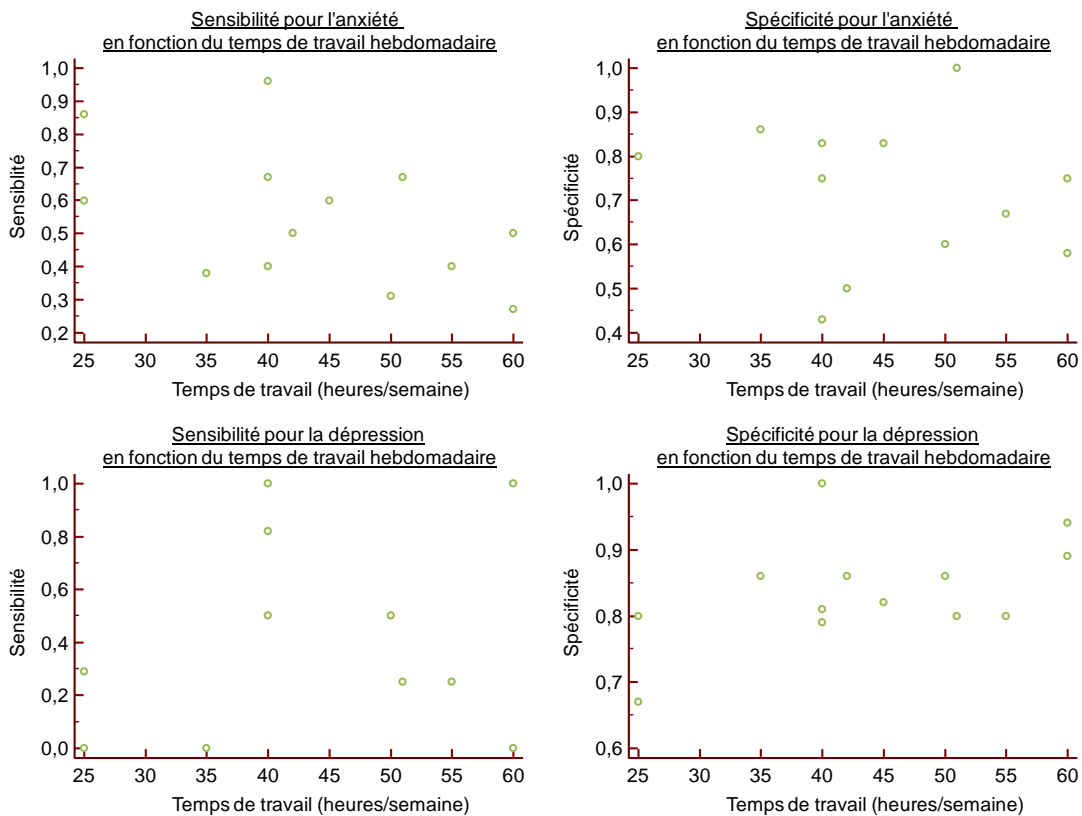


Figure 7 : Différences de performance de détection entre médecins selon le temps de travail hebdomadaire

3.6.4 Sexe des médecins

L'ensemble de ces résultats est illustré par la Figure 8.

La différence de sensibilité pour la détection de l'anxiété n'est pas statistiquement significative ($p=0,14$). Les hommes ont une sensibilité médiane de 0,6 [(IQ):0,5-0,7]. Les femmes ont une sensibilité médiane de 0,4 [(IQ):0,4-0,5].

La différence de spécificité pour la détection de l'anxiété n'est pas statistiquement significative ($p=0,82$). Les hommes ont une spécificité médiane de 0,7 [(IQ):0,6-0,8]. Les femmes ont une spécificité médiane de 0,7 [(IQ):0,6-0,9].

La différence de sensibilité pour la détection de la dépression n'est pas statistiquement significative ($p=0,41$). Les hommes ont une sensibilité médiane de 0,4 [(IQ):0,1-0,9]. Les femmes ont une sensibilité médiane de 0,3 [(IQ):0,0-0,5].

La différence de spécificité pour la détection de la dépression n'est pas statistiquement significative ($p=0,28$). Les hommes ont une spécificité médiane de 0,8 [(IQ):0,8-0,9]. Les femmes ont une spécificité médiane de 0,9 [(IQ):0,8-0,9].

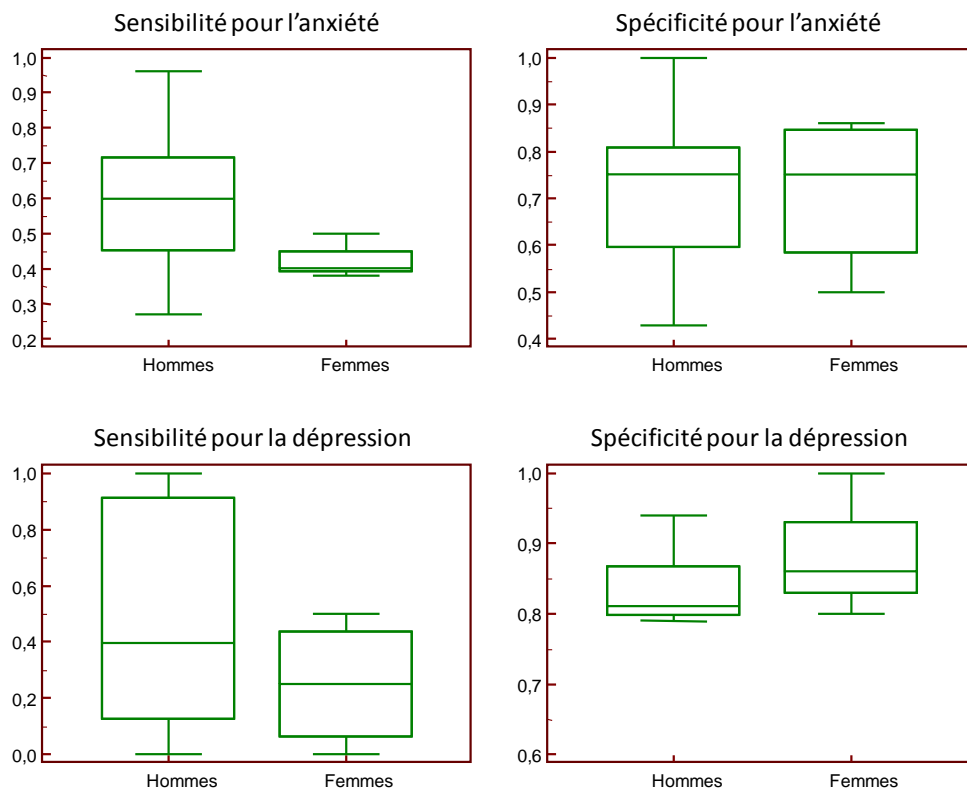


Figure 8 : Différences de performance de détection entre médecins selon leur sexe

3.6.5 Mode d'exercice (seuls ou cabinet de groupe)

L'ensemble de ces résultats est illustré par la Figure 9.

La différence de sensibilité pour la détection de l'anxiété n'est pas statistiquement significative ($p=0,24$). Les médecins exerçant seuls ont une sensibilité médiane de 0,5 [(IQ):0,4-0,5]. Ceux exerçant en groupe ont une sensibilité médiane de 0,6 [(IQ):0,4-0,8].

La différence de spécificité pour la détection de l'anxiété n'est pas statistiquement significative ($p=0,14$). Les médecins exerçant seuls ont une spécificité médiane de 0,7 [(IQ):0,6-0,8]. Ceux exerçant en groupe ont une spécificité médiane de 0,8 [(IQ):0,7-0,9].

La différence de sensibilité pour la détection de la dépression n'est pas statistiquement significative ($p=0,34$). Les médecins exerçant seuls ont une sensibilité médiane de 0,1 [(IQ):0,0-0,6]. Ceux exerçant en groupe ont une sensibilité médiane de 0,5 [(IQ):0,3-0,7].

La différence de spécificité pour la détection de la dépression n'est pas statistiquement significative ($p=0,77$). Les médecins exerçant seuls ont une spécificité médiane de 0,9 [(IQ):0,8-0,9]. Ceux exerçant en groupe ont une spécificité médiane de 0,8 [(IQ):0,8-0,9].

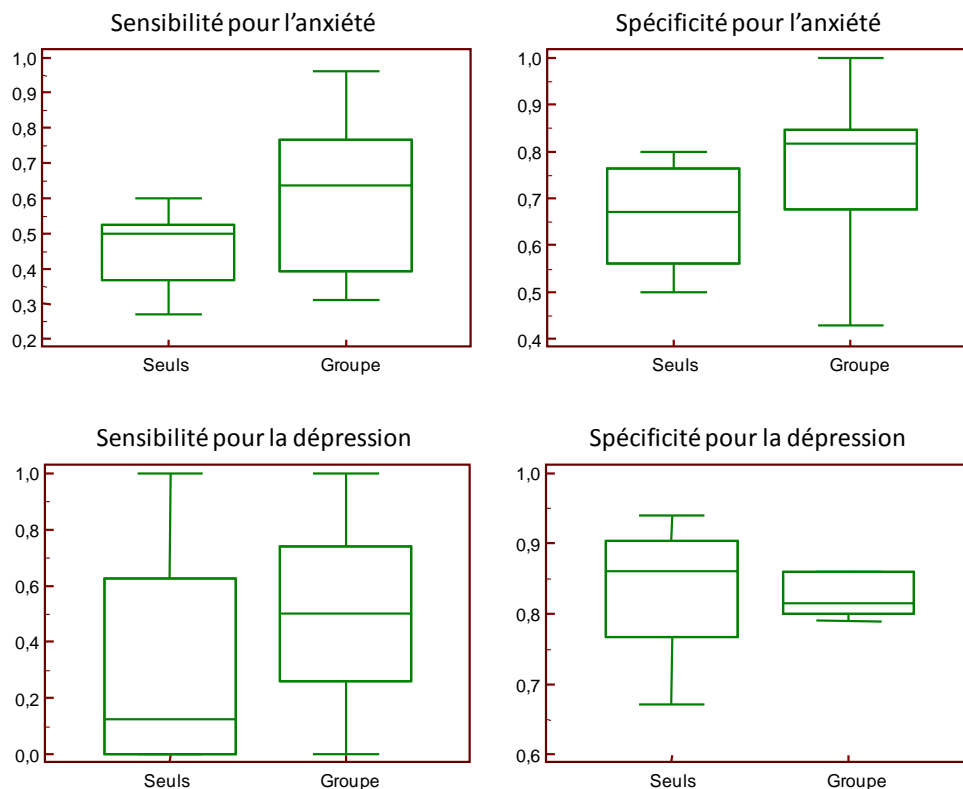


Figure 9 : Différences de performance de détection entre médecins selon leur mode d'exercice

3.6.6 Pratique d'une activité hospitalière ou non

L'ensemble de ces résultats est illustré par la Figure 10.

