



HAL
open science

L'utilisation des échelles psychiatriques dans la prise en charge du patient dépressif par les médecins généralistes

Benoît Tournant

► **To cite this version:**

Benoît Tournant. L'utilisation des échelles psychiatriques dans la prise en charge du patient dépressif par les médecins généralistes. Médecine humaine et pathologie. 2015. dumas-01293346

HAL Id: dumas-01293346

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01293346v1>

Submitted on 24 Mar 2016

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.

**UNIVERSITÉ DE PICARDIE JULES VERNE
FACULTÉ DE MÉDECINE D'AMIENS**

ANNÉE 2015 N° 135

**L'UTILISATION DES ÉCHELLES PSYCHIATRIQUES
DANS LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT DÉPRESSIF
PAR LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES**

**THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
Médecine Générale**

Présentée et soutenue publiquement le lundi 5 octobre 2015

Par **Monsieur Benoît TOURNANT**

Président de Jury : **Monsieur le Professeur Jean-Marc GUILÉ**

Juges : **Monsieur le Professeur Christian MILLE**

Madame le Professeur Cécile MAZIÈRE

Monsieur le Docteur Maxime GIGNON

Directeur : **Monsieur le Docteur Cyrille GUILLAUMONT**

A mon président de jury,

Monsieur le Professeur Jean-Marc GUILÉ
Professeur des Universités – Praticien Hospitalier
(Pédopsychiatrie)
Coordonnateur régional du DES de psychiatrie

Vous me faites l'honneur de présider ce jury,
Recevez mes sincères remerciements et le témoignage de ma profonde considération.

A mon juge,

Monsieur le Professeur Christian MILLE
Professeur des Universités – Praticien Hospitalier
(Pédopsychiatrie)
Pôle « Femme, Couple, Enfant »

Vous me faites l'honneur d'examiner ce travail,
Recevez à cette occasion mes sincères remerciements.

A ma juge,

Madame le Professeur Cécile MAZIÈRE
Professeur des Universités – Praticien Hospitalier
(Biochimie et biologie moléculaire)
Pôle « Biologie, pharmacie et santé des populations »

Vous me faites l'honneur de juger ce travail,
Soyez assurée de mon profond respect.

A mon juge,

Monsieur le Docteur Maxime GIGNON
Maître de Conférences des Universités – Praticien Hospitalier
Epidémiologie, économie de la santé

Vous me faites l'honneur de siéger parmi les membres de ce jury,
Veuillez trouver ici le témoignage de ma plus grande reconnaissance.

A mon directeur de thèse,

Monsieur le Docteur Cyrille GUILLAUMONT

Praticien hospitalier

(Psychiatrie)

Chef de service du secteur 80 G01

Chef de pôle psychiatrie adulte sud

Je vous adresse mes sincères remerciements pour votre disponibilité, pour votre bienveillance
et pour l'intérêt que vous avez porté à mon travail en acceptant de le diriger.

Vos précieux conseils et votre expertise m'ont aidé à mener ma réflexion et guidé tout au long
de la rédaction de ma thèse.

A mes parents, qui m'ont toujours soutenu et encouragé.
Je vous dois beaucoup dans la réussite de mon parcours professionnel.

A ma sœur Alix, merci pour ton soutien et ta bienveillance.

A Fabio.

A mon frère François-Xavier, merci pour tout ce que tu m'as apporté.

A Faouzia et à mon neveu, Nathan.

A Gaëlle, qui m'a encouragé durant la réalisation de ce travail.

Merci pour ton aide et ton implication.

A mes amis, merci pour tous les bons moments partagés avec vous.

Aux médecins rencontrés pendant mon parcours.

Vous m'avez fait bénéficier de votre expérience et de vos connaissances.

Vous m'avez conforté dans mon choix de la médecine générale.

Merci aux médecins généralistes qui ont participé à cette étude.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	13
MATÉRIELS ET MÉTHODES	17
I. Epidémiologie	17
A. La prévalence	17
B. La prévalence en fonction du sexe	17
C. La prévalence en fonction de l'âge	18
D. L'impact socio-économique	18
II. L'épisode dépressif caractérisé	19
A. La CIM-10	19
B. Le DSM-V	20
III. Les critères de gravité	22
IV. Les comorbidités de l'épisode dépressif caractérisé	22
A. Les troubles anxieux	22
B. Les addictions	22
V. Les échelles psychiatriques de la maladie dépressive	23
VI. Revue de littérature	25
A. La fiabilité des échelles	25
B. L'utilisation des échelles	25
VII. Méthode de l'étude	27
A. Les objectifs de l'étude	27
B. La structure de l'étude	27
C. La population-cible	27
D. Le questionnaire	27
RÉSULTATS	29
I. L'utilisation des échelles chez les médecins généralistes	29
II. Les caractéristiques de la population étudiée	30
A. Le sexe et l'âge	30
B. Le type d'installation	31
C. Comparaison des deux groupes de médecins	32
III. Résultats chez les médecins qui utilisent les échelles	34
A. Fréquence d'utilisation des échelles	34
B. L'utilisation des échelles lors de la démarche diagnostique	35

C. L'utilisation des échelles lors du suivi de la dépression	36
D. L'utilisation des échelles selon les différentes formes cliques de dépression	37
E. Les différents types d'échelles utilisées par les médecins généralistes	38
F. La cotation lors de l'utilisation des échelles	39
G. L'utilisation d'échelles en dehors de la dépression	39
IV. Résultats chez les médecins qui n'utilisent pas les échelles	40
A. La connaissance des échelles par les médecins	40
B. Les arguments avancés par les médecins	41
C. L'intérêt éventuel des médecins pour les échelles en fonction de la situation clinique	42
D. L'intérêt éventuel des médecins pour les échelles en fonction des étapes de la prise en charge de la dépression	43
E. La cotation CCAM « test d'évaluation d'une dépression »	44
F. L'utilisation d'échelles d'évaluation en dehors de la dépression	45
DISCUSSION	47
I. Les caractéristiques des médecins interrogés	47
II. L'utilisation des échelles psychiatriques par les médecins généralistes	48
A. L'analyse des résultats	48
B. Les intérêts des échelles	49
III. Les médecins n'utilisant pas les échelles psychiatriques	50
A. La connaissance des échelles psychiatriques	50
B. Les obstacles à l'utilisation des échelles en consultation de médecine générale	51
1. Le caractère chronophage	51
2. L'altération de la relation médecin-malade	52
3. La méconnaissance des échelles	52
4. Le défaut de fiabilité intrinsèque des échelles	52
IV. L'utilisation de tests d'évaluation en dehors de la dépression	52
V. Les biais de l'étude	53
A. La puissance de l'étude	53
B. Le biais de recrutement et de sélection	53
C. Le biais de mesure et de recueil de l'information	54
D. Le biais des non-réponses	54
E. Le biais de mémorisation	54
VI. Perspectives	54
CONCLUSION	57
BIBLIOGRAPHIE	59

ANNEXE 1 : Le questionnaire	62
ANNEXE 2 : L'échelle d'Hamilton	66
ANNEXE 3 : L'échelle de Beck	69
ANNEXE 4 : L'échelle HAD	71
ANNEXE 5 : L'échelle MADRS	73
ANNEXE 6 : L'échelle GDS	76
SERMENT D'HIPPOCRATE	77

TABLE DES FIGURES ET TABLEAUX

<u>Figure 1</u> : L'utilisation des échelles psychiatriques de la dépression par les médecins généralistes de Picardie.....	29
<u>Figure 2</u> : Le sexe et l'âge de la population étudiée.....	30
<u>Figure 3</u> : Le type d'installation de la population étudiée.....	31
<u>Figure 4</u> : La fréquence d'utilisation des échelles psychiatriques de la dépression chez les médecins généralistes de Picardie.....	34
<u>Figure 5</u> : L'utilisation des échelles de la dépression lors de la démarche diagnostique des médecins généralistes de Picardie.....	35
<u>Figure 6</u> : L'utilisation des échelles lors du suivi de la dépression par les médecins généralistes de Picardie.....	36
<u>Figure 7</u> : L'utilisation des échelles psychiatriques de la dépression selon ses différentes formes cliniques chez les médecins généralistes de Picardie.....	37
<u>Figure 8</u> : Les différents types d'échelles psychiatriques de la dépression utilisées par les médecins généralistes de Picardie.....	38
<u>Figure 9</u> : La connaissance des échelles psychiatriques de la dépression dans le groupe des médecins généralistes de Picardie qui ne les utilisaient pas.....	40
<u>Figure 10</u> : Les arguments avancés par les médecins généralistes de Picardie n'utilisant pas les échelles psychiatriques de la dépression.....	41
<u>Figure 11</u> : Les situations cliniques qui semblaient les plus intéressantes aux médecins généralistes de Picardie pour l'utilisation des échelles psychiatriques de la dépression.....	42
<u>Figure 12</u> : Les étapes de la prise en charge qui intéresseraient les médecins généralistes de Picardie pour l'utilisation des échelles psychiatriques de la dépression.....	44
<u>Tableau 1</u> : Prévalence de l'épisode dépressif caractérisé au cours des douze derniers mois au sein de la population française à partir des Baromètres santé 2010.....	18
<u>Tableau 2</u> : Comorbidités de l'épisode dépressif caractérisé - enquête SMPG.....	23
<u>Tableau 3</u> : Comparaison de l'utilisation des échelles psychiatriques selon le sexe, l'âge et le type d'installation.....	32
<u>Tableau 4</u> : Comparaison des 2 groupes de médecins en fonction du sexe, de l'âge et du type d'installation.....	33
<u>Tableau 5</u> : L'utilisation de tests d'évaluation en dehors de la dépression.....	45

INTRODUCTION

La bonne santé mentale est un état de bien-être dans lequel la personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et fructueux et contribuer à la vie de sa communauté. (1) La majorité des troubles psychiatriques sont de type dépressif ou anxieux. A côté de ces patients qui répondent à un diagnostic précis, d'autres présentent des symptômes peu sévères mais également associés à une détresse psychologique et à une incapacité élevée.

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) estime, en 2006, que sur les 800 millions d'Européens, 100 millions souffrent d'anxiété et de dépression. La dépression serait la troisième charge de morbidité en Europe, constituant actuellement un problème préoccupant de santé publique, avec des conséquences économiques et sociales importantes. (2) Le plus souvent, cet état dépressif est à intégrer dans un tableau polymorphe et polypathologique, et le patient dépressif s'adressera en premier lieu à son médecin généraliste.

C'est donc souvent à ce dernier d'identifier ces patients, de les prendre en charge et d'organiser leur suivi. Le médecin spécialiste en médecine générale, au centre du système de prise en charge des patients, occupe une place clé dans le diagnostic et la prise en charge de cette maladie. Ce sont les généralistes, médecins de premier recours, qui prennent soin de la plupart des patients dépressifs. En moyenne, la prise en charge ambulatoire des patients déprimés reste assurée dans plus de 70 % des cas par des généralistes.

Plusieurs études européennes montrent que seule la moitié des patients ayant un trouble psychiatrique est détectée par le médecin généraliste. (3) Mais en France, la durée de consultation et l'écoute du patient permettent au médecin généraliste de détecter plus de la moitié des cas. (4) Il reste encore une marge d'amélioration quant au dépistage de ces pathologies.

A contrario, il existe un risque de surdiagnostic : près de la moitié des patients traités par anxiolytiques ou antidépresseurs ne remplissent pas les critères diagnostiques de dépression majeure ou de trouble anxieux généralisé. (4) Ceci illustre le paradoxe français : beaucoup de médicaments à visée antidépressive sont distribués alors même que la pathologie dépressive reste sous-diagnostiquée.

Plus le diagnostic de dépression est précoce, plus les conséquences de la maladie seront maîtrisées. Les comorbidités seront moindres et mieux prises en charge et l'impact socio-économique sera réduit, notamment en réduisant le nombre de jours d'arrêt de travail liés à la dépression. Le diagnostic précoce permet donc une amélioration en matière de santé publique et influe également sur un plan économique.

Dans ce contexte, face à une maladie difficile à diagnostiquer, suivre et traiter, il existe depuis quelques années la notion de consultation dédiée, soumise à une nomenclature particulière : « l'évaluation d'un épisode dépressif par échelle psychiatrique (MADRS, BECK, MMPI, STAI) » répond à cette appellation. Il s'agit d'un acte rémunéré à 69,12 euro. (5)

L'utilisation de ces échelles semble présenter un net intérêt. Elles aident à la confirmation diagnostique et participent donc probablement à la réduction du sous-diagnostic. Elles permettent aussi de quantifier l'intensité et la sévérité d'un épisode dépressif, ce qui est un des facteurs importants à prendre en compte pour décider d'un éventuel traitement. Elles permettent également une évaluation de l'évolution de la maladie sous traitement.

Si elles ne constituent pas le point clé de la prise en charge de la maladie, les échelles pourraient, dans de nombreux cas, aider à évoquer cette pathologie, structurer un entretien, donner un repère objectif pour suivre l'évolution de la pathologie, éviter de débiter un traitement inadapté. En outre, ces échelles permettent un langage conjoint entre les différents intervenants de la prise en charge.

Depuis 2010, l'Assurance Maladie met à la disposition des médecins généralistes deux questionnaires, réalisés à partir de la définition de la CIM-10 (classification internationale des maladies, 10^{ème} révision) pour l'un et du DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4^{ème} révision) pour l'autre. (6, 7) Ces questionnaires reprennent point par point les items afin de confirmer le diagnostic d'épisode dépressif caractérisé (EDC) et également d'en évaluer la sévérité. La parution de ces fiches témoigne du besoin évident d'un outil diagnostique pour aider les médecins généralistes dans leur pratique courante, notamment par rapport à l'appréciation de la sévérité dont découle le traitement.

De plus, pour les patients qui n'acceptent pas le diagnostic de dépression, il n'est pas rare qu'un résultat positif à une échelle psychiatrique ébranle leur conviction et permette d'ouvrir une porte sur le traitement. (8)

Le choix du test se fait en fonction des préférences du médecin, de ses habitudes et de la faisabilité au cabinet. Dans tous les cas, le test retenu permettra de jauger l'intensité de l'épisode et sera utile pour la décision thérapeutique et l'évaluation de l'efficacité du traitement.

La dépression est une des pathologies psychiatriques les plus fréquemment rencontrées en soins primaires. Elle est souvent associée à des comorbidités et parfois à de lourds handicaps secondaires. Elle est encore sous-diagnostiquée. Les outils qui sont à notre disposition sont pourtant nombreux et permettent de poser un diagnostic fiable selon le DSM-V (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5^{ème} révision), tout en réduisant le risque de surdiagnostic.

Notre étude s'intéressait à la capacité des médecins généralistes à intégrer les échelles psychiatriques dans la prise en charge de leurs patients présentant un épisode dépressif.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

I. Epidémiologie

A. La prévalence

La dépression est une des pathologies psychiatriques les plus fréquentes en France. (9) En 2005, l'étude ANADEP menée auprès des Français de 15 à 75 ans par l'INPES retrouvait une prévalence des épisodes dépressifs caractérisés (EDC) de 5 % sur un an et de 17,8 % sur une vie entière. (10)

Ces chiffres sont similaires à ceux retrouvés dans l'étude ESEMed menée entre 2001 et 2003 en Europe qui montrait une prévalence de 6 % sur une année et de 21,4 % sur une vie entière. (11)

Au niveau international, notamment aux Etats-Unis, la prévalence est équivalente à celle de la France. Les deux grandes études américaines ECA (Epidemiological Catchment Area) et NCS (National Comorbidity Survey) retrouvaient respectivement des prévalences de 4,9 % et 17,1 %.

B. La prévalence en fonction du sexe

Les femmes sont plus touchées que les hommes par les troubles dépressifs. En effet, à âge, formation, situation conjugale et professionnelle identiques, une femme présente entre 1,5 et 2 fois plus de risque qu'un homme de vivre un épisode dépressif.

Dans l'étude ANADEP, la prévalence sur une vie est de 23,5 % pour les femmes, contre 12 % pour les hommes. (10)

Les causes de cette différence ne sont pas clairement établies. Selon certains auteurs, le rôle social des femmes serait source de stress et de dépression, tandis que pour d'autres, la dépression serait sous-diagnostiquée chez les hommes.

Dans l'enquête SMPG, (12) un tiers des hommes jugent qu'une personne dépressive est « responsable de sa dépression », contre un quart des femmes. Cela viendrait appuyer l'idée qu'il est plus dévalorisant pour un homme de se reconnaître soi-même comme dépressif, d'où une sous-déclaration potentielle lors des enquêtes.

C. La prévalence en fonction de l'âge

La maladie dépressive débute souvent chez les patients jeunes puisque la moitié des premiers épisodes se situent entre 19 et 38 ans avec une moyenne autour de 30 ans. (10)

La prévalence est la plus faible chez les 20-24 ans (3,1 %) puis augmente progressivement, avec un taux important entre 50 et 64 ans (11,7 %). La prévalence diminue après 65 ans, elle est de 4,8 % chez les 65-75 ans.

Tableau 1 : Prévalence de l'épisode dépressif caractérisé au cours des douze derniers mois au sein de la population française à partir des Baromètres santé 2010. (13)

	Femmes	Hommes	Ensemble
Total 15-75 ans	10,0 %	5,6 %	7,8 %
15-19 ans	9,3 %	3,7 %	6,4 %
20-34 ans	13,2 %	7,0 %	10,1 %
35-54 ans	10,7 %	7,3 %	9,0 %
55 -75 ans	6,6 %	2,6 %	4,7 %

D. L'impact socio-économique

Vivre une période de dépression prolongée entrave l'insertion professionnelle, en provoquant une perte de la confiance en soi, une gêne relationnelle, une diminution de l'énergie. En retour, vivre une situation d'exclusion aggrave les risques de connaître un épisode dépressif. En effet, l'activité professionnelle n'est pas seulement un moyen de subsistance, elle est aussi une instance d'intégration, productrice de lien social.

