



HAL
open science

L'échelle de dépression de Hamilton : état des lieux auprès de médecins généralistes en Haute-Normandie

Alexandre Leroux

► **To cite this version:**

Alexandre Leroux. L'échelle de dépression de Hamilton : état des lieux auprès de médecins généralistes en Haute-Normandie. Médecine humaine et pathologie. 2017. dumas-01599531

HAL Id: dumas-01599531

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01599531v1>

Submitted on 2 Oct 2017

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.

**FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE
ROUEN**

ANNEE 2017

THESE N°

**THESE POUR LE
DOCTORAT EN MEDECINE**

(Diplôme d'Etat)

**L'ECHELLE DE DEPRESSION DE HAMILTON
ETAT DES LIEUX AUPRES DE MEDECINS GENERALISTES
EN HAUTE-NORMANDIE**

Par

Alexandre LEROUX

Né le 15 juin 1985 à Rouen

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 27 juin 2017

PRESIDENT DE JURY : Monsieur le Professeur Jean-Loup HERMIL

**MEMBRES DU JURY : Monsieur le Professeur HANNEQUIN
Madame le Docteur Elisabeth MAUVIARD
(professeur associé)
Madame le Docteur Jeanne-Claire YRLES**

DIRECTEUR DE THESE : Madame le Docteur Elisabeth MAUVIARD

Mr Jean DOUCET	SJ	Thérapeutique - Médecine interne et gériatrie
Mr Bernard DUBRAY	CB	Radiothérapie
Mr Philippe DUCROTTE	HCN	Hépatogastro-entérologie
Mr Frank DUJARDIN	HCN	Chirurgie orthopédique - Traumatologie
Mr Fabrice DUPARC	HCN	Anatomie - Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mr Eric DURAND	HCN	Cardiologie
Mr Bertrand DUREUIL	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mme Hélène ELTCHANINOFF	HCN	Cardiologie
Mr Thierry FREBOURG	UFR	Génétique
Mr Pierre FREGER	HCN	Anatomie - Neurochirurgie
Mr Jean François GEHANNO	HCN	Médecine et santé au travail
Mr Emmanuel GERARDIN	HCN	Imagerie médicale
Mme Priscille GERARDIN	HCN	Pédopsychiatrie
Mr Michel GODIN (<i>sumombre</i>)	HB	Néphrologie
M. Guillaume GOURCEROL	HCN	Physiologie
Mr Dominique GUERROT	HCN	Néphrologie
Mr Olivier GUILLIN	HCN	Psychiatrie Adultes
Mr Didier HANNEQUIN	HCN	Neurologie
Mr Fabrice JARDIN	CB	Hématologie
Mr Luc-Marie JOLY	HCN	Médecine d'urgence
Mr Pascal JOLY	HCN	Dermato - Vénérologie
Mme Bouchra LAMIA	Havre	Pneumologie
Mme Annie LAQUERRIERE	HCN	Anatomie et cytologie pathologiques
Mr Vincent LAUDENBACH	HCN	Anesthésie et réanimation chirurgicale
Mr Joël LECHEVALLIER	HCN	Chirurgie infantile
Mr Hervé LEFEBVRE	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
Mr Thierry LEQUERRE	HB	Rhumatologie
Mme Anne-Marie LEROI	HCN	Physiologie
Mr Hervé LEVESQUE	HB	Médecine interne
Mme Agnès LIARD-ZMUDA	HCN	Chirurgie Infantile
Mr Pierre Yves LITZLER	HCN	Chirurgie cardiaque
Mr Bertrand MACE	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
M. David MALTETE	HCN	Neurologie
Mr Christophe MARGUET	HCN	Pédiatrie
Mme Isabelle MARIE	HB	Médecine interne
Mr Jean-Paul MARIE	HCN	Oto-rhino-laryngologie
Mr Loïc MARPEAU	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Stéphane MARRET	HCN	Pédiatrie

Mme Véronique MERLE	HCN	Epidémiologie
Mr Pierre MICHEL	HCN	Hépatogastro-entérologie
M. Benoit MISSET	HCN	Réanimation Médicale
Mr Jean-François MUIR (<i>sumombre</i>)	HB	Pneumologie
Mr Marc MURAINÉ	HCN	Ophthalmologie
Mr Philippe MUSETTE	HCN	Dermatologie - Vénérologie
Mr Christophe PEILLON	HCN	Chirurgie générale
Mr Christian PFISTER	HCN	Urologie
Mr Jean-Christophe PLANTIER	HCN	Bactériologie - Virologie
Mr Didier PLISSONNIER	HCN	Chirurgie vasculaire
Mr Gaëtan PREVOST	HCN	Endocrinologie
Mr Jean-Christophe RICHARD (<i>détachement</i>)	HCN	Réanimation médicale - Médecine d'urgence
Mr Vincent RICHARD	UFR	Pharmacologie
Mme Nathalie RIVES	HCN	Biologie du développement et de la reproduction
Mr Horace ROMAN	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Jean-Christophe SABOURIN	HCN	Anatomie - Pathologie
Mr Guillaume SAVOYE	HCN	Hépatogastrologie
Mme Céline SAVOYE-COLLET	HCN	Imagerie médicale
Mme Pascale SCHNEIDER	HCN	Pédiatrie
Mr Michel SCOTTE	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne TAMION	HCN	Thérapeutique
Mr Luc THIBERVILLE	HCN	Pneumologie
Mr Christian THUILLEZ (<i>sumombre</i>)	HB	Pharmacologie
Mr Hervé TILLY	CB	Hématologie et transfusion
M. Gilles TOURNEL	HCN	Médecine Légale
Mr Olivier TROST	HCN	Chirurgie Maxillo-Faciale
Mr Jean-Jacques TUECH	HCN	Chirurgie digestive
Mr Jean-Pierre VANNIER (<i>sumombre</i>)	HCN	Pédiatrie génétique
Mr Benoît VEBER	HCN	Anesthésiologie - Réanimation chirurgicale
Mr Pierre VERA	CB	Biophysique et traitement de l'image
Mr Eric VERIN	HB	Service Santé Réadaptation
Mr Eric VERSPYCK	HCN	Gynécologie obstétrique
Mr Olivier VITTECOQ	HB	Rhumatologie
Mr Jacques WEBER	HCN	Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme Noëlle BARBIER-FREBOURG	HCN	Bactériologie – Virologie
Mme Carole BRASSE LAGNEL	HCN	Biochimie
Mme Valérie BRIDOUX HUYBRECHTS	HCN	Chirurgie Vasculaire
Mr Gérard BUCHONNET	HCN	Hématologie
Mme Mireille CASTANET	HCN	Pédiatrie
Mme Nathalie CHASTAN	HCN	Neurophysiologie
Mme Sophie CLAEYSSENS	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Moïse COEFFIER	HCN	Nutrition
Mr Manuel ETIENNE	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Serge JACQUOT	UFR	Immunologie
Mr Joël LADNER	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Baptiste LATOUCHE	UFR	Biologie cellulaire
Mr Thomas MOUREZ	HCN	Virologie
Mme Muriel QUILLARD	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mme Laëtitia ROLLIN	HCN	Médecine du Travail
Mr Mathieu SALAUN	HCN	Pneumologie
Mme Pascale SAUGIER-VEBER	HCN	Génétique
Mme Anne-Claire TOBENAS-DUJARDIN	HCN	Anatomie
Mr David WALLON	HCN	Neurologie

PROFESSEUR AGREGE OU CERTIFIE

Mr Thierry WABLE	UFR	Communication
-------------------------	-----	---------------

II - PHARMACIE

PROFESSEURS

Mr Thierry BESSON	Chimie Thérapeutique
Mr Jean-Jacques BONNET	Pharmacologie
Mr Roland CAPRON (PU-PH)	Biophysique
Mr Jean COSTENTIN (Professeur émérite)	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Loïc FAVENNEC (PU-PH)	Parasitologie
Mr Jean Pierre GOULLE (Professeur émérite)	Toxicologie
Mr Michel GUERBET	Toxicologie
Mme Isabelle LEROUX - NICOLLET	Physiologie
Mme Christelle MONTEIL	Toxicologie
Mme Martine PESTEL-CARON (PU-PH)	Microbiologie
Mme Elisabeth SEGUIN	Pharmacognosie
Mr Rémi VARIN (PU-PH)	Pharmacie clinique
Mr Jean-Marie VAUGEOIS	Pharmacologie
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

MAITRES DE CONFERENCES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
Mr Jérémy BELLIEN (MCU-PH)	Pharmacologie
Mr Frédéric BOUNOURE	Pharmacie Galénique
Mr Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
Mme Camille CHARBONNIER	Statistiques
Mme Marie Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation pharmaceutique et économie de la santé
Mme Elizabeth CHOSSON	Botanique
Mme Cécile CORBIERE	Biochimie
Mr Eric DITTMAR	Biophysique
Mme Nathalie DOURMAP	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUC	Pharmacologie
Mme Dominique DUTERTE- BOUCHER	Pharmacologie

Mr Abdelhakim ELOMRI	Pharmacognosie
Mr François ESTOUR	Chimie Organique
Mr Gilles GARGALA (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Najla GHARBI	Chimie analytique
Mme Marie-Laure GROULT	Botanique
Mr Hervé HUE	Biophysique et mathématiques
Mme Laetitia LE GOFF	Parasitologie - Immunologie
Mme Hong LU	Biologie
Mme Marine MALLETER	Biologie Cellulaire
Mme Sabine MENAGER	Chimie organique
Mme Tiphaine ROGEZ-FLORENT	Chimie analytique
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Malika SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Christine THARASSE	Chimie thérapeutique
Mr Frédéric ZIEGLER	Biochimie

PROFESSEURS ASSOCIES

Mme Cécile GUERARD-DETUNCQ	Pharmacie officinale
Mr Jean-François HOUIVET	Pharmacie officinale

PROFESSEUR CERTIFIE

Mme Mathilde GUERIN	Anglais
----------------------------	---------

ASSISTANT HOSPITALO-UNIVERSITAIRE

Mme Sandrine DAHOT	Bactériologie
---------------------------	---------------

ATTACHES TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

Mme Hanane GASMI	Galénique
Mme Benedetta CORNELIO	Chimie organique

LISTE DES RESPONSABLES DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et minérale
Mr Thierry BESSON	Chimie thérapeutique
Mr Roland CAPRON	Biophysique
Mme Marie-Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation et économie de la santé
Mme Elisabeth CHOSSON	Botanique
Mr Jean-Jacques BONNET	Pharmacodynamie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Loïc FAVENNEC	Parasitologie
Mr Michel GUERBET	Toxicologie
Mr François ESTOUR	Chimie organique
Mme Isabelle LEROUX-NICOLLET	Physiologie
Mme Martine PESTEL-CARON	Microbiologie
Mme Elisabeth SEGUIN	Pharmacognosie
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mr Rémi VARIN	Pharmacie clinique
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

III – MEDECINE GENERALE

PROFESSEUR

Mr Jean-Loup HERMIL UFR Médecine générale

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS

Mr Emmanuel LEFEBVRE UFR Médecine Générale

Mme Elisabeth MAUVIARD UFR Médecine générale

Mr Philippe NGUYEN THANH UFR Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS

Mr Pascal BOULET UFR Médecine générale

Mr Emmanuel HAZARD UFR Médecine Générale

Mme Lucile PELLERIN UFR Médecine générale

Mme Yveline SEVRIN UFR Médecine générale

Mme Marie Thérèse THUEUX UFR Médecine générale

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

PROFESSEURS

Mr Sergueï FETISSOV (med)	Physiologie (ADEN)
Mr Paul MULDER (phar)	Sciences du Médicament
Mme Su RUAN (med)	Génie Informatique

MAITRES DE CONFERENCES

Mr Sahil ADRIOUCH (med)	Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm 905)
Mme Gaëlle BOUGEARD-DENOYELLE (med)	Biochimie et biologie moléculaire (UMR 1079)
Mme Carine CLEREN (med)	Neurosciences (Néovasc)
M. Sylvain FRAINEAU (phar)	Physiologie (Inserm U 1096)
Mme Pascaline GAILDRAT (med)	Génétique moléculaire humaine (UMR 1079)
Mr Nicolas GUEROUT (med)	Chirurgie Expérimentale
Mme Rachel LETELLIER (med)	Physiologie
Mme Christine RONDANINO (med)	Physiologie de la reproduction
Mr Antoine OUVRARD-PASCAUD (med)	Physiologie (Unité Inserm 1076)
Mr Frédéric PASQUET	Sciences du langage, orthophonie
Mme Isabelle TOURNIER (med)	Biochimie (UMR 1079)

CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS : Mme Véronique DELAFONTAINE

HCN - Hôpital Charles Nicolle

HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME

CB - Centre Henri Becquerel

CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray

CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation

SJ - Saint Julien Rouen

REMERCIEMENTS

Dr Elisabeth MAUVIARD

Merci de m'avoir fait l'honneur d'avoir accepté de diriger ce travail. Merci de m'avoir accordé un soutien, une patience, et une disponibilité et des conseils si précieux pour sa réalisation. Veuillez trouver ici l'expression de ma profonde gratitude et de mon respect.

Pr Jean-Loup HERMIL

Vous me faites l'honneur d'accepter la présidence de ma thèse. Veuillez trouver ici l'expression de toute ma reconnaissance pour l'enseignement délivré au cours de mon internat. Veuillez trouver ici l'expression de mon respect et de ma considération les plus sincères.

Pr Didier HANNEQUIN

Vous avez accepté avec gentillesse de faire partie de ce jury. Je vous remercie de votre enseignement durant mes études. Veuillez trouver ici l'expression de mes remerciements les plus sincères.

Dr Jeanne-Claire YRLES

Vous m'avez fait l'honneur et le plaisir d'accepter de juger ce travail. Je vous remercie pour votre accompagnement et votre enseignement lors de ma formation et votre soutien ces dernières années. Veuillez trouver ici l'expression de ma profonde reconnaissance.

Pr Pierre FREGER

Merci pour votre écoute et votre soutien suite aux difficultés rencontrées lors de la réalisation de cette thèse. Je vous remercie de votre enseignement durant mes études. Veuillez trouver ici l'expression de mon respect et de ma considération les plus sincères.

Merci à tous les médecins qui ont pris le temps de répondre à cette étude et m'ont permis ainsi de devenir leur confrère.

Merci à ma famille, pour tout.

Merci à JR. Après avoir été coéquipiers, camarades, amis, collègues, nous voilà confrères. Merci à Pierre, Henri, Raphael, pour qui la situation est semblable même si vous auriez pu faire l'effort de jouer au rugby.

Merci à tous les amis de longue date, Alexandre, Clément, les deux Charles, Renaud, Laure, Benoit, Vincent, Florent, Yagan, Xavier, Axel, Paolo, Gunnar, Jérôme, Kevin, Léo, Pascal, Raphi, Thomas, Arno, Matthieu, ... Votre présence est très chère à mes yeux.

Merci à tous les amis plus récents, Médéric, Anne-laure, Vincent, Romain, Alice, Etienne, Jordan et Rodolphe... pour les mêmes raisons.

Merci au Dr Massol, à toute l'équipe du service des Urgences de l'Hôpital de Dieppe, ainsi qu'à tout le personnel de l'Hôpital.

Merci à Messaouda, Richard, et à tous les médecins qui m'ont formé ou que j'ai rencontré lors de ma pratique de la médecine générale.

Merci à tous ceux que j'ai oublié de citer, qui m'ont aidé, conseillé ou même juste supporté, principalement ces dernières années.

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 les 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 sont 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.

Par délibération en date du 3 mars 1967, la faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni interprétation.

TABLE DES MATIERES

<u>REMERCIEMENTS</u>	p.11
<u>SERMENT D'HIPPOCRATE</u>	p.13
<u>TABLE DES MATIERES</u>	p.15
<u>LISTE DES ABREVIATIONS</u>	p.18
<u>INTRODUCTION</u>	p.20
1. La dépression	p.20
1.1 Définitions	p.20
1.2 Epidémiologie	p.23
1.3 Traitements	p.25
1.4 Le risque suicidaire	p.26
2. Les tests d'évaluation de la dépression	p.27
2.1 L'Echelle de Dépression de Hamilton	p.27
2.2 Les autres tests	p.28
2.3 La cotation	p.30
3. La place du médecin généraliste dans la prise en charge de l'épisode dépressif	p.31
<u>MATERIELS ET METHODES</u>	p.33
1. Objectif de l'étude	p.33
2. Type d'étude	p.33
3. Critères d'inclusion	p.33
4. Critères d'exclusion	p.34
5. Méthodologie	p.34
6. Questionnaire	p.34
7. Méthodologie statistique et analyse des données	p.35

<u>RESULTATS</u>	p.37
1. Médecins répondeurs	p.37
2. Médecins inclus	p.38
2.1 Caractéristiques démographiques	p.38
2.2 Mode d'exercice	p.39
2.3 Informatisation du cabinet	p.40
2.4 Source des connaissances sur la dépression	
2.5 Critères diagnostiques utilisés	p.41
2.6 La consultation	p.43
2.7 Prise en charge médicamenteuse et non-médicamenteuse	p.44
2.8 Connaissance de l'Echelle de Dépression de Hamilton	p.48
2.9 Analyse des déterminants de la connaissance de l'Echelle de Dépression de Hamilton	p.46
3. Médecins connaissant l'Echelle de Dépression de Hamilton	
3.1 Utilisation de l'échelle HDRS	p.50
3.2 Durée de réalisation	p.51
3.3 Vision des patients	p.52
3.4 Points forts et points faibles de l'échelle HDRS	
3.5 Décision médicale	p.55
3.6 Cotation	p.57
4. Médecins utilisant l'HDRS	p.57
5. Commentaires libres des médecins	p.61

<u>DISCUSSION</u>	p.65
1. La population étudiée	p.65
2. La dépression	p.66
3. Connaissance de l'Echelle de Dépression de Hamilton	
4. La vision de l'échelle HDRS par les médecins généralistes	
5. L'utilisation de l'HDRS	p.70
6. L'impact de l'HDRS sur la prise en charge	p.72
7. Cotation et tarification	p.74
8. Points forts et limites de l'étude	p.75
9. Conclusion et perspectives d'avenir	p.76
<u>BIBLIOGRAPHIE</u>	p.77
<u>TABLE DES FIGURES ET TABLEAUX</u>	p.81
<u>ANNEXES</u>	p.83

LISTE DES ABREVIATIONS

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé

BDI : *Beck Depression Inventory*, ou Inventaire de Dépression de Beck

BZD : Benzodiazépines

CCAM : Classification Commune des Actes Médicaux

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies, 10^e révision

DEPS : *Depression Scale*

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

DSM-IV : *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, ou Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux

EDM : Episode Dépressif Majeur

EOLE : Entente des Omnipraticiens Libéraux de l'Eure

EPDS : *Edinburgh Postnatal Depression Scale*, ou Echelle de Dépression du post-partum d'Edinburgh

GMDS : *Gotland Male Depression Scale*

GDS : *Geriatric Depression Scale*

HAD : *Hospital Anxiety Depression Scale*

HAS : Haute Autorité de Santé

HDRS : *Hamilton Depression Rating Scale*, ou Echelle de Dépression de Hamilton

IMAO : Inhibiteurs de la MonoAmine Oxydase

INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé

INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

ISRS : Inhibiteurs Sélectifs de la Recapture de la Sérotonine

IRS-NA : Inhibiteurs de la Recapture de la Sérotonine et de la NorAdrénaline

MADRS : *Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale*, ou Echelle de Dépression de Montgomery et Åsberg

MINI : *Mini International Neuropsychiatric Interview*

MMPI : *Minnesota Multiphasic Personality Inventory*

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PHQ : *Patient Health Questionnaire*, ou Questionnaire sur la Santé du Patient

STAI : *State-Trait Anxiety Inventory*) ou Inventaire d'Anxiété Etat-Trait

URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé

INTRODUCTION

La dépression est une pathologie fréquente. Le diagnostic et la prise en charge parfois difficiles ont abouti à la création de critères diagnostiques et d'échelle de sévérité.

Le médecin généraliste est fréquemment confronté à cette situation. Des outils existent. Nous avons choisi de traiter de l'Echelle de de Dépression de Hamilton, qui est considéré comme un des tests de référence de quantification de la sévérité de l'épisode dépressif caractérisé.

Après quelques généralités sur la dépression, nous présenterons cette échelle et rappellerons la place primordiale du médecin généraliste dans sa prise en charge.

Nous avons volontairement choisi le terme de dépression. Ce terme un peu flou est pourtant le plus couramment utilisé dans la pratique et même la littérature scientifique.