La différence de sensibilité pour la détection de l'anxiété n'est pas statistiquement significative ($p=1,00$). Les médecins ayant une activité hospitalière ont une sensibilité médiane de 0,6 [(IQ):0,3-0,7] contre 0,5 [(IQ):0,4-0,7] pour les autres.

La différence de spécificité pour la détection de l'anxiété n'est pas statistiquement significative ($p=1,00$). Les médecins ayant une activité hospitalière ont une spécificité médiane de 0,7 [(IQ):0,6-0,8] contre 0,8 [(IQ):0,6-0,8] pour les autres.

La différence de sensibilité pour la détection de la dépression n'est pas statistiquement significative ($p=0,16$). Les médecins ayant une activité hospitalière ont une sensibilité médiane de 0,7 [(IQ):0,5-1,0] contre 0,3 [(IQ):0,0-0,6] pour les autres.

La différence de spécificité pour la détection de la dépression n'est pas statistiquement significative ($p=0,87$). Les médecins ayant une activité hospitalière ont une spécificité médiane de 0,8 [(IQ):0,8-0,9] contre 0,8 [(IQ):0,8-0,9] pour les autres.

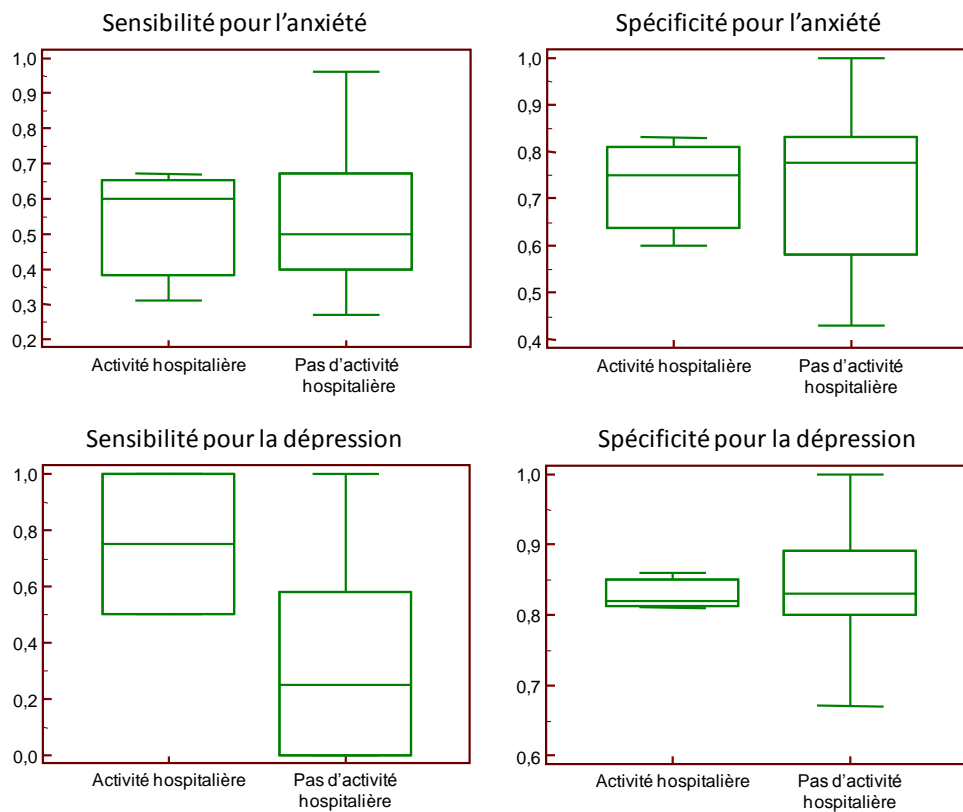


Figure 10 : Différences de performance de détection entre médecins selon la pratique d'une activité hospitalière

4. DISCUSSION

D'après cette étude les médecins généralistes ont des difficultés à détecter les troubles anxieux et dépressifs chez leurs patients. Ils ont une sensibilité et une spécificité pour la détection de l'anxiété, respectivement de 58% et 69%. Pour l'anxiété les rapports de vraisemblance positifs et négatifs sont respectivement de 1,9 et de 0,6.

En ce qui concerne la dépression leur sensibilité et spécificité sont respectivement de 46% et 84%. Les rapports de vraisemblance positifs et négatifs sont de 2,8 et de 0,7.

Il n'a pas été mis en évidence de facteurs influençant la détection de l'anxiété et de la dépression par les médecins (âge, sexe, ancienneté de l'installation, mode d'exercice, temps de travail hebdomadaire).

4.1 Limites de l'étude

4.1.1 Biais de recrutement

Cette étude n'est pas une étude randomisée, ce qui constitue un de ses principaux points faibles. Les médecins généralistes ont été sélectionnés parmi les maîtres de stage de l'Université Paris V.

Cependant on envisage facilement que ces médecins, étant impliqués dans l'enseignement des internes, sont plus intéressés par la recherche et par l'amélioration continue de leurs connaissances. On peut donc penser qu'il s'agit d'un biais positif car si ces médecins détectent difficilement les troubles anxieux et dépressifs, c'est probablement autant voire plus difficile pour la majorité des autres médecins généralistes.

En outre les médecins ayant accepté l'étude, parmi les Maîtres de stage, sont probablement les plus sensibilisés aux problèmes de santé mentale. On peut donc également penser qu'il s'agit d'un biais plutôt positif.

Pour des raisons de facilité dans la réalisation de cette étude, aucun contrôle n'a été fait concernant les patients qui étaient inclus dans l'étude par les médecins. Certains médecins ont possiblement pu refuser d'inclure tel ou tel patient pour des raisons diverses telles qu'une consultation trop longue, un retard dans le programme de consultations, une fatigue

de fin de journée, un patient difficile etc... Ce sont des biais de sélection dans le recrutement des patients.

4.1.2 Difficultés de recrutement des médecins

L'autre limite importante est la taille de l'échantillon dans cette étude. Malgré un nombre correct de patients inclus dans l'étude, étant donné la prévalence de la dépression, nous n'avons probablement pas assez d'incidence de la dépression parmi les patients pour avoir un véritable impact sur les résultats.

Initialement nous comptions sur 30 médecins participants, soit 300 patients. Au final nous avons pu bénéficier de la participation de 13 médecins et recueilli 206 questionnaires analysables.

Peu de médecins généralistes ont accepté de participer à cette étude. La participation à un travail de thèse pour un médecin généraliste est purement bénévole et chronophage, on comprend donc le faible taux de participation. Treize médecins ont accepté sur 53 médecins contactés (25%).

Nous avons décidé de recruter des maitres de stage pour cette étude afin d'accroître le taux de participation en partant du principe que ces médecins sont plus sensibilisés à l'amélioration des pratiques et la recherche clinique. Cependant nous avons été confrontés à de nombreux refus pour la principale raison que ces médecins étaient débordés. Ces médecins rattachés à la faculté sont submergés par les demandes sans cesse croissantes de sujets de thèses de médecine générale, avec notamment l'augmentation du numérus clausus. Plusieurs ont répondu être proches du burn-out et ne pas pouvoir se lancer dans un nouveau projet qui demande du temps supplémentaire. Ce qui explique également l'intérêt et la nécessité de tous les sujets actuels concernant le burn-out des médecins.

D'autre part on a dû faire face à la difficulté de joindre les médecins. Nous avons appelé plusieurs fois chaque médecin avant d'avoir une réponse sur la participation à l'étude. Le nombre d'appels médian par praticien était de 2 [(IQ):1-3], avec un minimum d'un appel et un maximum de 7 appels.

Il y a eu 16 médecins sur 53 (30%) pour lesquels nous avons laissé un message (téléphonique via le secrétariat, SMS ou courrier électronique) qui n'ont pas donné de réponse.

En ce qui concerne les médecins qui ont participé à cette étude, nous avons dû les rappeler plusieurs fois chacun afin de récupérer les données. Le nombre de rappel moyen par

praticien était de 2 (IC95%=[0,6 ; 2,9]) avec un minimum de zéro rappel et un maximum de 5 rappels.

4.1.3 Biais liés aux patients

Il existe un biais concernant le recrutement des patients inclus dans l'étude. Nous n'avons malheureusement pas tenu un registre des refus, ce qui aurait permis d'évaluer la quantité des refus et les caractéristiques des patients refusant les études.

Peut-être que les patients anxieux et/ou dépressifs sont plus intéressés pour participer à l'étude car ils se sentent concernés. Mais peut-être qu'à cause de l'anxiété et/ou de la dépression, à l'inverse, ils ont plus tendance à refuser de participer. Ce refus peut être lié à la peur des résultats, surtout chez les anxieux, ou à un manque d'envie notamment chez les dépressifs.

4.1.4 Biais liés à la méthode

Une limite de cette étude est l'utilisation de l'HADS comme méthode de référence. Il s'agit d'un questionnaire validé mais le gold standard est l'évaluation par un psychiatre basée sur les critères du DSM V. Si l'HADS est bien validée dans la population générale de soins primaires par divers revues de la littérature^{63,64} ainsi qu'en Allemagne⁶⁶ et en Angleterre⁶², aucune étude ne l'a validée à l'heure actuelle en soins primaires en France.

Il été demandé au patient de répondre au questionnaire après la consultation avec le médecin généraliste. Cette méthode nécessitait que le patient prenne du temps, au cabinet, pour participer à l'étude. Cela est probablement une des principales causes de refus de la part des patients. Si nous avions remis aux patients le questionnaire accompagné d'une enveloppe pré-remplie et pré-affranchie afin qu'ils le remplissent à domicile ou à un autre moment de la journée, nous aurions peut-être eu un meilleure taux de participation de la part des patients. Cette méthode n'a pas pu être mise en place faute de moyen.