Le risque de trouble dépressif diminue lorsque le niveau de diplôme augmente. (12) Le risque d'avoir un épisode dépressif est de 1,3 à 1,4 fois plus élevé chez un titulaire du seul baccalauréat que chez un diplômé du supérieur. L'écart est du même ordre entre une personne sans diplôme et un bachelier. Situation professionnelle et niveau social sont donc étroitement liés au risque d'épisode dépressif.

La proportion de dépressifs est plus importante chez les personnes ayant un faible niveau de revenus (12,4 % lorsque le revenu mensuel est inférieur à 450 euros). (10) On note de grandes disparités selon la catégorie socioprofessionnelle, avec une prévalence de 12,3 % chez les chômeurs, de 10 % chez les femmes cadres, alors qu'elle n'est que de 1 % chez les

agriculteurs par exemple. (10) Chez les hommes au chômage, la prévalence de la dépression serait doublée par rapport à celle de la population générale. (14) A l'inverse, la fréquence de la maladie diminue dans les populations à hauts revenus et avec un niveau d'éducation supérieur. Par exemple, chez les hommes n'ayant pas été scolarisés, la prévalence était de 17 % contre 7,5 % chez ceux ayant un niveau supérieur au baccalauréat.

II. L'épisode dépressif caractérisé

Il existe à l'heure actuelle deux classifications des troubles mentaux reconnues par les experts internationaux : la CIM-10 et le DSM-V. (15) À l'origine, la CIM-10 était une « classification des causes de décès ». La révision en a été confiée à l'OMS en 1945, qui a introduit la morbidité en 1948 pour en faire « une classification statistique internationale des maladies, traumatismes et causes de décès ». Le DSM a été créé en 1952 par l'APA (American Psychiatric Association). Il ne porte que sur les maladies mentales, et non sur l'ensemble des maladies. La classification est régulièrement révisée, le DSM-V est disponible depuis mai 2013.

Les critères de ces classifications peuvent notamment permettre de différencier un épisode dépressif caractérisé d'un trouble bipolaire.

A. La CIM-10

Selon la CIM-10, la dépression est définie par la présence d'un nombre minimum de symptômes (critères de sévérité) durant les quinze derniers jours (critères de durée). Le diagnostic d'épisode dépressif est porté en présence des critères généraux et d'au moins 4 symptômes, (2 symptômes de la liste B et au moins 2 symptômes de la liste C ; ou 3 symptômes de la liste B et au moins 1 symptôme de la liste C).

Les critères de la CIM-10 :

A. Critères généraux (obligatoires) :

G1. L'épisode dépressif doit persister au moins 2 semaines.

G2. Absence de symptômes hypomaniaques ou maniaques répondant aux critères d'un épisode maniaque ou hypomaniaque à un moment quelconque de la vie du sujet.

G3. Critères d'exclusion les plus couramment utilisés : l'épisode n'est pas imputable à l'utilisation d'une substance psychoactive ou à un trouble mental organique.

B. Présence d'au moins 2 des 3 symptômes suivants :

1. Humeur dépressive à un degré nettement anormal pour le sujet, présente pratiquement toute la journée et presque tous les jours, dans une large mesure non influencée par les circonstances, et persistant pendant au moins 2 semaines.
2. Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour des activités habituellement agréables.
3. Réduction de l'énergie ou augmentation de la fatigabilité.

C. Présence d'au moins 1 des 7 symptômes suivants, pour atteindre un total d'au moins 4 symptômes :

1. Perte de la confiance en soi ou de l'estime de soi.
2. Sentiments injustifiés de culpabilité excessive ou inappropriée.
3. Pensées de mort ou idées suicidaires récurrentes, ou comportement suicidaire de n'importe quel type.
4. Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer (signalée par le sujet ou observée par les autres), se manifestant, par exemple, par une indécision ou des hésitations.
5. Modification de l'activité psychomotrice, caractérisée par une agitation ou un ralentissement (signalés ou observés).
6. Perturbations du sommeil de n'importe quel type.
7. Modification de l'appétit (diminution ou augmentation) avec variation pondérale correspondante.

B. Le DSM-V

Selon le DSM-V, un EDC se caractérise par une humeur dépressive ou une perte d'intérêt ou de plaisir généralisée pendant au moins deux semaines consécutives. Cet état persiste pratiquement toute la journée et presque chaque jour. L'EDC est avéré si durant cette période apparaissent aussi plusieurs (au moins 4) symptômes, tels qu'une fatigue, un ralentissement psychomoteur, une modification d'appétit ou de poids, une insomnie, des difficultés de concentration ou de prise de décisions, des sentiments de dévalorisation ou de culpabilité et des idées de mort récurrentes ou des tentatives de suicide, et qu'ils entraînent une perturbation des activités habituelles (retentissement).

Les critères du DSM-V :

A. Au moins 5 des symptômes suivants doivent avoir été présents pendant une même période d'une durée de 2 semaines et avoir représenté un changement par rapport au fonctionnement antérieur ; au moins 1 des symptômes est soit une humeur dépressive, soit une perte d'intérêt ou de plaisir.

1. Humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, presque tous les jours, signalée par le sujet ou observée par les autres (ex. pleurs).
2. Diminution marquée de l'intérêt et du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités pratiquement toute la journée, presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).
3. Perte ou gain de poids significatif en l'absence de régime (ex. modification du poids corporel en 1 mois excédant 5 %), ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours.
4. Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours.
5. Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours (constatés par les autres, non limités à un sentiment subjectif de fébrilité ou de ralentissement intérieur).
6. Fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours.
7. Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée (qui peut être délirante) presque tous les jours (pas seulement se faire grief ou se sentir coupable d'être malade).
8. Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).
9. Pensées de mort récurrentes (pas seulement une peur de mourir), idées suicidaires récurrentes sans plan précis ou tentative de suicide ou plan précis pour se suicider.

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

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

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

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

III. Les critères de gravité

L'EDC est qualifié de :

- Léger lorsqu'il y a peu ou pas de symptômes supplémentaires par rapport au nombre minimum nécessaire pour répondre au diagnostic (au plus 5 ou 6 symptômes). L'altération des activités professionnelles, sociales ou des relations avec autrui est seulement mineure.
- Sévère lorsque plusieurs symptômes supplémentaires par rapport au nombre nécessaire pour répondre au diagnostic sont présents. Les symptômes altèrent de façon importante les activités professionnelles, sociales et les relations avec autrui.
- Modéré lorsque la symptomatologie et l'altération des activités professionnelles, des activités sociales courantes, ou des relations avec autrui se situent entre les critères de la dépression légère et sévère.
- Sévère avec caractéristiques psychotiques lorsque l'épisode dépressif majeur sévère est associé à des idées délirantes ou des hallucinations, concordant ou non avec le trouble de l'humeur.

IV. Les comorbidités de l'EDC

A. Les troubles anxieux

Les épisodes dépressifs s'accompagnent fréquemment d'une symptomatologie anxieuse, cette dernière compliquant le cours évolutif de la dépression. (16) La prévalence sur la vie entière d'une dépression chez un patient ayant un trouble anxieux généralisé est de l'ordre de 40%.

La mise en évidence de troubles anxieux n'est pas aisée compte tenu de la proximité de certains symptômes. Cela reste néanmoins indispensable en vue d'une prise en charge médicamenteuse (la réponse à un antidépresseur en monothérapie est réduite) et psychothérapeutique adaptée afin d'éviter le risque de chronicisation ou de passage à l'acte suicidaire qui sont accrus en cas de comorbidités.

B. Les addictions

Nous retiendrons plus particulièrement l'addiction à l'alcool.

La fréquence de l'association entre dépression et addictions complique l'approche diagnostique. En effet, l'intoxication chronique modifie la présentation clinique d'une dépression, tandis que la plainte dépressive masque parfois une consommation excessive.

Chez les patients alcooliques reçus en consultation pour une aide ou une demande de sevrage, des symptômes dépressifs sont retrouvés dans 80% des cas. Et un tiers des patients dépendants à l'alcool qui consultent leur médecin généraliste présentent l'ensemble des critères de la dépression caractérisée. (17)

La consommation de cannabis est extrêmement banalisée et son usage est un facteur d'aggravation de toutes les pathologies psychiatriques. Mais le lien entre cannabis et dépression est controversé. Il n'est pas rare de diagnostiquer des décompensations dépressives à l'arrêt de la consommation de cannabis, mais également en cas de consommation excessive. (18)

Tableau 2 : Comorbidités de l'épisode dépressif caractérisé - enquête SMPG (12)

	Parmi les personnes présentant un EDC	Population française totale
Troubles anxieux	57,9 %	21,8 %
Anxiété généralisée	31,0 %	13,0 %
Troubles paniques	16,4 %	4,2 %
Phobie sociale	12,1 %	4,2 %
Agoraphobie	7,4 %	2,0 %
Addictions	13,1 %	6,2 %
Alcool	9,7 %	4,4 %
Drogues	5,8 %	2,6 %
Troubles anxieux et addictions	8,9 %	2,3 %

V. Les échelles psychiatriques de la maladie dépressive

- L'échelle d'HAMILTON ou HDRS (Hamilton Depression Rating Scale) a été établie en 1960 par un Professeur britannique, Max Hamilton, puis révisée à quatre reprises. Elle se présente sous forme d'un questionnaire à choix multiple. La première version était composée de 17 items auxquels on peut rajouter 4 items pour mieux juger de la dépression. Elle est positive pour un score supérieur ou égal à 15. La rémission de la dépression est confirmée lorsque le score est inférieur à 7.

- L'échelle MADRS (Montgomery and Asberg Depression Rating Scale) est composée de 10 items. Elle a d'abord été utilisée comme un complément à l'échelle de dépression de Hamilton, parce qu'elle serait plus sensible aux effets des antidépresseurs et autres traitements. Une forte corrélation entre les résultats des deux échelles a cependant été démontrée. Une version auto-évaluée est souvent utilisée par les médecins, avec des résultats proches de ceux obtenus par les praticiens.
- L'échelle de BECK ou BDI (Beck Depression Inventory) : il s'agit d'une échelle d'autoévaluation. Il est demandé au sujet de remplir le questionnaire en entourant une ou plusieurs réponses. Elle permet d'alerter le clinicien qui l'utilise sur les différents seuils de gravité retenus par Beck et Beamesderfer.
- L'échelle HAD (Hospital Anxiety and Depression Scale) cherche à identifier une symptomatologie anxio-dépressive et à en évaluer la sévérité, tout en excluant les items concernant les aspects somatiques. Elle comporte 14 items et elle est composée d'une partie anxiété et d'une partie dépression.
- L'échelle PHQ-9 (Patient Health Questionnaire) est une auto-évaluation en 9 points. Elle est utile en première ligne, en évaluant les neuf critères du DSM de 0 (= pas du tout) à 3 (= presque tous les jours), ce test permet également de mesurer la sévérité de l'épisode. Il existe une version courte, la PHQ-2 qui comporte uniquement deux questions. Elle est utilisée comme un outil de dépistage.
- L'échelle MDI (Major Depression Inventory) a été développée pour l'OMS par le psychiatre danois Per Bech. Il permet une auto-évaluation de la sévérité d'un trouble de l'humeur. Son résultat peut être interprété comme un "score" (sur une échelle de 0 à 50) et/ou d'après des critères de diagnostic (CIM et DSM).
- L'échelle GDS (Geriatric Depression Scale) s'adresse aux personnes âgées ne présentant pas de troubles cognitifs. Il en existe 3 versions (4, 15 ou 30 items). C'est un excellent outil de suivi après la mise sous traitement antidépresseur afin de juger son efficacité.
- L'échelle de PICHOT se rapproche de l'échelle GDS et permet de déterminer la part qu'occupe l'affect dépressif dans l'éventuel déficit cognitif chez les personnes âgées.
- L'échelle d'EDIMBOURG est composée de 10 items. Elle est utilisée dans la dépression post-partum.

VI. Revue de littérature

A. La fiabilité des échelles

En 2011, une méta-analyse regroupant 5548 articles, (lesquels couvraient une période allant de 1960 à 2008) a eu pour but de définir la fiabilité de l'échelle d'évaluation de la dépression d'Hamilton. (19)

Trois résultats ont prouvé la bonne fiabilité de l'échelle d'Hamilton :

- La cohérence interne est bonne si chacun des items utilisés permet d'obtenir la mesure du même phénomène ou les mêmes dimensions d'un test. Elle est donnée par le coefficient alpha de Cronbach et mesurée de 0 à 1 (il est admis qu'un test est fiable au dessus de 0,7). Les chiffres indiquent de bons niveaux globaux de cohérence interne avec un coefficient alpha de Cronbach à 0,789 (intervalle de confiance (IC) à 95 % 0,766 à 0,810).

- La fiabilité inter-juges (ou concordance inter-évaluateurs) mesure le degré d'accord entre différents observateurs d'un même événement. Elle est donnée par un coefficient kappa de concordance pour les données ordinales, et par le coefficient de corrélation intra-classes pour les données continues. Ceux-ci étaient de 0,937 (IC à 95 % de 0,914 à 0,954) pour le coefficient de corrélation intra-classes, et de 0,81 (IC à 95 % 0,72 à 0,88) pour le coefficient kappa.

- La fiabilité du test-retest se définit par la stabilité des mesures successives d'un même test sur un individu. Elle se situait, dans cette étude, entre 0,65 et 0,98.

En 2008, dans une étude britannique, la fiabilité des échelles de dépression a été testée dans le cadre de soins primaires en vue de l'utiliser dans la pratique clinique. (20) Suite à un entretien standardisé effectué par deux praticiens différents, les résultats ont montré, sur 84 évaluations, une bonne fiabilité inter-juges des échelles.

En 2004, une étude allemande a montré une bonne sensibilité de l'échelle PHQ-9 et la fiabilité de ce questionnaire dans le suivi thérapeutique des patients en soins primaires. (21)

B. L'utilisation des échelles

En 2010, des chercheurs américains ont étudié comment des cliniciens en soins primaires utilisent les échelles de dépression, et quelles sont les conditions de cette utilisation. (8)

L'analyse par théorisation ancrée a été utilisée pour guider la collecte et l'analyse des

données. 70 praticiens en soins primaires ont effectué 70 entretiens, puis se sont répartis en 3 groupes de discussion.

Outre leur rôle dans le dépistage, le diagnostic et le suivi thérapeutique, les cliniciens ont utilisé les échelles pour améliorer l'acceptation du diagnostic par les patients. Aucune différence n'a été trouvée dans l'utilisation des différentes échelles de dépression chez les 3 groupes de cliniciens, pas plus qu'ils n'ont préféré un outil particulier. Ils se sont plutôt tournés vers ce qui était rapidement disponible dans leur bureau ou sur leur ordinateur.

En 2010, une équipe coréenne a étudié l'utilisation des échelles de dépression par des entretiens dirigés par des psychiatres et des psychologues cliniques. (22) Les psychologues se servaient significativement plus des échelles dans la prise en charge de leurs patients que les psychiatres.

Parmi les psychiatres, l'utilisation des échelles était plus fréquente pour l'évaluation de la sévérité de la maladie (37,3 % des cas) et pour le suivi thérapeutique (26,9 %) que pour le dépistage (19,4 %) et le diagnostic (11,9 %). Les arguments avancés pour ne pas utiliser ces échelles étaient : l'interrogatoire est suffisant (67,9 % des cas), le praticien ne se sent pas à l'aise avec l'utilisation des échelles (19,6 %) et le praticien ne croit pas en la fiabilité de ces échelles (5,4 %).

Dans une étude britannique publiée en 2002, les pratiques cliniques de 340 psychiatres ont été évaluées quant à l'utilisation des échelles psychiatriques de dépression. (23)

55,3 % (IC à 95 % 49,8 à 60,1) d'entre eux ne les utilisaient jamais, 34,1 % (IC à 95 % 29,0 à 39,4) les utilisaient de temps en temps et 10,5% (IC à 95% 7,5 à 14,4) les utilisaient régulièrement.

Les échelles les plus utilisées étaient celle de Beck (40,1 %), HAD (34,8 %) et Hamilton (30,0 %).

En France, les outils de repérage et d'évaluation de la dépression ne seraient connus que par 50% des médecins généralistes. Parmi ceux qui les connaissent, 80 % les considèrent comme utiles, mais seulement 20 % de ceux-ci les utiliseraient. (24)

En 2002, une synthèse de la littérature américaine qui regroupait 38 études a évalué plusieurs échelles psychiatriques de la dépression pour le dépistage. (25) La sensibilité médiane était de 85 % (IC à 95 % entre 50 % et 97 %) et la spécificité médiane de 74 % (IC à 95 % entre 51 %

et 98 %). Aucune différence significative entre les différentes échelles psychiatriques n'a été établie pour le dépistage.

VII. Méthode de l'étude

A. Les objectifs de l'étude

Les médecins généralistes ont donc à leur disposition plusieurs outils pour objectiver un syndrome dépressif. Le but de notre étude était d'évaluer l'utilisation des échelles psychiatriques chez les médecins généralistes de Picardie dans la prise en charge de la maladie dépressive.

Nous avons déterminé ainsi à quelles étapes de la prise en charge du patient les médecins utilisent ces échelles. Et parallèlement à cela, nous avons essayé d'identifier les raisons pour lesquelles les médecins ne les utilisent pas.