1. LA DEPRESSION

1.1 DEFINITIONS

La dépression est définie comme un état de perte d'intérêt pour les activités habituelles ou une tristesse de l'humeur. Il s'agit donc d'un état thymique personnel. Cet état peut avoir des répercussions fortes sur la vie professionnelle, affective et familiale du patient atteint. Terme fréquemment utilisé, il est important de différencier un état de tristesse de l'humeur passager ou adapté à une situation, d'une situation pathologique au retentissement important. Différentes définitions médicales et non-médicales existent. L'épisode dépressif caractérisé est une identité nosologique à part entière qu'il est important de diagnostiquer. La vision de la dépression évolue dans notre société. De nos jours, 85% des patients interrogés la considère comme une maladie, et à ce titre la différencie d'une simple déprime passagère¹.

Définition du Larousse : État pathologique marqué par une tristesse avec douleur morale, une perte de l'estime de soi, un ralentissement psychomoteur.

Comme il est primordial de différencier la pathologie d'un état de déprime ou d'un trait de personnalité, différents critères existent afin de permettre au praticien de poser le diagnostic et proposer le traitement adapté.

Ainsi, l'épisode dépressif majeur (EDM) est défini par l'American Psychiatric Association par l'ensemble des critères suivants :

A. Les symptômes 1 et/ou 2 sont obligatoires et il faut réunir cinq critères ou plus pour une durée supérieure ou égale à deux semaines :

1. Humeur dépressive présente quasiment toute la journée, presque tous les jours, rapportée de façon subjective, ou par les observations de l'entourage.
2. Réduction marquée de l'intérêt ou du plaisir dans toutes, ou presque, les activités, quasiment toute la journée, presque tous les jours.
3. Perte de poids significative en l'absence de régime, ou gain de poids significatif, ou réduction 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 (objectivable par l'entourage)
6. Fatigue ou manque d'énergie quasi quotidien.
7. Sentiment d'indignité, ou de culpabilité excessive ou inappropriée (qui peut être délirant), presque tous les jours.
8. Réduction des capacités réflexives ou de concentration, ou indécisions quasi quotidiennes.
- 9 ; Pensées récurrentes autour de la mort, idéation suicidaire récurrente sans ou avec élaboration d'un plan ou tentative de suicide.

B. La symptomatologie est responsable d'une détresse cliniquement significative ou une détérioration du fonctionnement social, professionnel ou tout autre domaine fonctionnel important.

C. L'épisode n'est pas attribuable aux effets physiologiques d'une substance ou à une autre pathologie médicale.

D. Le trouble n'est pas mieux expliqué par un trouble schizo-affectif, une schizophrénie, un trouble schizophréniforme, un trouble délirant, ou un autre trouble du spectre de la schizophrénie et autres troubles psychotiques spécifiés et non spécifiés.

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

Le terme Majeur est une traduction de la définition anglo-saxonne, et ne se réfère pas à l'intensité de l'épisode dépressif. On lui préfère parfois la qualification d'épisode dépressif caractérisé. Il y est ainsi remplacé dans la définition selon la CIM-10.

Critères diagnostiques d'un épisode dépressif caractérisé récidivant selon la CIM-10 :

A. L'épisode présente une durée d'au moins deux semaines.

B. Le sujet présente au moins deux des trois symptômes suivants :

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

C. Présence d'au moins un des symptômes suivants pour atteindre un total d'au moins quatre symptômes :

1. perte de la confiance en soi ou de l'estime de soi ;

2. sentiments injustifiés de culpabilité ou culpabilité excessive et inappropriée ;
3. pensées récurrentes 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 (signalée ou observés) ;
6. perturbation du sommeil de n'importe quel type ;
7. modification de l'appétit (diminution ou augmentation) avec variation pondérale correspondante.

L'utilisation de ces critères est recommandée lors de la pose du diagnostic par le médecin généraliste².

1.2 EPIDEMIOLOGIE

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, la dépression dans le monde concerne 350 000 000 de personnes. Elle est la première cause d'incapacité et serait à l'origine de 800 000 décès par an, principalement chez de jeunes adultes. Malheureusement, beaucoup de pays n'ont ni les ressources économiques, ni les structures de santé permettant de la prendre en charge efficacement.

Plus de 30 000 000 d'européens seraient touchés, pour un coût socio-économique estimé à près de 100 milliards d'euros

En France, la dépression est l'un des troubles psychiatriques les plus répandus. Selon l'enquête de l'INPES de 2005, 8% des français de 15 à 75 ans en ont souffert aux cours des 12 derniers mois, et 19% en souffriront au cours de leur vie.

Elle touche plus souvent les personnes les plus fragiles de notre société. Tout d'abord les plus pauvres³ : un revenu inférieur à 450 euros par membre du foyer expose à un risque 3.8 fois plus élevé de présenter une dépression par rapport à un revenu compris entre 1200 et 1800 euros par membre du foyer. L'invalidité expose à un risque 12.9 fois supérieur par rapport à l'activité professionnelle, le chômage un risque 4.4 fois supérieur. Le niveau socio-professionnel conditionne également le risque, la prévalence et l'incidence de la dépression diminuant en fonction du niveau d'études. Les diplômés du supérieur sont près de trois fois moins touchés par la dépression que les personnes sans diplôme.

L'isolement est également un risque de développer la pathologie³ : les célibataires et divorcés de 15 à 54 ans ont un risque deux fois supérieur d'être atteint de dépression par rapport à ceux qui ont une vie maritale. Enfin, les personnes atteintes de pathologie chronique (cancer, pathologies cardiovasculaires) sont également plus touchées par la dépression³.

La dépression frappe donc plus volontiers les plus fragiles d'entre nous. Cela rend le diagnostic plus difficile. Le recours aux soins peut être compliqué pour les personnes atteintes, les implications économiques de la prise en charge peuvent être un frein à sa mise en place. Les critères diagnostiques de l'EDM par le DSM-V montrent que plusieurs symptômes peuvent être mis en lumière par l'entourage, ce qui est donc impossible pour les personnes très isolées.

Dans l'enquête Baromètres santé de l'INPES de 2010⁴, on note un taux de non-recours aux soins des personnes dépressives. En effet bien que celui-ci soit en diminution importante par rapport à la même enquête réalisée en 2005³ (63%), 39% des personnes ayant présenté une symptomatologie dépressive n'ont ni sollicité un organisme de soins, ou consulté un professionnel de santé, ou entamé une psychothérapie.

1.3 LES TRAITEMENTS

Plusieurs traitements sont indiqués dans la prise en charge de la dépression :

- Les antidépresseurs : indispensables dans la prise en charge de la dépression sévère (recommandation de grade A), ils sont également efficaces dans le traitement des formes légères et modérées (grade A)⁵. La durée de traitement recommandée est d'au moins 6 mois. L'amélioration des symptômes ne se produit qu'après environ un mois de traitement bien conduit sous réserve d'une bonne observance. Ils sont divisés en 4 classes : les imipraminiques, les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) et inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (IRS-NA), les inhibiteurs de la monoamine oxydase (IMAO) et enfin les antidépresseurs à autre mécanisme d'action.

- Les anxiolytiques : ils ne sont pas à proprement parler un traitement efficace de la dépression. Ils sont actifs sur certains symptômes comme l'anxiété, les troubles du sommeil. Ils sont régulièrement prescrits en France dans la prise en charge de la dépression, le motif étant l'anxiété et le risque suicidaire à l'instauration du traitement antidépresseurs⁶. Leur principal défaut est un effet d'accoutumance voir de dépendance et ne doivent donc pas être prescrits au-delà de quelques semaines.

- La psychothérapie : efficace dans les dépressions légères à modérées (grade B), elle doit être proposée en première intention pour les dépressions qualifiées de légères (accord professionnel). La thérapie cognitivo-comportementale (TCC) semblerait être la plus efficace dans la prise en charge de la dépression, mais la thérapie interpersonnelle, la thérapie psychodynamique et les thérapies familiales ou de couple peuvent également avoir un effet bénéfique dans le traitement de cette pathologie⁷. Le titre de psychothérapeute est réglementé⁸.

- Le soutien psychologique : parfois dénommé « psychothérapie de soutien », il consiste plus en un élément de la relation médecin-malade, basé sur l'écoute et l'empathie, permettant au patient de décharger ses pensées et émotions. Il ne peut donc être considéré comme une psychothérapie à part entière.

- D'autres traitements existent, mais ils n'ont pas leur place en Médecine Générale ou ne sont pas validés scientifiquement. Nous citerons par exemple l'électro-convulsivo-thérapie, la lumineothérapie.

1.4 LE RISQUE SUICIDAIRE

En 2006, le suicide représentait 10 400 décès en France, chiffre probablement sous-évalué. Cette sous-évaluation est estimée entre 10 et 20%. Bien que n'étant pas spécifique à l'épisode dépressif, du fait de sa très forte association, il est sa complication la plus marquante. Le risque suicidaire a été déclaré priorité nationale en 2011. Un programme national d'actions contre le suicide a été rédigé pour la période 2011-2014⁹. Il mettait de nombreux axes d'action en avant concernant le risque suicidaire, mais également la souffrance psychique et la dépression, en soulignant la nécessité majeure d'actions pour certains groupes de population (comme les adolescents ou les personnes âgées, les personnes en situation de précarité...), ou certaines causes (la discrimination, la souffrance au travail...)

Cause de décès violente et évitable, sa prévention doit être au cœur de la prise en charge de l'épisode dépressif. Le risque suicidaire doit être recherché et évalué par le praticien (grade C)⁵. On notera qu'il s'agit de l'item 3 de l'Echelle de Dépression de Hamilton.

2. LES TESTS D'ÉVALUATION DE LA DÉPRESSION

L'évolution des connaissances médicales au cours du 20^{ème} siècle, le développement de la psychiatrie mais également l'avènement de traitements efficaces ont abouti à la création d'outils afin de dépister, diagnostiquer, évaluer l'intensité de la pathologie dépressive mais également d'en assurer le suivi et la réponse aux traitements. Différentes échelles coexistent donc.

2.1 L'ECHELLE DE DÉPRESSION DE HAMILTON

L'Echelle de Dépression de Hamilton (Annexe 1) (ou HDRS pour *Hamilton Depression Rating Scale*) date de 1960¹⁰ et a été à plusieurs reprises modifiée. Il s'agit d'un hétéro-questionnaire diagnostique visant à évaluer la sévérité d'un épisode dépressif déjà diagnostiqué. Conçu initialement pour évaluer la réponse aux antidépresseurs, il peut être utile dans toutes les prises en charge. La version à 17 questions est la plus connue et utilisée. Un score inférieur à 7 indique l'absence de dépression, compris entre 7 et 17 il indique une dépression légère, de 18 à 24 une dépression modérée, et supérieur à 25 une dépression sévère. L'Echelle de Dépression de Hamilton à 17 items est parfois appelée HDRS-17 car il existe plusieurs versions, et la principale différence est le nombre d'items abordés, par exemple l'HDRS-7 et l'HDRS-21.

Des échelles existaient auparavant mais elles avaient leurs limites. Pour Hamilton, certaines avaient été construites pour des patients sains et n'avaient pas de légitimité. Il pointait également les limites des échelles auto-administrées par le patient lui-même, dépendantes du niveau socio-éducatif et pouvant être altérées par les caractéristiques de l'épisode dépressif (culpabilité, ralentissement psychomoteur...).

Elle est fréquemment utilisée car de nombreux points forts lui sont retrouvés. Le principal comme il s'agit d'une échelle pouvant être réalisée par de nombreux praticiens est sûrement la reproductibilité. L'étude de Morris¹¹ met en évidence sa bonne corrélation inter-évaluateur, qui permet sa reproductibilité à travers un

réseau de soins, mais également intra-évaluateur afin de permettre un suivi et une évaluation fiable. Une méta-analyse portant sur 49 années d'études a récemment confirmé sa validité.¹²

Des indications sur la manière de le réaliser existent, ainsi Williams¹³ recommande de poser les questions de l'Echelle de Dépression de Hamilton avec une formulation stricte et invariable, et de continuer à affiner les réponses jusqu'à avoir un avis précis sur la cotation de chaque item. Cependant si la réponse est déjà connue du praticien ou a été évoquée antérieurement par le patient, il préconise de seulement le faire confirmer par celui-ci lors de la réalisation du questionnaire. Le fait de ne pas être obligé de poser les questions de manière formelle si le patient a déjà abordé le thème concerné permet justement de diminuer le caractère impersonnel et déshumanisant du questionnaire, en laissant une plus grande part à l'écoute active.

2.2 LES AUTRES TESTS

D'autres questionnaires ou échelles d'évaluation de la dépression existent. Nous présenterons les principaux.

L'Echelle de Dépression de Montgomery et Åsberg (MADRS pour *Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale*) est un questionnaire diagnostique à 10 éléments¹⁴. Le score maximum est de 60 points, un score inférieur à 7 signifie l'absence de dépression (identique à l'HDRS). Conçue en 1979, initialement comme une amélioration de l'Echelle de Dépression de Hamilton, il existe une forte corrélation entre les deux échelles. Elle est utilisée pour quantifier la sévérité de l'épisode dépressif quand celui-ci est diagnostiqué. Il existe également une version permettant au patient de s'auto-évaluer, et les résultats sont similaires à ceux retrouvés par les professionnels de santé¹⁵.

L'Inventaire de Dépression de Beck (ou BDI pour *Beck Depression Inventory*) est publié pour la première fois en 1961¹⁶. Il s'agit initialement d'un auto-questionnaire à 21 items, contenant chacun 4 réponses possibles. Tout comme

l'Echelle de Dépression de Hamilton, un score plus élevé est censé refléter une dépression plus sévère. Il existe également une forme courte à 13 items. Le temps de réalisation du BDI est d'environ 10 minutes¹⁷.

Le *Patient Health Questionnaire for Depression and Anxiety* (PHQ-9) est un questionnaire de dépistage de la souffrance psychologique comportant 9 items. La version réduite (PHQ-4) est un test très rapide comportant deux items concernant les symptômes dépressifs (PHQ-2) et deux items concernant l'anxiété (GAD-2). Elle est validée comme test détectant à la fois les syndromes dépressifs et anxieux¹⁸.

L'échelle *Depression Scale* (DEPS) est un auto-questionnaire de 10 items permettant de dépister le trouble dépressif. En 1995, l'étude de Salokangas¹⁹ démontre qu'elle peut être utilisée en soins primaires pour le diagnostic, le dépistage de la dépression et la mise en évidence des groupes à haut-risque, ce qui est confirmé par une étude de Poutanen²⁰.

Le *Mini International Neuropsychiatric Interview* (ou MINI test) est un entretien standardisé à but diagnostique, composé de 120 questions. Il permet de détecter 17 troubles psychiatriques fréquents. Le MINI a une bonne spécificité et sensibilité pour la détection des dépressions majeures²¹. Plutôt rapide à réaliser, il peut donc être facilement réalisé pour une évaluation psychiatrique chez le médecin généraliste. De plus, étant structuré en modules, un module particulier à une pathologie peut être réalisé en quelques minutes lors d'un examen clinique.

Certaines échelles ont été créées pour des patients ou des situations spécifiques. Nous citerons pour exemple les plus connues.

L'Echelle de Dépression Gériatrique (ou GDS pour *Geriatric Depression Scale*) est un questionnaire adapté aux patients âgés pouvant à la fois être rempli par le patient et par le soignant. La GDS semble adaptée à la prise en charge en soins primaires grâce à son système de questions fermées²². La GDS possède une sensibilité de 100% et une spécificité de 84% pour un score supérieur ou égal à 10. Il existe une forme plus courte, la *Short Geriatric Depression Scale* (GDS-

15). L'utilisation systématique du GDS-15 à l'âge de 75 ans mettrait en évidence de manière significative les dépressions masquées²³.

L'*Hospital Anxiety and Depression Scale* (HAD) recherche les symptômes anxieux et dépressifs en 14 questions. Initialement conçue et validée pour le dépistage à l'hôpital de l'anxiété et de la dépression, la revue de la littérature de Bjelland et al.²⁴ valide son utilisation en soins primaires. Elle est utilisée pour évaluer l'état émotionnel du patient, par exemple avant l'introduction ou l'arrêt d'un traitement. La Haute autorité de Santé proposait sa réalisation lors du sevrage tabagique²⁵.

L'échelle de Dépression Post-Partum d'Edimbourg (ou EPDS pour *Edinburgh Postnatal Depression Scale*) est un outil pour permettre aux professionnels de santé d'identifier les mères souffrant de troubles dépressifs dans les suites de l'accouchement. Elle est également validée pour la recherche d'un syndrome dépressif durant la grossesse par l'étude de Rubertsson et al.²⁶

La *Gotland Male Depression Scale* (GMDS) est une échelle récente, basée sur des études qui montrent que les hommes dépressifs ont des comportements spécifiques et que le trouble dépressif sera moins verbalisé dans cette population. Elle prend en compte de nouveaux facteurs comme la consommation d'alcool, les conduites à risques et l'agressivité²⁷.

2.3 LA COTATION

Selon le site Ameli (Annexe 2) de la CCAM²⁸, l'évaluation par échelle psychiatrique MADRS, Hamilton, Beck, MMPI, STAI peut-être codée par le médecin généraliste comme acte technique médical sous le libellé ALQP003.

L'échelle MMPI (pour *Minnesota Multiphasic Personality Inventory*) n'est pas un test d'évaluation de la dépression mais une échelle d'évaluation de la personnalité. Il s'agit d'un auto-questionnaire à but descriptif thérapeutique et

diagnostique, composé de 338 questions abordant des thèmes variés comme la famille, les addictions, les relations personnelles et professionnelles.

L'échelle STAI (pour *State-Trait Anxiety Inventory*) ou Inventaire d'Anxiété Etat-Trait est un test composé de deux échelles de 20 items permettant chacune d'évaluer l'état d'anxiété du patient au moment de la consultation ou de l'acte médical, mais également son état habituel.

3. LA PLACE DU MEDECIN GENERALISTE DANS LA PRISE EN CHARGE DE L'EPISODE DEPRESSIF

La place du médecin généraliste dans la prise en charge de l'épisode dépressif caractérisé est centrale. Ainsi, dans l'étude « Recours aux soins et adéquation des traitements de l'épisode dépressif majeur en France »²⁹ de 2010, parmi les patients atteints d'un épisode dépressif caractérisé et ayant consulté un professionnel de santé, 61% ont consulté un médecin généraliste, 38,4% un psychiatre et 27.8% un psychothérapeute ou psychologue non-psychiatre.

Des résultats similaires sont retrouvés dans la littérature, ainsi dans l'enquête Anadep³ de 2005 les médecins généralistes sont également les plus sollicités. 67.2% des patients ayant consulté un professionnel de santé ont consulté un médecin généraliste, dont 46.1% exclusivement. Les médecins généralistes sont donc le premier recours, devant les psychiatres 32.0% (de façon exclusive pour 27.1%) et les psychologues 24.8% (de façon exclusive pour 22.6%). On note également dans cette étude que 58.0% des consultations de psychiatres et 55.1% de consultations de psychologues sont accompagnées d'une consultation de médecin généraliste. Par ailleurs, le taux de recours aux professionnels de santé mais aussi le nombre de professionnels consultés augmentent avec la sévérité de l'épisode dépressif majeur.

On note également une augmentation du recours au médecin généraliste⁴. Ainsi entre 2005 et 2010, la proportion des patients ayant consulté un médecin

généraliste parmi ceux ayant présenté un tableau d'épisode dépressif caractérisé est passée de 20 à 47%.

MATERIEL ET METHODE

1. OBJECTIF DE L'ETUDE

L'objectif principal de l'étude était de dresser un état des lieux de la connaissance et de la réalisation de l'Echelle de Dépression de Hamilton, et définir les facteurs conditionnant la connaissance et la réalisation par les médecins généralistes.

Les objectifs secondaires étaient :

- De démontrer l'impact de son utilisation sur les prescriptions médicamenteuses et non-médicamenteuses.
- De démontrer un impact sur la durée de la consultation.
- De démontrer un impact de la cotation spécifique sur sa réalisation.

2. TYPE D'ETUDE

Il s'agit donc d'une étude épidémiologique déclarative descriptive transversale de la connaissance et de la réalisation de l'Echelle de Dépression de Hamilton auprès de médecins généralistes exerçant en région Haute-Normandie.

3. CRITERES D'INCLUSION

Les critères d'inclusion dans l'étude étaient donc :

- Avoir une activité de médecine générale libérale, y compris partielle
- Exercer au moins dans un des deux départements suivants : Eure (27) ou Seine-Maritime (76)
- Répondre au questionnaire durant la période d'inclusion à l'étude

4. CRITERES D'EXCLUSION

Le seul critère d'exclusion était de ne pas exercer dans au moins un des deux départements précités.

Le choix d'un questionnaire informatisé avec des réponses obligatoires pour être validé a permis d'éviter les questionnaires vierges. Devant le caractère anonyme du questionnaire, et la difficulté parfois ressentie par les répondeurs devant certaines questions, nous avons choisi de rendre certaines questions facultatives.

La diffusion informatique et l'accès non restreint au questionnaire *Google Forms* a permis à certains praticiens n'exerçant pas en Haute-Normandie de répondre, et nous les avons exclus.