4.2 Analyse de la population de médecins

La population de médecins généralistes de notre étude semble comparable à celle d'Ile-de-France décrite par la DREES⁶⁷. Dans notre étude l'âge moyen était de 53 ans ce qui est semblable à l'âge moyen des médecins d'Ile-de-France qui est de 52,5 ans. La participation des femmes à notre étude semble cependant plus faible. En effet dans notre étude 31% des médecins étaient des femmes alors que la proportion des médecins femmes en Ile-de-France est de 42%. On observe une féminisation du corps médical dans les plus jeunes générations. Ainsi, il a été constaté 58% de femmes chez les médecins de 35 à 39 ans, contre 34% chez les 55-59 ans et 25% chez les 60-64 ans. Or l'âge moyen d'installation est de 38 ans actuellement, et l'exercice de la maîtrise de stage nécessite une pratique libérale d'au moins trois ans. Cela peut expliquer la légère sur-représentation du sexe masculin dans notre étude.

Aucun des médecins participants à cette étude n'a fait de formation psychiatrique complémentaire. Le manque de formation dans le domaine de la psychiatrie en médecine générale peut être expliqué par une lacune d'enseignement durant l'internat ou par l'absence de formation continue existant dans ce domaine. En effet nous n'avons pas retrouvé de diplôme universitaire de psychiatrie pour les médecins généralistes, hormis celui de « psychothérapies et médecine générale » proposé par l'Université Paris Descartes. Certaines facultés proposent, au sein de leur diplôme universitaire de « Formation médicale continue pour les médecins généralistes » un item concernant l'urgence psychiatrique. Ce manque de formation pourrait être expliqué également par un désintérêt des médecins généralistes pour ces problématiques lors des choix de formation continue au cours des congrès. Il serait intéressant d'étudier l'offre, lors des congrès, de formation au diagnostic et à la prise en charge de l'anxiété et la dépression.

4.3 Analyse de la population de patients

La population était plutôt hétérogène et représentative de la population générale puisqu'il y avait sensiblement autant d'hommes que de femmes. L'âge médian était de 49 ans. La répartition des âges est représentée sur la Figure 3.

Tous types de statuts maritaux étaient représentés. De même, tous types de catégories socioprofessionnelles étaient représentés, cependant on note une proportion de chômeurs plus faible que dans la population générale. Dans notre étude 5% des patients sont au chômage, or le taux de chômage en France est plutôt autour de 10%. Cette différence peut entraîner une sous-estimation de la prévalence des troubles anxieux ou dépressifs.

On note que les médecins sous-estiment nettement la présence d'un antécédent anxieux ou dépressif chez leur patient. La question posée au patient était « Avez-vous un antécédent d'anxiété ou de dépression ». Ils ont répondu « OUI » dans 43% des cas. Or les médecins ont eux noté que seulement 30% des patients présentaient un antécédent psychiatrique. Ce chiffre devrait être supérieur à celui des patients, ou en tous cas au moins égal car l'anxiété et la dépression font partie des antécédents psychiatriques. Cependant on peut émettre l'hypothèse que certains patients ont tendance à surévaluer leur état psychologique. C'est-à-dire que le patient se qualifie d'anxieux ou dépressif alors que ces « états d'âme » ne relèvent pas du champ pathologique et font partie intégrante des variations d'humeur d'un individu.

4.4 Analyse de la prévalence de l'anxiété et la dépression

Dans notre étude la prévalence de l'anxiété est de 56%. C'est supérieur à la prévalence retrouvée dans la littérature, qui est plutôt autour de 20%. Toutefois la prévalence de l'anxiété dans notre étude se rapproche de celle de l'étude FAMIURG réalisée aux urgences qui retrouvait 47% de prévalence pour l'anxiété⁶⁸.

En ce qui concerne la dépression nous avons retrouvé une prévalence de 21%. C'est comparable à la prévalence retrouvée dans la littérature (aux alentours de 19%). Dans

l'étude FAMIURG la prévalence de la dépression était de 23%, soit une prévalence également similaire⁶⁸.

La différence de prévalence de l'anxiété dans notre étude par rapport à la littérature est difficile à expliquer. La population de cette étude semblant plutôt comparable à la population générale.

La prévalence de l'anxiété chez les patients venus accompagnés au cabinet est de 54%. Elle est similaire à celle des patients venus non accompagnés qui est de 56%. Par contre en ce qui concerne la dépression on remarque que les patients venus accompagnés d'un proche en consultation semblent plus dépressifs que ceux venus non accompagnés. En effet la prévalence de la dépression chez les patients accompagnés est de 33% alors qu'elle est de 20% chez les patients venus seuls. Une étude serait intéressante pour savoir si ces résultats se confirment et s'ils sont significativement significatifs. Il est intéressant, lorsqu'un patient vient accompagné d'un proche en consultation, de se demander pourquoi ne vient-il pas seul. La présence de l'accompagnant est-elle une réponse au caractère éventuellement anxiogène de la consultation ? Est-ce par peur de ne pas tout comprendre au cours de la consultation ? Est-ce un soutien psychologique chez une personne « fragile » ? On peut également se demander s'il ne s'agit pas d'une protection pour éviter de parler de choses trop personnelles. Il semble donc judicieux d'être alerté par ce fait et de dépister une éventuelle dépression chez ces patients.

4.5 Analyse des facteurs influençant la détection de l'anxiété et de la dépression par les médecins

Dans notre étude aucun facteur statistiquement significatif n'est retrouvé comme influençant la performance diagnostique des médecins.

On remarque cependant que les intervalles de confiance des sensibilité/spécificité des hommes sont nettement plus grands que ceux des femmes. On en conclut une plus grande variabilité entre les médecins hommes. Les femmes, quant-à elles, semblent plus reproductibles [cf Figure 7]. De la même façon les médecins n'ayant pas d'activité

hospitalière semblent plus hétérogènes que ceux pratiquant une activité hospitalière [cf Figure 9].

Les études des facteurs liés aux praticiens tels que le sexe, l'expérience et l'intérêt pour la dépression ont des résultats mitigés dans la littérature. Pour Wittchen l'expérience de plus de 5 ans augmente la reconnaissance de la dépression⁶⁹. Pour Tylee c'est l'intérêt pour la psychiatrie qui augmente la reconnaissance de la dépression des médecins généralistes⁷⁰. Mais l'étude de Piek⁷¹ et l'étude FAMIURG⁶⁸ ne retrouvent aucun facteur statistiquement significatif.

L'aspect « formation en psychiatrie » n'a pas pu être analysée dans notre étude car aucun des médecins participants n'avaient fait de formation initiale ou continue du domaine de la psychiatrie. Il serait intéressant de réaliser une étude française afin d'évaluer si les médecins ayant bénéficié d'une formation en psychiatrie détectent mieux l'anxiété et la dépression, comme cela a été fait en Allemagne, en Suisse et en Australie^{43,44,45}.

4.6 Analyse de la performance de détection

On voit que la détection des symptômes anxieux et/ou dépressifs est difficile en médecine générale. Or on a vu précédemment que cette détection était très importante à différents points de vue.

Les études montrent en effet qu'entre un tiers et la moitié des patients ayant une pathologie psychiatrique ne seraient pas diagnostiqués⁷². En ce qui concerne la dépression, l'étude de Lecrubier réalisée sur 25 916 patients de soins primaires montre que seulement 54% des patients dépressifs sont reconnus comme ayant une pathologie psychiatrique par les médecins généralistes⁷³. Pour Löwe, 40% des patients présentant un épisode dépressif majeur ne sont pas diagnostiqués en soins primaires⁶⁶. Ces chiffres correspondent également aux chiffres de l'OMS et de l'INSERM. Parmi les patients dépressifs, seulement 54 à 58% sont étiquetés comme « ayant un trouble psychiatrique » par leur médecin généraliste^{5,6}.

En ce qui concerne l'anxiété, Kroenke montrent que les chiffres sont similaires avec 41% des patients ayant un trouble anxieux qui sont non diagnostiqués⁷⁴.

La difficulté de diagnostic des troubles anxieux et dépressifs n'est pas l'apanage des seuls médecins généralistes mais de tous les praticiens non psychiatres. Au total il s'agit d'un patient dépressif sur deux qui ne serait pas diagnostiqué, toutes spécialités confondues, hors psychiatrie^{75,76}.

4.6.1 Difficultés liées au patient

Docherty a réalisé une revue de la littérature qui reprend les différents freins au diagnostic de la dépression³⁹. On retrouve le manque de connaissances du patient des symptômes et de la maladie ce qui le limite dans la délivrance d'informations clés au médecin. Le patient ne reconnaît pas la dépression comme une maladie qui se traite.

La variabilité des tableaux cliniques tant dans leur présentation que dans leur sévérité, notamment en médecine générale, rend difficile le diagnostic. Avec notamment des patients souvent moins sévères⁷⁷.

Beaucoup de médecins reprochent le manque de validité des critères du DSM pour les patients de médecine générale^{78,79}. Les médecins généralistes manquent de repères dans le diagnostic de l'anxiété et de la dépression. Il existe une impression de flou autour des tableaux cliniques vus en médecine générale qui n'entre pas dans les critères de l'épisode dépressif caractérisé. On retrouve dans la littérature des notions telles que « dysthymie », « personnalité dépressive », « formes mineures de dépression », « équivalents dépressifs » qui ne sont pas bien définies⁵⁷. Lucassen et al. remettent en cause le diagnostic de la dépression dans leur article. Pour eux, la définition de la dépression est floue, ce qui amène à une surestimation de la prévalence de la dépression. Ils proposent un modèle de prise en charge plutôt basé sur l'écoute des problèmes du patient⁷⁸. En effet la difficulté en psychiatrie est de faire la distinction entre le normal et le pathologique. Le malade éprouve certaines émotions qui font partie de la large palette d'affects physiologiques vécus par un sujet non dépressif⁵⁷.

Ce diagnostic est d'autant plus difficile à faire qu'il y a souvent la présence de comorbidités ou symptômes somatiques qui masquent le diagnostic^{80,81}. Une revue de la littérature parle de 2/3 des patients dépressifs qui présenteraient des symptômes somatiques⁸². Kroenke détaille d'ailleurs ces symptômes qui sont principalement les douleurs articulaires, les douleurs dorsolombaires, les céphalées, les douleurs thoraciques, les douleurs de membre, les douleurs abdominales, la fatigue et les vertiges⁸³.