B. La structure de l'étude

L'étude réalisée était une étude épidémiologique à visée descriptive.

Le logiciel Google Forms a été utilisé pour établir un questionnaire, lequel a ensuite été envoyé par courrier électronique aux médecins généralistes de Picardie. Le courriel comprenait une description de l'étude et un lien invitant les médecins à répondre à ce questionnaire.

Les résultats sont arrivés directement dans le logiciel Google Forms et ont été traités ensuite grâce au logiciel Microsoft Office Excel.

Les courriels ont été envoyés le 19 mai 2015 avec une relance une semaine après, le 26 mai. Les réponses ont été acceptées jusqu'au 2 juin 2015, soit deux semaines après l'envoi des courriels.

C. La population-cible

La population-cible de notre étude comprenait les médecins généralistes installés en médecine libérale en Picardie. 618 médecins ont reçu un courriel les invitant à répondre au questionnaire.

La base de données des adresses électroniques a été établie avec l'aide de plusieurs médecins généralistes possédant les adresses de leurs confrères d'un même secteur géographique.

D. Le questionnaire

Le questionnaire comportait 17 questions. Il était anonyme.

Une première partie concernait la présentation du médecin (âge, sexe, type d'installation).

Le questionnaire établissait ensuite deux groupes de médecins : ceux qui ont déjà utilisé les échelles psychiatriques de la dépression que nous avons appelés groupe A, et ceux qui ne les ont jamais utilisées, que nous avons appelés groupe B. Le premier groupe a répondu à une série de questions permettant d'évaluer leurs utilisations. Quant aux médecins du second groupe, ils ont été interrogés sur les raisons pour lesquelles ils n'utilisaient pas les échelles psychiatriques de la dépression.

RÉSULTATS

618 médecins généralistes ont été contactés pour participer à l'étude.

186 médecins ont répondu au questionnaire, mais 2 réponses étaient incomplètes donc inexploitable.

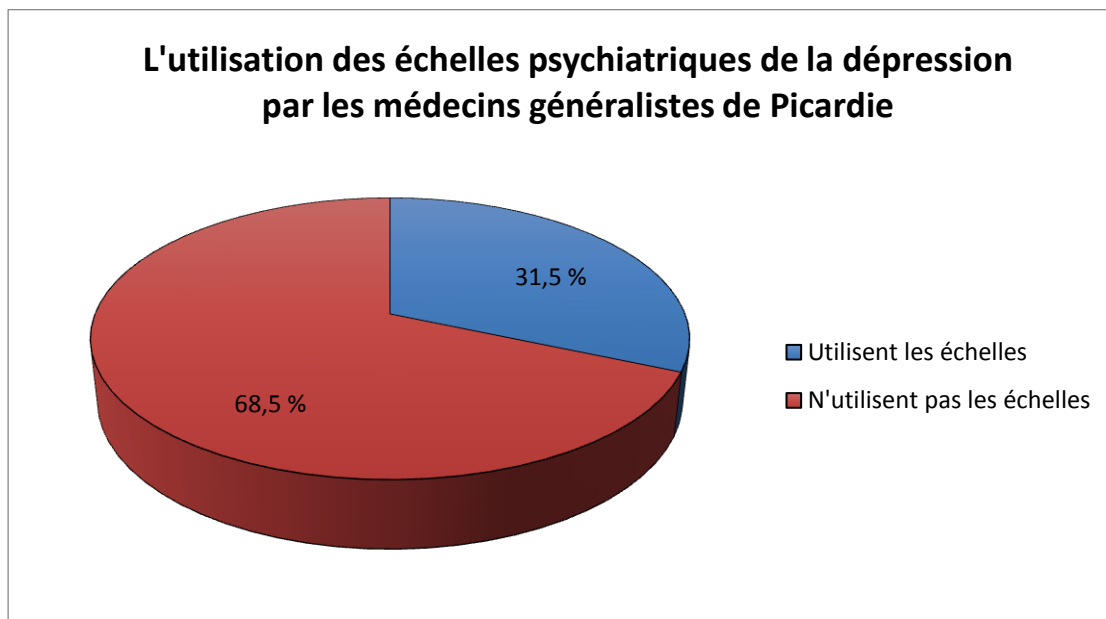
Il y avait donc 184 réponses exploitables. Le taux de réponse de cette étude était de 29,8 %.

I. L'utilisation des échelles chez les médecins généralistes

58 médecins ont déclaré avoir déjà utilisé des échelles psychiatriques de la dépression lors de leurs consultations, soit 31,5 % de notre échantillon.

126 médecins n'ont jamais utilisé les échelles psychiatriques de la dépression, soit 68,5 %.

Figure 1 : L'utilisation des échelles psychiatriques de la dépression par les médecins généralistes de Picardie



II. Les caractéristiques de la population étudiée

A. Le sexe et l'âge

- Sur les 184 médecins, 94 étaient des femmes, soit 51,0 % et 90 étaient des hommes, soit 49,0 %.

Parmi les 94 femmes, 27 utilisaient les échelles psychiatriques de la dépression, soit 28,7 %.

Parmi les 90 hommes, 31 utilisaient les échelles, soit 34,4 %.

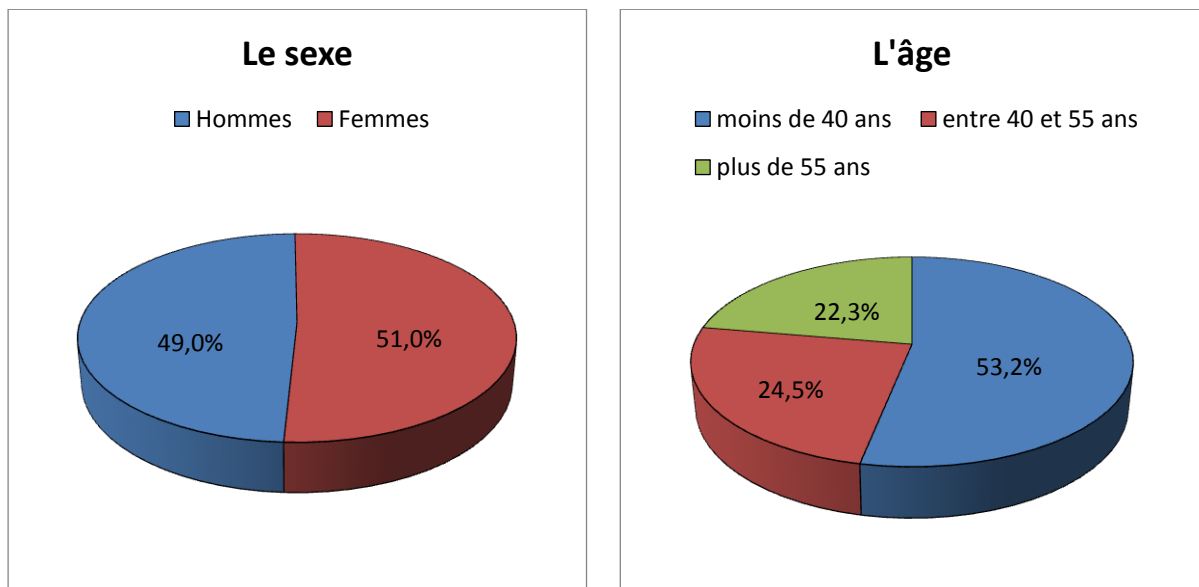
- 3 tranches d'âge ont été établies : 98 médecins avaient moins de 40 ans soit 53,2 %, 45 avaient entre 40 et 55 ans soit 24,5 % et 41 avaient plus de 55 ans soit 22,3 %.

Parmi les 98 médecins ayant moins de 40 ans, 24 utilisaient les échelles psychiatriques de la dépression, soit 24,5 %.

Parmi les 45 médecins ayant entre 40 et 55 ans, 14 utilisaient les échelles, soit 31,1 %.

Parmi les 41 médecins ayant plus de 55 ans, 20 utilisaient les échelles, soit 48,8 %.

Figure 2 : Le sexe et l'âge de la population étudiée.



B. Le type d'installation

- 51 médecins de notre échantillon exerçaient seuls, soit 27,7 % et 133 exerçaient en cabinet de groupe, soit 72,3 %.

Parmi les 51 médecins exerçant seuls, 22 utilisaient les échelles psychiatriques de la dépression, soit 43,1 %.

Parmi les 133 médecins exerçant en cabinet de groupe, 36 utilisaient les échelles, soit 27,1 %.

- D'autre part, 71 médecins exerçaient en zone rurale, soit 38,6 %, 50 en zone périurbaine, soit 27,2 % et 63 en zone urbaine, soit 34,2 %.

Parmi les 71 médecins exerçant en zone rurale, 19 utilisaient les échelles psychiatriques de la dépression, soit 26,8 %.

Parmi les 50 médecins exerçant en zone périurbaine, 18 utilisaient les échelles, soit 36,0 %.

Parmi les 63 médecins exerçant en zone urbaine, 21 utilisaient les échelles, soit 33,3 %.

Figure 3 : Le type d'installation de la population étudiée.

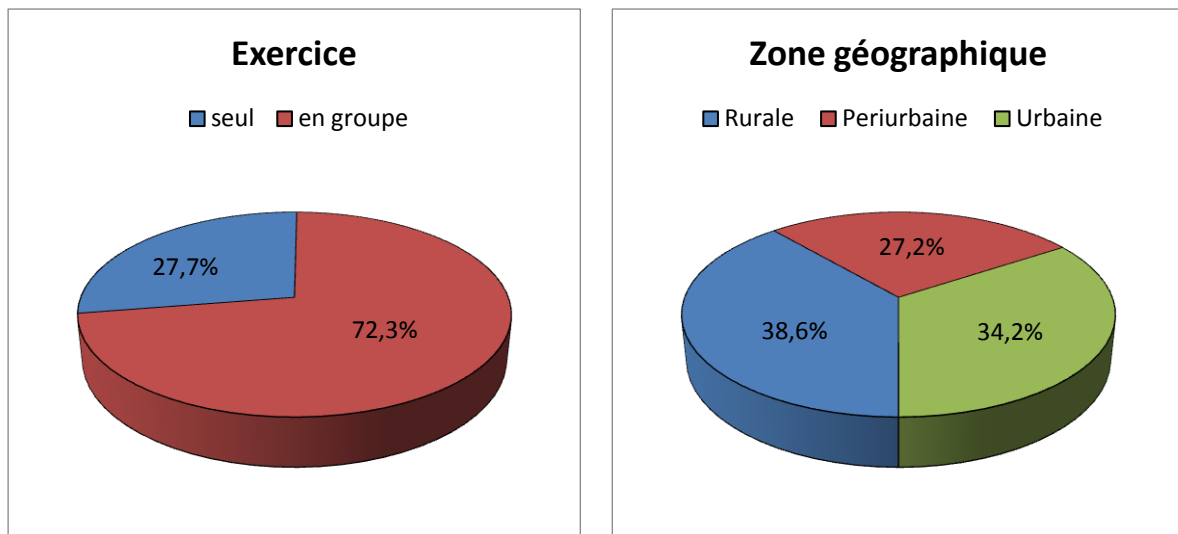


Tableau 3 : Comparaison de l'utilisation des échelles psychiatriques selon le sexe, l'âge et le type d'installation.

		Utilisation des échelles en %
Ensemble des 184 médecins		31,5
Sexe	Femmes	28,7
	Hommes	34,4
Âge	Moins de 40 ans	24,5
	Entre 40 et 55 ans	31,1
	Plus de 55 ans	48,8
Exercice	Seul	43,5
	Cabinet de groupe	27,1
Zone géographique	Rurale	26,8
	Périurbaine	36,0
	Urbaine	33,3

C. Comparaison des deux groupes de médecins

- Le groupe des 58 médecins qui utilisaient les échelles (groupe A) :

Il comportait 27 femmes (46,6 %) et 31 hommes (53,4 %).

24 médecins avaient moins de 40 ans (41,1 %), 14 avaient entre 40 et 55 ans (24,1 %) et 20 avaient plus de 55 ans (34,5 %).

19 médecins exerçaient en zone rurale (32,8 %), 18 exerçaient en zone périurbaine (31,0 %) et 21 exerçaient en zone urbaine (36,2 %).

22 médecins travaillaient seuls dans leur cabinet (37,9 %) et 36 travaillaient en cabinet de groupe (62,1 %).

- Le groupe des 126 médecins qui n'utilisaient pas les échelles (groupe B) :

Il comportait 67 femmes (53,2 %) et 59 hommes (46,8 %).

74 médecins avaient moins de 40 ans (58,7 %), 31 avaient entre 40 et 55 ans (24,6 %) et 20 avaient plus de 55 ans (15,9 %).

52 médecins exerçaient en zone rurale (41,3 %), 32 exerçaient en zone périurbaine (25,4 %) et 42 exerçaient en zone urbaine (33,3 %).

29 médecins travaillaient seuls dans leur cabinet (23,0 %) et 97 travaillaient en cabinet de groupe (77,0 %).

Tableau 4 : Comparaison des 2 groupes de médecins en fonction du sexe, de l'âge et du type d'installation.

		Groupe A (n=58) ¹	Groupe B (n=126) ²	p-value ³
Sexe	Femmes	27 (46,6 %)	67 (53,2 %)	p : 0,63
	Hommes	31 (53,4 %)	59 (46,8 %)	p : 0,63
Âge	Moins de 40 ans	24 (41,1 %)	74 (58,7 %)	p : 0,22
	Entre 40 et 55 ans	14 (24,1 %)	31 (24,6 %)	p : 0,96
	Plus de 55 ans	20 (34,5 %)	21 (16,7 %)	p : 0,036
Exercice	Seul	22 (37,9 %)	29 (23,0%)	p : 0.12
	Cabinet de groupe	36 (62,1 %)	97 (77,0 %)	p : 0.39
Zone géographique	Rurale	19 (32,8 %)	52 (41,3 %)	p : 0,46
	Périurbaine	18 (31,0 %)	32 (25,4 %)	p : 0,55
	Urbaine	21 (36,2 %)	42 (33,3 %)	p : 0,79

¹. Le groupe A regroupe les 58 médecins qui ont déjà utilisé les échelles psychiatriques de la dépression.

². Le groupe B regroupe les 126 médecins qui ne les utilisent pas.

³. p-value établie par le test du χ^2 .

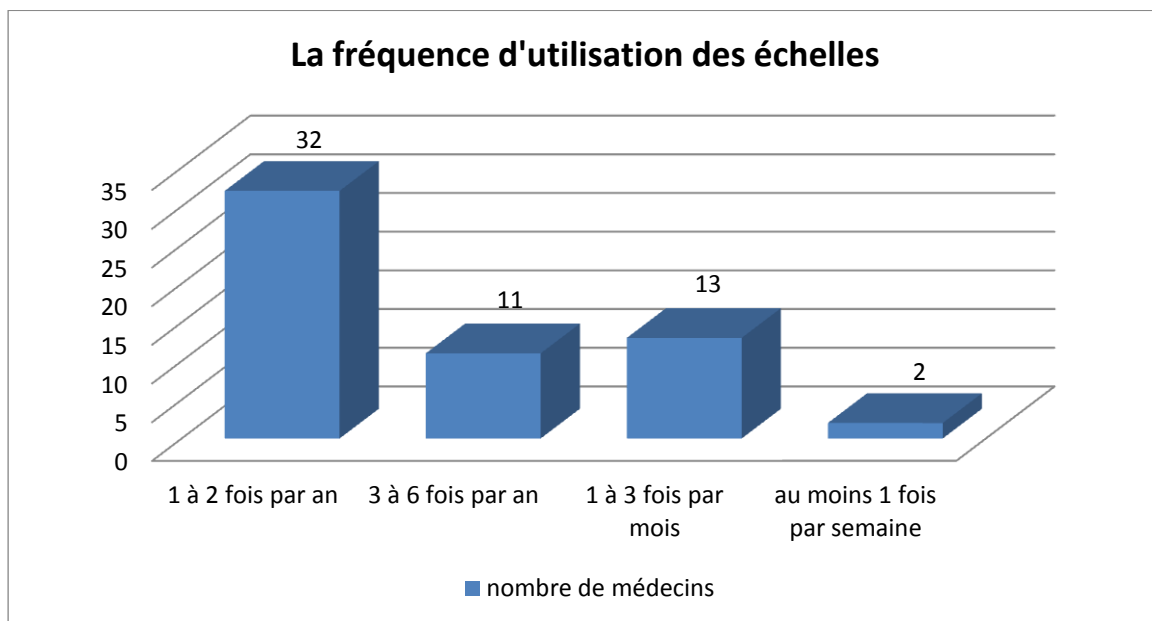
III. Résultats chez les médecins qui utilisent les échelles

Rappelons que ce groupe A était constitué de 58 médecins (31,5 % de notre échantillon).

A. Fréquence d'utilisation des échelles

- 32 médecins utilisaient les échelles psychiatriques de la dépression 1 à 2 fois par an, soit 55,2 %.
- 11 médecins les utilisaient 3 à 6 fois par an, soit 19,0 %.
- 13 médecins les utilisaient 1 à 3 fois par mois, soit 22,4 %.
- 2 médecins les utilisaient au moins 1 fois par semaine, soit 3,4 %.