5. METHODOLOGIE

Un questionnaire informatique a donc été diffusé via l'URPS Médecins de Haute-Normandie et diffusé par mails aux responsables des secteurs EOLE de l'Eure.

6. QUESTIONNAIRE

La littérature, mais également les avis médecins généralistes sur les échelles standardisées, et plus particulièrement l'Echelle de Dépression de Hamilton ont défini les questions que l'on souhaitait poser. Un très grand nombre d'échelles standardisées existe. Il semble impossible de toutes les connaître. Nous nous sommes donc intéressés aux sources des connaissances des médecins. Le développement de l'informatique a changé les habitudes et nous nous sommes posés la question de son impact. L'impact des échelles standardisées sur la durée de consultation, sur la relation médecin-malade et sur la prise en charge a également été recherché.

Le choix d'un questionnaire informatique s'est imposé devant son caractère moderne, rapide, facilement diffusable. Notre choix s'est porté sur un questionnaire *Google Forms*. Son interface est facile d'accès et d'utilisation pour le répondeur, il peut imposer des réponses obligatoires et limite le risque d'erreur de réponse, par exemple en obligeant à une réponse sous forme chiffrée. De plus l'extraction des données sous forme *Excel* permet un travail statistique sur les données recueillies.

Notre questionnaire (Annexe 3) comportait deux parties :

- La première partie s'adresse à tous les médecins réponders. Elle s'intéresse à leurs caractéristiques démographiques, à leur mode d'exercice, à leurs connaissances sur la dépression et à leurs soins prodigués dans ce contexte.
- La seconde partie ne s'adresse qu'aux praticiens connaissant l'Echelle de Dépression de Hamilton. Elle les interroge sur sa réalisation, leurs perceptions du test vis-à-vis de leurs pratiques et de leurs patients, la cotation CCAM de ce test.

7. METHODOLOGIE STATISTIQUE ET ANALYSE DES DONNEES

Chaque questionnaire reçu, après vérification de la concordance des critères d'inclusion et d'exclusion a été intégré dans un tableur (*Excel*). La date de recueil est affichée en tête de ligne. Afin d'optimiser l'exploitation des données, les réponses ont été reportées dans les colonnes des questions correspondantes. A l'aide de la table de contingence ainsi créée, nous avons utilisé la fonction « tableaux dynamiques » afin de pouvoir analyser les questions indépendamment les unes des autres, en fonction des critères choisis. Une analyse statistique univariée a été réalisée sur le logiciel *BiostaTGV* du site de l'INSERM, constituant une interface d'utilisation du logiciel de statistique « *R* ». Le modèle de comparaison a été choisi pour étudier des variables qualitatives nominales. Nous

avons utilisé un test exact de Fisher plus adapté aux effectifs restreints. Pour les variables quantitatives, nous avons réalisé un test de Student, également avec le Logiciel « R » (non disponible sur *BiostatTGV*).

Les commentaires et réponses libres ont été recopiés *in extenso* dans la case et colonne correspondante, puis par souci de clarté, des corrections orthographiques ou typographiques, ainsi que l'interprétation des abréviations ont été effectuées, en veillant à conserver le propos de l'auteur. Enfin, les commentaires de courtoisie ont été exclus.

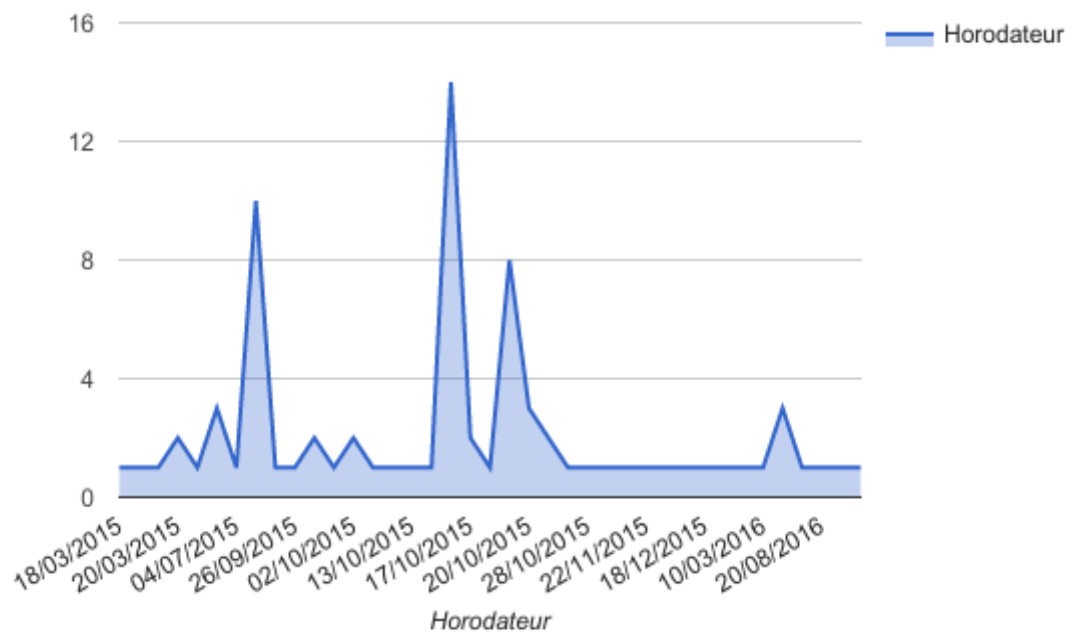
RESULTATS

1. MEDECINS REPONDEURS

Notre étude a permis de recueillir 79 questionnaires. La méthode choisie ne peut malheureusement pas quantifier le nombre de questionnaires envoyés, et ne pourrait de toute façon pas estimer le nombre de médecins l'ayant effectivement reçu du fait des protections informatiques modernes envers les envois de courriels groupés.

Sur ces 79 médecins répondeurs, 11 n'ont pu être inclus dans l'étude car n'exerçant pas en région Haute-Normandie.

Figure 1 : Date des réponses au questionnaire *Google Forms*

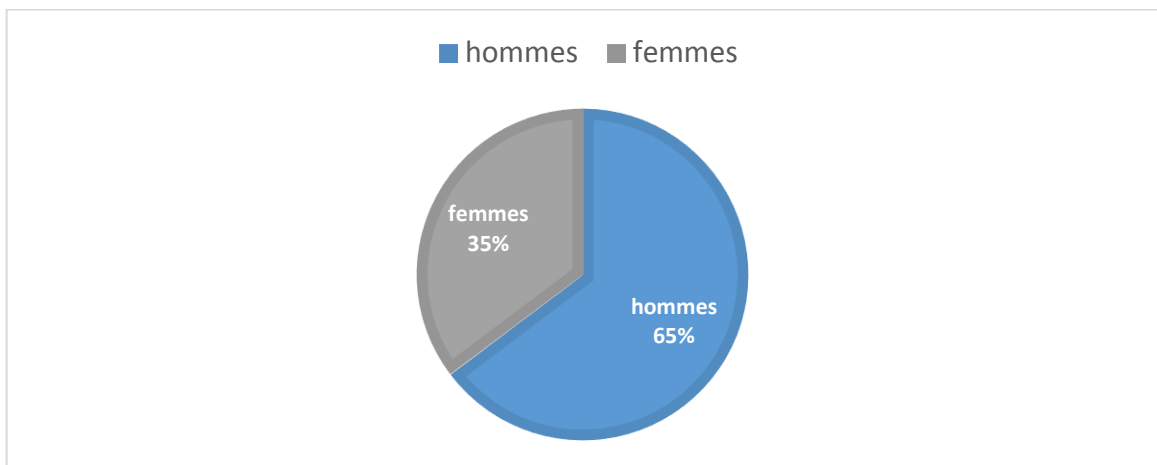


2. MEDECINS INCLUS

2.1 CARACTERISTIQUES DEMOGRAPHIQUES

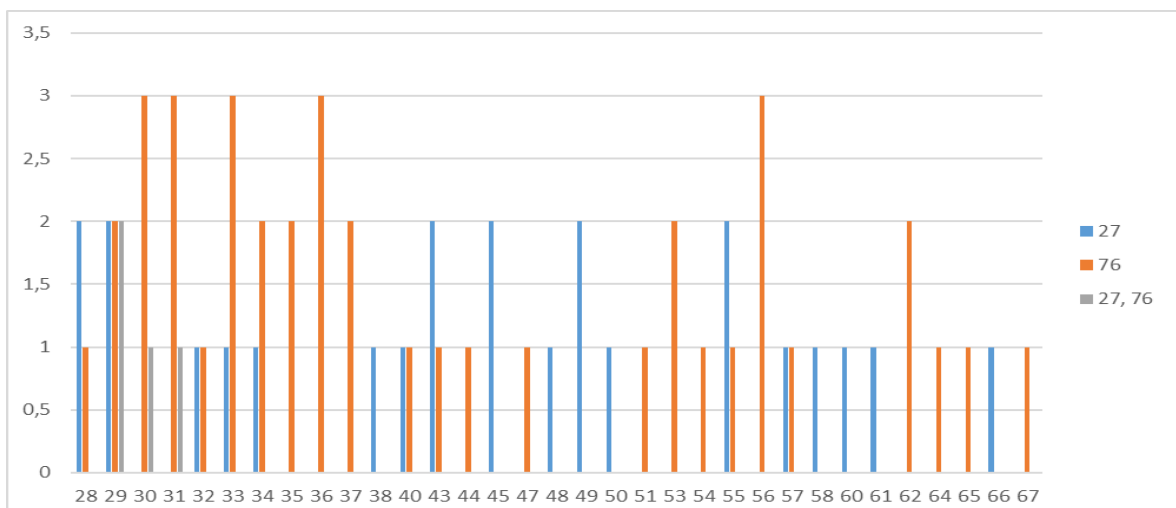
Sur les 68 médecins inclus dans notre étude, 24 étaient des femmes et 44 des hommes. Nous n'avons pas de données manquantes sur cette question.

Figure 2 : Sexe-ratio des médecins inclus dans notre étude



L'âge moyen était de 42 ans et 7 mois. Le plus jeune médecin inclus dans notre étude avait 28 ans et le plus âgé 67 ans. L'atlas retrouve un âge moyen de 53 ans. Cette différence est liée à une sur-représentativité des jeunes médecins dans notre étude.

Figure 3 : Graphique des âges et du département d'exercice des médecins répondeurs inclus



24 médecins déclaraient exercer dans le département de l'Eure, 40 dans le département de la Seine-Maritime et 4 dans les deux à la fois. Nous n'avions pas de données manquantes, car déclarer ne pas exercer dans un des deux départements étaient un critère d'exclusion de notre étude.

2.2 MODE D'EXERCICE

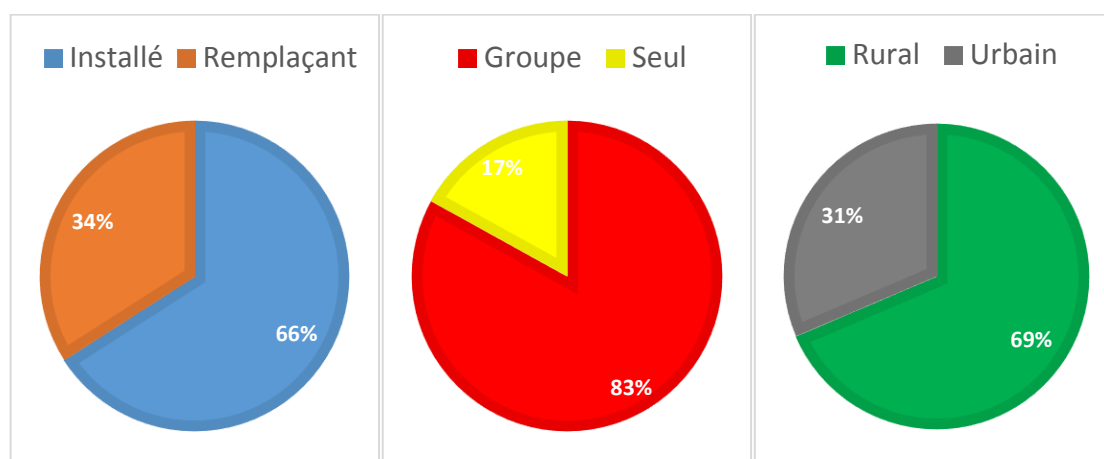
Dans notre étude, 49 médecins se définissaient comme exerçant en cabinet de groupe contre 10 en cabinet seul. Sur les 9 données manquantes concernant cette variable, 7 provenaient de médecins se définissant comme médecins remplaçants.

15 médecins se déclaraient médecins remplaçants, contre 29 installés.

11 médecins se définissaient comme urbains et 24 comme ruraux.

Cette forte proportion de données manquantes concernant le mode d'exercice est à mettre en parallèle avec la structure de la question à choix multiples qui leur a été posée. Certains se sont ainsi définis uniquement par un seul critère.

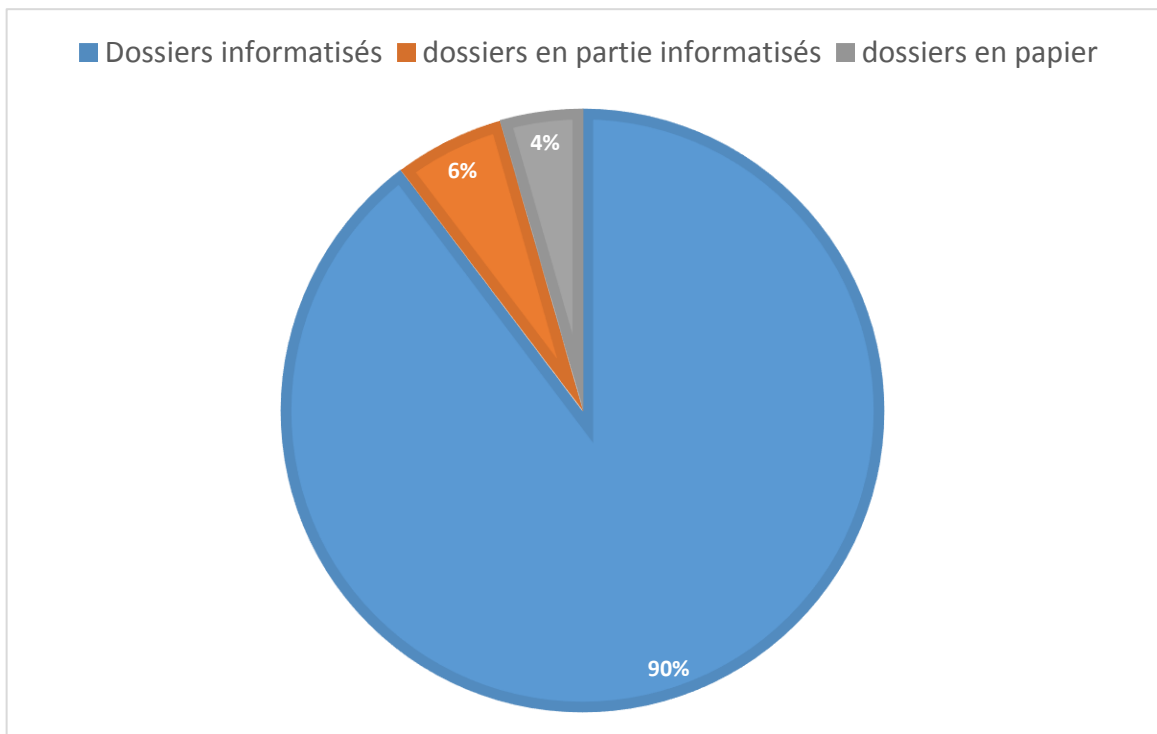
Figure 4 : Mode d'exercice des médecins répondants



2.3 INFORMATISATION

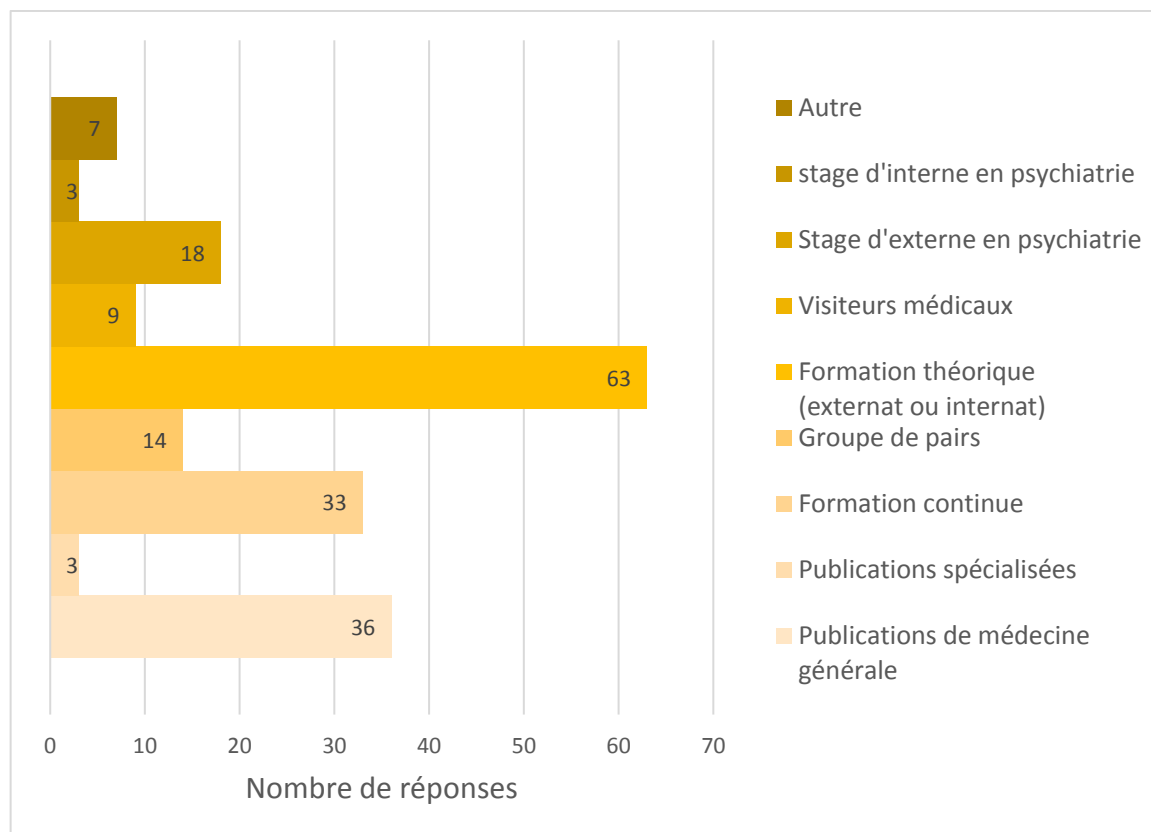
On constate une très forte informatisation des dossiers médicaux chez les médecins répondants. 61 ont les dossiers médicaux de leur patient sur informatique, 4 les ont en partie et seulement 3 ont conservés les dossiers papiers. Cet item à choix unique obligatoire n'a par conséquent pas de données manquantes.

Figure 5 : Informatisation des dossiers médicaux



2.4 SOURCES DES CONNAISSANCES SUR LA DEPRESSION

Figure 6 : « Vos connaissances de la dépression proviennent »



Pour 93% des médecins, leur connaissance sur la dépression provient de la formation théorique reçue à l'université. Les publications médicales arrivent en seconde position avec 57%, bien que la lecture de publications spécialisées reste marginale : seulement 4% des médecins y ont recours dans notre étude. On note enfin que 31% des médecins interrogés ont effectué un stage dans un service de psychiatrie au cours de leur cursus.