On retrouve également la difficulté pour les patients à admettre leurs troubles mentaux avec la peur de la stigmatisation, du regard des autres sur leur maladie. Les patients ont une image très péjorative des traitements. Ils ont peur des effets secondaires et doutent de leur efficacité^{39,84,57}.

Une voie pour l'amélioration de la prise en charge de la dépression serait une éducation des patients, via par exemple des campagnes d'information (télévision, radio...). On pourrait également envisager la présence d'une affiche de sensibilisation avec pourquoi pas un auto-questionnaire d'évaluation de l'anxiété et de la dépression disponible en salle d'attente des médecins généralistes.

4.6.2 Difficultés liées au médecin

Les médecins généralistes ne sont pas assez formés au diagnostic de l'anxiété et de la dépression. Docherty montre, dans sa revue de la littérature, que pour une majorité des médecins il existe un manque de connaissances théoriques ainsi qu'une méconnaissance des tests diagnostiques. Les médecins ne pensent pas systématiquement à interroger le malade sur son état psychologique³⁹. Parquet précise que ce n'est pas tant de formation théorique que manque les médecins mais plus de manque d'entraînement pour la reconnaissance de la dépression⁵⁷.

Les croyances des médecins sont également en cause dans leur capacité à diagnostiquer les troubles anxieux et dépressifs. En effet un médecin qui n'est pas convaincu de l'intérêt et de l'efficacité des traitements antidépresseurs sera moins à même de faire le diagnostic. De même il est important que le médecin se sente confortable avec l'idée de gérer une pathologie mentale et pense qu'il s'agit de son rôle de médecin généraliste de prendre en charge cet aspect de la santé³⁹. En effet la pensée selon laquelle il n'est pas du rôle du médecin généraliste de prendre en charge les pathologies psychiatriques est reconnue comme un frein important dans le diagnostic de la dépression^{39,57}.

Il pourrait être intéressant d'améliorer la formation des médecins généralistes pour le diagnostic de l'anxiété et la dépression. Cette amélioration pourrait passer soit par une meilleure formation au cours du troisième cycle des études médicales, soit par la formation continue. Nous avons vu en introduction 3 programmes de formation qui avaient été évalués à Nuremberg, en Suisse et en Australie⁴³⁻⁴⁵. Ces 3 programmes ont montré une amélioration de la prise en charge de la dépression. Une meilleure formation des médecins généralistes

paraît donc à l'heure actuelle une voie envisageable afin d'améliorer le dépistage et la prise en charge des troubles mentaux.

4.6.3 Difficultés liées à la société

Les modes de financement des soins dans les sociétés occidentales freinent la prise en charge des troubles anxieux et dépressifs. Les médecins généralistes ne sont pas valorisés par rapport à ce travail chronophage et qui nécessite plusieurs consultations. Les médecins généralistes déclarent que le processus de diagnostic de dépression demande beaucoup de temps et nécessite plusieurs consultations^{58,85,86}. De même que la prise en charge de la dépression qui se base principalement sur une écoute empathique du patient^{58,85}. Or ce temps est précieux en médecine générale. La durée moyenne d'une consultation en France est de 16 minutes selon une étude de la Drees (Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques) de 2002⁸⁶. Le manque de temps est souligné par Parquet qui constate que la durée de la consultation apparaît comme insuffisante pour établir le diagnostic de dépression et déclencher une prise en charge adaptée⁵⁷. Ce manque de temps peut aussi expliquer une certaine réticence des médecins à rechercher ce diagnostic, comme le souligne Docherty³⁹. Il paraît donc licite de proposer une revalorisation des actes de médecine générale ou de proposer un tarif spécifique pour la prise en charge des pathologies psychiatriques.

D'autre part il existe peu de consultations spécialisées disponibles et les délais de prise de rendez-vous sont très importants. Les consultations de psychologues, qui s'avèrent souvent nécessaires et pourraient décharger quelque peu le médecin généraliste, ne sont pas remboursées^{39,42}. Il est donc très important d'améliorer l'accès aux consultations de psychiatres et de psychologues.

4.6.4 L'utilisation des questionnaires de détection de l'anxiété et de la dépression

L'utilisation des questionnaires de dépistage de l'anxiété et la dépression est très débattue en médecine générale, notamment concernant son intérêt mais également par le caractère chronophage que cela représente^{4,62,66,70,87}. On recommande un dépistage ciblé pour les patients à risque tels que ceux ayant une maladie chronique, ceux souffrant de douleurs chroniques, ceux venant de subir un événement de vie traumatisant, ceux qui se sentent en

mauvaise santé et ceux présentant de multiples symptômes somatiques non expliqués⁸⁸. Cependant une étude espagnole réfute l'intérêt d'un screening systématique par les MG dans le diagnostic de la dépression chez ces patients à risques⁸⁸. En tous cas, pour les patients qui ne sont pas qualifiés « à risques », il n'existe pas de recommandations spécifiques dans le diagnostic de l'anxiété et la dépression.

Certains auteurs voient en ces questionnaires de véritables atouts dans la détection de l'anxiété et la dépression^{4,66}. A l'inverse d'autres ne voient que très peu d'intérêt à l'utilisation de ces questionnaires. En tous cas ils n'y voient pas d'intérêt quand ils sont utilisés seuls. Pour eux, l'utilisation de ces questionnaires doit se faire au sein du démarche diagnostique clinique du praticien^{62,70,87}. En effet les études de Gilbody et al évoquent un intérêt de ces questionnaires quand ils sont inclus dans un jugement clinique général du praticien^{87,89}.

Les questionnaires de détection de troubles anxieux ou dépressifs peuvent avoir cependant un rôle important qui est celui d'aider le patient à accepter un diagnostic difficile⁸⁶.

La sécurité sociale rembourse le dépistage de la dépression par l'échelle de Hamilton. Cet acte est codé ALQP003 et coute 69,12 euros. Cette échelle comporte 17 questions de 3 à 5 items. Elle comprend des questions évaluant les symptômes physiques et somatiques de la dépression. Sa réalisation, comme pour la plupart des échelles de dépistage, peut être longue et fastidieuse pour un utilisateur peu expérimenté. Elle nécessite une consultation dédiée du fait du peu de temps disponible pour chaque consultation.

On voit ainsi les intérêts et limites de l'utilisation des questionnaires de détection de l'anxiété et la dépression quand le praticien suspecte un de ces troubles. Mais notre étude se situe en amont de cette problématique. La question qui se pose ici n'est pas de savoir comment peaufiner son diagnostic d'anxiété et de dépression mais de savoir détecter le trouble. Les résultats montrent que cette « suspicion » clinique du médecin est insuffisante pour ne pas passer à côté de nombreux patients anxieux ou dépressifs.

La réalisation d'un dépistage systématisé à tous les patients qui se présentent au cabinet, tel que cela a été fait dans notre étude, semble peu réalisable en pratique pour améliorer la détection de l'anxiété et de la dépression. Cela demanderait trop de temps pour le médecin et le patient en pratique courante, puisqu'il faut déjà répondre au motif de consultation du patient. D'autant que l'anxiété et la dépression ne sont pas les seules pathologies importantes à dépister chez un patient. Mais peut-être pourrait-on envisager un dépistage

systematisé annuel (ou à une autre fréquence à déterminer) chez tous les patients par une consultation dédiée. Cela représenterait tout de même un surcoût annuel (remboursement de toutes les consultations) pour la sécurité sociale non négligeable, qu'il faudrait analyser en parallèle du gain économique d'un tel dépistage. Ce dépistage pourrait également passer par une campagne nationale de la part de la sécurité sociale par envoi, par exemple, d'un auto-questionnaire de dépistage par courrier à tous les assurés. Cela permettrait d'éviter le coût des consultations. Par la suite les patients ayant un score positif seraient invités à consulter leur médecin généraliste pour une évaluation personnalisée des troubles anxio-dépressifs.

4.7 Revue de la littérature

A notre connaissance, une seule étude de ce type a été réalisée en France concernant la détection de l'anxiété et la dépression par les médecins généralistes. Dans la région de Montpellier, Norton a comparé les résultats du Patient Health Questionnaire (PHQ) de 1151 patients au diagnostic posé par le médecin généraliste⁹⁰. Dans cette étude la prévalence de la dépression était de 16,5% et celle de l'anxiété de 25%. Soixante-quinze pour cent des patients dépressifs sont reconnus comme tels par le médecin généraliste. Pour l'anxiété 67% des cas avec un trouble anxieux sont détectés. La spécificité dans la détection de la dépression et de l'anxiété est dans cette étude de 78%. L'intérêt de notre étude par rapport à celle de Norton est d'avoir remis les questionnaires de détection de l'anxiété et de la dépression après la consultation. Dans l'étude de Norton le questionnaire a été rempli avant la consultation avec le médecin généraliste ce qui peut biaiser le déroulement de la consultation et donc le jugement du médecin.

Une étude a été réalisée aux urgences évaluant la performance des médecins pour détecter la dépression et/ou l'anxiété. Il s'agit de l'étude FAMIURG de 2011⁶⁸. Le Gold-Standard pour poser le diagnostic de dépression ou d'anxiété était l'HADS. Trois cent trente neuf patients de 14 services d'urgences ont été inclus. Les patients ont été classés en anxieux et/ou dépressifs par le score HAD, en utilisant le seuil communément retenu de 8. La comparaison entre les résultats du score HAD et le jugement des médecins a été faite en évaluant la sensibilité, la spécificité ainsi que les rapports de vraisemblance positifs et négatifs. Au final,

dans cette étude le jugement subjectif des urgentistes a montré une sensibilité de 48% (IC95%=[40 ; 56]) et une spécificité de 69% (IC95%=[61 ; 75]) dans le détection de l'anxiété. Pour la dépression, la sensibilité était de 39% (IC95%=[28 ; 51]) et la spécificité de 78% (IC95%=[72 ; 83])⁶⁸. On remarque donc que les médecins généralistes semblent avoir une meilleure capacité à détecter les troubles anxieux et dépressifs chez leurs patients. Ceci peut s'expliquer par une meilleure connaissance du patient. Le fait de connaître le patient dans sa globalité, avec son mode de vie à domicile, son contexte social et professionnel aide à un diagnostic plus précoce des troubles anxieux et dépressifs⁹¹. C'est en effet ce que confie l'intégralité des médecins généralistes de l'étude de Baik. La façon dont on diagnostique la dépression est hautement dépendante de la connaissance que l'on a de ce patient. La connaissance du patient est véritablement une clé dans la détection de la dépression. Elle permet de remarquer un changement d'humeur, un changement de comportement ou de mode de vie, qui sont des indices dans la détection de la dépression⁹¹.