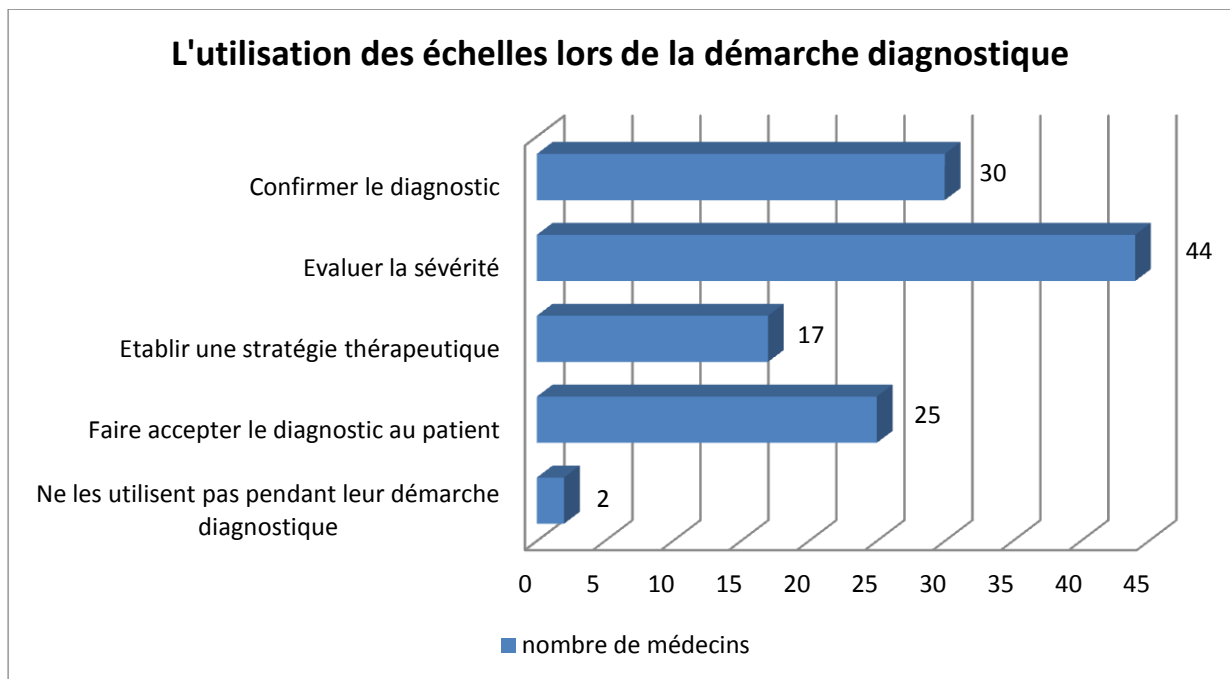
Figure 4 : La fréquence d'utilisation des échelles psychiatriques de la dépression chez les médecins généralistes de Picardie.



B. L'utilisation des échelles lors de la démarche diagnostique

- 30 médecins utilisaient les échelles psychiatriques de la dépression pour confirmer leur diagnostic, soit 51,7 %.
- 44 médecins les utilisaient pour évaluer la sévérité de la maladie, soit 75,9 %.
- 17 médecins les utilisaient pour établir une stratégie thérapeutique (psychothérapie, traitement médicamenteux), soit 29,3 %.
- 25 médecins les utilisaient pour mieux faire accepter le diagnostic au patient, soit 43,1 %.
- 2 médecins ne les utilisaient pas pendant leur démarche diagnostique, soit 3,4 %.

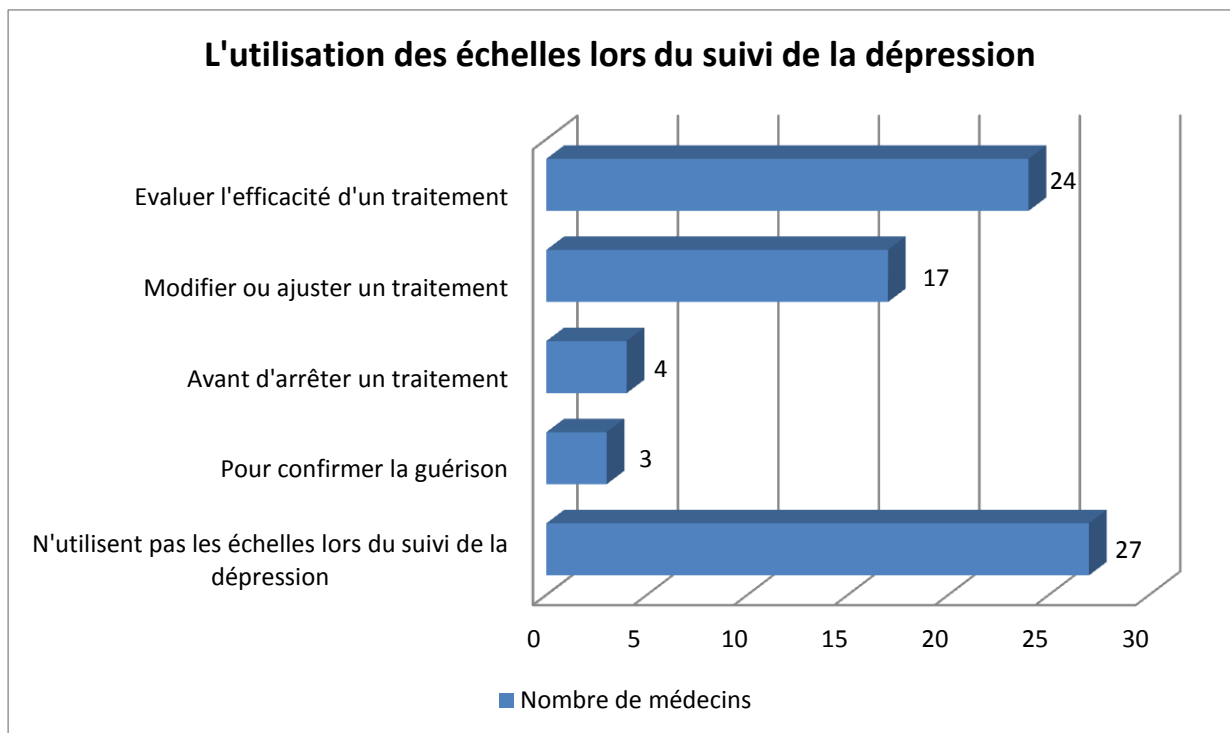
Figure 5 : L'utilisation des échelles de la dépression lors de la démarche diagnostique des médecins généralistes de Picardie.



C. L'utilisation des échelles lors du suivi de la dépression

- 24 médecins utilisaient les échelles psychiatriques de la dépression pour évaluer l'efficacité d'un traitement (médicamenteux ou psychothérapie), soit 41,1 %.
- 17 médecins les utilisaient pour modifier ou ajuster un traitement, soit 29,3 %.
- 4 médecins les utilisaient avant d'arrêter un traitement, soit 6,9 %.
- 3 médecins les utilisaient pour confirmer la guérison, à distance du traitement, soit 5,2 %.
- 27 médecins ne les utilisaient pas lors du suivi de la dépression, soit 46,6 %.

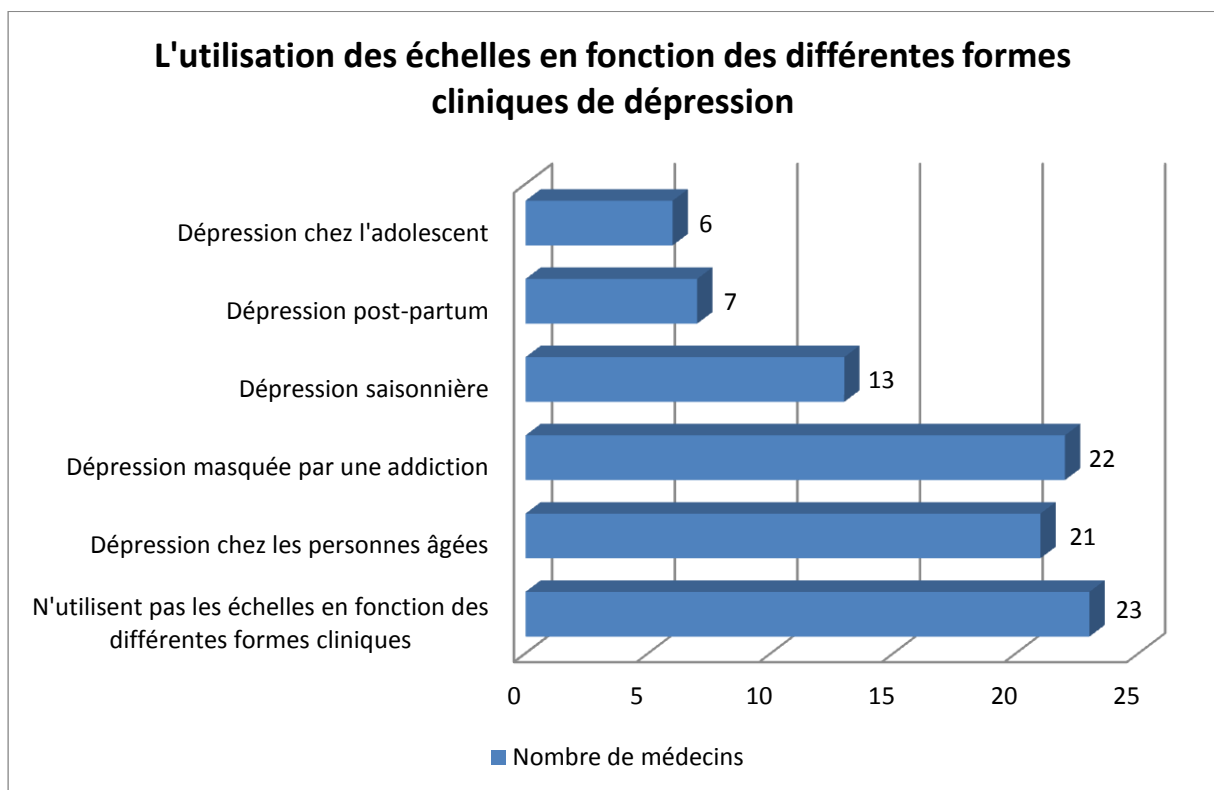
Figure 6 : L'utilisation des échelles lors du suivi de la dépression par les médecins généralistes de Picardie.



D. L'utilisation des échelles selon les différentes formes cliniques de dépression

- 6 médecins utilisaient les échelles psychiatriques dans la dépression de l'adolescent, soit 10,3 %.
- 7 médecins les utilisaient dans la dépression post-partum, soit 12,1 %.
- 13 médecins les utilisaient dans la dépression saisonnière, soit 22,4 %.
- 22 médecins les utilisaient dans la dépression masquée par une addiction, soit 37,9 %.
- 21 médecins les utilisaient dans la dépression chez les personnes âgées, soit 36,2 %.
- 23 médecins ne les utilisaient pas particulièrement dans ces différentes formes cliniques, soit 39,7 %.

Figure 7 : L'utilisation des échelles psychiatriques de la dépression selon ses différentes formes cliniques chez les médecins généralistes de Picardie.

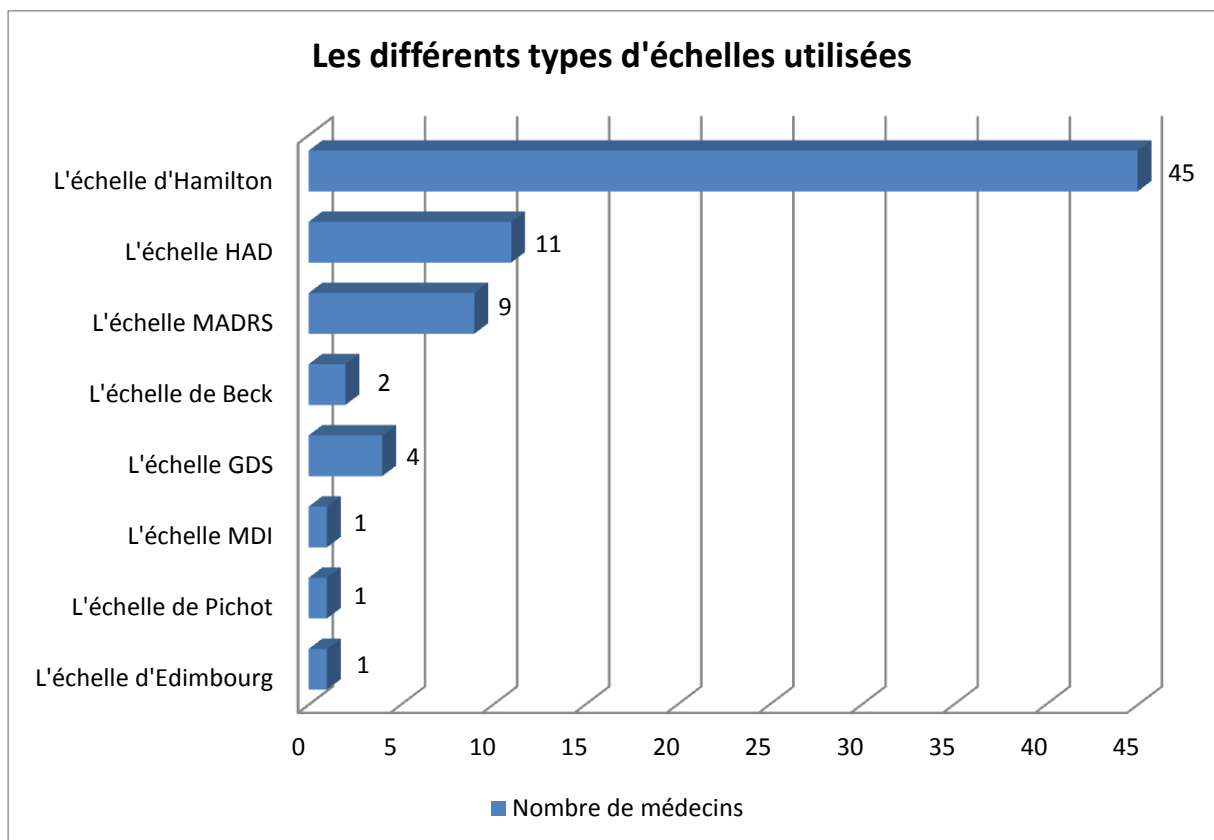


E. Les différents types d'échelles utilisées par les médecins généralistes

- 45 médecins utilisaient l'échelle psychiatrique de la dépression de Hamilton, soit 77,6 %.
- 11 médecins utilisaient l'échelle HAD, soit 19,0 %.
- 9 médecins utilisaient l'échelle MADRS, soit 15,5 %.
- 2 médecins utilisaient l'échelle de Beck, soit 3,4 %.
- 4 médecins utilisaient l'échelle GDS, soit 6,9 %.
- Les échelles MDI, de Pichot et d'Edimbourg ont également été citées une fois chacune, soit 1,7 %.

20 médecins possédaient un logiciel informatique qui intégrait les échelles psychiatriques de la dépression, soit 34,5 %. 34 médecins possédaient un logiciel qui ne les intégrait pas, soit 58,6 %. 4 médecins n'avaient pas de logiciel informatique.

Figure 8 : Les différents types d'échelles psychiatriques de la dépression utilisées par les médecins généralistes de Picardie.



F. La cotation lors de l'utilisation des échelles

- 28 médecins appliquaient la cotation de la classification commune des actes médicaux (CCAM) « Test d'évaluation d'une dépression » (code ALQP003, prix de l'acte 69,12 euro) lors de l'utilisation d'échelles psychiatriques de la dépression, soit 48,3 %.
- 30 médecins appliquaient la cotation d'une simple consultation lors de l'utilisation de ces échelles, soit 51,7 % de notre échantillon.

G. L'utilisation d'échelles en dehors de la dépression

En dernier lieu, le questionnaire avait interrogé les médecins du groupe A sur l'utilisation éventuelle d'échelles d'évaluation dans d'autres domaines.

- 49 médecins utilisaient des tests d'évaluation dans le domaine des troubles cognitifs, soit 84,5 %.
- 40 médecins utilisaient des tests d'évaluation de la douleur, soit 69,0 %.
- 31 médecins utilisaient des tests d'évaluation de la dépendance au tabac, soit 53,4 %.
- 17 médecins utilisaient des tests d'évaluation de la dépendance à l'alcool, soit 29,3 %.
- 2 médecins utilisaient des tests d'évaluation de la dépendance aux drogues, soit 3,4 %.
- 2 médecins utilisaient des tests de dépistage du syndrome d'apnée du sommeil (SAS), soit 3,4 %.
- 1 médecin n'utilisait des tests d'évaluation dans aucun autre domaine, soit 1,7%.