2.5 CRITERES DIAGNOSTIQUES UTILISES

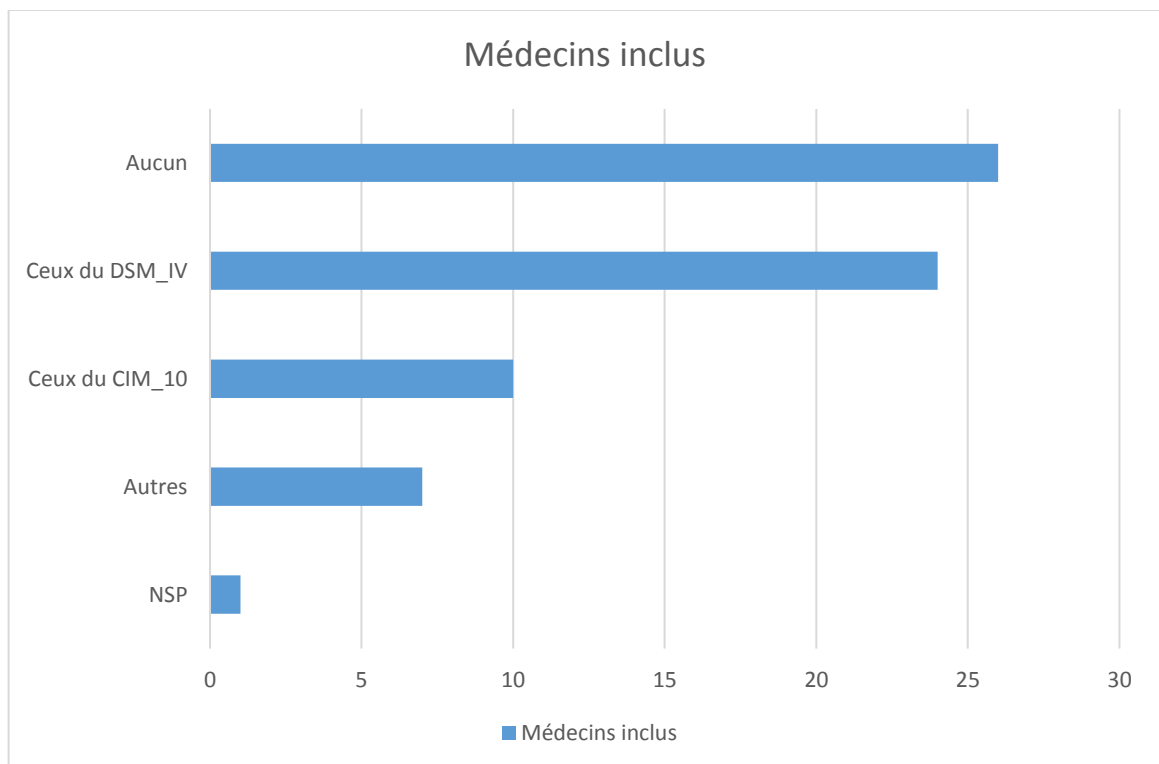
38% des médecins interrogés déclarent n'utiliser aucun critère diagnostique pour poser et suivre le diagnostic de dépression. La classification DSM-IV du Manuel

diagnostique et statistique des troubles mentaux est plus de deux fois plus utilisée que la classification CIM-10 De l'OMS (respectivement par 35% et 15% des médecins interrogés).

Dans les réponses « autres », un médecin a déclaré utiliser les Critères de recherche diagnostique du DSM-IV, il a donc été réintégré à ce groupe pour les statistiques ultérieures.

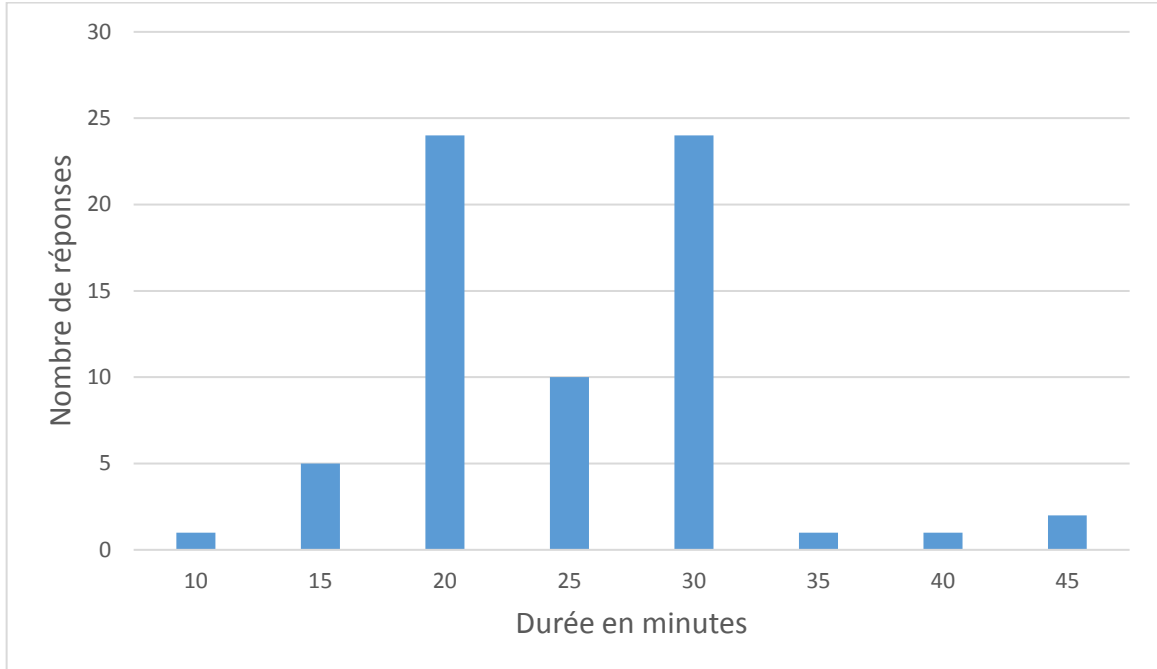
Les autres réponses étaient : « mon interrogatoire », « mes critères personnels », « je ne sais pas », « mon expérience ». Ces critères de jugement plus personnels, ainsi que le médecin n'ayant pas répondu à cet item seront intégrés au groupe « Aucun » afin de traiter les données sur l'utilisation des critères recommandés dans la prise en charge de la dépression.

Figure 7 : Critères diagnostiques utilisés par les médecins inclus



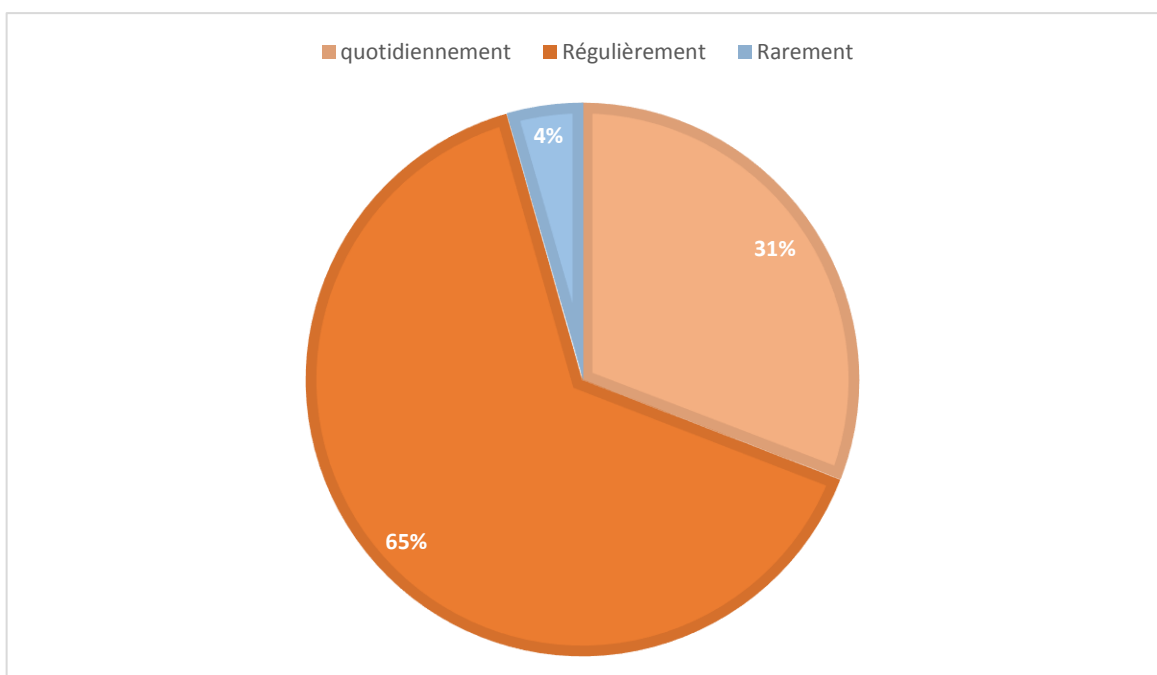
2.6 LA CONSULTATION

Figure 8 : La durée de consultation pour le motif de dépression



Dans notre étude le temps moyen de consultation pour le motif de dépression était de 25 minutes, avec une médiane à 25 minutes et une dériviation standard à 6.75 minutes.

Figure 9 : « Vous voyez des patients dépressifs »



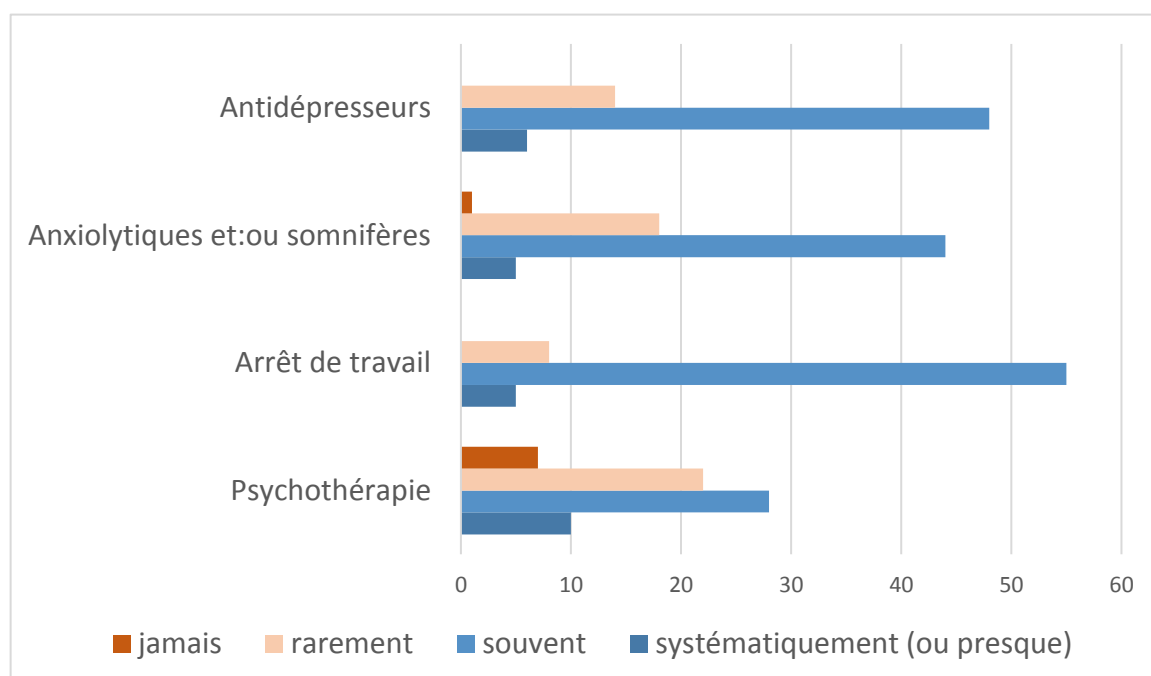
Dans notre étude, 65 médecins voyaient régulièrement ou même quotidiennement des patients dépressifs, tandis que 3 n'en voyaient que rarement. L'épisode dépressif est le motif principal de consultation dans la grande majorité des cas pour 15 médecins (22%), souvent pour 43 médecins (63%) et rarement pour 10 médecins (15%).

2.7 PRISE EN CHARGE MEDICAMENTEUSE ET NON MEDICAMENTEUSE

Dans notre étude, l'arrêt de travail est fréquemment prescrit par 88% des médecins, tout comme les antidépresseurs (79% des médecins) et les anxiolytiques et somnifères (72% des médecins).

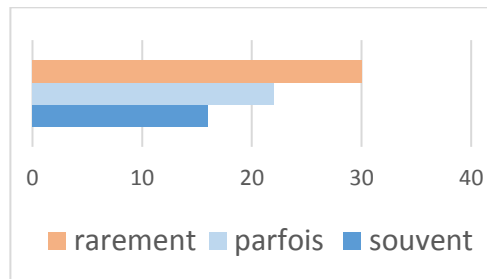
La psychothérapie n'est prescrite fréquemment que par 56% des médecins, mais de manière systématique pour 15% des médecins. 10% des médecins ne la prescrivent jamais.

Figure 10 : « Vous prescrivez »



Le recours au spécialiste était assez fréquent pour 56% des médecins. Aucun médecin n'a déclaré n'y avoir jamais recours.

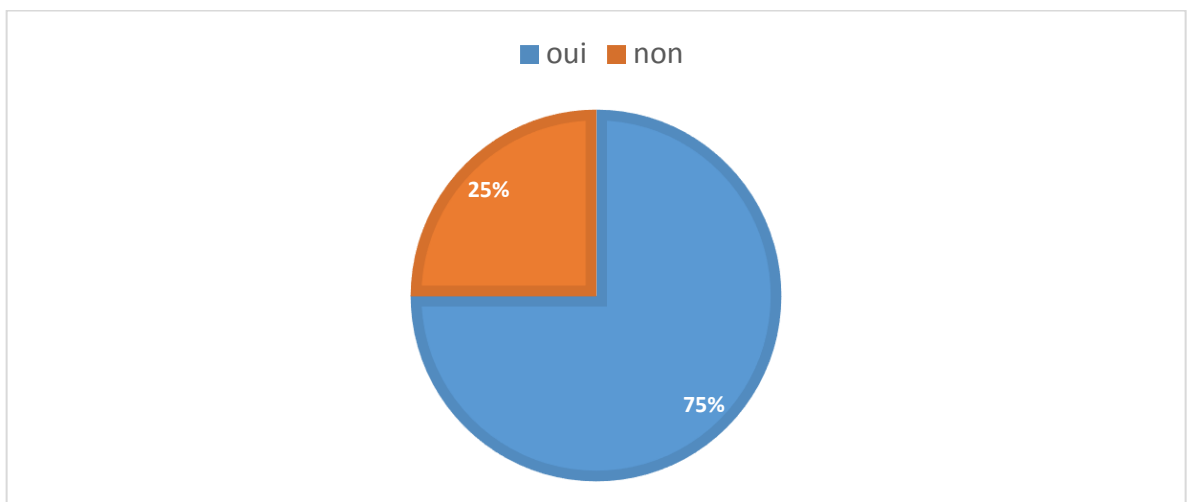
Figure 11 : « Vous adressez chez le spécialiste »



2.8 CONNAISSANCE DE L'ECHELLE

Dans notre étude 17 médecins (25%) déclaraient ne pas connaître l'Échelle de Dépression de Hamilton. Nous n'avons pas de données manquantes sur cette question car elle était impérative afin d'accéder à la seconde partie du questionnaire.

Figure 12 : Connaissance de l'Échelle de Dépression de Hamilton



2.9 ANALYSE DES DETERMINANTS DE LA CONNAISSANCE DE L'ECHELLE DE DEPRESSION DE HAMILTON

Nous avons donc eu recours au Test exact de Fisher afin d'identifier d'éventuels différences entre le groupe des médecins connaissant l'Echelle de Dépression de Hamilton et ceux ne la connaissant pas.

L'âge moyen des médecins ne connaissant pas l'Echelle de Dépression de Hamilton est de 40 ans, celui des médecins le connaissant est de 43 ans et 6 mois. Le test de Student n'a pas trouvé de différence significative entre ces deux groupes ($p=0.30$).

Les résultats des variables qualitatives sont résumés dans le tableau ci-dessous.

Tableau 1 : Analyse des déterminants conditionnant la connaissance de l'Echelle de Dépression de Hamilton

		Médecins ne connaissant pas l'HDRS (N=17)	Médecins connaissant l'HDRS (N=51)	Test de Fischer exact
Sexe	Hommes	8	36	p=0.09
	Femmes	9	15	
Département	27	6	22	p=0.78
	76	11	33	
Cabinet	Seul	0	10	p=0.05
	Groupe	15	34	
Exercice	Installé	8	21	p=0.73
	Remplaçant	5	10	
	Rural	6	18	p=1.00
	Urbain	4	7	

		Médecins ne connaissant pas l'HDRS (N=17)	Médecins connaissant l'HDRS (N=51)	Test de Fischer exact
Informatisation	Oui	15	46	p=1.00
	Partielle	1	3	
	Non	1	2	
Connaissance de la dépression provient	Publications de Médecine Générale	9	27	p=1.00
	Publications spécialisées	0	3	p=0.57
	Formation continue	5	28	p=0.09
	Groupe de pairs	1	13	p=0.16
	Formation théorique	17	48	p=0.32
	Visiteurs médicaux	1	8	p=0.43
	Externe en psychiatrie	4	14	p=1.00
	Interne psychiatrie	0	3	p=0.56
	Autre	2	5	
Patients dépressifs	Quotidiennement	5	16	p=0.26
	Régulièrement	10	34	
	Rarement	2	1	
	Jamais	0	0	
Dépression=motif principal de consultation	Majoritairement	3	12	p=0.92
	Souvent	12	31	
	Rarement	2	8	
	Jamais	0	0	

		Médecins ne connaissant pas l'HDRS (N=17)	Médecins connaissant l'HDRS (N=51)	Test de Fischer exact
Prescription d'antidépresseurs	Systématiquement	0	6	p=0.31
	Souvent	12	36	
	Rarement	5	9	
	Jamais	0	0	
Prescription d'anxiolytiques ou somnifères	Systématiquement	2	3	p=0.21
	Souvent	9	35	
	Rarement	5	13	
	Jamais	1	0	
Prescription d'un arrêt de travail	Systématiquement	0	5	p=0.31
	Souvent	16	39	
	Rarement	1	7	
	Jamais	0	0	
Prescription d'une psychothérapie	Systématiquement	1	9	p=0.71
	Souvent	8	20	
	Rarement	6	16	
	Jamais	1	6	
Envoi à un spécialiste	Souvent	4	12	p=0.55
	Parfois	7	15	
	Rarement	6	24	
	Jamais	0	0	
Critères diagnostiques utilisés	Aucun	10	23	p=0.55
	CIM-10	1	9	
	DSM-IV	6	19	
Tests d'évaluation de la dépression utilisés	Aucun	16	27	p<0.01
	Hamilton	0	23	
	Autres tests	1	5	

On retrouve une plus forte proportion d'hommes chez les médecins connaissant l'Echelle de Dépression de Hamilton (71% contre 47%) sans toutefois que cette différence soit significative ($p=0.09$).

L'exercice en cabinet seul est plus représenté chez les médecins connaissant l'HDRS (23% contre 0%) avec un $p=0.05$. On remarque que tous les médecins ayant déclaré exercer en cabinet seul ont déclaré connaître l'Echelle de Dépression de Hamilton. Il n'y avait pas de différence significative pour les autres déterminants de l'exercice. Il n'y a pas de différence significative entre les deux départements. ($p=0.78$).

Le niveau d'informatisation est semblable dans les deux groupes.

Les connaissances sur la dépression chez médecins connaissant l'échelle proviennent plus volontiers de la formation continue (55% contre 28% chez les médecins ne la connaissant pas) et des groupes de pairs (26% contre 6%) sans qu'il n'y ait de différence significative entre les deux groupes (p respectivement 0.09 et 0.16).

Ne pas connaître l'Echelle de Dépression de Hamilton est un déterminant fort de ne pas la réaliser ($p<0.01$) mais également de ne réaliser aucun test d'évaluation de la dépression ($p<0.01$).

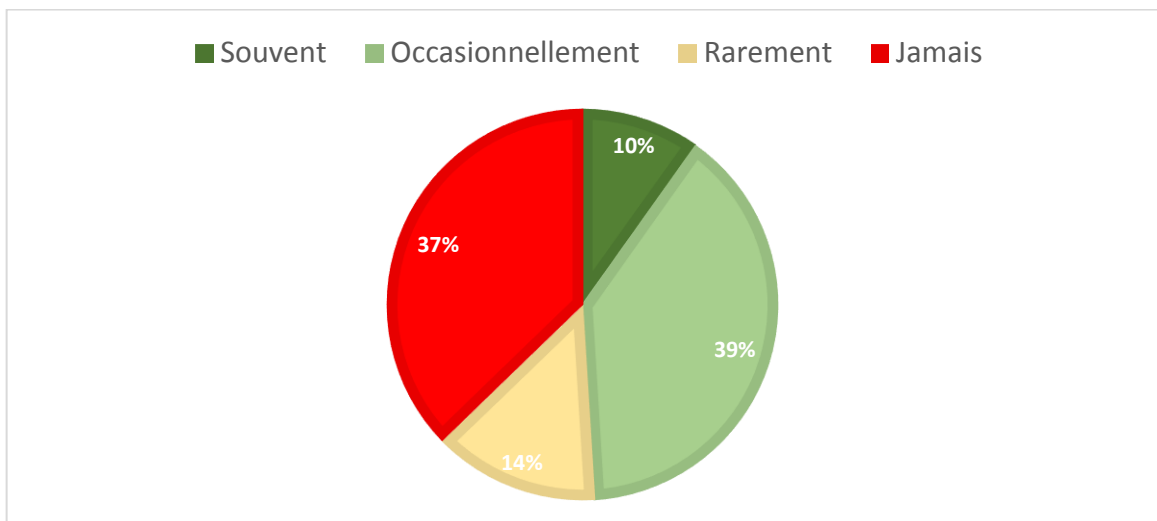
3. MEDECINS CONNAISSANT L'ECHELLE DE DEPRESSION DE HAMILTON

Le questionnaire envoyé comportait donc deux parties. La suivante a été présentée aux médecins ayant déclaré connaître l'Echelle de Dépression de Hamilton à la question n.17 (« connaissez-vous l'Echelle de Dépression de Hamilton ? »), question obligatoire à choix unique. Les réponses des 51 médecins ayant répondu affirmativement seront donc présentées ici. Les graphiques illustreront les différences entre ceux qui utilisent l'échelle et ceux qui ne l'utilisent pas au sein de cette population.