De plus une bonne qualité de la relation médecin-malade avec une relation qui dure depuis plusieurs années favorise le diagnostic en poussant le patient à se confier⁵⁸.

D'autre part les urgentistes restent dans la notion du premier recours c'est-à-dire de répondre à la plainte initiale du patient. Le médecin généraliste est quand à lui tourné vers une prise en charge globale du patient avec une mission de prévention. Pour Baik, le fait de penser à la personne en tant qu'un « tout » mêlant problèmes somatiques, psychologiques et milieu de vie, rend le clinicien plus confortable pour demander au patient comment il se sent psychologiquement. Cette approche aide à une détection plus précoce de la dépression⁹¹.

Le manque d'études disponibles dans la littérature sur ce sujet témoigne de la difficulté de la recherche en médecine générale. La spécialisation en médecine générale a permis la création de postes universitaires et une meilleure formation des internes en médecine générale. Cependant mener une étude de recherche au cabinet de médecine générale n'est pas encore de pratique courante, comme en témoigne la difficulté que nous avons eu à recruter des praticiens. Ces difficultés auraient probablement été moindres en milieu hospitalo-universitaire où la recherche fait partie intégrante de la pratique clinique au quotidien.

5. CONCLUSION

Notre étude est l'une des rares à évaluer la capacité de détection de l'anxiété et de la dépression des médecins généralistes français.

Nos résultats soulignent la fréquence élevée des troubles anxieux et dépressifs en médecine générale. En effet la prévalence de l'anxiété retrouvée dans cette étude a été de 56% et celle de la dépression de 21%. Nos résultats mettent également en lumière la difficulté de détecter ces troubles en soins primaires, pour des patients qui consultent la majorité du temps pour un autre motif que psychiatrique. En effet en ce qui concerne l'anxiété, la sensibilité de détection des médecins généralistes était de 58% et la spécificité de 69%. En ce qui concerne la dépression, la sensibilité de détection des médecins généralistes était de 46% et la spécificité de 84%. Le médecin généraliste se heurte à de nombreuses difficultés en rapport avec la présentation clinique du patient, avec un manque de temps ou de connaissance et en rapport avec l'organisation du système de soins actuel. Les consultations de médecine générale ne sont pas assez valorisées et donc trop courtes. D'autre part les consultations de psychiatres ne sont pas assez disponibles et les consultations de psychologues non remboursées.

Il est très important d'améliorer la détection de l'anxiété et la dépression afin de réduire leur morbi-mortalité. Les troubles anxieux et dépressifs sont en effet pourvus d'une morbi-mortalité propre mais ils sont également souvent associés à des maladies chroniques qu'ils aggravent. Détecter et traiter les troubles anxieux et dépressifs permettraient d'améliorer la qualité de vie chez les malades touchés et de limiter un certain nombre de dépenses qu'ils entraînent notamment en termes d'arrêts de travail.

Cette détection passe par le médecin généraliste qui doit rester vigilant afin de ne pas méconnaître un trouble anxieux ou dépressif. Car même s'il existe des outils d'aide au diagnostic, cela ne peut être mis en place que lorsque le médecin généraliste suspecte un tel trouble psychiatrique. Une fois le diagnostic suspecté, l'utilisation de questionnaires de dépistage n'est pas toujours réalisable en pratique au cabinet.

Des études complémentaires sont nécessaires afin de confirmer ces résultats d'une part. Et d'autre part il serait intéressant de chercher par quels moyens on peut améliorer la détection des troubles anxieux et dépressifs en soins primaires. Par ailleurs, une réflexion

pourrait être nécessaire afin de faciliter l'accès à la recherche en médecine générale. En effet la pauvreté de la littérature sur notre sujet témoigne de la difficulté à mener une étude de recherche clinique en médecine générale.

Nos résultats ne doivent pas être interprétés comme une critique des généralistes dans leur capacité à détecter l'anxiété et la dépression mais plutôt comme un appel à une meilleure compréhension des problèmes auxquels ils font face.

BIBLIOGRAPHIE

- 1- Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19-22 juin 1946; signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 Etats. 1946; (Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé, n°. 2, p. 100) et entré en vigueur le 7 avril 1948.
- 2- SKUSE D, WILLIAMS P. Screening for psychiatric disorder in general practice. *Psychol Med.* 1984 May;14(2):365-77
- 3- ANSSEAU M, DIERICK M, BUNTINKX F, CNOCKAERT P, DE SMEDT J, VAN DEN HAUTE M, VANDER MIJNSBRUGGE D. High prevalence of mental disorders in primary care. *J Affect Disord.* 2004 Jan;78(1):49-55.
- 4- KROENKE K, SPITZER RL, WILLIAMS JB, LOWE B. An ultra-brief screening scale for anxiety and depression: the PHQ-4. *Psychosomatics.* 2009 Nov-Dec;50(6):613-21.
- 5- ORMEL J, VONKORFF M, USTUN TB, PINI S, KORTEN A, OLDEHINKEL T. Common mental disorders and disability across cultures. Results from the WHO Collaborative Study on Psychological Problems in General Health Care. *JAMA.* 1994 Dec 14;272(22):1741-8.
- 6- LECRUBIER Y. Widespread underrecognition and undertreatment of anxiety and mood disorders: results from 3 European studies. *J Clin Psychiatry.* 2007;68 Suppl 2:36-41.
- 7- DE GIROLAMO G, ALONSO J, VILAGUT G. The ESEMeD-WMH project: strengthening epidemiological research in Europe through the study of variation in prevalence estimates. *Epidemiol Psychiatr Soc.* 2006 Jul-Sep;15(3):167-73.
- 8- DEMYTTENAERE K, BRUFFAERTS R, POSADA-VILLA J, GASQUET I, KOVESH V, LEPINE JP, ANGERMEYER MC, BERNERT S, DE GIROLAMO G, MOROSINI P, POLIDORI G, KIKKAWA T, KAWAKAMI N, ONO Y, TAKESHIMA T, UDA H, KARAM EG, FAYYAD JA, KARAM AN, MNEIMNEH ZN, MEDINA-MORA ME, BORGES G, LARA C, DE GRAAF R, ORMEL J, GUREJE O, SHEN Y, HUANG Y, ZHANG M, ALONSO J, HARO JM, VILAGUT G, BROMET EJ, GLUZMAN S, WEBB C, KESSLER RC, MERIKANGAS KR, ANTHONY JC, VON KORFF MR, WANG PS, BRUGHA TS, AGUILAR-GAXIOLA S, LEE S, HEERINGA S, PENNELL BE, ZASLAVSKY AM, USTUN TB, CHATTERJI S; WHO World Mental Health Survey

- Consortium. Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *JAMA*. 2004 Jun 2;291(21):2581-90.
- 9- LERAY E, CAMARA A, DRAPIER D, RIOU F, BOUGEANT N, PELISSOLO A, LLOYD KR, BELLAMY V, ROELANDT JL, MILLET B. Prevalence, characteristics and comorbidities of anxiety disorders in France: results from the "Mental Health in General Population" survey (MHGP). *Eur Psychiatry*. 2011 Sep;26(6):339-45.
- 10- WULSIN LR, VAILLANT GE, WELLS VE. A systematic review of the mortality of depression. *Psychosom Med*. 1999 Jan-Feb;61(1):6-17.
- 11- CUIJPERS P, SMIT F. Excess mortality in depression: a meta-analysis of community studies. *J Affect Disord*. 2002 Dec;72(3):227-36.
- 12- CUIJPERS P, VOGELZANGS N, TWISK J, KLEIBOER A, LI J, PENNINX BW. Differential mortality rates in major and subthreshold depression: meta-analysis of studies that measured both. *Br J Psychiatry*. 2013 Jan;202(1):22-7.
- 13- SHEAR MK, SCHULBERG HC. Anxiety disorders in primary care. *Bull Menninger Clin*. 1995 Spring;59(2 Suppl A):A73-85.
- 14- RIHMER Z, DOME P, GONDA X. The role of general practitioners in prevention of depression-related suicides. *Neuropsychopharmacol Hung*. 2012 Dec;14(4):245-51. Review.
- 15- MANN JJ, APTER A, BERTOLOTE J, BEAUTRAIS A, CURRIER D, HAAS A, HEGERL U, LONNQVIST J, MALONE K, MARUSIC A, MEHLUM L, PATTON G, PHILLIPS M, RUTZ W, RIHMER Z, SCHMIDTKE A, SHAFFER D, SILVERMAN M, TAKAHASHI Y, VARNIK A, WASSERMAN D, YIP P, HENDIN H. Suicide prevention strategies: a systematic review. *JAMA*. 2005 Oct 26;294(16):2064-74.
- 16- CALLAHAN CM, HUI SL, NIENABER NA, MUSICK BS, TIERNEY WM. Longitudinal study of depression and health services use among elderly primary care patients. *J Am Geriatr Soc*. 1994 Aug;42(8):833-8.
- 17- DICKENS C, KATON W, BLAKEMORE A, KHARA A, MCGOWAN L, TOMENSON B, JACKSON J, WALKER L, GUTHRIE E. Does depression predict the use of urgent and unscheduled care by people with long term conditions? A systematic review with meta-analysis. *J Psychosom Res*. 2012 Nov;73(5):334-42.