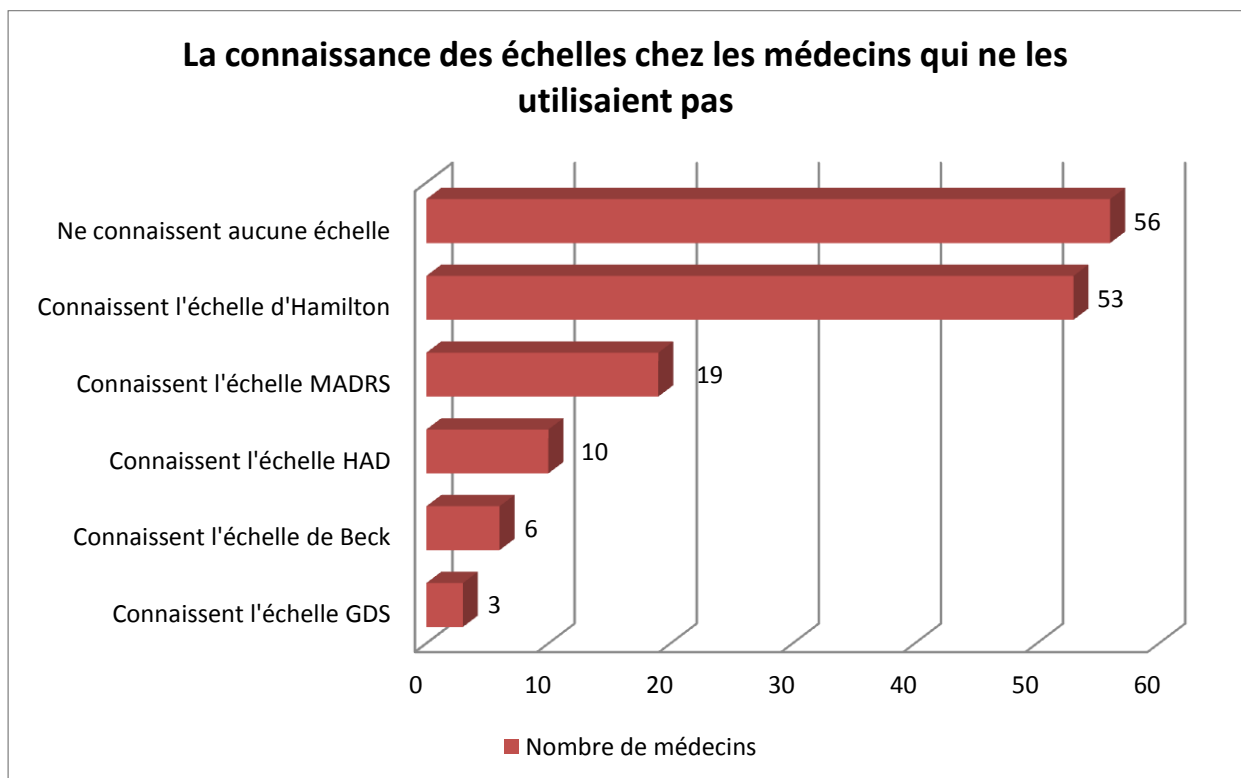
IV. Résultats chez les médecins qui n'utilisent pas les échelles

Rappelons que ce groupe B était constitué de 126 médecins (68,5 % de notre échantillon).

A. La connaissance des échelles par les médecins

- 56 médecins ne connaissaient aucune échelle psychiatrique de la dépression, soit 44,4 %.
- 53 médecins connaissaient l'échelle d'Hamilton, soit 42,1 %.
- 19 médecins connaissaient l'échelle MADRS, soit 15,1 %.
- 10 médecins connaissaient l'échelle HAD, soit 7,9 %.
- 6 médecins connaissaient l'échelle de Beck, soit 4,8 %.
- 3 médecins connaissaient l'échelle GDS, soit 2,4 %.

Figure 9 : La connaissance des échelles psychiatriques de la dépression dans le groupe des médecins généralistes de Picardie qui ne les utilisaient pas.

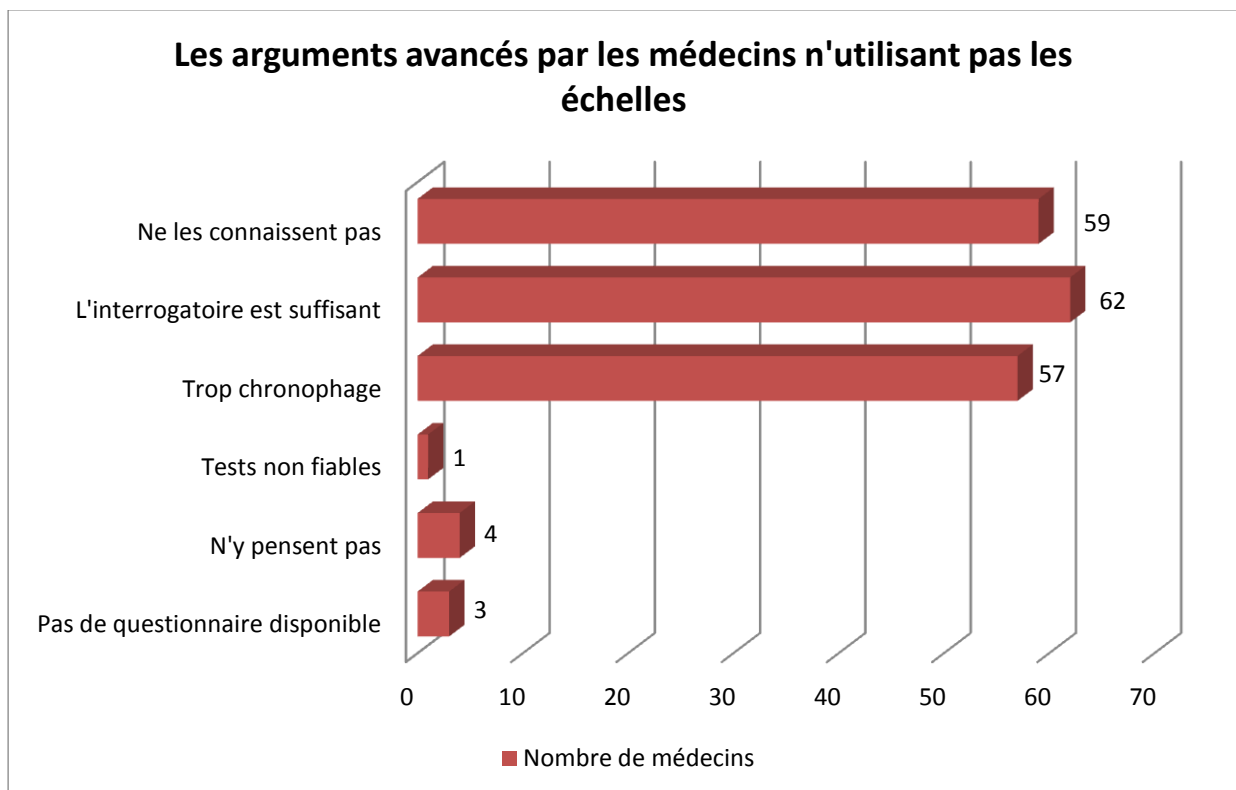


B. Les arguments avancés par les médecins

Le questionnaire invitait les médecins n'utilisant pas les échelles à donner les raisons de cette non-utilisation.

- 59 médecins ne les connaissaient pas, soit 46,8 %.
- 62 médecins estimaient que leur interrogatoire était suffisant, soit 49,2 %.
- 57 médecins estimaient que les échelles étaient trop chronophages, soit 45,2 %.
- 1 médecin évoquait des tests non fiables, soit 0,8 %.
- 4 médecins avouaient ne pas y penser, soit 3,2 %.
- 3 médecins n'avaient pas de questionnaire disponible dans leur bureau, soit 2,4 %.

Figure 10 : Les arguments avancés par les médecins généralistes de Picardie n'utilisant pas les échelles psychiatriques de la dépression.

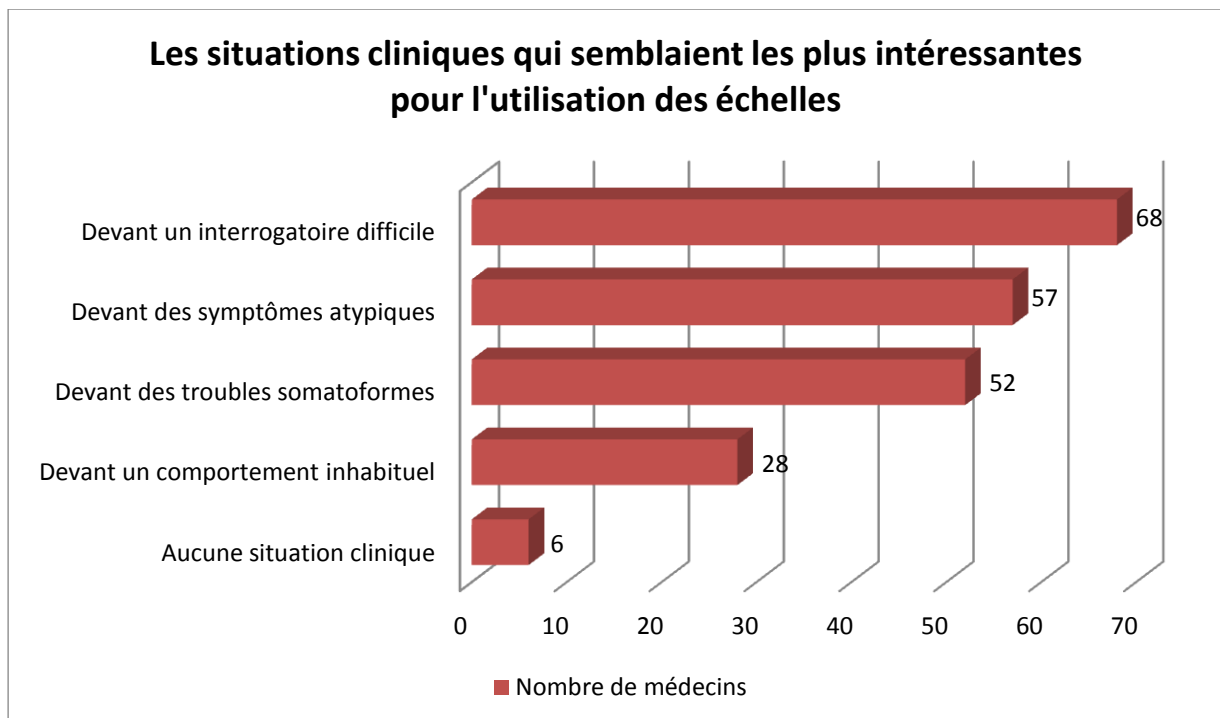


C. L'intérêt éventuel des médecins pour les échelles en fonction de la situation clinique

Les 126 médecins du groupe B pouvaient choisir parmi quelques situations cliniques celles qui présenteraient un intérêt à l'utilisation des échelles.

- 68 médecins trouvaient intéressant d'utiliser les échelles psychiatriques de la dépression devant un interrogatoire difficile, soit 54,0 %.
- 57 médecins trouvaient intéressant d'utiliser les échelles devant des symptômes atypiques de dépression, soit 45,2 %.
- 52 médecins trouvaient intéressant d'utiliser les échelles devant des troubles somatoformes, soit 41,3 %.
- 28 médecins trouvaient intéressant d'utiliser les échelles devant un comportement inhabituel, soit 22,2 %.
- 6 médecins estimaient qu'aucune situation clinique n'était intéressante pour l'utilisation des échelles, soit 4,8 %.

Figure 11 : Les situations cliniques qui semblaient les plus intéressantes aux médecins généralistes de Picardie pour l'utilisation des échelles psychiatriques de la dépression.

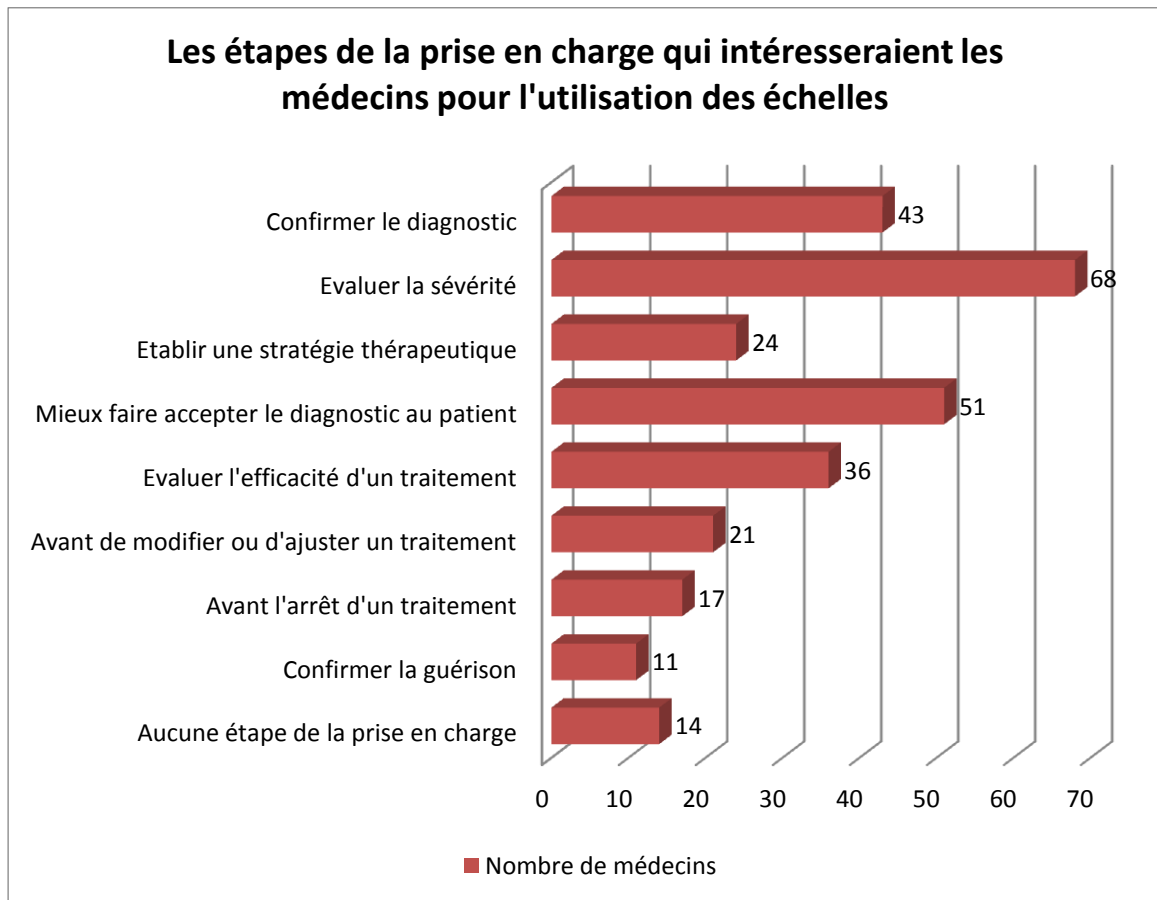


D. L'intérêt éventuel des médecins pour les échelles en fonction des étapes de la prise en charge de la dépression

Le questionnaire proposait aux médecins du groupe B d'évaluer l'intérêt de l'utilisation des échelles face aux différentes étapes de la prise en charge de la maladie dépressive.

- 43 médecins étaient intéressés par les échelles psychiatriques de la dépression pour confirmer le diagnostic, soit 34,1 %.
- 68 médecins étaient intéressés par les échelles pour évaluer la sévérité de la dépression, soit 54,0 %.
- 24 médecins étaient intéressés par les échelles pour établir une stratégie thérapeutique, soit 19,0 %.
- 51 médecins étaient intéressés par les échelles pour mieux faire accepter le diagnostic au patient, soit 40,5 %.
- 36 médecins étaient intéressés par les échelles pour évaluer l'efficacité d'un traitement, soit 28,6 %.
- 21 médecins étaient intéressés par les échelles avant de modifier ou d'ajuster la posologie d'un traitement médical, soit 16,7 %.
- 17 médecins étaient intéressés par les échelles avant l'arrêt d'un traitement, soit 13,5 %.
- 11 médecins étaient intéressés par les échelles à distance d'un traitement pour confirmer la guérison, soit 8,7 %.
- 14 médecins n'étaient pas intéressés par l'utilisation des échelles pendant la prise en charge de la dépression, soit 11,1 %.

Figure 12 : Les étapes de la prise en charge qui intéresseraient les médecins généralistes de Picardie pour l'utilisation des échelles psychiatriques de la dépression.



E. La cotation CCAM « test d'évaluation d'une dépression »

Parmi les 126 médecins qui n'utilisaient pas les échelles psychiatriques de la dépression,

- 37 médecins connaissaient la cotation CCAM « test d'évaluation d'une dépression », soit 29,4 %.

- 89 médecins ne la connaissaient pas, soit 70,6 %.

F. L'utilisation d'échelles d'évaluation en dehors de la dépression

Le questionnaire avait finalement interrogé les médecins du groupe B sur l'utilisation éventuelle d'échelles d'évaluation dans d'autres domaines.

- 84 médecins utilisaient des tests d'évaluation dans le domaine des troubles cognitifs, soit 66,7 %.
- 87 médecins utilisaient des tests d'évaluation de la douleur, soit 69,0 %.
- 72 médecins utilisaient des tests d'évaluation de la dépendance au tabac, soit 57,1 %.
- 28 médecins utilisaient des tests d'évaluation de la dépendance à l'alcool, soit 22,2 %.
- 1 médecin utilisait des tests d'évaluation de la dépendance aux drogues, soit 0,8 %.
- 5 médecins utilisaient des tests de dépistage du SAS, soit 4,0 %.
- 16 médecins n'utilisaient jamais de tests d'évaluation, soit 12,7 %.

Tableau 5 : L'utilisation de tests d'évaluation en dehors de la dépression

Tests d'évaluation	Groupe A ¹	Groupe B ²	Ensemble des 184 médecins
Troubles cognitifs	84,5 %	66,7 %	72,2%
Douleur	69,0 %	69,0 %	69,0 %
Tabac	53,4 %	57,1 %	56,0 %
Alcool	29,3 %	22,2 %	24,5 %
Drogues	3,4 %	0,8 %	1,6 %
SAS	3,4 %	4,0 %	3,8 %
N'utilisent pas de test	1,7 %	12,7 %	9,2 %

¹. Le groupe A regroupe les 58 médecins qui ont déjà utilisé les échelles psychiatriques de la dépression.

². Le groupe B regroupe les 126 médecins qui ne les utilisent pas.