3.1 UTILISATION DE L'ECHELLE HDRS

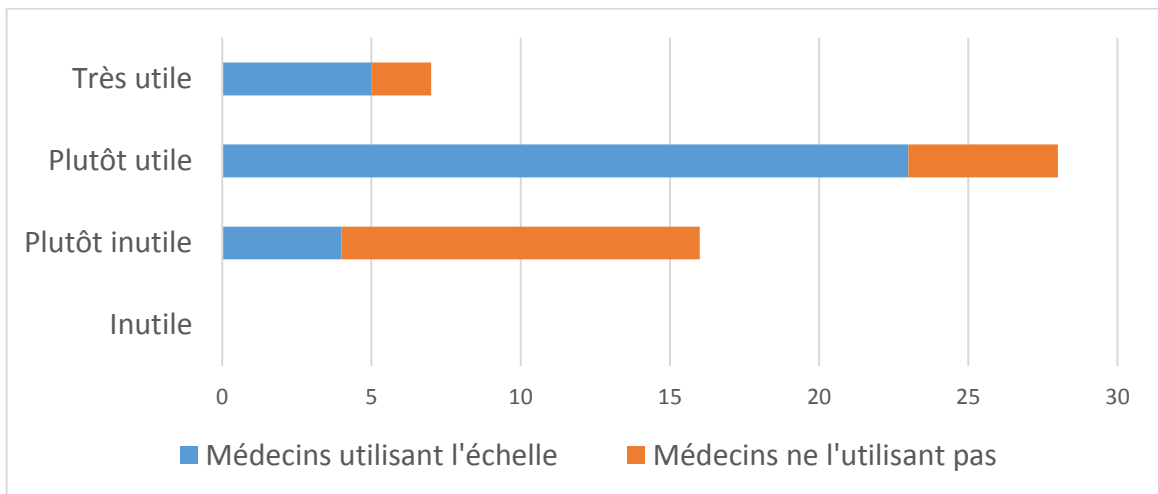
Dans notre étude, 63% des médecins connaissant l'Echelle de Dépression de Hamilton l'utilisaient au moins occasionnellement.

Figure 13 : Utilisation de l'HDRS chez les médecins la connaissant



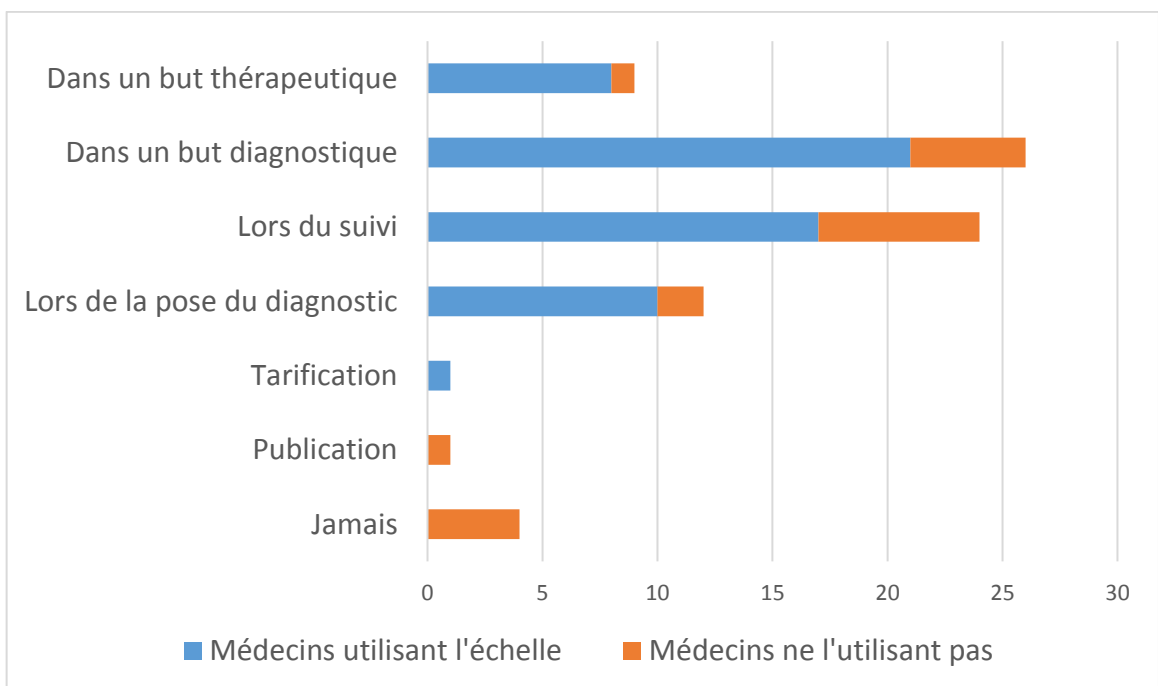
Dans notre étude, plus de la moitié des médecins connaissant l'Echelle de Dépression de Hamilton l'utilisaient très peu ou ne l'utilisaient pas. Cependant la majorité des médecins (68%) la trouvait utile. On trouve d'ailleurs une corrélation entre son utilisation et la vision de son utilité avec $p < 0.01$ au test exact de Fisher.

Figure 14 : Utilité de l’Echelle de Dépression de Hamilton



Nous avons également cherché à savoir dans quelles circonstances les médecins trouvaient l’Echelle de Dépression de Hamilton utile.

Figure 15 : Circonstances de son utilité



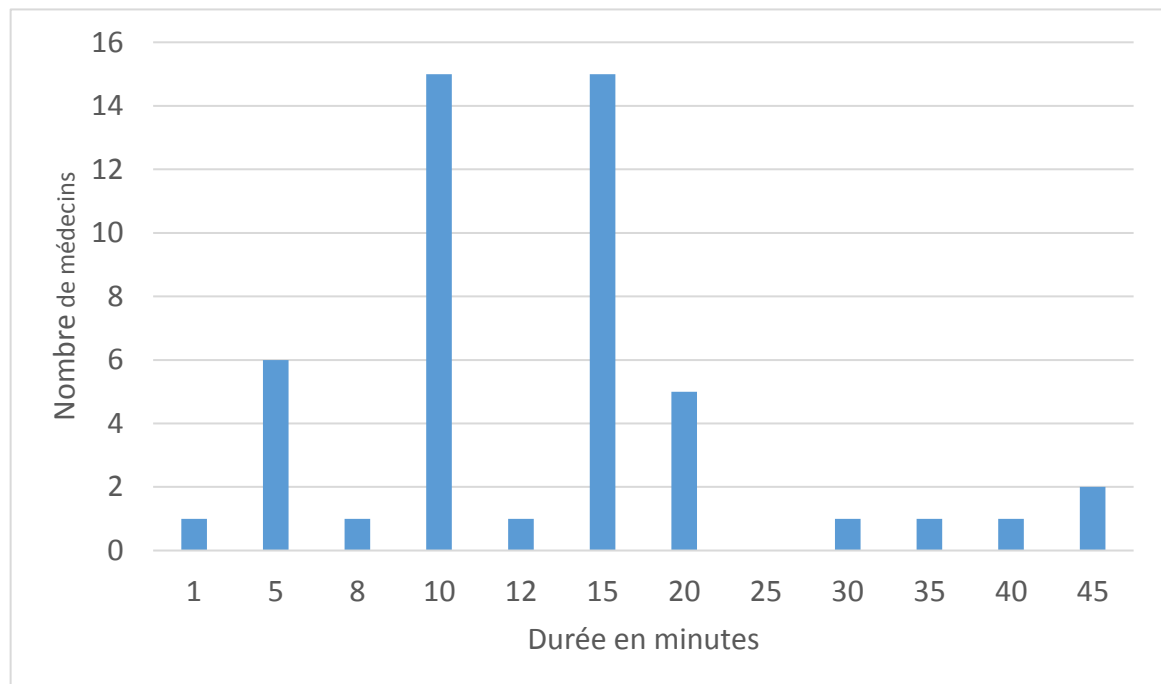
3.2 DUREE DE REALISATION

Dans notre étude, la durée moyenne de réalisation de l’Echelle de Dépression de Hamilton selon les médecins était de 14.71 minutes (14 minutes et 43

secondes) avec une médiane à 15 minutes et une déviation standard de 9.57 minutes. Deux médecins connaissant le test de Hamilton ne se sont pas prononcés sur la durée de réalisation.

Le temps moyen de réalisation de l'HDRS pour les médecins ne l'utilisant pas est de 14 minutes. Il est de 15 minutes et 6 secondes pour les médecins l'utilisant. Le test de Student n'a pas montré de différence significative entre ces deux groupes ($p=0.71$).

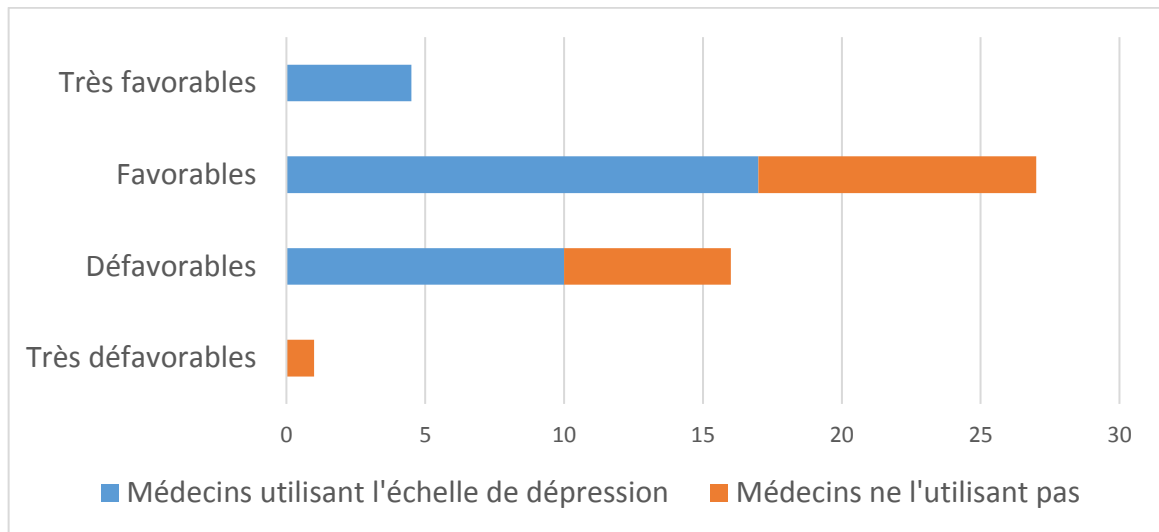
Figure 16 : « Temps moyen de réalisation de l'HDRS »



3.3 VISION DES PATIENTS

Pour 65% des médecins ayant répondu, les patients sont favorables voir très favorables à la réalisation de l'Echelle de Dépression de Hamilton. Les médecins utilisant l'HDRS pensent que les patients en ont une vision plus positive, mais sans différence significative avec les médecins ne l'utilisant pas ($p=0.26$).

Figure 17 : « Selon vous, les patients sont (à l'échelle de de Hamilton) »



3.4 POINTS FORTS ET POINTS FAIBLES

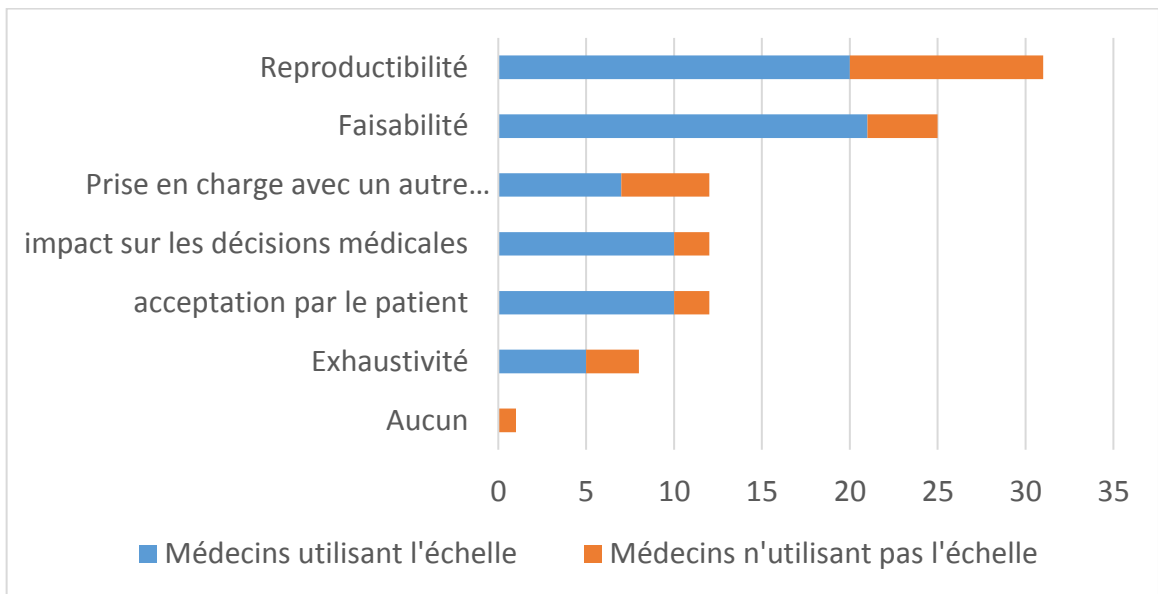
Les principaux points forts de l'Echelle de Dépression de Hamilton sont sa reproductibilité et sa faisabilité, retrouvés respectivement par 61% et 49% des médecins connaissant l'HDRS.

On note une différence significative avec $p < 0.01$ concernant la faisabilité de l'échelle : c'est un point fort pour 66% des médecins l'utilisant, contre seulement 21% des médecins ne l'utilisant pas.

L'impact sur les décisions médicales et l'acceptation par le patient sont également plus fréquemment cités par les médecins utilisant l'Echelle de Dépression de Hamilton, mais sans qu'on puisse démontrer une différence significative avec les médecins ne l'utilisant pas (p identique à 0.17)

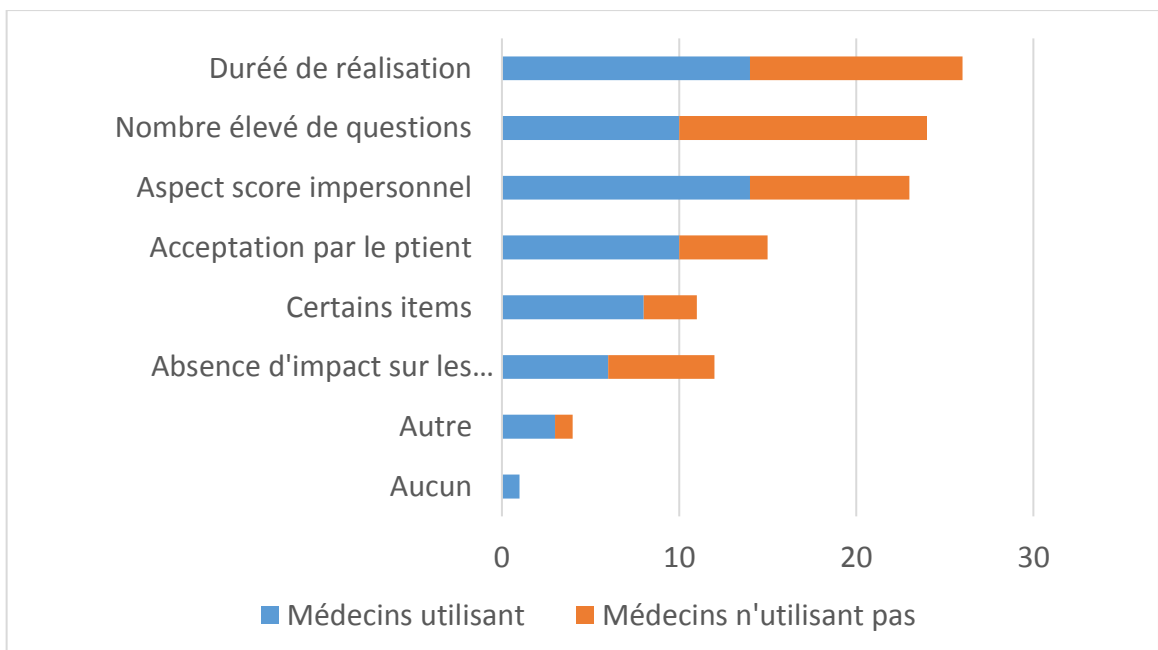
Aucun médecin n'a proposé d'autre point fort pour décrire l'HDRS, mais un médecin ne l'utilisant pas a tenu à préciser qu'il n'en trouvait aucun.

Figure 18 : Points forts de l'Echelle de Dépression de Hamilton



Les principaux points faibles relevés par les médecins sont la durée de réalisation (pour 55% d'entre eux), le nombre élevé de questions (47%) et l'aspect score impersonnel (45%). 74% des médecins n'utilisant pas l'Echelle de Dépression citent le nombre élevé de questions. Ce n'est le cas que pour 31% des médecins l'utilisant, cette différence est significative au test de Fisher exact avec $p < 0.01$.

Figure 19 : Points faibles de l'HDRS

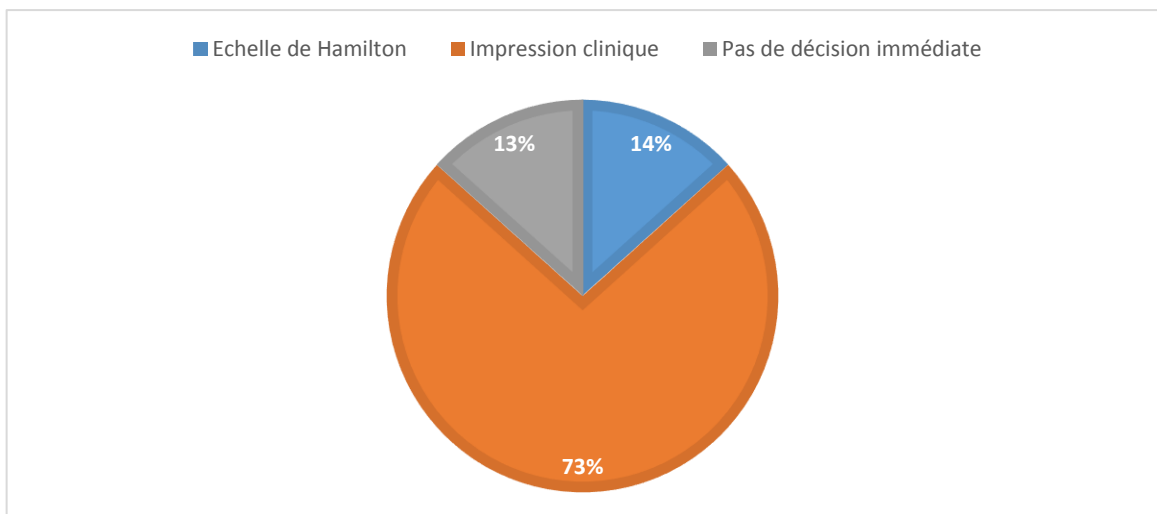


Les points faibles « autres » décrits par les médecins sont « le tarif élevé » (pour le médecin ne l'utilisant pas, le « caractère trop rigide », le « peu de clarté de certains items » et enfin de « n'être qu'un des éléments de la démarche ». Un médecin a tenu à préciser qu'il ne lui trouvait pas de point faible.

3.5 DECISION MEDICALE

Sur les 30 médecins ayant répondu à cette question, 22 médecins déclarent baser leurs décisions sur leur impression clinique et non sur le résultat de l'Echelle de Dépression de Hamilton en cas de discordance entre les deux, 4 se fient au résultat de l'HDRS et 4 suspendent temporairement leur décision.