- 18- WALKER EA, GELFAND MD, GELFAND AN, CREED F, KATON WJ. The relationship of current psychiatric disorder to functional disability and distress in patients with inflammatory bowel disease. *Gen Hosp Psychiatry*. 1996 Jul;18(4):220-9.
- 19- FANN JR, KATON WJ, UOMOTO JM, ESSELMAN PC. Psychiatric disorders and functional disability in outpatients with traumatic brain injuries. *Am J Psychiatry*. 1995 Oct;152(10):1493-9.
- 20- DWIGHT MM, KOWDLEY KV, RUSSO JE, CIECHANOWSKI PS, LARSON AM, KATON WJ. Depression, fatigue, and functional disability in patients with chronic hepatitis C. *J Psychosom Res*. 2000 Nov;49(5):311-7.
- 21- SULLIVAN MD, LACROIX AZ, SPERTUS JA, HECHT J. Five-year prospective study of the effects of anxiety and depression in patients with coronary artery disease. *Am J Cardiol*. 2000 Nov 15;86(10):1135-8, A6, A9.
- 22- PENNINX BW, BEEKMAN AT, HONIG A, DEEG DJ, SCHOEVEERS RA, VAN EIJK JT, VAN TILBURG W. Depression and cardiac mortality: results from a community-based longitudinal study. *Arch Gen Psychiatry*. 2001 Mar;58(3):221-7.
- 23- CARNEY RM, BLUMENTHAL JA, CATELLIER D, FREEDLAND KE, BERKMAN LF, WATKINS LL, CZAJKOWSKI SM, HAYANO J, JAFFE AS. Depression as a risk factor for mortality after acute myocardial infarction. *Am J Cardiol*. 2003 Dec 1;92(11):1277-81.
- 24- WATKINS LL, KOCH GG, SHERWOOD A, BLUMENTHAL JA, DAVIDSON JR, O'CONNOR C, SKETCH MH. Association of anxiety and depression with all-cause mortality in individuals with coronary heart disease. *J Am Heart Assoc*. 2013 Mar 19;2(2):e000068.
- 25- PARK M, KATON WJ, WOLF FM. Depression and risk of mortality in individuals with diabetes: a meta-analysis and systematic review. *Gen Hosp Psychiatry*. 2013 May-Jun;35(3):217-25.
- 26- UNUTZER J, PATRICK DL, DIEHR P, SIMON G, GREMBOWSKI D, KATON W. Quality adjusted life years in older adults with depressive symptoms and chronic medical disorders. *Int Psychogeriatr*. 2000 Mar;12(1):15-33.
- 27- WITTCHEN HU. Generalized anxiety disorder: prevalence, burden, and cost to society. *Depress Anxiety*. 2002;16(4):162-71.
- 28- SPITZER RL, KROENKE K, LINZER M, HAHN SR, WILLIAMS JB, DEGRUY FV 3rd, BRODY D, DAVIES M. Health-related quality of life in primary care patients with mental

- disorders. Results from the PRIME-MD 1000 Study. *JAMA*. 1995 Nov 15;274(19):1511-7.
- 29- DUMESNIL H, CORTAREDONA S, VERDOUX H, SEBBAH R, PARAPONARIS A, VERGER P. General practitioners' choices and their determinants when starting treatment for major depression: a cross sectional, randomized case-vignette survey. *PLoS One*. 2012;7(12):e52429.
- 30- KOVESH-MASFETY V, ALONSO J, BRUGHA TS, ANGERMEYER MC, HARO JM, SEVILLADIEDIEU C; ESEMeD/MHEDEA 2000 Investigators. Differences in lifetime use of services for mental health problems in six European countries. *Psychiatr Serv*. 2007 Feb;58(2):213-20.
- 31- VERDOUX H, BEGAUD B. Rapport sur le bon usage des médicaments psychotropes. Paris: Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé; 2006, <http://www.assemblee-nationale.fr/12/rap-off/i3187.asp>.
- 32- OLIE JP, ELOMARI F, SPADONE C, LEPINE JP. Antidepressants consumption in the global population in France. *Encephale*. 2002 Sep-Oct;28(5 Pt 1):411-7.
- 33- GASQUET I, NEGRE-PAGES L, FOURRIER A, NACHBAUR G, EL-HASNAOUI A, KOVESH V, LEPINE JP. Psychotropic drug use and mental psychiatric disorders in France; results of the general population ESEMeD/MHEDEA 2000 epidemiological study. *Encephale*. 2005 Mar-Apr;31(2):195-206.
- 34- ALONSO J, ANGERMEYER MC, BERNERT S, BRUFFAERTS R, BRUGHA TS, BRYSON H, DE GIROLAMO G, GRAAF R, DEMYTTENAERE K, GASQUET I, HARO JM, KATZ SJ, KESSLER RC, KOVESH V, LEPINE JP, ORMEL J, POLIDORI G, RUSSO LJ, VILAGUT G, ALMANSA J, ARBABZADEH-BOUCHEZ S, AUTONELL J, BERNAL M, BUIST-BOUWMAN MA, CODONY M, DOMINGO-SALVANY A, FERRER M, JOO SS, MARTINEZ-ALONSO M, MATSCHINGER H, MAZZI F, MORGAN Z, MOROSINI P, PALACIN C, ROMERA B, TAUB N, VOLLEBERGH WA; ESEMeD/MHEDEA 2000 Investigators, European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) Project. Disability and quality of life impact of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand Suppl*. 2004;(420):38-46.
- 35- WEDEGAERTNER F, ARNHOLD-KERRI S, SITTARO NA, BLEICH S, GEYER S, LEE WE. Depression- and anxiety-related sick leave and the risk of permanent disability and

- mortality in the working population in Germany: a cohort study. *BMC Public Health*. 2013 Feb 17;13:145.
- 36- SIMON G, ORMEL J, VONKORFF M, BARLOW W. Health care costs associated with depressive and anxiety disorders in primary care. *Am J Psychiatry*. 1995 Mar;152(3):352-7.
- 37- KATON WJ, LIN E, RUSSO J, UNUTZER J. Increased medical costs of a population-based sample of depressed elderly patients. *Arch Gen Psychiatry*. 2003 Sep;60(9):897-903.
- 38- FENINA A, GEFFROY Y, MINC C, RENAUD T, SARLON E, SERMET C. Les dépenses de prévention et les dépenses de soins par pathologie en France. Questions d'économie de la santé, vol. 504. *Irdes*. 2006.
- 39- DOCHERTY JP. Barriers to the diagnosis of depression in primary care. *J Clin Psychiatry*. 1997;58 Suppl 1:5-10. Review.
- 40- BIJL RV, RAVELLI A. Psychiatric morbidity, service use, and need for care in the general population: results of The Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study. *Am J Public Health*. 2000 Apr;90(4):602-7.
- 41- HARMAN JS, VEAZIE PJ, LYNESS JM. Primary care physician office visits for depression by older Americans. *J Gen Intern Med*. 2006 Sep;21(9):926-30.
- 42- MERCIER A, KERHUEL N, STALNIKIEWITZ B, AULANIER S, BOULNOIS C, BECRET F, CZERNICHOW P. Obstacles to effective treatment of depression. A general practitioners' postal survey in the north-west region of France. *Encephale*. 2010 Jun;36 Suppl 2:D73-82.
- 43- HEGERL U, ALTHAUS D, SCHMIDTKE A, NIKLEWSKI G. The alliance against depression: 2-year evaluation of a community-based intervention to reduce suicidality. *Psychol Med*. 2006 Sep;36(9):1225-33.
- 44- HENRIKSSON S, ISACSSON G. Increased antidepressant use and fewer suicides in Jämtland county, Sweden, after a primary care educational programme on the treatment of depression. *Acta Psychiatr Scand*. 2006 Sep;114(3):159-67.
- 45- ALMEIDA OP, PIRKIS J, KERSE N, SIM M, FLICKER L, SNOWDON J, DRAPER B, BYRNE G, GOLDNEY R, LAUTENSCHLAGER NT, STOCKS N, ALFONSO H, PFAFF JJ. A randomized trial to reduce the prevalence of depression and self-harm behavior in older primary care patients. *Ann Fam Med*. 2012 Jul-Aug;10(4):347-56.

- 46- BARKOW K, HEUN R, USTUN TB, BERGER M, BERMEJO I, GAEBEL W, HARTER M, SCHNEIDER F, STIEGLITZ RD, MAIER W. Identification of somatic and anxiety symptoms which contribute to the detection of depression in primary health care. *Eur Psychiatry*. 2004 Aug;19(5):250-7.
- 47- NISENSEN LG, PEPPER CM, SCHWENK TL, COYNE JC. The nature and prevalence of anxiety disorders in primary care. *Gen Hosp Psychiatry*. 1998 Jan;20(1):21-8.
- 48- DIMATTEO MR, LEPPER HS, CROGHAN TW. Depression is a risk factor for noncompliance with medical treatment: meta-analysis of the effects of anxiety and depression on patient adherence. *Arch Intern Med*. 2000 Jul 24;160(14):2101-7.
- 49- CIECHANOWSKI PS, KATON WJ, RUSSO JE. Depression and diabetes: impact of depressive symptoms on adherence, function, and costs. *Arch Intern Med*. 2000 Nov 27;160(21):3278-85.
- 50- CIECHANOWSKI PS, KATON WJ, RUSSO JE, HIRSCH IB. The relationship of depressive symptoms to symptom reporting, self-care and glucose control in diabetes. *Gen Hosp Psychiatry*. 2003 Jul-Aug;25(4):246-52.
- 51- McGRADY A, MCGINNIS R, BADENHOP D, BENTLE M, RAJPUT M. Effects of depression and anxiety on adherence to cardiac rehabilitation. *J Cardiopulm Rehabil Prev*. 2009 Nov-Dec;29(6):358-64.
- 52- ANDA RF, WILLIAMSON DF, ESCOBEDO LG, MAST EE, GIOVINO GA, REMINGTON PL. Depression and the dynamics of smoking. A national perspective. *JAMA*. 1990 Sep 26;264(12):1541-5.
- 53- LUOMA JB, MARTIN CE, PEARSON JL. Contact with mental health and primary care providers before suicide: a review of the evidence. *Am J Psychiatry*. 2002 Jun;159(6):909-16.
- 54- Office parlementaire d'Evaluation des Politiques de Santé Rapport sur le bon usage des médicaments psychotropes. 2006. <http://www.assemblee-nationale.fr/12/rap-off/i3187.asp>
- 55- VAN WEEL-BAUMGARTEN EM. Research report 'the appropriate prescribing of antidepressants in general practice': who is better served by more diagnoses and more antidepressants?. *Ned Tijdschr Geneeskd*. 2006 Jun 10;150(23):1275-7.