DISCUSSION

L'objectif principal de cette étude était d'évaluer l'utilisation des échelles psychiatriques chez les médecins généralistes de Picardie dans la prise en charge de la maladie dépressive. Les 184 réponses obtenues suite à la diffusion du questionnaire ont permis d'établir l'intérêt que les médecins généralistes portent à ces tests d'évaluation.

I. Les caractéristiques des médecins interrogés

La population étudiée est assez équilibrée, avec 51 % de femmes et 49 % d'hommes. On trouve une majorité d'hommes dans le groupe A, alors que le groupe B est majoritairement féminin. Il n'y a cependant pas de différence significative entre ces deux groupes. En Picardie, on ne retrouve pas cette parité si l'on considère l'ensemble des médecins généralistes libéraux, puisque ceux-ci sont pour 69 % des hommes. (26)

53,2 % des médecins interrogés ont moins de 40 ans. Pourtant, en 2013, la Picardie comptait seulement 11 % de médecins généralistes libéraux de cette tranche d'âge. (26) Notre échantillon est donc particulièrement jeune par rapport à la moyenne d'âge des médecins picards. La jeunesse de notre échantillon peut s'expliquer par la proportion importante de femmes (48,7 %) chez les médecins généralistes installés de moins de 40 ans. En effet, la féminisation progressive de la profession entraîne une hausse du nombre de femmes parmi les jeunes médecins. De plus, le mode de distribution du questionnaire par courrier électronique a sans doute tendance à rajeunir notre échantillon, les jeunes médecins utilisant probablement plus les outils informatiques.

Dans notre étude, on observe une utilisation plus importante des échelles psychiatriques de la dépression chez les médecins ayant plus de 55 ans : 48,8 % d'entre eux utilisent les échelles tandis que chez les moins de 40 ans, ils ne sont que 24,5 % à les utiliser.

D'après l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE), une zone rurale est définie par la présence de moins de 2000 habitants. (27) La définition d'une zone urbaine est plus floue : d'une part elle comprend la notion d'un nombre minimum d'habitants regroupés dans un pôle, et d'autre part la proximité avec un centre hospitalier.

Dans notre enquête, nous n'avons donné aucune définition, laissant les médecins définir leur milieu d'activité en toute subjectivité. Ainsi, dans notre échantillon, 38,6 % des médecins exerçaient en zone rurale, 27,2 % en zone périurbaine et 34,2 % en zone urbaine. La différence observée entre ces trois groupes quant à l'utilisation des échelles psychiatriques n'est pas significative.

Enfin, dans notre échantillon, on observe une large majorité de médecins exerçant en cabinet de groupe. L'utilisation des échelles psychiatriques est plus importante chez les médecins exerçant seuls (43,5 %) que chez ceux exerçant en cabinet de groupe (27,1 %), mais cette différence n'est pas significative statistiquement.

II. L'utilisation des échelles psychiatriques par les médecins généralistes

A. L'analyse des résultats

31,5 % des médecins généralistes interrogés ont déjà utilisé les échelles psychiatriques de la dépression. Rappelons que ces médecins constituaient le groupe A. Cependant, 55,2 % de ces médecins ne les utilisaient qu'une à deux fois par an. Les médecins généralistes sont donc peu nombreux à s'en servir régulièrement dans leur pratique. Seuls 15 médecins sur les 184 médecins interrogés les utilisaient au moins une fois par mois, soit 8,1 % de l'échantillon. L'utilisation des échelles ne s'inscrit pas dans la pratique quotidienne du médecin. Ces échelles sont surtout des outils occasionnels chez quelques médecins dans la prise en charge de la maladie dépressive.

Devant l'absence d'étude française sur l'utilisation d'échelles psychiatriques de la dépression en soins primaires, il est difficile de comparer ces chiffres à la littérature. Toutefois, une étude britannique de 2002 sur l'utilisation des échelles par les psychiatres (23) a montré que 10,5 % des psychiatres les utilisaient régulièrement et 34,1 % occasionnellement. Ces chiffres se rapprochent de notre étude.

L'utilisation de ces échelles se fait essentiellement pendant la démarche diagnostique : 96,9 % des médecins utilisaient ces échelles pendant cette phase de prise en charge. A ce stade, les échelles psychiatriques aidaient surtout les médecins à établir la sévérité de l'EDC (75,9 %). Dans une moindre mesure, elles permettaient également de confirmer le diagnostic ou de mieux faire accepter celui-ci au patient.

Les médecins n'étaient plus que 53,4 % à utiliser les échelles après le diagnostic, pendant le suivi de la maladie, essentiellement dans le but d'évaluer l'efficacité d'un traitement médicamenteux ou d'une psychothérapie (41,1 %) ou avant de le modifier (29,3 %).

On retrouve ces résultats chez les psychiatres coréens. (22) Ils utilisaient davantage les échelles dans le dépistage, le diagnostic et l'évaluation de la sévérité que dans le suivi de la maladie.

60,3 % des médecins utilisaient ces échelles face aux différentes formes cliniques de dépression. La fréquence élevée de patients âgés rencontrés en médecine générale, ainsi que le fait qu'il soit plus difficile d'établir une certitude diagnostique, pourraient expliquer une utilisation plus importante de ces échelles dans la dépression des personnes âgées (36,2 %). La dépression masquée par une addiction (37,9 %) est également souvent citée dans l'étude. Dans une moindre mesure, et car ces formes sont peut-être moins rencontrées en médecine générale, les échelles étaient aussi utilisées dans la dépression saisonnière (22,4 %), en post-partum (12,1 %) ou encore chez l'adolescent (10,3 %).

L'échelle d'Hamilton était de loin la plus fréquemment utilisée lors des consultations de médecine générale (77,6 %). Les échelles HAD (19,0 %) et MADRS (15,5 %) étaient moins citées. L'échelle GDS, bien que non proposée par le questionnaire, a été citée à 4 reprises (6,9 %). L'échelle d'Hamilton, qui est sans doute la plus connue des échelles psychiatriques de la dépression, est la plus utilisée par les médecins généralistes de Picardie.

En Grande-Bretagne, les psychiatres utilisent davantage l'échelle de Beck et l'échelle HAD que l'échelle d'Hamilton. (23)

Le fait d'avoir une ou plusieurs échelles dans son logiciel informatique influence forcément l'utilisation et le choix de l'échelle. Dans notre étude, 34,5 % des médecins du groupe A étaient dans ce cas.

Lors d'une consultation utilisant les échelles psychiatriques de la dépression, 48,3 % des médecins ont appliqué la cotation « Test d'évaluation d'une dépression » (code ALQP003, prix de l'acte 69,12 euro). 51,7 % des médecins ont donc coté une simple consultation. Cette cotation est largement sous-utilisée par les médecins qui pourraient en bénéficier.

B. Les intérêts des échelles

D'après les médecins interrogés, ces tests et échelles étaient employés dans le cadre du dépistage, de l'évaluation, et du suivi de la maladie dépressive. Mais on constate que les

médecins les ont utilisés aussi dans le but de rassurer les patients ou leur entourage et de mieux faire accepter le diagnostic. Dans notre étude, 43,1 % des médecins les utilisaient dans cette optique.

Une étude américaine de 2010 (8) confirme que ces échelles étaient de plus en plus utilisées pour convaincre les patients n'acceptant pas le diagnostic de dépression, et donc par la suite pour augmenter l'observance thérapeutique. Dans le suivi de la dépression, les échelles permettent d'objectiver une amélioration clinique en comparant les chiffres obtenus avant le traitement et ceux obtenus après. Le patient se sent ainsi valorisé.

Les médecins généralistes ont soulevé le fait qu'en tant que médecin de famille, ils connaissent bien leurs patients. Ainsi, une grille de questions telle que le proposent les échelles psychiatriques de la dépression leur paraît superflue. En effet, les réponses sont obtenues implicitement par l'observation clinique au long cours et les changements qu'ils ont pu noter sur le long terme. Leur interrogatoire a donc pu s'orienter vers un trouble thymique, sans forcément s'appuyer sur ce type d'outil standardisé.

Les médecins ont mis en avant cependant quelques situations cliniques dans lesquelles ces outils sont utilisés en complément de leur interrogatoire. Les échelles psychiatriques de la dépression ont pu alors simplifier leur démarche diagnostique. 54,0 % des médecins du groupe A estimaient l'utilisation d'échelles intéressante face à un interrogatoire difficile. L'interrogatoire d'un patient s'exprimant peu serait facilité par les questions prédéfinies d'un outil standard. De plus, certains médecins ont évoqué l'utilité des échelles face à des symptômes atypiques (45,2 %) ou à des troubles somatoformes (41,3 %).

III. Les médecins n'utilisant pas les échelles psychiatriques

126 médecins n'utilisaient pas les échelles psychiatriques de la dépression et constituaient le groupe B (68,5 % de notre échantillon).

A. La connaissance des échelles psychiatriques

44,4 % d'entre eux ne connaissaient aucune échelle psychiatrique de la dépression. L'échelle d'Hamilton était la plus connue dans notre étude, même si elle n'était citée que dans 42,1 % des cas. Les autres échelles de la dépression sont globalement peu connues par les médecins

généralistes. Il y a probablement un manque d'information concernant ces échelles alors que plusieurs études en démontrent l'utilité dans la pratique du médecin.

Les médecins du groupe B étaient plus intéressés par ces échelles pendant la démarche diagnostique que pendant le suivi de la maladie, ce qui rejoint les résultats trouvés pour le groupe A. Essentiellement, les échelles pourraient être intéressantes pour évaluer la sévérité de la maladie (54,0 %), mieux faire accepter le diagnostic au patient (40,5 %), ou encore pour confirmer le diagnostic (34,1 %). Dans une moindre mesure, les médecins du groupe B évoquaient, dans le suivi de la maladie, l'évaluation d'un traitement médical ou d'une psychothérapie (28,6 %) ou la possibilité de modifier ou d'ajuster la posologie d'un traitement (16,7 %).

La cotation CCAM « test d'évaluation d'une dépression » était peu connue par les médecins du groupe B (seulement 29,4 %). La cotation étant intéressante sur le plan financier, une meilleure connaissance de cette cotation pourrait sans doute inciter quelques médecins à utiliser ces échelles. Cette cotation est applicable lors du diagnostic initial puis une fois par an pour le suivi de la dépression.

B. Les obstacles à l'utilisation des échelles en consultation de médecine générale

Trois éléments sont ressortis dans l'étude comme étant des freins à l'utilisation des échelles. Tout d'abord, le manque de temps du médecin généraliste a été mis en avant, ainsi que le fait que les échelles soient trop chronophages. Ensuite, les médecins ont souligné que leur interrogatoire était suffisant et que les échelles risquaient de perturber la relation qu'ils avaient avec leur patient. Enfin, le troisième frein était leur méconnaissance globale des échelles psychiatriques et de leur mode de fonctionnement.

La fiabilité des échelles a été quant à elle peu remise en cause par les médecins.

1. Le caractère chronophage

L'obstacle majeur à l'intégration de ces tests au cours d'une consultation de médecine générale était leur aspect chronophage. Parmi les médecins du groupe B, ils étaient 45,2 % à estimer que l'utilisation des échelles prenait trop de temps et qu'elle était difficilement intégrable à leur pratique quotidienne. Une évaluation psychiatrique standardisée est effectivement particulièrement chronophage si elle se veut complète. Certains médecins ne veulent donc pas ajouter d'autres éléments à un interrogatoire déjà long dans une simple consultation de médecine générale.

L'aspect chronophage est souvent mentionné par les médecins qui ne connaissent que peu ces outils. Or, il paraît logique qu'avec de la pratique, ces tests s'effectuent de plus en plus rapidement : certains tests, lorsqu'ils sont maîtrisés, ont en réalité une durée effective de quelques minutes à peine. Les médecins pourraient programmer une consultation à distance, dédiée à ces tests, qui leur permettrait une meilleure gestion du temps de consultation.

2. L'altération de la relation médecin-malade

En utilisant ces outils, le médecin généraliste se détache un peu de son patient. Poser les questions standardisées d'un questionnaire ne semble pas toujours s'adapter au patient pendant une consultation. Le médecin fait plus facilement confiance à son interrogatoire, qu'il peut diriger en fonction des réactions et des réponses de son patient. Son évaluation se fait de manière intuitive et sur le long terme. 49,2 % des médecins n'utilisant pas les échelles mentionnaient cet argument dans notre étude. Cependant, ces échelles pourraient être utilisées pour une évaluation ponctuelle face à des patients qu'il ne connaît pas ou peu.

3. La méconnaissance des échelles

Les médecins généralistes étaient 46,8 %, dans notre étude, à ne pas utiliser ces outils par méconnaissance. Il se pose donc la question de la diffusion des échelles de la dépression. L'Assurance Maladie favorise cette diffusion mais les médecins généralistes ne vont pas tous chercher l'information. De plus, la formation médicale continue s'intéresse peu à ces outils et ne les propose que très rarement.

4. Le défaut de fiabilité intrinsèque de ces outils

Très peu de médecins remettaient en cause la fiabilité intrinsèque des échelles psychiatriques de la dépression. De nombreuses études ont d'ailleurs prouvé cette fiabilité, ce qui démontre une certaine confiance dans ces outils et révèle surtout une difficulté à les adapter dans la pratique du médecin généraliste.

IV. L'utilisation de tests d'évaluation en dehors de la dépression

D'autres échelles sont utilisées par ces médecins, notamment pour les troubles cognitifs.

Une enquête réalisée en 2003 auprès des médecins sentinelles estimait à 73 % la part de médecins utilisant les échelles gériatriques pour l'évaluation de troubles cognitifs. (28)

Parmi les 184 médecins de notre étude, ils étaient 72,2 % à les utiliser. Mais on trouve une différence d'utilisation entre les deux groupes de médecins : 84,5 % des médecins du groupe

A utilisaient des tests d'évaluation de troubles cognitifs, alors qu'ils étaient seulement 66,7 % dans le groupe B.

Les tests d'évaluation de la douleur sont de plus en plus employés en médecine générale. 69,0 % des médecins de notre étude les utilisaient.

Enfin, les tests de la dépendance au tabac étaient eux aussi plus souvent utilisés (56,0 %) que les tests d'évaluation de la dépression en médecine générale.

Seulement 8,7 % des médecins de notre étude n'utilisaient aucun test d'évaluation quel que soit le domaine d'application. Globalement, les médecins généralistes ne sont donc pas réticents à l'emploi de tels tests.

V. Les biais de l'étude

A. La puissance de l'étude

L'étude portait sur une cohorte de 184 médecins. Cependant, notre échantillon était divisé en deux groupes de médecins ce qui a comme effet de diminuer la puissance de l'étude. La conséquence directe en est un manque de précision des résultats tirés de l'étude. En théorie, l'idéal aurait été de disposer d'un effectif plus conséquent pour avoir des résultats statistiquement plus significatifs.

B. Le biais de recrutement et de sélection

Le recrutement de notre échantillon a été établi par voie électronique grâce aux bases de données de plusieurs médecins généralistes, provenant essentiellement des associations locales de médecins. Il n'y a pas eu de tirage au sort, un questionnaire a été envoyé à chaque adresse électronique récupérée.

Pourtant, il faut noter le jeune âge des médecins ayant répondu au questionnaire par rapport à l'âge moyen plus élevé des médecins généralistes installés en Picardie. La base de données dont nous disposions à l'origine contenait sans doute beaucoup de médecins d'âge inférieur à la moyenne. Le mode de distribution du questionnaire par voie électronique a probablement favorisé ce grand nombre de réponses provenant de jeunes médecins. L'informatisation du cabinet, moins présente chez les médecins plus âgés, pourrait en partie expliquer cette différence de moyenne d'âge entre notre échantillon et l'ensemble des médecins généralistes de Picardie. Mais de manière plus générale, l'utilisation de l'informatique, et notamment de

l'outil internet, est une habitude ancrée depuis longtemps déjà dans la vie des jeunes médecins et donc dans leur pratique professionnelle, à la différence des médecins plus âgés qui se sont adaptés progressivement.

Il existait donc un biais de recrutement. La catégorie des médecins de plus de 55 ans était sous-représentée qui était d'ailleurs la tranche d'âge utilisant le plus les échelles psychiatriques. A l'inverse, la catégorie des médecins de moins de 40 ans était surreprésentée.

C. Le biais de mesure et de recueil de l'information

Le recueil des données a été réalisé grâce à l'utilisation de questions fermées. Celles-ci permettent aux personnes interrogées de répondre plus facilement et plus rapidement. Les questions fermées permettent donc d'augmenter le nombre de médecins répondants et de simplifier grandement l'analyse des données.

Mais leur utilisation a aussi eu pour conséquence une perte de précision, d'information et de nuance des données.

D. Le biais des non-réponses

Un refus de participation peut traduire un intérêt moindre pour le thème proposé. Un médecin n'utilisant pas les échelles psychiatriques de dépression s'est probablement senti moins concerné par notre étude qu'un médecin les utilisant et ce dernier a participé plus volontiers à l'étude.

Ce biais a sans doute eu tendance à surestimer l'utilisation des échelles psychiatriques de la dépression.

E. Le biais de mémorisation

S'il paraît évident qu'un médecin soit en mesure de dire s'il utilise ou non les échelles dans sa pratique, donner une fréquence et déterminer le moment de la prise en charge ainsi que le but de l'utilisation demandent un effort de mémorisation. La difficulté éventuelle de se souvenir d'utilisations ponctuelles des échelles psychiatriques induit un manque de précision des réponses et une absence d'exhaustivité.