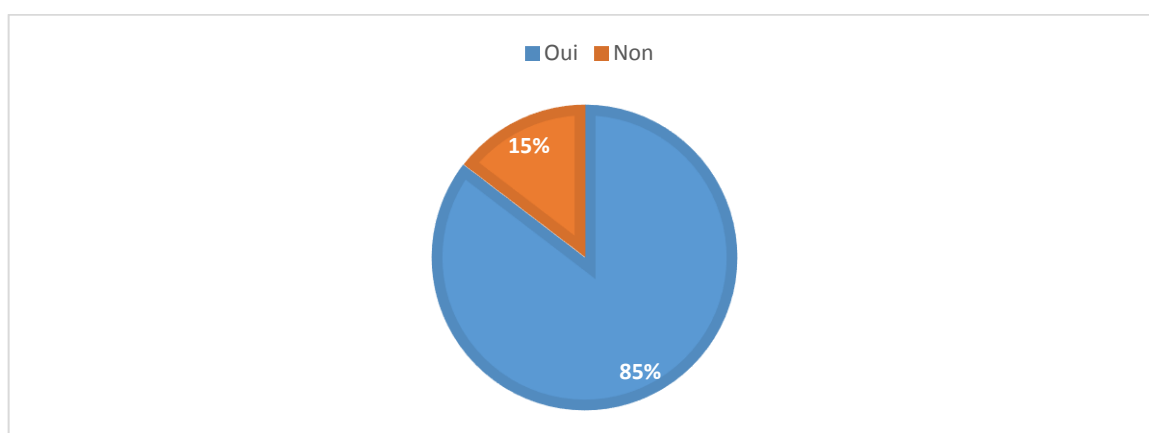
Figure 20 : « En cas de discordance, je prends mes décisions sur »



3.6 COTATION

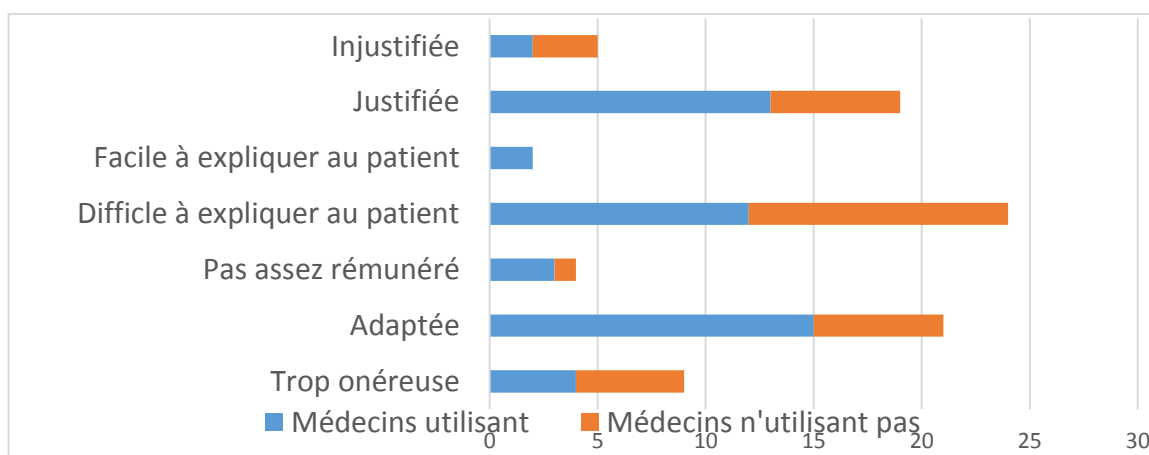
85% des médecins connaissant l'Echelle de Dépression de Hamilton savent qu'il existe une cotation CCAM spécifique. Il n'a pas été prouvé de lien entre la connaissance de cette cotation et la réalisation de l'Echelle ($p=0.70$ au test de Fisher exact).

Figure 21 : « Savez-vous qu'il existe une cotation spécifique ? »



Pour la majorité des médecins, la cotation ALQP003 à 69 euros semble adaptée, et justifiée. Il n'y a pas de différence significative entre les médecins utilisant l'Echelle de Dépression de Hamilton et ceux ne l'utilisant pas sur ces variables (au test exact de Fisher, respectivement $p=0.42$ et 0.32). Cependant pour la très grande majorité des médecins s'étant exprimé sur le sujet, l'explication au patient de cette tarification est difficile.

Figure 22 : « Vous trouvez la cotation »

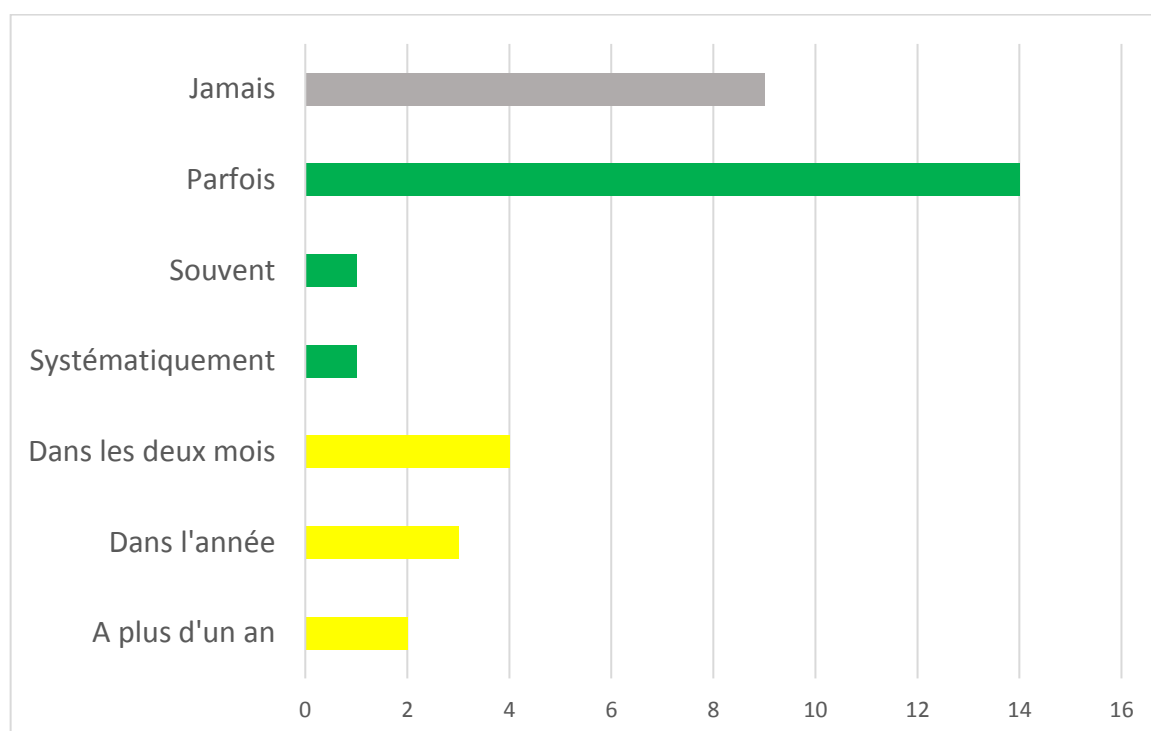


4. MEDECINS UTILISANT L'HDRS ET DETERMINANTS DE SON UTILISATION

Les résultats des médecins utilisant l'Echelle de Dépression de Hamilton sont représentés en bleu dans le Chapitre 3. Cependant deux résultats spécifiques seront traités ici.

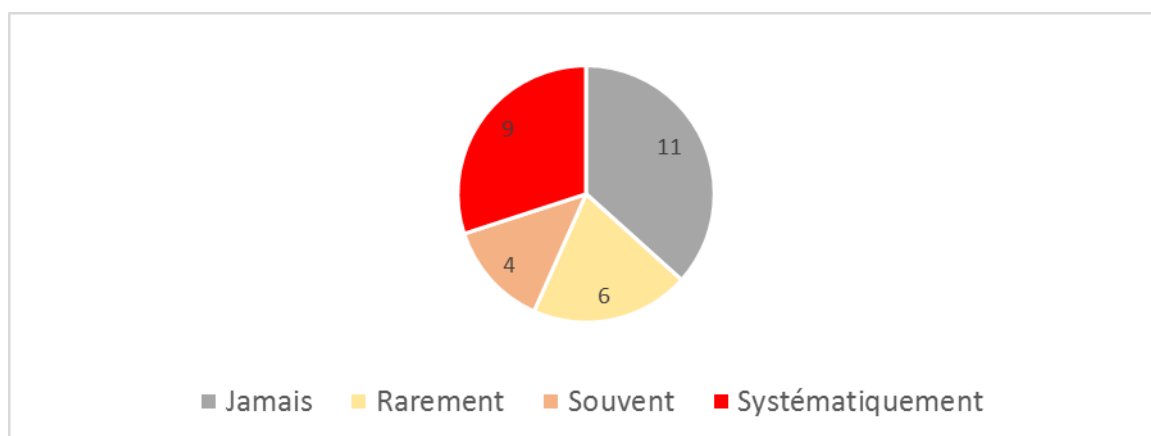
Lorsqu' un médecin réalise une HDRS à un patient, il n'est pas fréquent qu'il en réalise une seconde chez ce même patient. Lorsque c'est le cas, elle est réalisée dans l'année dans 78% des cas.

Figure 23 : « Lorsque vous réalisez une HDRS chez un patient, vous en réalisez une seconde chez ce même patient »



Près de 37% des médecins réalisant l'HDRS ne la cote jamais. Elle n'est cotée fréquemment que par moins de la moitié des médecins. On note que deux médecins ne se sont pas prononcés sur cette question.

Figure 24 : « Votre cotation lorsque vous utilisez l’HDRS (n=30) »



Nous avons donc eu recours au Test exact de Fisher afin d’identifier d’éventuels différences entre le groupe des médecins utilisant l’Echelle de Dépression de Hamilton et ceux ne l’utilisant pas.

Tableau 2 : Analyse des déterminants de la réalisation de l’Echelle de Dépression de Hamilton

Caractéristiques		Médecins utilisant l’HDRS (n=32)	Médecins n’utilisant pas l’HDRS (n=36)			Test de Fisher exact
			Total	HDRS connue	HDRS non connue	
Sexe	Hommes	21	23	15	8	p=1
	Femmes	11	13	4	9	
Exercice	Remplaçant	7	17	3	5	p=0.76
	Installé	12	8	9	8	
	Groupe	23	26	11	15	p=0.5
	Seul	6	4	4	0	
Informatisation	Oui	31	30	15	15	p=0.11
	En partie	0	4	3	1	
	Non	1	2	1	1	

Caractéristiques		Médecins utilisant l'HDRS (n=32)	Médecins n'utilisant pas l'HDRS (n=36)			Test de Fisher exact
			Total	HDRS connue	HDRS non connue	
Connaissance	Pub Med G	17	19	10	9	p=1
	Pub Spé	3	0	0	0	p=0.10
	Form.c.	15	18	13	5	p=0.8
	Form.théo	28	35	18	17	p=0.18
	Gpe.pairs.	8	6	5	1	p=0.54
	Visit.med.	4	5	4	1	p=1
	Ext.psy	7	11	7	4	p=0.4
	Int.psy	2	1	1	0	p=0.6
Patients dépressifs	Quotidien	13	8	3	5	p=0.10
	Régulier	19	25	15	10	
	Rarement	0	3	1	2	
	Jamais	0	0	0	0	
Dépression= motif principal	Majorité	5	10	7	3	p=0.40
	Souvent	21	22	10	12	
	Rarement	6	4	2	2	
	Jamais	0	0	0	0	
Prescription antidépresseurs	Systématique	3	3	3	0	p=0.68
	Souvent	24	24	12	12	
	Rarement	5	9	4	5	
	Jamais	0	0	0	0	
Prescription anxiolytiques/ somnifères	Systématique	2	3	1	2	p=0.79
	Souvent	20	24	15	9	
	Rarement	10	8	3	5	
	Jamais	0	1	0	1	

Caractéristiques		Médecins utilisant l'HDRS (n=32)	Médecins n'utilisant pas l'HDRS (n=36)			Test de Fisher exact
			Total	HDRS connue	HDRS non connue	
Prescription arrêt de travail	Systématique	4	1	1	0	p=0.21
	Souvent	23	32	16	16	
	Rarement	5	3	2	1	
	Jamais	0	0	0	0	
Prescription psychothérapie	Systématique	5	5	4	1	p=0.33
	Souvent	14	12	6	6	
	Rarement	12	12	4	8	
	Jamais	1	6	5	1	
Envoi vers un spécialiste	Souvent	7	9	5	4	p=0.78
	Parfois	12	10	3	7	
	Rarement	13	17	11	6	
Critères Diagnostiques utilisés	Aucun	12	21	11	10	p=0.24
	CIM-10	6	4	3	1	
	DSM-IV	14	11	5	6	

Pour les critères diagnostiques utilisés, nous avons refait un test exact de Fisher en regroupant les critères DSM-IV et CIM-10 que nous appellerons critères recommandés. Nous avons lors 63% des médecins utilisant l'Echelle de Dépression de Hamilton qui utilisaient des critères recommandés, contre seulement 42% des médecins n'utilisant pas l'HDRS (**p=0.09**).

5. COMMENTAIRES DES MEDECINS

A la fin du questionnaire, les médecins avaient la possibilité d'émettre un commentaire libre. Ils reflètent l'avis de leurs auteurs respectifs, et non les conclusions de notre travail. Par souci de clarté, des corrections orthographiques ou typographiques, ainsi que l'interprétation des abréviations ont été effectuées, en veillant à conserver le propos de l'auteur. Enfin, les commentaires de courtoisie ont été exclus. Les voici ci-dessous :

- Les critères diagnostiques :

« Etant un vieux médecin, je me base sur mon expérience et j'ai l'impression de reconnaître la dépression comme Mr Jourdain fait de la prose. »

« J'utilise l'ancienne nosologie dépression névrotique et psychotique (mélancolie bipolarité ...) »

« Mon diagnostic de dépression se base sur un ensemble de symptômes (troubles sommeil avec difficultés d'endormissement et réveil précoce, trouble de l'appétit, tristesse de l'humeur...). »

- Les échelles standardisées validées, dont l'Echelle de Dépression de Hamilton :

« Votre travail permettra peut-être de mettre le doigt sur la difficulté de la prise en charge d'un patient dépressif en médecine générale, quels que soient les tests utilisés autant pour le diagnostic que pour le suivi ultérieur ... »

« Ça calme aussi ceux qui viennent se plaindre parfois exagérément pour 23 euros... Et ça permet de faire le tri. C'est une aide utile pour ne pas médicamenteusement inutilement le patient avec des benzodiazépines. C'est un bon argument pour adresser au psy. Je prescris aussi de la biblio-thérapie pour garder le lien jusqu'à la prochaine rencontre le patient, et évaluer sa motivation à une psychothérapie cognitive et comportementale. »

« Au bout d'un certain nombre de fois, on connaît les items et on la fait moins rigoureusement, donc on va plus vite mais on perd en qualité, et au moins on

peut parler de la cause car le problème de ce score utile pour le diagnostic est qu'il n'aide pas le patient à réfléchir sur lui-même. »

« Echelle Hamilton un peu longue et de mémoire basée pour l'intensité des symptômes. Une échelle diagnostique me semble plus utile... »

« Merci, j'avais entendu parler de cette échelle, je suis retourné voir de quoi il s'agissait et du coup je vais l'utiliser je pense. »

« L'Echelle de Hamilton reprend les critères principaux de diagnostic de la CIM-10 et du DSM-IV, elle est utilisée de façon formelle, mais aussi comme de nombreux scores de façon informelle. »

« Approcher une dépression avec une méthode trop cartésienne risque d'induire beaucoup d'erreurs. Une écoute de qualité me paraît plus intéressante »

« J'ai du mal avec cette médecine qui consiste à se baser sur de multiples échelles (alcool, tabac, dépression, risque cardio-vasculaire etc..) comme si personne ne voulait se mouiller et que présenter son échelle remplie au juge allait vous disculper ! Evidemment si tu n'as pas fait l'échelle, tu vas en prison directement. »

« C'est bientôt la médecine presse-bouton : le malade devant son écran va remplir l'échelle d'Hamilton et le médicament va tomber au bas de l'appareil quand il aura pressé le bouton " valider" ? »

« Plein de questionnaires en médecine générale chaque sujet a le sien... On peut poser le même genre de question en faisant moins "interrogatoire policier " et faire confiance à son jugement clinique. »

« Le problème avec tous ces scores et ces questionnaires standardisés est le manque de naturel, le côté "machine" qui nuit tellement au contact avec le patient (si on y ajoute l'informatique ça devient encore plus déshumanisant ...) »

« S'il y a encore besoin du médecin, à quoi sert cette échelle ? Vous me direz : à l'aider à reconnaître la dépression...On remplace l'art par la technique. »

- Les prescriptions médicamenteuses et la psychothérapie :

« J'ai déjà vu des antidépresseurs prescrits par des psychiatres enlevés le lendemain par d'autres psychiatres... »

« La question de l'arsenal thérapeutique mériterait d'être plus précise : si c'est en général ou lors la première consultation. »

« En milieu rural, l'accès aux psychologues et aux psychiatres est compliqué (en ville aussi d'ailleurs pour les psychiatres). Les gens se méfient des psychothérapies, ils ne l'acceptent souvent qu'après plusieurs consultations, mais ne la poursuivent pas forcément.

L'acceptation du diagnostic de dépression n'est pas évidente pour les patients, celle du traitement non plus. J'essaie de ne prescrire qu'après une phase "d'observation" et de mise en place de conseils de vie, voire de repos en cas de surmenage. Mais l'instabilité familiale et professionnelle ainsi que l'isolement dans la maladie (même sans isolement social) ne nous aident pas.

L'autre facteur délétère est le manque de temps pour ces prises en charge d'où le recours, souvent trop systématique, à des traitements médicamenteux, mais comment faire autrement ? »

- La tarification :

« Si tu fais un tiers payant, le patient n'avance que 20 euros et quelques et ne le sent pas passer. »

« Enfin un moyen d'être rémunéré correctement pour 45 minutes d'écoute active et professionnelle (recherche d'éléments de crise suicidaire). La consultation est prolongée et sa rémunération permet d'éviter le burn-out pour le médecin. »

« Lorsque j'utilise l'échelle, je fais un 1/3 payant sur la part obligatoire. J'utilise l'échelle quand j'ai un doute sur le diagnostic, quand c'est limite. Les consultations des "dépressifs" sont longues. L'échelle est utile au diagnostic, une seule fois, en cas de doute, mais ne permet pas de compenser le temps passé au quotidien. »

« Cotation facile à expliquer : oui ; à comprendre je ne sais pas, mais un certain nombre de patients sont en ALD en tiers payant. Dans les motifs de consultation, tenir compte du fait que c'est une maladie chronique donc on les revoit avec la dépression pour autre chose. Aussi l'échelle est utile pour des bipolaires, donc pour des temps dépressifs, que l'on veut évaluer. Elle est intéressante parce qu'elle fait poser systématiquement certaines questions, sur l'intensité de la dépression, sur l'existence de troubles obsessionnels. Quant aux critères CIM-10 ou autre, c'est vraiment l'habitus du patient qui nous guide, l'échelle peut venir en renfort, on voit des patients avec une cotation lourde chez qui les symptômes sont masqués. »

DISCUSSION

1. LA POPULATION ETUDIEE

Sur les 68 médecins inclus dans l'étude, 44 étaient des hommes (65%) et 24 des femmes, ce qui est similaire aux données trouvées dans l'atlas de démographie médicale de Haute-Normandie³⁰ de 2015 (64% d'hommes). Nous n'avons pas de données manquantes sur cette variable.

L'âge moyen était de 42 ans et 7 mois. Le plus jeune médecin inclus dans notre étude avait 28 ans et le plus âgé 67 ans. L'atlas retrouve un âge moyen de 53 ans. Cette différence est liée à une sur-représentativité des jeunes médecins dans notre étude. Un âge moyen plus faible de l'échantillon est régulièrement retrouvé dans les thèses de Médecine générale, il est souvent attribué au fait que les médecins plus jeunes ont passé leur thèse plus récemment et s'impliquent plus facilement. Lors de la réalisation de questionnaire informatique, l'argument d'une plus grande familiarité avec l'interface est également avancé.

24 médecins déclaraient exercer dans le département de l'Eure, 40 dans le département de la Seine-Maritime et 4 dans les deux à la fois. Les effectifs réels de 2015 étaient de 408 médecins généralistes libéraux et mixtes pour l'Eure (26.5%, contre 38.9% dans notre étude) contre 1131 pour la Seine-Maritime (73.5%, contre 61.1% dans notre étude). Cette différence peut être expliquée par l'envoi des questionnaires via les EOLE dans l'Eure en plus des autres vecteurs. Nous n'avons pas de données manquantes.

34% des médecins ayant répondu au critère de l'installation se sont définis comme remplaçant. Ce résultat nous semble élevé, et non représentatif de l'activité dans notre région. Cependant un nombre important de médecins a défini son activité par un critère unique. De plus ce résultat semble cohérent avec le jeune âge de notre échantillon.

L'exercice de groupe concernait 83% des médecins ayant défini la structure de leur cabinet. Nous n'avons pas trouvé de statistiques concernant ce sujet.

Associé à l'exercice en remplacement et à la féminisation de notre profession, ces résultats reflètent l'évolution de notre profession depuis les dernières années à défaut d'être représentatif de l'état actuel.