- 56-BRIFFAULT X, MORVAN Y, ROUILLON F, DARDENNES R, LAMBOY B. Use of services and treatment adequacy of major depressive episodes in France. *Encephale*. 2010 Jun;36 Suppl 2:D48-58.
- 57-PARQUET PJ. Itinéraire des déprimés, réflexion sur leurs trajectoires en France. *Rapport d'experts*. 2001.
- 58-SCHUMANN I, SCHNEIDER A, KANTERT C, LOWE B, LINDE K. Physicians' attitudes, diagnostic process and barriers regarding depression diagnosis in primary care: a systematic review of qualitative studies. *Fam Pract*. 2012 Jun;29(3):255-63.
- 59-FLEURY MJ, IMBOUA A, AUBE D, FARAND L, LAMBERT Y. General practitioners' management of mental disorders: a rewarding practice with considerable obstacles. *BMC Fam Pract*. 2012 Mar 16;13:19.
- 60-CARNEY PA, RHODES LA, ELIASSEN MS, BADGER LW, RAND EH, NEISWENDER C, OWEN M, DIETRICH AJ. Variations in approaching the diagnosis of depression: a guided focus group study. *J Fam Pract*. 1998 Jan;46(1):73-82.
- 61-ZIGMOND A, SNAITH R. The hospital anxiety depression scale. *Acta Psychiatr Scand*. 1983; 67: 361-370.
- 62-WILKINSON MJ et BARCZAK P. Psychiatric screening in general practice: comparison of the general health questionnaire and the hospital anxiety depression scale. *J R Coll Gen Pract*. 1988 Jul;38(312):311-3.
- 63-BJELLAND I, DAHL AA, HAUG TT, NECKELMANN D. The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale. An updated literature review. *J Psychosom Res*. 2002 Feb;52(2):69-77
- 64-BRENNAN C, WORRALL-DAVIES A, McMILLAN D, GILBODY S, HOUSE A. The Hospital Anxiety and Depression Scale: a diagnostic meta-analysis of case-finding ability. *J Psychosom Res*. 2010 Oct;69(4):371-8.
- 65-LEPINE JP, GODCHAU M, BRUN P, LEMPERIERE T. Evaluation of anxiety and depression among patients hospitalized on an internal medicine service. *Ann Med Psychol (Paris)*. 1985 Feb;143(2):175-89.
- 66-LOWE B, SPITZER RL, GRAFE K, KROENKE K, QUENTER A, ZIPFEL S, BUCHHOLZ C, WITTE S, HERZOG W. Comparative validity of three screening questionnaires for DSM-IV depressive disorders and physicians' diagnoses. *J Affect Disord*. 2004 Feb;78(2):131-40.

- 67- SICART D. Les médecins au 1^{er} Janvier 2013. *DREES, Série Statistiques* Apr 2013. ; n°179.
- 68- PERRUCHE F, ELIE C, D'USSEL M, RAY P, THYS F, BLEICHNER G, ROY PM, SCHMIDT J, GAYET A, PATERON D, LE JOUBIOUX E, PORCHER N, GAMAND P, CLAESSENS YE. Anxiety and depression are unrecognised in emergency patients admitted to the observation care unit. *Emerg Med J*. 2011 Aug;28(8):662-5.
- 69- WITTCHEN HU, HOFER M, MEISTER W. Prevalence and recognition of depressive syndromes in German primary care settings: poorly recognized and treated? *Int Clin Psychopharmacol*. 2001 May;16(3):121-35.
- 70- TYLEE A, WALTERS P. Underrecognition of anxiety and mood disorders in primary care: why does the problem exist and what can be done? *J Clin Psychiatry*. 2007;68 Suppl 2:27-30. Review.
- 71- PIEK E, NOLEN WA, VAN DER MEER K, JOLING KJ, KOLLEN BJ, PENNINX BW, VAN MARWIJK HW, VAN HOUT HP. Determinants of (non-)recognition of depression by general practitioners: results of the Netherlands Study of Depression and Anxiety. *J Affect Disord*. 2012 May;138(3):397-404.
- 72- GOLDBERG DP, BLACKWELL B. Psychiatric illness in general practice. A detailed study using a new method of case identification. *Br Med J*. 1970 May 23;1(5707):439-43.
- 73- LECRUBIER Y. Is depression under-recognised and undertreated? *Int Clin Psychopharmacol*. 1998 Sep;13 Suppl 5:S3-6.
- 74- KROENKE K, SPITZER RL, WILLIAMS JB, MONAHAN PO, LOWE B. Anxiety disorders in primary care: prevalence, impairment, comorbidity, and detection. *Ann Intern Med*. 2007 Mar 6;146(5):317-25.
- 75- CEPOIU M, McCUSKER J, COLE MG, SEWITCH M, BELZILE E, CIAMPI A. Recognition of depression by non-psychiatric physicians--a systematic literature review and meta-analysis. *J Gen Intern Med*. 2008 Jan;23(1):25-36.
- 76- MITCHELL AJ, VAZE A, RAO S. Clinical diagnosis of depression in primary care: a meta-analysis. *Lancet*. 2009 Aug 22;374(9690):609-19.
- 77- SCHWENK TL, COYNE JC, FECHNER-BATES S. Differences between detected and undetected patients in primary care and depressed psychiatric patients. *Gen Hosp Psychiatry*. 1996 Nov;18(6):407-15.

- 78- LUCASSEN P, VAN RIJSWIJK E, VAN WEEL-BAUMGARTEN E, DOWRICK C. Making fewer depression diagnoses: beneficial for patients? *Ment Health Fam Med*. 2008 Sep;5(3):161-5.
- 79- HEGARTY K, Gunn J, BLASHKI G, GRIFFITHS F, DOWELL T, KENDRICK T. How could depression guidelines be made more relevant and applicable to primary care? A quantitative and qualitative review of national guidelines. *Br J Gen Pract*. 2009 May;59(562):e149-56.
- 80- KIRMAYER LJ, ROBBINS JM, DWORKIND M, YAFFE MJ. Somatization and the recognition of depression and anxiety in primary care. *Am J Psychiatry*. 1993 May;150(5):734-41.
- 81- GARCIA-CEBRIAN A, GANGHI P, DEMYTTENAERE K, PEVELER R. The association of depression and painful physical symptoms--a review of the European literature. *Eur Psychiatry*. 2006 Sep;21(6):379-88.
- 82- TYLEE A, GANDHI P. The importance of somatic symptoms in depression in primary care. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry*. 2005;7(4):167-76.
- 83- KROENKE K, PRICE RK. Symptoms in the community. Prevalence, classification, and psychiatric comorbidity. *Arch Intern Med*. 1993 Nov 8;153(21):2474-80.
- 84- BAIK SY, BOWERS BJ, OAKLEY LD, SUSMAN JL. The recognition of depression: the primary care clinician's perspective. *Ann Fam Med*. 2005 Jan-Feb;3(1):31-7.
- 85- JOHNSTON O, KUMAR S, KENDALL K, PEVELER R, GABBAY J, KENDRICK T. Qualitative study of depression management in primary care: GP and patient goals, and the value of listening. *Br J Gen Pract*. 2007 Nov;57(544):872-9.
- 86- BREUIL-GENIER P, GOFFETTE C. La durée des séances des médecins généralistes. *Drees, Etudes et Résultats* 2006 Apr. ; n° 481.
- 87- GILBODY S, SHELDON T, HOUSE A. Screening and case-finding instruments for depression: a meta-analysis. *CMAJ*. 2008 Apr 8;178(8):997-1003.
- 88- ROMERA I, MONTEJO ÁL, ARAGONES E, ARBESU JÁ, IGLESIAS-GARCIA C, LOPEZ S, LOZANO JA, PAMULAPATI S, YRURETAGOYENA B, GILABERTE I. Systematic depression screening in high-risk patients attending primary care: a pragmatic cluster-randomized trial. *BMC Psychiatry*. 2013 Mar 13;13:83.
- 89- GILBODY S, SHELDON T, WESSELY S. Should we screen for depression? *BMJ*. 2006 Apr 29;332(7548):1027-30.

- 90- NORTON J, DE ROQUEFEUIL G, DAVID M, BOULENGER JP, RITCHIE K, MANN A. Prevalence of psychiatric disorders in French general practice using the patient health questionnaire: comparison with GP case-recognition and psychotropic medication prescription. *Encephale*. 2009 Dec;35(6):560-9.
- 91- BAIK SY, BOWERS BJ, OAKLEY LD, SUSMAN JL. What comprises clinical experience in recognizing depression?: the primary care clinician's perspective. *J Am Board Fam Med*. 2008 May-Jun;21(3):200-10.

ANNEXES

Annexe 1 : Lettre d'informations à l'intention des patients

Annexe 2 : Recueil des données de patients

Annexe 3 : Questionnaire HAD de l'étude

Annexe 4 : Fiche de recueil médecins

Annexe 5 : Questionnaire médecins

Annexe 6 : HADS original

Annexe 7 : Liste des praticiens ayant participé à l'étude

Lettre d'information à l'attention des patients

Madame, Monsieur,

Dans le cadre d'une étude pour une thèse de doctorat en médecine générale, nous vous remercions de bien vouloir répondre à ce questionnaire anonyme ainsi qu'à quelques renseignements vous concernant.

L'étude a pour but, à terme, d'améliorer la qualité des soins en médecine générale.

Compléter le questionnaire ne devrait pas prendre plus de 5 minutes.

Une fois rempli, il est à remettre dans la boîte prévue à cet effet.

Caroline Bertin

ANNEXE 2

A propos de vous

1) Age : _____

2) Sexe : F M

3) Statut marital : Célibataire En couple Marié ou pacsé
Divorcé Veuf

4) Profession : _____

5) Etes-vous venu accompagné ? Oui Non
Par qui ? _____

6) Motif de la consultation d'aujourd'hui : _____

7) Avez-vous des antécédents d'anxiété ou dépression ?
Oui Non

ANNEXE 3

ECHELLE HAD (Hospital Anxiety and Depression scale)

Entourez la réponse qui exprime le mieux ce que vous avez éprouvé au cours de la semaine qui vient de s'écouler. Votre réaction immédiate fournira une meilleure indication de ce que vous éprouvez, qu'une réponse longuement méditée.