VI. Perspectives

Cette étude faite auprès d'un petit échantillon de médecins généralistes de Picardie nous a permis de lister les habitudes concernant l'utilisation des échelles pendant la prise en charge

des patients dépressifs, ainsi qu'un certain nombre de propositions visant à l'améliorer. L'effectif de notre étude étant relativement faible, d'autres études qualitatives sur des zones géographiques plus importantes pourraient apporter des éléments de réponses supplémentaires. De plus, des études quantitatives auprès d'échantillons représentatifs de médecins généralistes permettraient de confirmer les suggestions des médecins de notre étude.

Plus facilement accessible que le psychiatre, le médecin généraliste est souvent amené à poser le diagnostic initial, à suivre le patient et éventuellement à débiter un traitement par antidépresseur, ainsi qu'à détecter puis transférer les situations plus complexes et délicates aux spécialistes de la santé mentale. La formation pratique joue un rôle important dans la prise en charge des patients dépressifs mais elle est parfois négligée par les médecins. Ces échelles pourraient être incluses à ces formations afin de permettre aux médecins de mieux les utiliser, et de les intégrer plus facilement dans une consultation de médecine générale.

De plus, il serait intéressant de disposer d'un outil unique validé par des experts européens ou internationaux et adapté à la pratique de la médecine générale pour le diagnostic, puis le suivi de la maladie dépressive. Mais comment réaliser un test complet, qui explore tous les aspects de la dépression, qui aide à déceler les signes cliniques d'un patient dépressif et qui permette le dépistage ainsi que le suivi, tout en étant simple et rapide ? La psychiatrie reste un domaine complexe, et face à la diversité des patients souffrant de maladie dépressive, la mise en place et l'utilisation d'un tel outil paraissent difficiles.

CONCLUSION

La psychiatrie représente une part importante de l'activité de médecine générale, et il s'agit d'un domaine qui préoccupe les médecins généralistes, comme le montre le fort taux de participation à notre étude. Il existe une multitude de tests et échelles à visée psychiatrique notamment pour la maladie dépressive, probablement trop d'ailleurs, noyant les instruments les plus pertinents d'aide au dépistage, au diagnostic et au suivi évolutif. Parmi ceux-ci, nous avons aujourd'hui à notre disposition des outils d'une grande valeur sémiologique, validés par les experts français, européens voire internationaux. Malheureusement, force est de constater qu'ils sont nettement sous-utilisés en pratique. Notre travail consistait à évaluer quantitativement leur utilisation effective en consultation de médecine générale d'une part, et d'autre part à déterminer l'intérêt que leur portent les médecins libéraux ainsi que les obstacles à leur emploi.

Notre enquête montre que les médecins généralistes de Picardie ne donnent pas une place prépondérante dans leur pratique aux échelles psychiatriques de la dépression, et ne leur portent qu'un intérêt modéré. Selon eux, ces instruments sont conçus pour une intervention ponctuelle. Les médecins interrogés soulèvent d'ailleurs de multiples obstacles à leur intégration dans une consultation de médecine générale tels que le caractère chronophage ou l'altération de la relation médecin-malade. Notre étude ne nous a pas permis de définir un profil des médecins généralistes ayant recours à ces outils.

Il serait préférable de ne disposer que d'un petit nombre d'outils pour le dépistage des principaux troubles, et que chacun d'entre eux propose un test d'évaluation plus poussé en cas de suspicion de pathologie. Un outil informatique pourrait ainsi regrouper les tests de dépistage les plus pertinents, puis orienter le médecin vers un outil plus complet si une évaluation psychiatrique s'avère nécessaire. Cette démarche pourrait être réalisée au cours de plusieurs consultations.

Nous disposons donc d'outils intéressants en théorie, mais dont l'intégration en consultation de médecine générale est difficile. Les médecins interrogés ont fréquemment signifié que ce type d'évaluation stéréotypée leur était peu utile, et qu'ils lui préféreraient une évaluation plus intuitive, liée à l'observation de leurs patients sur le long terme. Ainsi, ne pas faire usage de

ces outils ne serait pas forcément synonyme d'absence de dépistage et de suivi de la maladie dépressive.

Face aux enjeux importants de santé publique et à l'impact socio-économique de la prise en charge de la maladie dépressive, les autorités de santé ont tout intérêt à développer tous les moyens permettant une évaluation la plus juste possible du patient dépressif. A terme, est-il envisageable qu'elles obligent les médecins à réaliser ces tests d'évaluation psychiatrique avant toute prescription d'antidépresseur ? Il serait plus intéressant d'évaluer réellement leur portée en consultation de médecine générale afin de définir si leur utilisation améliore significativement la prise en charge par le médecin ou non. Si tel est le cas, alors les autorités de santé devront s'attacher à promouvoir les échelles psychiatriques de la dépression plutôt qu'à rendre obligatoire leur utilisation.

BIBLIOGRAPHIE

1. Organisation Mondiale de la Santé. Rapport sur la santé dans le monde 2001. La santé mentale: Nouvelle conception, nouveaux espoirs. 2001.
2. Organisation Mondiale de la Santé. Santé mentale : relever les défis, trouver des solutions. Rapport de la Conférence ministérielle européenne de l’OMS. 2006.
3. Barbier D. [The problematics of depression]. Presse Médicale Paris Fr 1983. 2004 Feb 14 ; 33 (3) : 194-200.
4. Norton J, De Roquefeuil G, Boulenger J-P, Ritchie K, Mann A, Tylee A. Use of the PRIME-MD Patient Health Questionnaire for estimating the prevalence of psychiatric disorders in French primary care: comparison with family practitioner estimates and relationship to psychotropic medication use. Gen Hosp Psychiatry. 2007 Aug ; 29 (4) : 285-93.
5. Assurance Maladie [En ligne]. Paris. [Consulté le 6 avril 2015]. Mis à jour le 17 novembre 2014. Disponible sur <http://www.ameli.fr/accueil-de-la-ccam/trouver-un-acte/fiche-abregee.php?code=ALQP003>
6. Assurance Maladie. Episode dépressif caractérisé : critères diagnostiques adaptés de la CIM 10 [En ligne]. Paris [consulté le 5 avril 2015]. Mis à jour septembre 2010. Disponible sur : http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/EDC-CIM-sept2010.pdf
7. Assurance Maladie. Episode dépressif caractérisé: critères diagnostiques adaptés du DSM IV [En ligne]. Paris [consulté le 5 avril 2015]. Mis à jour septembre 2010. Disponible sur : http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/EDC-DSM-sept2010.pdf
8. Yi Seong-Baily, Junius J Gonzales. Barbara J. Bowers, Jean S. Anthony, Bas Tidjani, Jeffrey L. Susman. Reinvention of Depression Instruments by Primary Care Clinicians. Ann Fam Med. Mai 2010 ; 8 (3) : 224-230.
9. Jaafari N, Fassassi S, Senon JL. Dépression de l’adulte. La revue du praticien médecine générale. 2005 ; 19 (712/713) : 1351-1360.
10. Chan Chee C, Beck F, Sapinho D, Guilbert Ph. (sous la dir.). La dépression en France- Enquête ANADEP 2005, Saint-Denis: INPES, coll. Etudes santé, 2009, 208p.

Consulté le 08 juin 2015 sur le site de l'INPES à l'adresse : <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1210.pdf>.

11. Lépine JP, Gasquet I, Kovess V, Arbabzadeh-Bouchez S., Nègre-Pagès L, et al. Prévalence et comorbidité des troubles psychiatriques dans la population générale française : résultats de l'étude épidémiologique ESEMeD/MHEDEA 2000/ (ESEMeD). *L'Encéphale*. 2005 ; 31 (2) : 182-94.
12. Leroux I, Morin T. Facteurs de risque des épisodes dépressifs en population générale. *Etudes et résultats*. déc 2006 ; (545).
13. Beck F. La dépression en France (2005-2010) : prévalence, recours au soin et sentiment d'information de la population. *La santé de l'Homme* sept oct 2012 ; 421 : 43-5.
14. Le Pape A, Lecomte T. Prévalence et prise en charge médicale de la dépression, France 1996-1997. Paris: CREDES; 1999 : 121 p.
15. Boyer. Critères diagnostiques d'un épisode dépressif selon la CIM-10. Masson; 1999.
16. Albou A, Allilaire J-F. Dépression de l'adulte, manifestations cliniques, nosographie et comorbidités. *La Revue du praticien*. 29 févr 2008 ; (4) : 366-72.
17. Lejoyeux M, Marinescu M. Alcool et comorbidité psychiatrique. *La Revue du praticien*. 31 mai 2006 ; (10) : 1081-5.
18. Laqueille X. Troubles psychiatriques liés, induits ou associés au cannabis. *La Revue du praticien*. 15 janv 2005 ; (1) : 30-4.
19. Tajkovic G, Stracevic V. Reliability of the Hamilton Rating Scale for Depression: a meta-analysis over a period of 49 years. *Psychiatrie Res* 2011 Août 30 ; 189 (1) : 1-9.
20. Morris R, Leese M. Inter-rater reliability of the Hamilton Depression Rating Scale as a diagnostic and outcome measure of depression in primary care. *J Affect Disord* 2008 déc ; 111 (2-3) : 204-13
21. Löwe B, Unützer J, Callahan CM, Perkins AJ, Kroenke K. Monitoring depression treatment outcomes with the patient health questionnaire-9. *Care Med* 2004 déc ; 42 (12) : 1194-201.

22. Eun Jeong Lee, Jung Bum Kim, Im Hee Shin, Kyung Hee Lim, Sang Hee Lee, Gyung Ah Cho. Current Use of Depression Rating Scales in Mental Health Setting. *Psychiatry Investig.* Sep 2010 ; 7 (3) : 170-176.
23. Simon M.Gilbody, Allan O.House, Trevor A.Sheldon. Psychiatrists in the UK do not use outcomes measures. *The British Journal of Psychiatry* Feb 2002, 180 (2) 101-103.
24. CHABRY C, PHELIPPEAU J-P. Prise en charge ambulatoire de la dépression chez l'adulte. Expression des besoins par les médecins généralistes. *URCAM ILE Fr.* 2005
25. Williams JW Jr, Pignone M, Ramirez G, Perez Stellato C. Identifying depression in primary care: a literature synthesis of case-finding instruments. *Gen Hosp Psychiatry.* 2002 Jul-Aug ; 24 (4) : 225-37.
26. Rault JF, conseil national de l'ordre des médecins. La démographie médicale en région Picardie, situation en 2013 [en ligne]. Saint Denis [consulté le 7 mai 2015]. Mis à jour 2013. Disponible sur : http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/picardie_2013.pdf
27. INSEE - institut national de la statistique et des études économiques. Paris : INSEE - institut national de la statistique et des études économiques [consulté le 5 mai 2015]. Mis à jour janvier 2015. Disponible sur : <http://www.insee.fr/fr/methodes/default.asp?page=definitions/unite-urbaine.htm>
28. Cantegreil-Kallen, D. Lieberherr, A. Garcia, M. Cadilhac, A-S. Rigaud, A. Flahault La détection de la maladie d'Alzheimer par le médecin généraliste : résultats d'une enquête préliminaire auprès des médecins du réseau Sentinelles *La revue de médecine interne* 2004, 25 (8) : 548-555

ANNEXE 1 : Le questionnaire

L'utilisation des échelles psychiatriques dans la prise en charge du patient dépressif par les médecins généralistes.

1. Vous êtes :

Une seule réponse possible.

- Une femme exerçant seule
- Une femme exerçant en cabinet de groupe
- Un homme exerçant seul
- Un homme exerçant en cabinet de groupe

2. Vous travaillez :

Une seule réponse possible.

- En zone urbaine
- En zone périurbaine
- En zone rurale

3. Vous avez :

Une seule réponse possible.

- Moins de 40 ans
- Entre 40 et 55 ans
- Plus de 55 ans

4. Avez-vous déjà utilisé des échelles psychiatriques dans le cadre de la maladie dépressive ?

Une seule réponse possible.

- Oui *Passez à la question 5.*
- Non *Passez à la question 12.*

5. A quelle fréquence utilisez-vous les échelles psychiatriques dans le cadre de la maladie dépressive ?

Une seule réponse possible.

- 1 à 2 fois par an
- 3 à 6 fois par an
- 1 à 3 fois par mois
- Au moins 1 fois par semaine

6. Lors de votre démarche diagnostique, dans quels buts utilisez-vous les échelles psychiatriques de dépression ?

Plusieurs réponses possibles.

- Pour confirmer le diagnostic
- Pour évaluer la sévérité de la maladie
- Pour établir une stratégie thérapeutique (traitement médicamenteux, psychothérapie)
- Pour mieux faire accepter le diagnostic au patient
- Vous n'utilisez pas ces échelles lors de votre démarche diagnostique

7. Lors du suivi de la maladie dépressive, dans quels buts utilisez-vous les échelles psychiatriques de dépression ?

Plusieurs réponses possibles.

- Pour évaluer l'efficacité d'un traitement (médicamenteux ou psychothérapie)
- Pour modifier ou ajuster un traitement
- Avant d'arrêter un traitement
- Pour confirmer la guérison, à distance du traitement
- Vous n'utilisez pas ces échelles lors du suivi de la maladie

8. Utilisez-vous les échelles psychiatriques dans certaines formes cliniques de dépression ?

Plusieurs réponses possibles.

- Chez l'adolescent
- En postpartum
- Dans le cadre d'une dépression saisonnière
- Dans le cadre d'une dépression masquée par une addiction (alcool, drogues, nourriture...)
- Chez les personnes âgées (présentant des troubles cognitifs ou non)
- Vous n'utilisez pas particulièrement ces échelles dans ces différentes formes cliniques de dépression
- Autre :

9. Quelles échelles utilisez-vous ?

Plusieurs réponses possibles.

- Hamilton (HDRS)
- HAD
- MADRS (Montgomery and Asberg)
- Beck (BDI)
- Autre :

10. Les échelles utilisées sont-elles intégrées dans votre logiciel informatique ?

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non
- Vous ne disposez pas de logiciel informatique.

11. Lors d'une utilisation d'échelles psychiatriques de dépression, appliquez-vous la cotation CCAM "test d'évaluation d'une dépression" ? (code ALQP003, prix de l'acte 69,12 €)

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non, vous cotez une simple consultation.

Passez à la question 17.

12. Quels tests psychiatriques de la dépression connaissez-vous ?

Plusieurs réponses possibles.

- Hamilton (HDRS)
- MADRS (Montgomery and Asberg)
- HAD
- Beck (BDI)
- Vous n'en connaissez pas
- Autre :

13. Pourquoi n'utilisez-vous pas les échelles psychiatriques de la dépression ?

Plusieurs réponses possibles.

- Votre interrogatoire est suffisant.
- Ces tests ne sont pas fiables.
- Ces tests sont trop chronophages.
- Vous ne les connaissez pas.
- Autre :

14. Dans quelles situations cliniques trouveriez-vous intéressant d'intégrer les échelles psychiatriques de la dépression dans votre démarche diagnostique ?

Plusieurs réponses possibles.

- Face à des troubles somatoformes (douleur, asthénie, symptômes inexpliqués, trouble abdominal...)
- Face à un comportement inhabituel
- Face à des symptômes atypiques
- Lors d'un interrogatoire difficile
- Autre :

15. A quelles étapes de votre prise en charge l'utilisation d'échelles psychiatriques de la dépression vous paraîtrait-elle intéressante ?

Plusieurs réponses possibles.

- Pour confirmer votre diagnostic
- Pour évaluer la sévérité de la maladie
- Pour établir une stratégie thérapeutique (traitement médicamenteux, psychothérapie)
- Pour mieux faire accepter le diagnostic à votre patient
- Pour évaluer l'efficacité d'un traitement
- Avant de modifier ou d'ajuster la posologie d'un traitement médical
- Avant l'arrêt d'un traitement
- A distance du traitement, pour confirmer la guérison

16. Connaissez-vous la cotation CCAM « test d'évaluation d'une dépression » ? (code ALQP003, prix de l'acte 69,12 €)

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

17. Dans quels autres domaines utilisez-vous des tests d'évaluation ?

Plusieurs réponses possibles.

- Troubles cognitifs
- Tabac
- Alcool
- Drogues
- Douleur
- Vous ne réalisez jamais de tests d'évaluation.
- Autre :

ANNEXE 2 : L'échelle d'Hamilton

Echelle de dépression de Hamilton

1) Humeur dépressive (tristesse, sentiment d'être sans espoir, impuissant, autodépréciation)

- 0 Absent
- 1 Ces états affectifs ne sont signalés que si l'on interroge le sujet.
- 2 Ces états affectifs sont signalés verbalement spontanément.
- 3 Le sujet communique ces états affectifs non verbalement (expression facile, attitude, voix, pleurs).
- 4 Le sujet ne communique pratiquement que ses états affectifs dans ses communications spontanées verbales et non verbales.

2) Sentiments de culpabilité

- 0 Absent.
- 1 S'adresse des reproches à lui-même, a l'impression qu'il a causé un préjudice à des gens.
- 2 Idées de culpabilité ou ruminations sur des erreurs passées ou des actions condamnables.
- 3 La maladie actuelle est une punition. Idées délirantes de culpabilité.
- 4 Entend des voix qui l'accusent ou le dénoncent et/ou a des hallucinations visuelles menaçantes.

3) Suicide

- 0 Absent
- 1 A l'impression que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue.
- 2 Souhaite être mort ou équivalent: toute pensée de mort possible dirigée contre lui-même.
- 3 Idées ou gestes de suicide.
- 4 Tentatives de suicide.

4) Insomnie du début de nuit

- 0 Absent.
- 1 Se plaint de difficultés éventuelles à s'endormir.
- 2 Se plaint d'avoir chaque soir des difficultés à s'endormir.