La ruralité est un critère sujet à interprétation. Selon la définition de l'INSEE, l'espace rural regroupe l'ensemble des petites structures urbaines et structures rurales à l'écart des grandes zones urbaines. Dans notre profession la taille de la commune est moins prépondérante dans l'exercice que les structures médicales et paramédicales environnantes, ainsi que leur accessibilité. Concernant la pathologie psychiatrique et la prise en charge par un intervenant extérieur de la pathologie dépressive, les difficultés sont partagées également par les médecins exerçant en secteur dit urbain. On retrouve 69% de médecins se définissant comme rural contre 31% d'urbain dans notre étude. Cela semble compatible avec la vision de l'INSEE : l'espace rural représente 70% du territoire et près des deux tiers des communes.

2. LA DEPRESSION

2.1 UNE PATHOLOGIE FREQUENTE

Dans notre étude, la dépression est une pathologie vue régulièrement pour 96% des médecins interrogés. L'enquête de la DREES³¹ intitulée « La prise en charge de la dépression en médecine générale de ville » retrouve des résultats similaires : 67 % des médecins interrogés déclarant prendre en charge un patient dépressif au moins une fois par semaine, seuls 4% des médecins déclarent ne jamais en prendre en charge. L'état dépressif est la pathologie psychiatrique la plus fréquemment prise en charge dans cette étude.

2.2 SOURCE DES CONNAISSANCES

L'origine des connaissances des médecins généralistes sur la dépression est variée. Elle s'appuie tout d'abord très fortement sur la formation universitaire (formation théorique pour 93% des médecins interrogés, stage en psychiatrie pour 31%). On note une volonté forte d'approfondissement des connaissances et de perfectionnement des pratiques, que ce soit de manière individuelle avec la lecture de publications médicales, ou de manière collective avec la formation continue et les groupes de pairs. Cette proportion dans notre échantillon est plus faible que dans l'étude de DREES³¹ parue en 2012 où 75% des médecins avaient reçu une formation sur la dépression, dont un tiers au cours des trois années précédentes.

2.3 UTILISATION DE CRITERES DIAGNOSTIQUES

Dans notre étude, 50% déclaraient ne pas utiliser les critères du DSM-IV ou du CIM-10 pour poser le diagnostic de dépression. Ce chiffre semble élevé. Nous nuancerons cependant ce chiffre. Tout d'abord notre étude porte sur la dépression, terme volontairement choisi mais vague si on le compare aux critères bien défini de l'épisode dépressif majeur ou caractérisé.

Ensuite parmi les médecins n'utilisant pas ces critères formels, une partie en utilise une interprétation légèrement modifiée. Les critères standardisés peuvent être plutôt subjectifs, à rechercher à l'interrogatoire et pouvant être omis ou cachés par le patient. La consultation longue pour le motif de dépression et les commentaires libres des médecins dans notre étude tendent à montrer que les symptômes décrits sont recherchés par les médecins, sans qu'ils considèrent obligatoirement avoir utilisé une classification.

Enfin, en tant qu'état thymique pathologique marqué par une rupture avec l'état antérieur, le médecin généraliste, par définition souvent en première ligne et pour qui la relation médecin-malade est primordiale semble le plus à-même de détecter cette symptomatologie sans user d'une classification. L'impression que

bien connaître son patient est nécessaire et suffisant pour prendre des décisions sans utiliser des critères diagnostiques et/ou des scores est retrouvée dans la littérature dans des proportions similaires pour d'autres pathologies³².

On note également qu'une part importante des médecins utilisant l'Echelle de Dépression de Hamilton déclarent ne pas utiliser les critères du DSM-IV ou de la CIM-10. La plupart des items contenus dans l'échelle reprennent au moins en partie ces critères.

3. CONNAISSANCE DE L'ECHELLE DE DEPRESSION DE HAMILTON

Dans notre étude 17 médecins (25%) déclaraient ne pas connaître l'Echelle de Dépression de Hamilton. On note une différence importante avec une étude de 2012 portant sur la réalisation des échelles standardisées par les médecins généralistes en France³³, où seulement 2% des médecins interrogés déclaraient ne pas connaître l'échelle. Notre hypothèse principale est que la participation à une étude pousse les médecins à se documenter sur son sujet. Ainsi, dans les commentaires libres, un médecin a déclaré s'être renseigné sur l'Echelle de Dépression de Hamilton suite à notre enquête et pensait l'utiliser ultérieurement. De plus, le caractère anonyme de notre étude a pu inciter certains médecins à déclarer leur méconnaissance de l'HDRS.

Cependant ces résultats sont similaires à une thèse³⁴ réalisée en 2015 en Picardie auprès de médecins généraliste où 53 des 184 médecins interrogés déclaraient ne pas connaître le test de Hamilton soit 29 %. Le test exact de Fisher ne démontre pas de différences significatives entre ces deux études ($p=0.76$).

Nous nous sommes donc intéressés aux déterminants de la connaissance de l'Echelle de Dépression de Hamilton. Tout d'abord nous n'avons pas trouvé de différences démographiques, ce qui est conforme à l'étude de 2012 sur les échelles standardisées³³. Nous avons retrouvé le critère d'exercice en cabinet seul comme facteur de connaissance de l'échelle de manière significative au

seuil $p=0.05$ au test exact de Fisher, mais nous n'avons pas d'hypothèse à proposer pour expliquer cette situation. Ces résultats nous semblent cohérents, l'Echelle de Dépression de Hamilton est un outil ancien, l'âge ne favoriserait pas sa connaissance. De plus, la dépression est une pathologie répartie dans toutes les catégories socio-professionnelles, tous les âges et tous les secteurs géographiques de notre société.

Les 3 médecins déclarant tenir une part de leur connaissance de la dépression de publications spécialisées connaissaient et utilisaient tous l'échelle. Cela semble attribuable au statut de *Gold-Standard* de l'échelle pour les études scientifiques, qu'elles concernent le diagnostic, la prise en charge ou le traitement de la dépression. Une connaissance de la dépression provenant de la formation continue ou de groupes semble également être un facteur de connaissance de l'échelle, sans malheureusement que nous puissions le démontrer de manière statistique (respectivement $p=0.09$ et 0.16).

Avec des proportions similaires dans les deux groupes, le stage d'externe en psychiatrie les publications de médecine générales ne semblent pas être des déterminants de la connaissance de l'échelle.

4. LA VISION DE L'ECHELLE HDRS PAR LES MEDECINS GENERALISTES

4.1 LES POINTS FORTS DE L'HDRS

Dans notre étude, 68% des médecins connaissant l'échelle la trouvaient utile. Trouver l'échelle inutile semble être un déterminant fort au fait de ne pas l'utiliser ($p<0.01$). Le point fort le plus fréquemment cité était sa reproductibilité, ce qui est inhérent à toutes les échelles standardisées validées. Le deuxième point fort était sa faisabilité, ce qui est reconnu presque exclusivement par les médecins l'utilisant, avec une différence significative avec les médecins ne l'utilisant pas ($p<0.01$). Ces qualités justifient son utilisation. Selon les médecins, les échelles

se doivent d'être reproductibles, fiables, faciles à utiliser et utiles pour les décisions thérapeutiques³³.

4.2 LES POINTS FAIBLES DE L'HDRS

Des points faibles étaient cités par les médecins. Le point faible le plus fréquemment retrouvé est la durée de réalisation élevée qui était selon les médecins interrogés dans notre étude de 14 minutes et 43 secondes. Il n'y a pas de différence entre les médecins sur sa durée de réalisation. Ce n'est donc pas une mésestimation de ce facteur qui est à l'origine de sa non-réalisation. Dans la littérature, la consommation de temps est décrite comme un frein à l'utilisation d'autres scores³⁵.

Le second point faible est le nombre élevé de questions, ce qui impacte bien évidemment sa durée de réalisation. Nous retrouvons par ailleurs une différence significative entre les médecins utilisant l'Echelle de Dépression de Hamilton et ceux l'utilisant sur ce critère ($p < 0.01$). Plus que le temps, c'est donc les 17 items qui posent problème aux médecins n'utilisant pas l'HDRS. En effet ce nombre élevé de questions renforce l'aspect défavorable des échelles, principalement une atteinte à la relation médecin-malade. L'aspect score impersonnel est rapporté par 45% des médecins connaissant l'HDRS. Afin de diminuer le nombre de questions et la durée de réalisation, des versions raccourcies de l'HDRS ont été proposées. Des études sont en cours sur la validité d'une échelle réduite à 7 questions en soins primaires. Cette échelle à 7 items serait effectuée en moins de 4 minutes par 85% des médecins. Elle serait surtout efficace dans le suivi et principalement pour poser le diagnostic de rémission³⁶.

5. L'UTILISATION DE L'HDRS

Dans notre étude, 63% des médecins connaissant l'échelle de Hamilton l'utilisaient au moins occasionnellement. Des résultats similaires sont retrouvés

dans l'étude³³ de 2012 sur les échelles standardisées où 174 (soit 66%) des 262 médecins la connaissant l'utilisent. Le Test de Fisher exact réalisé ne retrouve pas de différence significative entre ces résultats avec un $p=0.76$. Une étude britannique³⁷ a montré en 2002 que 56% des psychiatres n'utilisaient jamais d'échelles pour diagnostiquer les cas de dépression ou définir leur sévérité. On note par ailleurs que dans cette étude, l'HDRS arrivait en troisième position des échelles utilisées dans ce contexte, derrière la BDI et l'HAD.

La réalisation de l'Echelle de Dépression de Hamilton est conditionnée par sa connaissance ($p<0.01$). Ne pas connaître l'échelle est un déterminant de ne pas également réaliser d'autres tests ($p<0.01$). La formulation de la question ne permet pas de savoir si les médecins qui ne connaissent pas l'échelle de dépression de Hamilton en connaissent d'autres. Dans l'étude réalisée en Picardie, l'HDRS était l'échelle la plus utilisée par les médecins généralistes (78%), devant l'HAD (19%) et la MADRS (16%).

Il y a une plus forte proportion d'informatisation des dossiers médicaux chez les médecins l'utilisant, sans que l'on arrive à démontrer de différence significative ($p=0.11$). La littérature³⁷ retrouve cette nécessité d'un soutien technologique pour la réalisation d'échelle de mesure de sévérité de la dépression. L'informatisation semble donc être un facilitateur de la réalisation de l'Echelle de Dépression de Hamilton. En 2008, une étude qualitative américaine³⁸ mettant en avant que les médecins étaient plus enclin à utiliser le test d'évaluation de la dépression qui était le plus simple à réaliser.

Dans notre étude, 57% des médecins utilisant les critères diagnostiques recommandés utilisaient l'échelle de dépression de Hamilton, contre seulement 36% des médecins n'utilisant pas les critères DSM-IV ou CIM-10 ; malheureusement cette différence n'était pas significative ($p=0.09$) au test exact de Fisher. Cette association est un suivi des recommandations. L'étude de l'ANADEP, montre que la recommandation n'est pas le motif principal de l'utilisation d'une échelle, 43% des médecins n'utilisant l'échelle recommandée que rarement et/ou s'ils ont le temps.

6. L'IMPACT DE L'HDRS SUR LA PRISE EN CHARGE

6.1 LE FACTEUR « TEMPS »

Dans notre étude le temps moyen de consultation pour le motif de dépression était de 25 minutes, avec une médiane à 25 minutes et une dérivation standard à 6.75 minutes. Cette durée est élevée, conditionnée par la nécessité d'une écoute attentive, d'un interrogatoire poussé et par la recherche de comorbidités mais surtout de critères de gravité. La pathologie psychiatrique, dont la dépression représente la part majoritaire en médecine générale entraîne régulièrement des consultations longues. En 2002, une étude³⁹ réalisée par la DRESS a analysé 44000 consultations au cabinet et 6000 visites à domicile réalisés par 922 médecins généralistes libéraux afin de déterminer le temps moyen d'une consultation et quels en étaient les déterminants. Le temps moyen de consultation était de 15.6 minutes. Le type de pathologie entraînant les consultations les plus longues étaient les affections psychiatriques et psychologiques avec une moyenne de consultation avec 18.2 minutes. C'est également avec ce type d'affection que l'on retrouvait le plus de variations intra-médecins et inter-médecins.

Dans notre étude, la réalisation de l'Echelle de Dépression de Hamilton dure moins de 15 minutes pour les médecins interrogés. Il n'y pas de différence significative entre les médecins. Une mésestimation de sa durée de réalisation n'est donc pas à l'origine de sa non-réalisation.

Sa réalisation ne semble pas avoir d'impact sur la durée totale de la consultation, Le délai moyen étant similaire dans tous les groupes estimé à environ 25 minutes.

6.2 LA DECISION MEDICALE

L'absence d'impact sur les décisions médicales est relevée par 24% des médecins connaissant l'Echelle de Dépression de Hamilton. La majorité des médecins l'utilisant se fie à son impression clinique en cas de discordance avec celle-ci. Ce résultat n'est pas spécifique à l'HDRS. Dans une étude⁴⁰ britannique parue en 1998, 52% des médecins généralistes préféraient se fier à leur propre jugement clinique en cas désaccord avec un questionnaire de santé sur le sujet diabétique, et 18% ne savaient pas sur quoi baser leur décision dans ce contexte. Cela tend à démontrer les limites des échelles standardisées dans la prise en charge d'une pathologie où la nuance et l'interprétation est prépondérante.

6.3 LES PRESCRIPTIONS

Notre étude retrouve une fréquence élevée de prescriptions de traitement antidépresseurs, 79% des médecins la prescrivant fréquemment. Ces résultats sont conformes aux données de la littérature. La France est en effet un des premiers pays prescripteurs d'antidépresseurs (94%) lorsque l'épisode dépressif caractérisé est confirmé, devant le Royaume-Uni (83%) et l'Allemagne (62%). Ces prescriptions sont légitimes en cas d'épisode dépressif caractérisé modéré ou sévère, mais pourraient être discuté en cas d'intensité légère où la psychothérapie seule aurait toute sa place.

Les anxiolytiques sont également fréquemment prescrits par 72% des médecins dans notre étude. Cette prescription est un problème de santé publique en France. En 2010, l'Organe International de contrôle des stupéfiants⁴¹ a placé la France au second rang européen pour la prescription d'hypnotiques et au 4^{ème} pour la prescription d'anxiolytiques. La co-prescription antidépresseurs-anxiolytiques est régulièrement retrouvé dans la littérature³¹.

Dans notre étude l'arrêt de travail est la prescription la plus fréquente. La question de la santé au travail est très actuelle dans notre société occidentale. Le concept un peu flou de *Burn-out* est sûrement à l'origine de ces prescriptions. L'arrêt de

travail est une mesure thérapeutique à part entière dans le cas de tristesse importante, d'asthénie ou d'autres symptômes privant le patient d'assumer ses tâches professionnelles.

Le cas de la psychothérapie est intéressant. Elle est beaucoup moins prescrite que les traitements médicamenteux, mais elle provoque des attitudes plus systématiques de la part des médecins. Les commentaires libres nous donnent des pistes pour expliquer cette particularité. D'abord il semble qu'elle soit moins accessible, à la fois en termes de délai, de finance et de localisation. Les médecins soulignent également le fait qu'elle nécessite un plus fort investissement personnel et une meilleure acceptation du patient. Ces difficultés de prescription de la psychothérapie est retrouvée dans l'étude³¹ de la DREES de 2012 « La prise en charge de la dépression en médecine de ville », où les médecins étaient demandeurs de formation sur ce sujet, et où ils estimaient sa mise en œuvre plus compliquée que pour les autres traitements.

7. COTATION ET TARIFICATION

Nous n'avons pas trouvé dans la littérature de données sur la vision des médecins généralistes des cotations spécifiques, en particulier pour les tests d'évaluation de la dépression. La cotation de l'Echelle de Dépression de Hamilton provoque des sentiments partagés. Bien qu'elle semble adaptée pour la majorité des médecins, rémunérant une consultation souvent longue, le tarif semble difficile à expliquer au patient dans la quasi-totalité des situations. D'une durée de quinze minutes environ, mais n'augmentant pas par ailleurs la durée de consultation pour le motif de dépression, la tarification 3 fois supérieure à une consultation classique semblerait difficile à expliquer au patient. Dans les commentaires libres, certains médecins déclarent même la passer en tiers payant de ce fait. On note que plus de la moitié des médecins l'utilisant ne la cote rarement ou jamais. Ces résultats sont similaires à l'étude réalisée en Picardie où 52% des médecins utilisant l'HDRS ne la cotaient pas. La rémunération ne semble donc pas être un facteur incitatif à la réalisation de l'échelle.

8. POINTS FORTS ET LIMITES DE L'ETUDE

La dépression est une pathologie fréquente et régulièrement vue en Médecine Générale. Cependant, il n'existe que peu d'études françaises traitant des échelles d'évaluation, et spécifiquement de l'échelle de dépression de Hamilton. L'originalité du sujet tient également à l'abord de la vision des médecins généralistes concernant sa cotation. L'échelle de Dépression de Hamilton nous semblait se prêter parfaitement au sujet de par certaines particularités : elle ne nécessite pratiquement pas de matériel technique ni de formation spécifique, peut être pratiquée par chaque praticien et bénéficie d'une rémunération importante.

Le point faible principal de l'étude est son manque de puissance, possiblement associé à un biais de recrutement. D'autres points faibles sont inhérents au type de l'étude : il s'agit en effet d'une enquête déclarative anonyme. Enfin certains critères se sont révélés peu voire pas exploitables pour des problèmes de formulation des questions posées et/ou de structure des réponses proposées.

Concernant l'objectif principal qui était de dresser un état des lieux de la connaissance et de l'utilisation de l'HDRS dans notre région, nos résultats nous montre une utilisation qui semble superposable aux résultats retrouvés dans la littérature, sauf pour sa connaissance plus faible que lors de l'enquête réalisée chez les médecins du réseau Sentinelle³³.

Concernant les objectifs secondaires, la réalisation de l'échelle de Hamilton dans notre étude semble avoir un impact sur la prescription de psychothérapie et d'arrêt de travail, sans que nous puissions le démontrer statistiquement.

L'étude n'a pas démontré d'impact de sa réalisation sur la durée de consultation pour le motif de dépression, et semble montrer qu'il n'y en a pas. La cotation spécifique ne semble pas être un facteur de sa réalisation dans notre étude.

9. CONCLUSION ET PERSPECTIVES D'AVENIR

Au moment où nous commençons cette étude nous étions convaincus de l'utilité de l'Echelle de Dépression de Hamilton pour repérer et diagnostiquer la sévérité d'une dépression afin d'adapter la thérapeutique.

Nous avons voulu enquêter sur l'opinion d'un échantillon de médecins généralistes hauts normands,

Nous avons constaté, avec les limites de force de notre étude, que l'échelle est connue par la majorité des médecins interrogés et qu'elle est utilisée par 46%, sans que cela ne semble influencer leurs décisions thérapeutiques médicamenteuses. Par contre il semble que l'utilisation de l'échelle soit corrélée à une plus grande proportion d'orientation vers la psychothérapie.

Le fait que l'échelle soit cotée ne semble pas un encouragement ferme à son utilisation, avec une mise en évidence de difficulté des praticiens à en demander le montant aux patients.

La question de l'utilisation peu enthousiaste d'outils par les médecins généralistes est ici illustrée à propos de l'Echelle de Dépression de Hamilton.

Le médecin généraliste, médecin des familles dépistant des ruptures de comportement chez des patients qu'il connaît bien, s'appuie dans une proportion toujours importante sur des critères dits intuitifs.

Du point de vue santé publique il semble que le dépistage et la prise en charge efficaces de la dépression reposeraient donc sur un dispositif où le médecin traitant occuperait une position centrale. Sauf à valider un test de dépistage de la dépression qui soit court et acceptable, administrable facilement dans le temps du médecin de premier recours, pourra-t-on progresser dans cette pathologie en ces temps de difficultés démographiques médicales ?

BIBLIOGRAPHIE

¹ Chan Chee C., Beck F., Sapinho D., Guilbert P (dir.), La dépression en France – Enquête Anadep 2005, Saint-Denis : INPES, coll. Études santé, 2009, 208 p.

² Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Prise en charge d'un épisode dépressif isolé de l'adulte en ambulatoire. Service des recommandations et références professionnelles. Paris: Anaes; 2002.

³ Chan Chee C., Beck F., Sapinho D., Guilbert P (dir.), La dépression en France – Enquête Anadep 2005, Saint-Denis : INPES, coll. Études santé, 2009, 208 p

⁴ Beck F., Gautier A., Guignard R., Richard J.-B. dir. Baromètre santé 2010. Attitudes et comportements de santé. Saint-Denis : Inpes

⁵ Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Prise en charge d'un épisode dépressif isolé de l'adulte en ambulatoire. Service des recommandations et références professionnelles. Paris: Anaes; 2002

⁶ Verger P. et al., 2008, « Determinants of coprescription of anxiolytics with antidepressants in general practice », Can J Psychiatry 53(2): 94-103..

⁷ INSERM, 2004, Psychothérapie - Trois approches évaluées, Expertise collective, Inserm.

⁸ Décret n° 2010-534 relatif à l'usage du titre de psychothérapeute

⁹ En ligne : http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/programme_national_de_lutte_contre_le_suicide.pdf

¹⁰ M. Hamilton, « A rating scale for depression », dans Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry, no 23, 1960, p. 56-62.

¹¹ Morriss R, Leese M, Chatwin J, Baldwin D; THREAD Study Group. Inter-rater reliability of the Hamilton Depression Rating Scale as a diagnostic and outcome measure of depression in primary care. J Affect Disord. 2008 Dec;111(2-3):204-13.

- ¹² Tajkovic G, Stracevic V. Reliability of the Hamilton Rating Scale for Depression: a metaanalysis over a period of 49 years. *Psychiatrie Res* 2011 Août 30 ; 189 (1) : 1-9.
- ¹³ Williams J., A structured interview guide for the Hamilton Depression Rating Scale". *Arch. Gen. Psychiatry* 1988, 45, 742-747
- ¹⁴ Montgomery SA, Asberg M, A new depression scale designed to be sensitive to change. *British Journal of Psychiatry*. Avril 1979. 134(4), 382-89
- ¹⁵ Cunningham JL, Wernroth L, von Knorring L, Berglund L, Ekselius L. Agreement between physicians' and patients' ratings on the Montgomery Åsberg Depression Rating Scale. *Journal of affective disorders*. Décembre 2011. 135(1-3) 148-53
- ¹⁶ Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Arch GenPsychiatry*. 1961 Jun;4:561-71
- ¹⁷ Groth-Marnat G. (1990). *The handbook of psychological assessment* (2nd ed.). New York: John Wiley & Sons. P. 590
- ¹⁸ Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB, Löwe B. An ultra-brief screening scale for anxiety and depression: the PHQ-4. *Psychosomatics*. 2009 Nov-Dec;50(6):613-21.
- ¹⁹ Salokangas RK¹, Poutanen O, Stengård E. Screening for depression in primary care. Development and validation of the Depression Scale, a screening instrument for depression. *Acta Psychiatr Scand*. 1995 Jul;92(1):10-6
- ²⁰ Poutanen O, Koivisto AM, Joukamaa M, Mattila A, Salokangas RK. The Depression Scale as a screening instrument for a subsequent depressive episode in primary healthcare patients. *Br J Psychiatry*. 2007 Jul;191:50-4
- ²¹ Y. Lecrubier, D.V. Sheehan, E. Weiller, P. Armorim, I. Bonora, K. Harnett Sheehan, J. Janavs, G.C. Dunbar, The Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI). A short diagnostic structured interview : reliability and validity according to the CIDI, *Eur Psychiatry* 1997 ;12 : 224-231, Elsevier, Paris
- ²² Lyness JM¹, Noel TK, Cox C, King DA, Conwell Y, Caine ED. Screening for depression in elderly primary care patients. A comparison of the Center for

Epidemiologic Studies-Depression Scale and the Geriatric Depression Scale. Arch Intern Med. 1997 Feb 24;157(4):449-54

²³ Arthur A, Jagger C, Lindesay J, Graham C, Clarke M. Using an annual over-75 health check to screen for depression: validation of the short Geriatric Depression Scale (GDS15) within general practice. Int J Geriatr Psychiatry. 1999 Jun;14(6):431-9.

²⁴ Bjelland I, Dahl AA, Haug TT, Neckelmann D. The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale. An updated literature review. J Psychosom Res. 2002 Feb;52(2):69-77. Review

²⁵ En ligne : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-11/outil_echelle_had.pdf (consulté le 01/05/2017)

²⁶ Rubertsson C, Börjesson K, Berglund A, Josefsson A, Sydsjö G. The Swedish validation of Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) during pregnancy. Nord J Psychiatry. 2011 Dec;65(6):414-8.

²⁷ Strömberg R, Backlund LG, Löfvander M. A comparison between the Beck's Depression Inventory and the Gotland Male Depression Scale in detecting depression among men visiting a drop-in clinic in primary care. Nord J Psychiatry. 2010 Aug;64(4):258-64

²⁸ En ligne : <http://www.ameli.fr/accueil-de-la-ccam/trouver-un-acte/fiche-abregee.php?code=ALQP003> (consulté le 01/05/2017)

²⁹ Briffault X., Morvan Y., Rouillon F., Dardennes R., Lamboy B. (2010). « Recours aux soins et adéquation des traitements de l'épisode dépressif majeur en France », L'Encéphale, 36S, D48-D58.

³⁰ Rault JF, Le Breton-Lerouillois G. La démographie médicale en région Haute-Normandie, situation en 2015. 2015. p 43-54 En ligne : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/.../files/atlas_haute_normandie_2015.pdf

³¹ Drees (2012). La prise en charge de la dépression en médecine générale de ville, Dumesnil H, Cortaredona S, Cavillon M, Mikol F, Aubry C, Sebbah R, Verdoux H, Verger H. Ed. Drees, collection Études et statistiques N° 810 septembre 2012.

- ³² Eichler K, Zoller M, Tschudi P, Steurer J. Barriers to apply cardiovascular prediction rules in primary care : a postal survey. *BMC Fam Pract.* 2007;8:1
- ³³ Sarazin M, Gonzalez Chiappe S, Kasprzyk M, Mismetti P, Lasserre A. A survey of French general practitioners and a qualitative study on their use and assessment of predictive clinical scores. *Int J Gen Med.* 2013; 6: 419–426.
- ³⁴ Tournant B. L'utilisation des échelles psychiatriques dans la prise en charge du patient dépressif par les médecins généralistes. Université de Picardie Jules Verne : Faculté de Médecine d'Amiens ; 2002
- ³⁵ Eichler K, Zoller M, Tschudi P, Steurer J. Barriers to apply cardiovascular prediction rules in primary care: a postal survey. *BMC Fam Pract.* 2007;8:1.
- ³⁶ McIntyre RS¹, Konarski JZ, Mancini DA, Fulton KA, Parikh SV, Grigoriadis S, Grupp LA, Bakish D, Filteau MJ, Gorman C, Nemeroff CB, Kennedy SH. Measuring the severity of depression and remission in primary care: validation of the HAMD-7 scale. *CMAJ.* 2005 Nov 22;173(11):1327-34
- ³⁷ Gilbody SM, House AO, Sheldon TA. Psychiatrists in the UK do not use outcomes measures. *The British Journal of Psychiatry* Feb 2002, 180 (2) 101-103
- ³⁸ Seong-Baily YI, 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.
- ³⁹ Breuil-Genier P, Goffette C. La durée des séances de médecins. DREES. Études et Résultats n° 481. Avril 2006.
- ⁴⁰ Meadows KA, Rogers D, Greene T. Attitudes to the use of health outcome questionnaires in the routine care of patients with diabetes: a survey of general practitioners and practice nurses. *Br J Gen Pract.* 1998;48(434):1555–1559
- ⁴¹ OICS. Substances Psychotropes. Statistiques pour 2009. Rapports techniques 3e partie. Nations Unies, 2010b

TABLE DES FIGURES ET TABLEAUX

Figure 1 : Date des réponses au questionnaire <i>Google Forms</i>	p.37
Figure 2 : Sexe-ratio des médecins inclus dans notre étude	p.38
Figure 3 : Graphique des âges et du département d'exercice des médecins répondeurs inclus	p.38
Figure 4 : Mode d'exercice des médecins répondeurs	p.39
Figure 5 : Informatisation des dossiers médicaux	p.40
Figure 6 : « Vos connaissances de la dépression proviennent »	p.41
Figure 7 : Critères diagnostiques utilisés par les médecins inclus	p.42
Figure 8 : La durée de consultation pour le motif de dépression	p.43
Figure 9 : « Vous voyez des patients dépressifs »	p.43
Figure 10 : « Vous prescrivez »	p.44
Figure 11 : « Vous adressez chez le spécialiste »	p.45
Figure 12 : Connaissance de l'Echelle de Dépression de Hamilton	p.45
Figure 13 : Utilisation de l'HDRS chez les médecins la connaissant	p.50
Figure 14 : Utilité de l'Echelle de Dépression de Hamilton	p.51
Figure 15 : Circonstances de son utilité	p.51
Figure 16 : « Temps moyen de réalisation de l'HDRS »	p.52
Figure 17 : « Selon vous, les patients sont (à l'HDRS) »	p.53
Figure 18 : Points forts de l'Echelle de Dépression de Hamilton	p.54
Figure 19 : Points faibles de l'HDRS	p.54
Figure 20 : « En cas de discordance, je prends mes décisions sur »	p.55
Figure 21 : « Savez-vous qu'il existe une cotation spécifique ? »	p.56
Figure 22 : « Vous trouvez la cotation »	p.56

Figure 23 : « Lorsque vous réalisez une HDRS chez un patient, vous en réalisez une seconde chez ce même patient » p.57

Figure 24 : « Votre cotation lorsque vous utilisez l’HDRS (n=30) » p.58

Tableau 1 : Analyse des déterminants conditionnant la connaissance de l’Echelle de Dépression de Hamilton p.46

Tableau 2 : Analyse des déterminants de la réalisation de l’Echelle de Dépression de Hamilton p.58

Annexe 1 : L'Echelle de Dépression de Hamilton

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

0 Absente.

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 faciale, 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 Absents.

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 Pas de difficulté.

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, 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 Entrevue impossible (la personne se trouve dans un état de stupeur).

9- Agitation

0 Aucune.

1 Crispations, secousses musculaires.

2 Joue avec ses mains, ses cheveux...

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 Symptômes légers (par ex. une tension subjective, irritabilité, perte de concentration)

2 Symptômes modérés (par ex. la personne se soucie de problèmes mineurs)

3 Symptômes sévères (par ex. une appréhension apparente apparaît dans l'expression faciale et la parole)

4 Symptômes très invalidants (par ex. la personne exprime une peur 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 Sévères.

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 : si 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 : si 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.

Annexe 2 : ALQP003

CODE : ALQP003 LIBELLE : Test d'évaluation d'une dépression	
Code regroupement : ATM - Acte technique medical	
Date d'effet : 01/01/2015 <input type="button" value="ok"/>	> Historique
Activité : <input type="button" value="Activité 1"/> <input type="button" value="ok"/>	Phase : <input type="button" value="Phase 0"/> <input type="button" value="ok"/>
Convention PS: <input type="button" value="Secteur 1 / adhérent / SF"/> <input type="button" value="ok"/>	
Note : <i>Évaluation par échelle psychiatrique MADRS, Hamilton, Beck, MMPI, STAI</i>	
Prise en charge	> Plus de détails
Accord préalable : Cet acte n'est pas soumis à une entente préalable Admission au remboursement : Acte remboursable Exonération du ticket modérateur : Acte pouvant être exonéré par la règle du seuil mais n'exonérant pas la facture	
Tarification	> Plus de détails
Prix de l'acte : 69,12 euros Suppléments de charges en cabinet : 0,0 euros	
Associations	
Type d'acte : Acte isolé	

Annexe 3 : Notre questionnaire

L'Echelle de dépression de Hamilton

Bonjour.

Pour mon travail de thèse de Médecine Générale, j'ai choisi d'aborder le thème de l'épisode dépressif, et plus précisément l'utilisation de l'Echelle de dépression de Hamilton et des tests d'évaluation de la dépression.

Votre réponse est également très attendue si vous ne connaissez ou n'utilisez pas l'Echelle de dépression de Hamilton.

Je vous remercie par avance de prendre quelques minutes pour répondre à ce questionnaire. Cordialement.

Alexandre LEROUX

***Obligatoire**

1. Vous êtes:

Une seule réponse possible.

- un homme
 une femme

2. Quel est votre âge?

3. Quel est votre département d'exercice?

(Plusieurs réponses possibles.)

Plusieurs réponses possibles.

- 27
 76
 Autre : _____

4. Votre mode d'exercice est:

(Plusieurs réponses sont possibles, en particulier pour les médecins remplaçants.)

Plusieurs réponses possibles.

- cabinet seul
 cabinet de groupe
 rural
 urbain
 médecin installé
 médecin remplaçant

5. Vos dossiers médicaux sont-ils informatisés? *

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non
 En partie

6. Votre connaissance de la prise en charge de la dépression provient :

(Plusieurs réponses possibles.)
Plusieurs réponses possibles.

- Formation théorique lors de l'externat et/ou l'internat
- Stage d'externe en psychiatrie
- Stage d'interne en psychiatrie
- DU
- Publications de médecine générale
- Publications spécialisées
- Formation continue
- Groupe de pairs
- Visiteur médicaux
- Autre : _____

La dépression dans votre pratique

7. Vous voyez des patients dépressifs:

Une seule réponse possible.

- quotidiennement
- régulièrement
- rarement
- jamais

8. L'épisode dépressif est le motif principal de la consultation:

Par motif principal, on entend des symptômes dépressifs au premier plan ou une consultation de suivi dédiée.

Une seule réponse possible.

- dans la grande majorité des cas
- souvent
- rarement
- jamais

9. Une consultation pour ce motif dure en moyenne:

réponse en minutes

Votre "arsenal" diagnostique et thérapeutique face à l'épisode dépressif .

10. Prescrivez vous des anti-dépresseurs?

Une seule réponse possible.

- systématiquement (ou presque)
- souvent
- rarement
- jamais

11. Prescrivez vous des anxiolytiques et/ou des somnifères?

Une seule réponse possible.

- systématiquement (ou presque)
- souvent
- rarement
- jamais

12. Prescrivez vous un arrêt de travail?

Une seule réponse possible.

- systématiquement (ou presque)
- souvent
- rarement
- jamais

13. Prescrivez vous une psychothérapie?

Une seule réponse possible.

- systématiquement (ou presque)
- souvent
- rarement
- jamais

14. Vous adressez vers un spécialiste:

médecin psychiatre, CMP, CHS

Une seule réponse possible.

- souvent
- parfois
- rarement
- jamais

15. Quels critères diagnostiques utilisez-vous pour le diagnostic de dépression?

Une seule réponse possible.

- ceux de la 10ème classification internationale des maladies (CIM-10)
- ceux du Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders (DSM-IV)
- Aucun
- Autre : _____

16. **Quel(s) test(s) d'évaluation de la dépression utilisez vous?**

(Plusieurs réponses possibles.)
Plusieurs réponses possibles.

- Le Questionnaire sur la santé du patient-9 (PHQ-9)
- L'Inventaire de dépression de Beck
- L'Echelle de dépression de Hamilton
- L'Echelle de dépression de Montgomery et Asberg (MADRS)
- Aucun
- Autre : _____

17. **Connaissez-vous l'Echelle de dépression de Hamilton? ***

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non *Passez à la question 30.*

L'Echelle de dépression de Hamilton

18. **Vous trouvez l'Echelle de dépression de Hamilton: ***

Une seule réponse possible.

- très utile
- plutôt utile
- plutôt inutile
- inutile

19. **Chez les patients consultant pour un état dépressif, vous l'utilisez:**

Une seule réponse possible.

- souvent
- occasionnellement
- rarement
- jamais

20. **Selon vous, l'Echelle de dépression de Hamilton est utile à visée:**

(Plusieurs réponses possibles.)
Plusieurs réponses possibles.

- Diagnostique
- Thérapeutique
- Lors du diagnostic
- Lors du suivi
- Jamais
- Autre : _____

21. **Selon vous, quelle est la durée (en minutes) nécessaire pour la réalisation de l'Echelle de dépression de Hamilton?**

22. Selon vous, concernant sa réalisation, les patients sont plutôt

Une seule réponse possible.

- Très favorables
- Favorables
- Défavorables
- Très défavorables

23. Selon vous, les points forts l'Echelle de dépression de Hamilton sont:

(plusieurs réponses possibles)

Plusieurs réponses possibles.

- sa faisabilité
- sa reproductibilité
- son exhaustivité
- son acceptation par le patient
- son impact sur les décisions médicales
- son intérêt en cas de prise en charge conjointe avec un autre intervenant
- Autre : _____

24. Selon vous, ses points faibles sont:

(plusieurs réponses possibles)

Plusieurs réponses possibles.

- la durée de réalisation
- certains des items qu'il contient
- son acceptation par le patient
- son absence d'impact sur les décisions médicales
- l'aspect "score" impersonnel
- le nombre élevé de questions
- Autre : _____

25. Lorsque vous avez déjà réalisé une Echelle de dépression de Hamilton, vous en réalisez une nouvelle chez le même patient:

(Plusieurs réponses possibles)

Plusieurs réponses possibles.

- Je n'utilise pas l'Echelle de dépression de Hamilton
- jamais
- parfois
- souvent
- systématiquement
- dans les deux mois
- dans l'année
- à plus d'un an

26. **En cas de désaccord entre le résultat du test et votre impression clinique, votre décision se base plutôt sur:**

Une seule réponse possible.

- Je n'utilise pas l'Echelle de dépression de Hamilton
- L'Echelle de dépression de Hamilton
- L'impression clinique
- Je ne prends pas décision immédiate

27. **Selon vous, existe-t-il une cotation CCAM spécifique pour l'Echelle de dépression de Hamilton?**

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

28. **Lorsque vous utilisez l'Echelle de dépression de Hamilton, vous codez l'acte:**

Une seule réponse possible.

- Je n'utilise pas l'Echelle de dépression de Hamilton
- Je ne savais pas qu'il existait une cotation spécifique
- systématiquement
- souvent
- rarement
- jamais

29. **Selon vous, la cotation de l'Echelle de dépression de Hamilton (ALQP003 : 69.12€, limitée à une fois par an) est:**

(plusieurs réponses possibles)

Plusieurs réponses possibles.

- trop onéreuse
- adaptée
- pas assez rémunérée
- justifiée
- injustifiée
- facile à expliquer au patient
- difficile à expliquer au patient

Merci! N'oubliez pas de cliquer sur "envoyer" s'il vous plaît.

Je vous remercie chaleureusement d'avoir pris le temps de répondre à ce questionnaire.
Je vous laisse, si vous le souhaitez, me faire part de vos remarques concernant ce travail.
N'oubliez pas de cliquer sur "envoyer" en bas de page s'il vous plaît.

Cordialement.

Alexandre LEROUX

30. Commentaire libre

Fourni par
 Google Forms

L'ECHELLE DE DEPRESSION DE HAMILTON : ETAT DES LIEUX AUPRES DE MEDECINS GENERALISTES EN HAUTE-NORMANDIE

Alexandre Leroux, sous la direction du Dr Elisabeth MAUVIARD

Objectifs : La dépression est habituellement considérée comme une pathologie fréquente et régulièrement prise en charge par le médecin généraliste. Des critères diagnostiques existent, ainsi que des échelles standardisées afin d'en apprécier la sévérité. L'Echelle de Dépression de Hamilton (HDRS) est fréquemment utilisée dans ce contexte. L'objectif de l'étude est d'établir un état des lieux concernant la connaissance et l'utilisation de cette échelle en région Haute-Normandie, et définir un éventuel impact sur la consultation.

Matériel et méthodes : 79 médecins généralistes ont répondu à notre enquête sur l'Echelle de Dépression de Hamilton et 68 ont été inclus dans l'étude. Ceux-ci ont été contactés par courriel, et leurs réponses ont été récupérées à l'aide d'un questionnaire informatique.

Résultats : 75% des médecins généralistes connaissent l'HDRS. La formation continue et les groupes de pairs comme sources de connaissance sur la dépression semblent être des déterminants de sa connaissance. Ne pas connaître l'HDRS est un déterminant fort de n'utiliser aucune échelle d'évaluation de la dépression ($p < 0.01$). Elle est utilisée par 63% des médecins qui la connaissent. Son utilisation est favorisée par l'informatisation du cabinet. Les médecins utilisant l'HDRS la trouvent utile, les médecins ne l'utilisant pas la trouvent inutile ($p < 0.01$). Ses points forts sont la reproductibilité et la faisabilité ; ses points faibles sont la durée de réalisation et le nombre élevé de questions. La durée de réalisation de l'HDRS est de 15 minutes en moyenne. Sa réalisation n'impacte pas le temps moyen de consultation pour le motif de dépression qui est de 25 minutes. Il existe une association entre l'utilisation de critères diagnostiques et l'utilisation de l'HDRS pour l'appréciation de la sévérité. La réalisation de l'HDRS n'impacte pas la fréquence des prescriptions médicamenteuses. Les médecins ont un avis partagé sur sa cotation spécifique ALQP003, et la majorité ne la cotent que rarement ou jamais.

Conclusion : Cette enquête a permis de recueillir de nombreuses informations sur la connaissance et l'utilisation de l'HDRS. Les médecins généralistes gardent une opinion partagée sur la réalisation d'échelles standardisées, souvent perçues comme inutiles et impactant négativement la relation médecin-malade.

Mots clés : HDRS, depression, primary care, family practice, predictive clinical scores.