A. Je me sens tendu ou énervé :

3. La plupart du temps
2. Souvent
1. De temps en temps
0. Jamais

B. Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois :

0. Oui, tout autant
1. Pas autant
2. Un peu seulement
3. Presque plus

C. J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver :

3. Oui, très nettement
2. Oui, mais ce n'est pas trop grave
1. Un peu, mais cela ne m'inquiète pas
0. Pas du tout

D. Je ris facilement et vois le bon côté des choses :

0. Autant que par le passé
1. Plus autant qu'avant
2. Vraiment moins qu'avant
3. Plus du tout

E. Je me fais du souci :

3. Très souvent
2. Assez souvent
1. Occasionnellement
0. Très occasionnellement

F. Je suis de bonne humeur :

3. Jamais
2. Rarement
1. Assez souvent
0. La plupart du temps

G. Je peux rester tranquillement assis à ne rien faire et me sentir décontracté :

0. Oui, quoi qu'il arrive
1. Oui, en général
2. Rarement
3. Jamais

H. J'ai l'impression de fonctionner au ralenti :

- 3. Presque toujours
- 2. Très souvent
- 1. Parfois
- 0. Jamais

I. J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué :

- 0. Jamais
- 1. Parfois
- 2. Assez souvent
- 3. Très souvent

J. Je ne m'intéresse plus à mon apparence :

- 3. Plus du tout
- 2. Je n'y accorde pas autant d'attention que je le devrais
- 1. Il se peut que je n'y fasse plus autant attention
- 0. J'y prête autant d'attention que par le passé

K. J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place :

- 3. Oui, c'est tout à fait le cas
- 2. Un peu
- 1. Pas tellement
- 0. Pas du tout

L. Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses :

- 0. Autant qu'avant
- 1. Un peu moins qu'avant
- 2. Bien moins qu'avant
- 3. Presque jamais

M. J'éprouve des sensations soudaines de panique :

- 3. Vraiment très souvent
- 2. Assez souvent
- 1. Pas très souvent
- 0. Jamais

N. Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission de radio ou de télévision :

- 0. Souvent
- 1. Parfois
- 2. Rarement
- 3. Très rarement

Merci de votre participation.

ANNEXE 4

Fiche de recueil médecins

Patient N° ____

Accepte l'étude	N° fiche +++	Anxiété	Dépression
<input type="radio"/> N <input type="checkbox"/>		<input type="radio"/> N <input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> N <input type="checkbox"/>

Durée consultation (mn)				Diagnostic de la consultation
<10	10-15	15-20	>20	

ATCD Psy	ATCD cardiopulm	ATCD neuro	ATCD chir	ATCD autre
<input type="radio"/> N <input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> N <input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> N <input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> N <input type="checkbox"/>	

Patient N° ____

Accepte l'étude	N° fiche +++	Anxiété	Dépression
<input type="radio"/> N <input type="checkbox"/>		<input type="radio"/> N <input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> N <input type="checkbox"/>

Durée consultation (mn)				Diagnostic de la consultation
<10	10-15	15-20	>20	

ATCD Psy	ATCD cardiopulm	ATCD neuro	ATCD chir	ATCD autre
<input type="radio"/> N <input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> N <input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> N <input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> N <input type="checkbox"/>	

Questionnaire médecin

- 1) **Nom :**
- 2) **Prénom :**
- 3) **Adresse :**
- 4) **Age :**
- 5) **Sexe :** **F** **M**
- 6) **Formation :**
- 7) **Date d'installation :**
- 8) **Durée d'exercice :**
- 9) **Modalité d'exercice :**
- 10) **Activité hospitalière :**
- 11) **Types de Cs (Sur/Sans RDV) :**
- 12) **Nombre de patients de la patientèle :**
- 13) **Nombre de patients par jour :**
- 14) **Nombre d'heure par semaine :**
- 15) **Patientèle (tranches d'âge) :**

ANNEXE 6

Questionnaire HAD original

Le questionnaire HADS (de l'anglais *Hospital Anxiety and Depression Scale*)

Dans la série de questions ci-dessous, cochez la réponse qui exprime le mieux ce que vous avez éprouvé au cours de la semaine qui vient de s'écouler. Ne vous attardez pas sur la réponse à faire : votre réaction immédiate à chaque question fournira probablement une meilleure indication de ce que vous éprouvez, qu'une réponse longuement méditée.

Score	Anxiété	Score	Dépression
3 2 1 0	Je me sens tendu ou énervé : <input type="checkbox"/> la plupart du temps <input type="checkbox"/> souvent <input type="checkbox"/> de temps en temps <input type="checkbox"/> jamais	0 1 2 3	Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois <input type="checkbox"/> oui, tout autant <input type="checkbox"/> pas autant <input type="checkbox"/> un peu seulement <input type="checkbox"/> presque plus
3 2 1 0	J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver <input type="checkbox"/> oui, très nettement <input type="checkbox"/> oui, mais ce n'est pas grave <input type="checkbox"/> un peu, mais cela ne m'inquiète pas <input type="checkbox"/> pas du tout	0 1 2 3	Je ris facilement et vois le bon côté des choses <input type="checkbox"/> autant que par le passé <input type="checkbox"/> plus autant qu'avant <input type="checkbox"/> vraiment moins qu'avant <input type="checkbox"/> plus du tout
3 2 1 0	Je me fais du souci : <input type="checkbox"/> très souvent <input type="checkbox"/> assez souvent <input type="checkbox"/> occasionnellement <input type="checkbox"/> très occasionnellement	3 2 1 0	Je suis de bonne humeur : <input type="checkbox"/> jamais <input type="checkbox"/> rarement <input type="checkbox"/> assez souvent <input type="checkbox"/> la plupart du temps
0 1 2 3	Je peux rester tranquillement assis à ne rien faire et me sentir décontracté : <input type="checkbox"/> oui, quoi qu'il arrive <input type="checkbox"/> oui, en général <input type="checkbox"/> rarement <input type="checkbox"/> jamais	3 2 1 0	J'ai l'impression de fonctionner au ralenti : <input type="checkbox"/> presque toujours <input type="checkbox"/> très souvent <input type="checkbox"/> parfois <input type="checkbox"/> jamais
0 1 2 3	J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué : <input type="checkbox"/> jamais <input type="checkbox"/> parfois <input type="checkbox"/> assez souvent <input type="checkbox"/> très souvent	3 2 1 0	Je ne m'intéresse plus à mon apparence : <input type="checkbox"/> plus du tout <input type="checkbox"/> je n'y accorde pas autant d'attention que je le devrais <input type="checkbox"/> il se peut que je n'y fasse plus autant attention <input type="checkbox"/> j'y prête autant d'attention que par le passé
3 2 1 0	J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place : <input type="checkbox"/> oui, c'est tout à fait le cas <input type="checkbox"/> un peu <input type="checkbox"/> pas tellement <input type="checkbox"/> pas du tout	0 1 2 3	Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses : <input type="checkbox"/> autant qu'auparavant <input type="checkbox"/> un peu moins qu'avant <input type="checkbox"/> bien moins qu'avant <input type="checkbox"/> presque jamais
3 2 1 0	J'éprouve des sensations soudaines de panique : <input type="checkbox"/> vraiment très souvent <input type="checkbox"/> assez souvent <input type="checkbox"/> pas très souvent <input type="checkbox"/> jamais	0 1 2 3	Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission radio ou de télévision : <input type="checkbox"/> souvent <input type="checkbox"/> parfois <input type="checkbox"/> rarement <input type="checkbox"/> très rarement
	☞ Total du score pour l'anxiété		☞ Total du score pour la dépression

Chaque réponse correspond à un chiffre. En additionnant ces chiffres, on obtient un score total par colonne (anxiété et dépression). Si le score d'une colonne est supérieur ou égal à 11, cela signifie que vous souffrez d'anxiété ou de dépression (selon la colonne concernée).

ANNEXE 7 : Liste des praticiens ayant participé à l'étude

- Dr BOUJENAH Jean-Louis 14 rue Jean-Marin Naudin 92220 BAGNEUX
- Dr BUISSON Martin 14 rue Jean-Marin Naudin 92220 BAGNEUX
- Dr DUPUIS-ZIEGLER Brigitte 34 rue Broca 75005 PARIS
- Dr EMY Sylvain 5 rue Olivier Noyer 75014 PARIS
- Dr GILBERT Raphaël 46 rue Hallé 75014 PARIS
- Dr GUILBERT Michel 14 rue Jean-Marin Naudin 92220 BAGNEUX
- Dr HEUSEY Monique 19 bd Jean Jaurès 91290 ARPAJON
- Dr HORWITZ Monique 26 rue de l'Université 75007 PARIS
- Dr MODOVSKI Christian 45 rue du Caire 75002 PARIS
- Dr NOEL Frédérique 10 rue Ernest Cresson 75014 PARIS
- Dr PERRUCHE Franck 46 rue Hallé 75014 PARIS
- Dr PINOT Jean-Marc 38 allée des Frères Voisins 75015 PARIS
- Dr WORMSER Laurent 45 rue du Caire 75002 PARIS

RESUME

Contexte

L'anxiété et la dépression sont des problèmes de santé publique. Ces troubles sont fréquents et il est indispensable de les diagnostiquer. Le diagnostic se fait principalement par les médecins généralistes et se base sur leur intuition.

Objectif

L'objectif principal était d'établir la sensibilité et la spécificité des médecins généralistes dans la détection de l'anxiété et de la dépression, quelque soit le motif de consultation.

Méthodes

Les médecins participants étaient des maitres de stage.

Etaients inclus tous les patients majeurs consultant au cabinet des médecins participants à l'étude, pendant 2 jours. Etaients exclus les patients mineurs, non francophones, incapables mentaux, ainsi que les patients ne sachant pas lire ou écrire.

Les résultats du questionnaire HADS ont été comparés à la détection des symptômes anxieux et dépressifs par les médecins. Les médecins ne connaissaient pas les résultats de l'HADS.

Résultats

L'étude a porté sur 206 patients de treize médecins généralistes. La prévalence de l'anxiété était de 56% et celle de la dépression de 21%. En ce qui concerne l'anxiété, la sensibilité de détection des médecins était de 58% et la spécificité de 69%. En ce qui concerne la dépression, la sensibilité de détection des médecins était de 46% et la spécificité de 84%.

Conclusion

Nos résultats confirment l'importante prévalence des troubles anxieux et dépressifs en soins primaires. Ils montrent également la difficulté qu'ont les médecins généralistes à détecter ces troubles.

Mots clés : médecine générale ; dépression ; anxiété ; HADS



15 Rue de l'école de médecine