5) Insomnie du milieu de nuit

- 0 Pas de difficulté.
- 1 Le malade se plaint d'être agité ou troublé pendant la nuit.
- 2 Il se réveille pendant la nuit.

6) Insomnie du matin

- 0 Pas de difficulté.
- 1 Se réveille de très bonne heure le matin mais se rendort.
- 2 Incapable de se rendormir s'il se lève.

7) Travail et activités

- 0 Pas de difficulté.
- 1 Pensées et sentiments d'incapacité, fatigue ou faiblesse se rapportant à des activités professionnelles ou de détente.
- 2 Perte d'intérêt pour les activités professionnelles ou de détente, ou décrite directement par le malade ou indirectement par son apathie, son indécision et ses hésitations.
- 3 Diminution du temps d'activité ou diminution de la productivité.
- 4 A arrêté son travail en raison de sa maladie actuelle.

8) Ralentissement (lenteur de la pensée et du langage, baisse de la faculté de concentration, baisse de l'activité motrice)

- 0 Langage et pensées normaux.
- 1 Léger ralentissement à l'entretien.
- 2 Ralentissement manifeste à l'entretien.
- 3 Entretien difficile.
- 4 Stupeur.

9) Agitation

- 0 Aucune
- 1 Crispations, secousses musculaires.
- 2 Joue avec ses mains, ses cheveux, etc.
- 3 Bouge, ne peut rester assis tranquille.
- 4 Se tord les mains, ronge ses ongles, arrache ses cheveux, se mord les lèvres.

10) Anxiété psychique

- 0 Aucun trouble.
- 1 Tension subjective et irritabilité.
- 2 Se fait du souci à propos de problèmes mineurs.
- 3 Attitude inquiète, apparente dans l'expression faciale et le langage.
- 4 Peurs exprimées sans que l'on pose de questions.

11) Anxiété somatique (bouche sèche, troubles digestifs, palpitations, céphalées, pollakiurie, hyperventilation, transpiration, soupirs)

- 0 Absente.
- 1 Discrète.
- 2 Moyenne.
- 3 Grave.
- 4 Frappant le sujet d'incapacité fonctionnelle.

12) Symptômes somatiques gastro-intestinaux

- 0 Aucun.
- 1 Perte d'appétit mais mange sans y être poussé. Sentiment de lourdeur abdominale.
- 2 A des difficultés à manger en l'absence d'incitations. Demande ou besoins de laxatifs, de médicaments intestinaux.

13) Symptômes somatiques généraux

- 0 Aucun
- 1 Lourdeur dans les membres, dans le dos ou la tête. Douleurs dans le dos, céphalées, douleurs musculaires, perte d'énergie et fatigabilité.
- 2 Si n'importe quel symptôme est net.

14) Symptômes génitaux (perte de libido, troubles menstruels)

- 0 Absents.
- 1 Légers.
- 2 Graves.

15) Hypochondrie

- 0 Absente
- 1 Attention concentrée sur son propre corps.
- 2 Préoccupations sur sa santé.
- 3 Plaintes fréquentes, demandes d'aide.
- 4 Idées délirantes hypochondriaques.

16) Perte de poids

A : selon les dires du malade

- 0 Pas de perte de poids.
- 1 Perte de poids probable liée à la maladie actuelle.
- 2 Perte de poids certaine.

B : appréciée par pesées

- 0 Moins de 500 g de perte de poids par semaine.
- 1 Plus de 500 g de perte de poids par semaine.
- 2 Plus de 1 kg de perte de poids par semaine.

17) Prise de conscience

- 0 Reconnaît qu'il est déprimé et malade.
- 1 Reconnaît qu'il est malade mais l'attribue à la nourriture, au climat, au surmenage, à un virus, à un besoin de repos, etc.
- 2 Nie qu'il est malade.

Résultats:

Score de 10 à 13 : symptômes dépressifs légers.

Score de 14 à 17 : symptômes dépressifs légers à modérés.

Score supérieur à 18 : symptômes dépressifs modérés à sévères.

ANNEXE 3 : L'échelle de Beck

Echelle de Beck (BDI : Beck Depression Inventory)

A

- 0 Je ne me sens pas triste
- 1 Je me sens cafardeux ou triste
- 2 Je me sens tout le temps cafardeux ou triste et je n'arrive pas à en sortir
- 3 Je suis si triste et si malheureux que je ne peux pas le supporter

B

- 0 Je ne suis pas particulièrement découragé ni pessimiste au sujet de l'avenir
- 1 J'ai un sentiment de découragement au sujet de l'avenir
- 2 Pour mon avenir, je n'ai aucun motif d'espérer
- 3 Je sens qu'il n'y a aucun espoir pour mon avenir et que la situation ne peut s'améliorer

C

- 0 Je n'ai aucun sentiment d'échec de ma vie
- 1 J'ai l'impression que j'ai échoué dans ma vie plus que la plupart des gens
- 2 Quand je regarde ma vie passée, tout ce que j'y découvre n'est qu'échecs
- 3 J'ai un sentiment d'échec complet dans toute ma vie personnelle (dans mes relations avec mes parents, mon mari, ma femme, mes enfants)

D

- 0 Je ne me sens pas particulièrement insatisfait
- 1 Je ne sais pas profiter agréablement des circonstances
- 2 Je ne tire plus aucune satisfaction de quoi que ce soit
- 3 Je suis mécontent de tout

E

- 0 Je ne me sens pas coupable
- 1 Je me sens mauvais ou indigne une bonne partie du temps
- 2 Je me sens coupable
- 3 Je me juge très mauvais et j'ai l'impression que je ne vauds rien

F

- 0 Je ne suis pas déçu par moi-même
- 1 Je suis déçu par moi-même
- 2 Je me dégoûte moi-même
- 3 Je me hais

G

- 0 Je ne pense pas à me faire du mal
- 1 Je pense que la mort me libérerait
- 2 J'ai des plans précis pour me suicider
- 3 Si je le pouvais, je me tuerais

H

- 0 Je n'ai pas perdu l'intérêt pour les autres gens
- 1 Maintenant, je m'intéresse moins aux autres gens qu'autrefois
- 2 J'ai perdu tout l'intérêt que je portais aux autres gens et j'ai peu de sentiments pour eux
- 3 J'ai perdu tout intérêt pour les autres et ils m'indiffèrent totalement

I

- 0 Je suis capable de me décider aussi facilement que de coutume
- 1 J'essaie de ne pas avoir à prendre de décision
- 2 J'ai de grandes difficultés à prendre des décisions
- 3 Je ne suis plus capable de prendre la moindre décision

J

- 0 Je n'ai pas le sentiment d'être plus laid qu'avant
- 1 J'ai peur de paraître vieux ou disgracieux
- 2 J'ai l'impression qu'il y a un changement permanent dans mon apparence physique qui me fait paraître disgracieux
- 3 J'ai l'impression d'être laid et repoussant

K

- 0 Je travaille aussi facilement qu'auparavant
- 1 Il me faut faire un effort supplémentaire pour commencer à faire quelque chose
- 2 Il faut que je fasse un très grand effort pour faire quoi que ce soit
- 3 Je suis incapable de faire le moindre travail

L

- 0 Je ne suis pas plus fatigué que d'habitude
- 1 Je suis fatigué plus facilement que d'habitude
- 2 Faire quoi que ce soit me fatigue
- 3 Je suis incapable de faire le moindre travail

M

- 0 Mon appétit est toujours aussi bon
- 1 Mon appétit n'est pas aussi bon que d'habitude
- 2 Mon appétit est beaucoup moins bon maintenant
- 3 Je n'ai plus du tout d'appétit

Résultats:

Le score varie de 0 à 39.

- 0 à 3 : pas de dépression
- 4 à 7 : dépression légère
- 8 à 15 : dépression d'intensité moyenne à modérée
- 16 et plus: dépression sévère

ANNEXE 4 : L'échelle HAD

Echelle de dépression HAD (HAD : Hospital Anxiety and Depression Scale) de Sigmond et Snaith

1) Anxiété

Je me sens tendu ou énervé.

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

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

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

Je me fais du souci.

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

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.

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

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

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

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

J'éprouve des sensations soudaines de panique.

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

2) Dépression

Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois.

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

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.

Je suis de bonne humeur.

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

J'ai l'impression de fonctionner au ralenti.

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

Je me m'intéresse plus à mon apparence.

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

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.

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

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

Résultats:

Cette échelle explore les symptômes anxieux et dépressifs.

Faire le total du versant anxiété et dépression: 21 points maximum pour chacun.

- Entre 8 et 10 : état anxieux ou dépressif douteux.
- Au-delà de 10 : état anxieux ou dépressif certain.

ANNEXE 5 : L'échelle MADRS

Echelle MADRS (Montgomery and Asberg Depression Rating Scale)

1) Tristesse apparente

Correspond au découragement, à la dépression et au désespoir (plus qu'un simple cafard passager) reflétés par la parole, la mimique et la posture. Coter selon la profondeur et l'incapacité à se déridier.

- 0 Pas de tristesse.
- 1
- 2 Semble découragé mais peut se déridier sans difficulté.
- 3
- 4 Paraît triste et malheureux la plupart du temps.
- 5
- 6 Semble malheureux tout le temps. Extrêmement découragé.

2) Tristesse exprimée

Correspond à l'expression d'une humeur dépressive, que celle-ci soit apparente ou non. Inclut le cafard, le découragement ou le sentiment de détresse sans espoir. Coter selon l'intensité, la durée et le degré auquel l'humeur est dite être influencée par les événements.

- 0 Tristesse occasionnelle en rapport avec les circonstances.
- 1
- 2 Triste ou cafardeux, mais se déride sans difficulté.
- 3
- 4 Sentiment envahissant de tristesse ou de dépression.
- 5
- 6 Tristesse, désespoir ou découragement permanents ou sans fluctuation.

3) Tension intérieure

Correspond aux sentiments de malaise mal défini, d'irritabilité, d'agitation intérieure, de tension nerveuse allant jusqu'à la panique, l'effroi ou l'angoisse. Coter selon l'intensité, la fréquence, la durée, le degré de réassurance nécessaire.

- 0 Calme. Tension intérieure seulement passagère.
- 1
- 2 Sentiments occasionnels d'irritabilité et de malaise mal défini.
- 3
- 4 Sentiments continuels de tension intérieure ou panique intermittente que le malade ne peut maîtriser qu'avec difficulté.
- 5
- 6 Effroi ou angoisse sans relâche. Panique envahissante.

4) Réduction du sommeil

Correspond à une réduction de la durée ou de la profondeur du sommeil par comparaison avec le sommeil du patient lorsqu'il n'est pas malade.

- 0 Dort comme d'habitude.
- 1
- 2 Légère difficulté à s'endormir ou sommeil légèrement réduit. Léger ou agité.
- 3
- 4 Sommeil réduit ou interrompu au moins deux heures.
- 5
- 6 Moins de deux ou trois heures de sommeil.

5) Réduction de l'appétit

Correspond au sentiment d'une perte de l'appétit comparé à l'appétit habituel. Coter l'absence de désir de nourriture ou le besoin de se forcer pour manger.

- 0 Appétit normal ou augmenté.
- 1
- 2 Appétit légèrement réduit.
- 3.
- 4 Pas d'appétit. Nourriture sans goût.
- 5
- 6 Ne mange que si on le persuade.

6) Difficultés de concentration

Correspond aux difficultés à rassembler ses pensées allant jusqu'à l'incapacité à se concentrer. Coter l'intensité, la fréquence et le degré d'incapacité.

- 0 Pas de difficulté de concentration.
- 1
- 2 Difficultés occasionnelles à rassembler ses pensées.
- 3
- 4 Difficultés à se concentrer et à maintenir son attention, ce qui réduit la capacité à lire ou à soutenir une conversation.
- 5
- 6 Incapacité de lire ou de converser sans grande difficulté.

7) Lassitude

Correspond à une difficulté à se mettre en train ou une lenteur à commencer et à accomplir les activités quotidiennes.

- 0 Guère de difficultés à se mettre en route; pas de lenteur.
- 1
- 2 Difficultés à commencer des activités.
- 3
- 4 Difficultés à commencer des activités routinières qui sont poursuivies avec effort.
- 5
- 6 Grande lassitude. Incapable de faire quoi que ce soit sans aide.

8) Incapacité à ressentir

Correspond à l'expérience subjective d'une réduction d'intérêt pour le monde environnant, ou les activités qui donnent normalement du plaisir. La capacité à réagir avec une émotion appropriée aux circonstances ou aux gens est réduite.

- 0 Intérêt normal pour le monde environnant et pour les gens.
- 1
- 2 Capacité réduite à prendre plaisir à ses intérêts habituels.
- 3
- 4 Perte d'intérêt pour le monde environnant. Perte de sentiment pour les amis et les connaissances.
- 5
- 6 Sentiment d'être paralysé émotionnellement, incapacité à ressentir de la colère, du chagrin ou du plaisir, et impossibilité complète ou même douloureuse de ressentir quelque chose pour les proches, parents et amis.

9) Pensées pessimistes

Correspond aux idées de culpabilité, d'infériorité, d'auto-accusation, de péché ou de ruine.

- 0 Pas de pensées pessimistes.
- 1
- 2 Idées intermittentes d'échec, d'auto-accusation et d'autodépréciation.
- 3
- 4 Auto-accusations persistantes ou idées de culpabilité ou péché précises, mais encore rationnelles. Pessimisme croissant à propos du futur.
- 5
- 6 Idées délirantes de ruine, de remords ou péché inexpiable. Auto-accusations absurdes et inébranlables.

10) Idées de suicide

Correspond au sentiment que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue, qu'une mort naturelle serait la bienvenue, idées de suicide et préparatifs au suicide. Les tentatives de suicide ne doivent pas, en elles-mêmes, influencer la cotation.

- 0 Jouit de la vie ou la prend comme elle vient.
- 1
- 2 Fatigué de la vie, idées de suicide seulement passagères.
- 3
- 4 Il vaudrait mieux être mort. Les idées de suicide sont courantes et le suicide est considéré comme une solution possible, mais sans projet ou intention précis.
- 5
- 6 Projets explicites de suicide si l'occasion se présente. Préparatifs de suicide.

Résultats:

Chaque item est coté de 0 à 6, seules les valeurs paires sont définies.

Le médecin doit décider si l'évaluation doit reposer sur les points de l'échelle bien définis (0, 2, 4, 6) ou sur des points intermédiaires (1, 3, 5).

Le score maximal est de 60.

Le seuil de dépression est fixé à 15.

Cette échelle est assez rapide et sensible à l'efficacité thérapeutique.

ANNEXE 6 : L'échelle GDS

Échelle d'auto-évaluation de l'humeur

GDS, Geriatric Depression Scale, de T.L. Brink et J.A. Yesavage

Nom et Prénom

Date

Âge

Sexe

01 - Êtes-vous satisfait(e) de votre vie ?	oui	non	*
02 - Avez-vous renoncé à un grand nombre de vos activités ?	oui	non	*
03 - Avez-vous le sentiment que votre vie est vide ?	oui	non	*
04 - Vous ennuyez-vous souvent ?	oui	non	*
05 - Envisagez-vous l'avenir avec optimisme ?	oui	non	*
06 - Êtes-vous souvent préoccupé(e) par des pensées qui reviennent sans cesse ?	oui	non	*
07 - Êtes-vous de bonne humeur la plupart du temps ?	oui	non	*
08 - Craignez-vous un mauvais présage pour l'avenir ?	oui	non	*
09 - Êtes-vous heureux(se) la plupart du temps ?	oui	non	*
10 - Avez-vous souvent besoin d'aide dans vos activités ?	oui	non	*
11 - Vous sentez-vous souvent nerveux(se) au point de ne pouvoir tenir en place ?	oui	non	*
12 - Préférez-vous rester seul(e) dans votre chambre plutôt que d'en sortir ?	oui	non	*
13 - L'avenir vous inquiète-t-il ?	oui	non	*
14 - Pensez-vous que votre mémoire est plus mauvaise que celle de la plupart des gens ?	oui	non	*
15 - Pensez-vous qu'il est merveilleux de vivre à notre époque ?	oui	non	*
16 - Avez-vous souvent le cafard ?	oui	non	*
17 - Avez-vous le sentiment d'être désormais inutile ?	oui	non	*
18 - Ressassez-vous beaucoup le passé ?	oui	non	*
19 - Trouvez-vous que la vie est passionnante ?	oui	non	*
20 - Avez-vous des difficultés à entreprendre de nouveaux projets ?	oui	non	*
21 - Avez-vous beaucoup d'énergie ?	oui	non	*
22 - Désespérez-vous de votre situation présente ?	oui	non	*
23 - Pensez-vous que la situation des autres est meilleure que la vôtre, que les autres ont plus de chance que vous ?	oui	non	*
24 - Êtes-vous souvent irrité(e) par des détails ?	oui	non	*
25 - Éprouvez-vous souvent le besoin de pleurer ?	oui	non	*
26 - Avez-vous du mal à vous concentrer ?	oui	non	*
27 - Êtes-vous content(e) de vous lever le matin ?	oui	non	*
28 - Refusez-vous souvent les activités proposées ?	oui	non	*
29 - Vous est-il facile de prendre des décisions ?	oui	non	*
30 - Avez-vous l'esprit aussi clair qu'autrefois ?	oui	non	*
Total		+	

* Attribuer un point quand la case près de l'astérisque est cochée et faire la somme.

Score

Si le score est :

- entre 15 et 22 on conclut à une dépression légère ;
- quand il dépasse 22 il peut s'agir d'une dépression sévère.

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me le demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences.

Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés. J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque.