



HAL
open science

Prise en charge diagnostique et thérapeutique des épisodes dépressifs avec détresse anxieuse par les médecins généralistes du Languedoc-Roussillon et attentes dans l'amélioration de cette prise en charge

Laurie Frigant

► To cite this version:

Laurie Frigant. Prise en charge diagnostique et thérapeutique des épisodes dépressifs avec détresse anxieuse par les médecins généralistes du Languedoc-Roussillon et attentes dans l'amélioration de cette prise en charge. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-02966639

HAL Id: dumas-02966639

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02966639>

Submitted on 14 Oct 2020

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



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

UNIVERSITE DE MONTPELLIER
FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES

THESE

Pour obtenir le titre de
DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par

Laurie FRIGANT

Le 12 décembre 2018

TITRE

PRISE EN CHARGE DIAGNOSTIQUE ET THERAPEUTIQUE DES EPISODES DEPRESSIFS AVEC
DETRESSE ANXIEUSE PAR LES MEDECINS GENERALISTES DU LANGUEDOC ROUSSILLON ET
ATTENTES DANS L'AMELIORATION DE CETTE PRISE EN CHARGE

Directeur de thèse : Dr Cyril RIVIECCIO

JURY

Président : Pr AMOUYAL Michel Président des universités – Médecine Générale

Assesseurs :

Pr LOPEZ CASTROMAN Jorge Professeur des universités – Praticien hospitalier – Psychiatrie

Dr FOLCO LOGNOS Béatrice Maître de conférence des universités – médecine générale

Dr RIVIECCIO Cyril Docteur en médecine générale

UNIVERSITE DE MONTPELLIER
FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES

THESE

Pour obtenir le titre de
DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par

Laurie FRIGANT

Le 12 décembre 2018

TITRE

PRISE EN CHARGE DIAGNOSTIQUE ET THERAPEUTIQUE DES EPISODES DEPRESSIFS AVEC
DETRESSE ANXIEUSE PAR LES MEDECINS GENERALISTES DU LANGUEDOC ROUSSILLON ET
ATTENTES DANS L'AMELIORATION DE CETTE PRISE EN CHARGE

Directeur de thèse : Dr Cyril RIVIECCIO

JURY

Président : Pr AMOUYAL Michel Président des universités – Médecine Générale

Assesseurs :

Pr LOPEZ CASTROMAN Jorge Professeur des universités – Praticien hospitalier – Psychiatrie

Dr FOLCO LOGNOS Béatrice Maître de conférence des universités – médecine générale

Dr RIVIECCIO Cyril Docteur en médecine générale

ANNEE UNIVERSITAIRE 2018 - 2019

PERSONNEL ENSEIGNANT

Professeurs Honoraires

ALLIEU Yves
ALRIC Robert
ARNAUD Bernard
ASTRUC Jacques
AUSSILLOUX Charles
AVEROUS Michel
AYRAL Guy
BAILLAT Xavier
BALDET Pierre
BALDY-MOULINIER Michel
BALMES Jean-Louis
BALMES Pierre
BANSARD Nicole
BAYLET René
BILLIARD Michel
BLARD Jean-Marie
BLAYAC Jean Pierre
BLOTMAN Francis
BONNEL François
BOUDET Charles
BOURGEOIS Jean-Marie
BRUEL Jean Michel
BUREAU Jean-Paul
BRUNEL Michel
CALLIS Albert
CANAUD Bernard
CASTELNAU Didier
CHAPTAL Paul-André
CIURANA Albert-Jean
CLOT Jacques
D'ATHIS Françoise
DEMAILLE Jacques
DESCOMPS Bernard
DIMEGLIO Alain

DUBOIS Jean Bernard
DUMAS Robert
DUMAZER Romain
ECHENNE Bernard
FABRE Serge
FREREBEAU Philippe
GALIFER René Benoît
GODLEWSKI Guilhem
GRASSET Daniel
GROLLEAU-RAOUX Robert
GUILHOU Jean-Jacques
HERTAULT Jean
HUMEAU Claude
JAFFIOL Claude
JANBON Charles
JANBON François
JARRY Daniel
JOYEUX Henri
LAFFARGUE François
LALLEMANT Jean Gabriel
LAMARQUE Jean-Louis
LAPEYRIE Henri
LESBROS Daniel
LOPEZ François Michel
LORiot Jean
LOUBATIERES Marie
Madeleine
MAGNAN DE BORNIER
Bernard
MARY Henri
MATHIEU-DAUDE Pierre
MEYNADIER Jean
MICHEL François-Bernard
MICHEL Henri

MION Charles
MION Henri
MIRO Luis
NAVARRO Maurice
NAVRATIL Henri
OTHONIEL Jacques
PAGES Michel
PEGURET Claude
PELLISSIER Jacques
POUGET Régis
PUECH Paul
PUJOL Henri
PUJOL Rémy
RABISCHONG Pierre
RAMUZ Michel
RIEU Daniel
RIOUX Jean-Antoine
ROCHFORT Henri
ROSSI Michel
ROUANET DE VIGNE LAVIT
Jean Pierre
SAINT AUBERT Bernard
SANCHO-GARNIER Hélène
SANY Jacques
SEGNARBIEUX François
SENAC Jean-Paul
SERRE Arlette
SIMON Lucien
SOLASSOL Claude
THEVENET André
VIDAL Jacques
VISIER Jean Pierre

Professeurs Emérites

ARTUS Jean-Claude
BLANC François
BOULENGER Jean-Philippe
BOURREL Gérard
BRINGER Jacques
CLAUSTRES Mireille
DAURES Jean-Pierre
DAUZAT Michel
DEDET Jean-Pierre
ELEDJAM Jean-Jacques
GUERRIER Bernard
JOURDAN Jacques

MARES Pierre
MAURY Michèle
MILLAT Bertrand
MAUDELONDE Thierry
MONNIER Louis
PREFAUT Christian
PUJOL Rémy
SULTAN Charles
TOUCHON Jacques
VOISIN Michel
ZANCA Michel

PU-PH de classe exceptionnelle

ALBAT Bernard - Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
ALRIC Pierre - Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)
BACCINO Eric - Médecine légale et droit de la santé
BASTIEN Patrick - Parasitologie et mycologie
BONAFE Alain - Radiologie et imagerie médicale
CAPDEVILA Xavier - Anesthésiologie-réanimation
COLSON Pascal – Anesthésie-réanimation
COMBE Bernard - Rhumatologie
COSTA Pierre - Urologie
COTTALORDA Jérôme - Chirurgie infantile
COUBES Philippe – Neurochirurgie
COURTET Philippe – Psychiatrie d'adultes, addictologie
CRAMPETTE Louis - Oto-rhino-laryngologie
CRISTOL Jean Paul - Biochimie et biologie moléculaire
DAVY Jean Marc - Cardiologie
DE LA COUSSAYE Jean Emmanuel - Anesthésiologie-réanimation
DELAPORTE Eric - Maladies infectieuses ; maladies tropicales
DEMOLY Pascal – Pneumologie, addictologie
DE WAZIERES Benoît - Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
DOMERGUE Jacques - Chirurgie générale
DUFFAU Hugues - Neurochirurgie
DUJOLS Pierre - Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
ELIAOU Jean François - Immunologie
FABRE Jean Michel - Chirurgie générale
FRAPIER Jean-Marc – Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
GUILLOT Bernard - Dermato-vénéréologie
HAMAMAH Samir-Biologie et Médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
HEDON Bernard-Gynécologie-obstétrique ; gynécologiemédicale
HERISSON Christian-Médecine physique et de réadaptation
JABER Samir-Anesthésiologie-réanimation
JEANDEL Claude-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
JONQUET Olivier-Réanimation ; médecine d'urgence
JORGENSEN Christian-Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
KOTZKI Pierre Olivier-Biophysique et médecine nucléaire
LANDAIS Paul-Epidémiologie, Economie de la santé et Prévention
LARREY Dominique-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
LEFRANT Jean-Yves-Anesthésiologie-réanimation
LE QUELLEC Alain-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
MARTY-ANE Charles - Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
MERCIER Jacques - Physiologie
MESSNER Patrick – Cardiologie
MONDAIN Michel – Oto-rhino-laryngologie
PELLISSIER Jacques-Médecine physique et de réadaptation
RENARD Eric-Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
REYNES Jacques-Maladies infectieuses, maladies tropicales
RIBSTEIN Jean-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
RIPART Jacques-Anesthésiologie-réanimation
ROUANET Philippe-Cancérologie ; radiothérapie
SCHVED Jean François-Hématologie; Transfusion
TAOUREL Patrice-Radiologie et imagerie médicale
UZIEL Alain -Oto-rhino-laryngologie
VANDE PERRE Philippe-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
YCHOU Marc-Cancérologie ; radiothérapie

PU-PH de 1^{ère} classe

AGUILAR MARTINEZ Patricia-Hématologie ; transfusion
AVIGNON Antoine-Nutrition
AZRIA David -Cancérologie ; radiothérapie
BAGHDADLI Amaria-Pédopsychiatrie ; addictologie
BEREGI Jean-Paul-Radiologie et imagerie médicale
BLAIN Hubert-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
BLANC Pierre-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BORIE Frédéric-Chirurgie digestive
BOULOT Pierre-Gynécologie-obstétrique ; gynécologiemédicale
CAMBONIE Gilles -Pédiatrie
CAMU William-Neurologie
CANOVAS François-Anatomie
CARTRON Guillaume-Hématologie ; transfusion
CHAMMAS Michel-Chirurgie orthopédique et traumatologique
CHANQUES Gérald – Anesthésie-réanimation
CORBEAU Pierre-Immunologie
COSTES Valérie-Anatomie et cytologie pathologiques
CYTEVAL Catherine-Radiologie et imagerie médicale
DADURE Christophe-Anesthésiologie-réanimation
DAUVILLIERS Yves-Physiologie
DE TAYRAC Renaud-Gynécologie-obstétrique, gynécologie médicale
DEMARIA Roland-Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
DEREURE Olivier-Dermatologie – vénéréologie
DE VOS John – Cytologie et histologie
DROUPY Stéphane -Urologie
DUCROS Anne-Neurologie
GARREL Renaud – Oto-rhino-laryngologie
HAYOT Maurice - Physiologie
KLOUCHE Kada-Réanimation ; médecine d'urgence
KOENIG Michel-Génétique moléculaire
LABAUGE Pierre- Neurologie
LAFFONT Isabelle-Médecine physique et de réadaptation
LAVABRE-BERTRAND Thierry-Cytologie et histologie
LAVIGNE Jean-Philippe – Bactériologie – virologie, hygiène hospitalière
LECLERCQ Florence-Cardiologie
LEHMANN Sylvain-Biochimie et biologie moléculaire
LE MOING Vincent – Maladies infectieuses, maladies tropicales
LUMBROSO Serge-Biochimie et Biologie moléculaire
MARIANO-GOULART Denis-Biophysique et médecine nucléaire
MATECKI Stéfan -Physiologie
MEUNIER Laurent-Dermato-vénéréologie
MOREL Jacques - Rhumatologie
MORIN Denis-Pédiatrie
NAVARRO Francis-Chirurgie générale
PETIT Pierre-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PERNEY Pascal-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
PRUDHOMME Michel - Anatomie
PUJOL Jean Louis-Pneumologie ; addictologie
PUJOL Pascal-Biologie cellulaire
PURPER-OUAKIL Diane-Pédopsychiatrie ; addictologie
QUERE Isabelle-Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)
SOTTO Albert-Maladies infectieuses ; maladies tropicales
TOUITOU Isabelle-Génétique
TRAN Tu-Anh-Pédiatrie
VERNHET Hélène-Radiologie et imagerie médicale

PU-PH de 2^{ème} classe

ASSENAT Éric-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BERTHET Jean-Philippe-Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BOURDIN Arnaud-Pneumologie ; addictologie
CANAUD Ludovic-Chirurgie vasculaire ; Médecine Vasculaire
CAPDEVIELLE Delphine-Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
CAPTIER Guillaume-Anatomie
CAYLA Guillaume-Cardiologie
COLOMBO Pierre-Emmanuel-Cancérologie ; radiothérapie
COSTALAT Vincent-Radiologie et imagerie médicale
COULET Bertrand-Chirurgie orthopédique et traumatologique
CUVILLON Philippe-Anesthésiologie-réanimation
DAIEN Vincent-Ophtalmologie
DORANDEU Anne-Médecine légale -
DUPEYRON Arnaud-Médecine physique et de réadaptation
FAILLIE Jean-Luc – Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique, addictologie
FESLER Pierre-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
GAUJOUX Viala Cécile-Rhumatologie
GENEVIEVE David-Génétique
GODREUIL Sylvain-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
GUILLAUME Sébastien-Urgences et Post urgences psychiatriques -
GUILPAIN Philippe-Médecine Interne, gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
GUIU Boris-Radiologie et imagerie médicale
HERLIN Christian – Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, brûlologie
HOUEDE Nadine-Cancérologie ; radiothérapie
JACOT William-Cancérologie ; Radiothérapie
JUNG Boris-Réanimation ; médecine d'urgence
KALFA Nicolas-Chirurgie infantile
KOUYOUMDJIAN Pascal-Chirurgie orthopédique et traumatologique
LACHAUD Laurence-Parasitologie et mycologie
LALLEMANT Benjamin-Oto-rhino-laryngologie
LE QUINTREC Moglie - Néphrologie
LETOUZEY Vincent-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
LONJON Nicolas - Neurologie
LOPEZ CASTROMAN Jorge-Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
LUKAS Cédric-Rhumatologie
MAURY Philippe-Chirurgie orthopédique et traumatologique
MILLET Ingrid-Radiologie et imagerie médicale
MORANNE Olivier-Néphrologie
NAGOT Nicolas-Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
NOCCA David-Chirurgie digestive
PANARO Fabrizio-Chirurgie générale
PARIS Françoise-Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PASQUIE Jean-Luc-Cardiologie
PEREZ MARTIN Antonia-Physiologie
POUDEROUX Philippe-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
RIGAU Valérie-Anatomie et cytologie pathologiques
RIVIER François-Pédiatrie
ROGER Pascal-Anatomie et cytologie pathologiques
ROSSI Jean François-Hématologie ; transfusion
ROUBILLE François-Cardiologie
SEBBANE Mustapha-Anesthésiologie-réanimation
SIRVENT Nicolas-Pédiatrie
SOLASSOL Jérôme-Biologie cellulaire
STOEBNER Pierre – Dermato-vénéréologie
SULTAN Ariane-Nutrition
THOUVENOT Éric-Neurologie
THURET Rodolphe-Urologie
VENAIL Frédéric-Oto-rhino-laryngologie

VILLAIN Max-Ophtalmologie

VINCENT Denis -Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale,
addictologie VINCENT Thierry-Immunologie

WOJTUSCISZYN Anne-Endocrinologie-diabétologie-nutrition

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

1^{ère} classe :

COLINGE Jacques - Cancérologie, Signalisation cellulaire et systèmes complexes

2^{ème} classe :

LAOUDJ CHENIVESSE Dalila - Biochimie et biologie moléculaire

VISIER Laurent - Sociologie, démographie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - Médecine générale

1^{ère} classe :

LAMBERT Philippe

2^{ème} classe :

AMOUYAL Michel

PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine Générale

CLARY Bernard

DAVID Michel

PROFESSEUR ASSOCIE - Médecine

BESSIS Didier - Dermato-vénéréologie

MEUNIER Isabelle – Ophtalmologie

MULLER Laurent – Anesthésiologie-réanimation

PERRIGAULT Pierre-François - Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence

ROUBERTIE Agathe – Pédiatrie

Maîtres de Conférences des Universités – Praticiens Hospitaliers

MCU-PH Hors classe

BOULLE Nathalie – Biologie cellulaire
CACHEUX-RATABOUL Valère-Génétique
CARRIERE Christian-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
CHARACHON Sylvie-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
FABBRO-PERAY Pascale-Epidémiologie, économie de la santé et prévention
HILLAIRE-BUYS Dominique-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
GIANSILY-BLAIZOT Muriel – Hématologie, transfusion
PELLESTOR Franck-Cytologie et histologie
PUJOL Joseph-Anatomie
RICHARD Bruno-Thérapeutique ; addictologie
RISPAIL Philippe-Parasitologie et mycologie
SEGONDY Michel-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

MCU-PH de 1^{ère} classe

BADIOU Stéphanie-Biochimie et biologie moléculaire
BOUDOUSQ Vincent-Biophysique et médecine nucléaire
BOURGIER Céline-Cancérologie ; Radiothérapie
BRET Caroline -Hématologie biologique
COSSEE Mireille-Génétique Moléculaire
GABELLE DELOUSTAL Audrey-Neurologie
GIRARDET-BESSIS Anne-Biochimie et biologie moléculaire
LAVIGNE Géraldine-Hématologie ; transfusion
LESAGE François-Xavier – Médecine et santé au travail
MATHIEU Olivier-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MENJOT de CHAMPFLEUR Nicolas-Neuroradiologie
MOUZAT Kévin-Biochimie et biologie moléculaire
PANABIERES Catherine-Biologie cellulaire
PHILIBERT Pascal-Biologie et médecine du développement et de la reproduction
RAVEL Christophe - Parasitologie et mycologie
SCHUSTER-BECK Iris-Physiologie
STERKERS Yvon-Parasitologie et mycologie
TUAILLON Edouard-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
YACHOUH Jacques-Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

MCU-PH de 2^{ème} classe

DE JONG Audrey – Anesthésie-réanimation
DU THANH Aurélie-Dermato-vénéréologie
GALANAUD Jean Philippe-Médecine Vasculaire
GOUZI Farès-Physiologie
HERRERO Astrid – Chirurgie générale
JEZIORSKI Éric-Pédiatrie
KUSTER Nils-Biochimie et biologie moléculaire
MAKINSON Alain-Maladies infectieuses, Maladies tropicales
MURA Thibault-Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
OLIE Emilie-Psychiatrie d'adultes ; addictologie
PANTEL Alix – Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
PERS Yves-Marie – Thérapeutique, addictologie
SABLEWSKI Vanessa – Anatomie et cytologie pathologiques
THEVENIN-RENE Céline-Immunologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - Médecine Générale

Maîtres de conférence de 1^{ère} classe

COSTA David

Maîtres de conférence de 2^{ème} classe

FOLCO-LOGNOS Béatrice

OUDE-ENGBERINK Agnès

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES - Médecine Générale

GARCIA Marc

MILLION Elodie

PAVAGEAU Sylvain

REBOUL Marie-Catherine

SERAYET Philippe

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Maîtres de Conférences hors classe

BADIA Eric - Sciences biologiques fondamentales et cliniques

Maîtres de Conférences de classe normale

BECAMEL Carine - Neurosciences

BERNEX Florence - Physiologie

CHAUMONT-DUBEL Séverine - Sciences du médicament et des autres produits de santé

CHAZAL Nathalie - Biologie cellulaire

DELABY Constance - Biochimie et biologie moléculaire

GUGLIELMI Laurence - Sciences biologiques fondamentales et cliniques

HENRY Laurent - Sciences biologiques fondamentales et cliniques

LADRET Véronique - Mathématiques appliquées et applications des mathématiques

LAINE Sébastien - Sciences du Médicament et autres produits de santé

LE GALLIC Lionel - Sciences du médicament et autres produits de santé

LOZZA Catherine - Sciences physico-chimiques et technologies pharmaceutiques

MAIMOUN Laurent - Sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé

MOREAUX Jérôme - Science biologiques, fondamentales et cliniques

MORITZ-GASSER Sylvie - Neurosciences

MOUTOT Gilles - Philosophie

PASSERIEUX Emilie - Physiologie

RAMIREZ Jean-Marie - Histologie

TAULAN Magali - Biologie Cellulaire

PRATICIENS HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES

CLAIRE DAIEN-Rhumatologie

BASTIDE Sophie-Epidémiologie, économie de la santé et prévention

GATINOIS Vincent-Histologie, embryologie et cytogénétique

PINETON DE CHAMBRUN Guillaume-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

SOUCHE François-Régis – Chirurgie générale

TORRE Antoine-Gynécologie-obstétrique ; gynécologiemédicale

REMERCIEMENTS

Aux membres de mon jury,

Au Professeur Michel Amouyal, merci de me faire l'honneur de présider mon jury de thèse, merci également pour votre aide dans la composition du jury ainsi que pour votre patience tout au long des échanges que nous avons pu avoir.

Au Professeur Jorge Lopez Castroman, merci d'avoir accepté de compléter mon jury en tant que psychiatre, merci pour votre intérêt sur le sujet de ma thèse,

Au Docteur Béatrice LOGNOS, merci également d'avoir accepté d'intégrer mon jury, et pour votre bienveillance, vous avez su faire preuve de réactivité.

Au Docteur Cyril Riviaccio, mon directeur de thèse et ancien maître de stage. Merci d'avoir accepté d'encadrer mon travail de thèse. Je te remercie d'être le médecin que tu es, merci pour ton apprentissage, pour ta patience, mais aussi pour tes blagues ... Je n'aurais pu avoir de meilleurs maîtres de stage en médecine générale, toi et Marion m'avez beaucoup appris et m'avez confirmé mon goût pour la médecine générale.

A tous les médecins et soignants qui ont participé à ma formation, merci particulièrement au service d'endocrinologie de Perpignan et au service de médecine E de Saint-Eloi.

A ma famille :

A mes parents, merci pour tout ce que vous faites pour moi, mon frère et ma sœur, depuis toujours, merci pour l'éducation que vous nous avez apportée, merci pour votre soutien, merci tout simplement pour la famille que vous avez créée. C'est grâce à vous que je suis devenue ce médecin aujourd'hui. Je ne trouverai jamais assez de mots pour vous décrire ma reconnaissance. Merci.

A mon frère, Nicolas, merci pour la relation que nous avons aujourd'hui, merci pour ton rôle de grand frère, merci pour la fierté que nous voyons dans tes yeux quand tu parles de tes sœurs, et merci de nous avoir apporté Mathis, mon poussin, dans nos vies. A ma belle sœur Céline, pour ta gentillesse et ton (futur) talent de wakeboardeuse...

A ma sœur, Marjorie, et à cette relation si importante que nous avons, merci d'être telle que tu es, merci pour tous ces moments partagés dans notre enfance et ceux que nous partageons

encore, ces fous rires et cette complicité. Je suis tellement heureuse de vivre près de vous. Merci aussi à toi et Guillaume de nous avoir apporté Jeanne, ma poupée, et Victor, notre petit clown.

A mes grands-mères, mamie Ginette et mamie Rosalie, merci pour tout ce que vous avez fait pour nous depuis notre naissance. Merci mamie d'être là aujourd'hui, merci pour toutes nos discussions et tout ce que tu m'apprends sur votre vie passée de l'autre côté de la méditerranée.

A mon papi, parti il y a bientôt 11 ans, j'espère te rendre fier, là où tu es...

A Matthieu, merci pour ta patience ce dernier mois... Merci pour tout ce que nous vivons ensemble. Simplement merci d'être à mes côtés.

A mes amis Hyérois :

A Emilie, ma mimi... Pas vraiment de mot pour décrire ce lien que nous avons et qui fait que rien ne change entre nous à chaque retrouvailles. Merci d'être celle que tu es et merci à Lulu d'être là pour toi.

A Coralie, ma coco, merci pour notre amitié, merci de nous avoir permis de réellement nous retrouver cette année, à tous ces souvenirs passés ensemble et à ceux que nous créerons, je te souhaite tout simplement le meilleur et que tout ce que tu désires arrive vite... Un merci à Kéké pour la belle personne qu'il est.

A ma Ju, merci pour ta douceur, ta compréhension, toutes ces qualités qui te représentent. Je te souhaite énormément de bonheur dans ta nouvelle vie à Colmar et suis persuadée que c'est un très bon choix.

A Sophie S., à notre amitié que j'aime telle qu'elle est, à toi que j'ai accompagné, non sans quelques péripéties, au cours de tes voyages, et à toi qui a été là pour moi dans les instants les plus importants. J'espère l'être pour toi. Une pensée aussi pour Michel qui nous aide souvent.

A Baba, dite aussi ma baboune, merci pour ton écoute, pour ta simplicité, merci pour ton soutien, merci de penser que je suis une bonne psychologue...tu fais partie de ces personnes dont on est fière d'être leurs amis.

A Bastien, merci pour ton amitié, tu as été là tout au long de mes études, et a priori tu le seras tout au long de ma carrière même si tu as choisi l'exil en Corse... Merci à Célia de te supporter.

A tous les copains hyérois, pour tout ce que vous m'apportez, Mel (merci d'être là !), Max, Nono, Rem's, Leslie, Yo...

A mes amis « marseillaises »

A Charlotte, à notre rencontre en P2, merci pour ces années partagées (même si elles n'étaient pas les meilleures de nos vies...). Merci pour ces moments de confidences lorsqu'on se retrouve. Merci aussi à toi et la gaufre pour votre accueil en Nouvelle-Calédonie, ce voyage n'aurait pas été le même sans vous. Une pensée pour Bébou !

A Marie, ma copine, merci pour toutes ces « poêlées » partagées en D4 ... merci pour ton écoute, ton soutien, tes bons conseils et aussi tous ces fous rires. Merci d'être venue, de Nantes, et... à 7 mois de grossesse ! Promis on viendra aussi 😊

A Sophie G, merci pour toutes ces années de fac sur le même banc, merci pour tout le soutien que l'on s'est donné, merci pour ton petit grain de folie qu'on aime tant. Je suis fière d'avoir participé à ton mariage en tant que témoin.

A Sarah, pour ce coup de cœur amical lors d'un stage d'externat, même si on se voit peu tu comptes beaucoup pour moi, tu es une personne rare.

A mes amis « montpellierains »

A Sarah, ma « coloc », celle qui a été LA rencontre de cet internat... Celle qui est devenue très rapidement mon amie, ma confidente. Merci pour ce lien que nous avons créé, pour tous ces moments partagés, les bons comme les mauvais. J'espère que nous serons toujours là l'une pour l'autre même si quelques kilomètres nous séparent aujourd'hui. Tu es réellement une belle personne et je remercie le hasard d'avoir permis cette rencontre.

A Omar, pour la personne unique que tu es. On n'en connaît qu'un comme toi et je suis ravie que tu fasses partie de mes amis. Dépêche-toi de venir me voir à Hyères les Palmiers, tu verras on y est bien.

A Agathe, la bretonne internationale, encore une belle rencontre de Perpi, merci pour ta joie de vivre contagieuse. J'espère que la Bretagne est heureuse de t'avoir retrouvé car il paraît que tu manques déjà au Sud.

A Flo et Sofia, LE couple de l'internat, notre modèle ! Toujours de bons moments avec vous. J'espère que l'été prochain Porquerolles nous verra faire du wake (tous debout cette fois). On a hâte d'être le 12 Juillet.

A Manue, merci pour ta gentillesse et ta bienveillance, je te souhaite beaucoup de bonheur car tu le mérites réellement.

A Caro, merci pour ces moments de soutien en médecine E, ces fous rires partagés, toutes ces situations dans lesquelles nous nous imaginions, un brin rêveuses... Merci pour ton naturel et ce bel état d'esprit que tu as. Sois heureuse ma belle Caro.

A Julie Ragnagna, il n'y en a qu'une comme toi, merci pour ces moments de folie à Perpignan, la coloc 2 s'en souviendra... mon seul regret est de ne pas avoir été co-interne avec toi, cela aurait été folklo. Profite de cette jolie vie qui s'offre à toi.

A Chacha, dite chacha des bois, je suis heureuse de t'avoir rencontré, j'espère que ta vie parisienne t'apporte tout ce que tu souhaitais.

A tous mes co-internes, sans qui tout ça n'aurait pas été pareil, pensée surtout pour Pauline G, l'équipe des urgences avec Arthur et Adriel, l'équipe de Médecine E, Ali, Julien, cathou et Noélie...

SOMMAIRE

I	INTRODUCTION.....	18
II	PARTIE THEORIQUE.....	19
1	Le trouble dépressif.....	19
1.1	Prévalence et santé publique	19
1.2	Diagnostic.....	20
1.2.1	Selon les classifications.....	20
a.	Selon le DSM-V (6).....	20
b.	Selon la CIM-10 (7)	22
1.2.2	Outils d'aide au diagnostic	24
1.3	Identification des facteurs de risque	26
1.4	La dépression sur le plan neurobiologique et neurophysiologique (15).....	27
1.4.1	Neuro-anatomie et neurophysiologie	27
1.4.2	Sur le plan moléculaire	28
1.5	Evolution	29
1.6	Comorbidités.....	30
1.6.1	Sur le plan psychiatrique	30
1.6.2	Sur le plan somatique	30
1.7	Complications.....	31
1.8	Les recommandations de prise en charge	32
1.8.1	Recommandations de la HAS (28)	32
1.8.2	Recommandation de l'ANSM(29).....	34
1.8.3	Référentiel de psychiatrie.....	34
2	Les troubles anxieux / trouble anxieux généralisé	35
2.1	Epidémiologie	35
2.2	Diagnostic.....	36

2.2.1	Selon le DSM-V	37
2.2.2	Selon la CIM-10.....	38
2.2.3	Outils d'aide au diagnostic et au suivi	40
2.3	Facteurs de risque.....	41
2.4	Neurobiologie	42
2.5	Evolution	42
2.6	Complications.....	43
2.7	Comorbidités.....	43
2.7.1	Les comorbidités psychiatriques	43
2.7.2	Les comorbidités somatiques	44
2.8	Recommandations de prise en charge	44
2.8.1	La HAS	44
2.8.2	L'ANSM	45
2.8.3	Le référentiel de psychiatrie.....	45
3	Le syndrome anxio-dépressif ou trouble mixte.....	45
III	PARTIE RECHERCHE.....	46
1	INTRODUCTION	46
2	MATERIEL ET METHODE.....	46
2.1	Choix de la méthode	46
2.2	Matériel : le questionnaire	46
2.3	Population cible	47
2.4	Critères d'inclusion	47
2.5	Critères d'exclusion.....	47
2.6	Méthode de diffusion du questionnaire.....	48
2.7	Méthode d'analyse des données.....	48
3	RESULTATS	49

3.1	Caractéristiques des médecins généralistes répondants	49
3.2	Constat sur la fréquence du syndrome dépressif	51
3.3	Réponses au cas clinique, évaluation des pratiques	51
3.3.1	La prise en charge diagnostique	52
a.	L'utilisation d'un questionnaire	52
b.	Intérêt du questionnaire pour les médecins.....	53
c.	Caractérisation de l'épisode dépressif.....	53
3.3.2	La prise en charge thérapeutique.....	53
a.	Prise en charge médicamenteuse	53
b.	Prise en charge non médicamenteuse.....	57
3.4	Possibilités d'amélioration de prise en charge.....	59
3.4.1	Formation / recommandation.....	59
3.4.2	Solutions proposées	59
3.4.3	Frein à l'orientation chez le psychiatre	61
3.4.4	Les structures de référence	62
3.4.5	Intérêt pour la prise en charge non médicamenteuse.....	62
4	DISCUSSION.....	64
4.1	Analyse des caractéristiques des médecins répondeurs : représentativité de l'échantillon.....	64
4.2	La prise en charge diagnostique	65
4.2.1	Rôle central du médecin généraliste.....	65
4.2.2	Hétérogénéité de la prise en charge	65
4.2.3	Peu d'aide au diagnostic.....	65
4.3	Prise en charge thérapeutique	66
4.3.1	Analyse de la prise en charge médicamenteuse	66
4.3.2	Vers une prise en charge non médicamenteuse ?	67

4.4	Pistes pour l'amélioration de la prise en charge	69
4.4.1	Le psychiatre.....	69
a.	Un meilleur accès au spécialiste	69
b.	Les réticences du patient	70
4.4.2	La formation	72
4.4.3	Les recommandations	73
4.4.4	Le plan financier	74
a.	Côté médecins : Une cotation spécifique	74
b.	Côté patient : le remboursement des psychothérapies	74
4.5	Force et faiblesses de l'étude	75
IV	CONCLUSION	77
V	BIBLIOGRAPHIE.....	78
VI	TABLE DES FIGURES.....	83
VII	TABLE DES ANNEXES	84

LISTE DES ABREVIATIONS

ABREVIATION	DESCRIPTION
ACC	Cortex Cingulaire Antérieur
ALD	Affection de Longue Durée
ANSM	Agence Nationale de Sécurité du Médicament
BDI	Beck Depression Inventory
BDNF	Brain DerivedNeutrophic Factor
CIM	Classification statistique internationale des maladies
DLPC	DorsolateralPrefrontal Cortex
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
EDC	Episode Dépressif Caractérisé
ESEMed	European Study of the Epidemiology of Mental Disorders
GDS	GeriatricDepressionsscale
HADS	Hospital Anxiety and Depression scale
HAS	Haute Autorité de Santé
HDRS	Hamilton Depressive Rating scale
INPES	Institut National de Prévention et d'Education à la Santé
INSERM	Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
IRSNA	Inhibiteur de la Recapture de la Serotonine et de la Noradrénaline
ISRS	Inhibiteur Selectif de la Recapture de la Serotonine
JAMA	Journal of American Medical Association
LOPFC	Latero orbital Prefrontal Cortex
MADRS	Montgomery and Asberg Depression Rating Scale
MSU	Maîtres de Stage Universitaire
NSN	Nombre de Sujets Nécessaires
OMS	Organisation Mondiale de la santé
PHQ	Patient Health Questionnaire
TAG	Trouble Anxieux Généralisé
VMPFC	VentroMédialPreFrontal Cortex

I INTRODUCTION

La médecine générale est reconnue comme une spécialité à part entière et a la particularité de couvrir un champ d'activité très varié. Elle a pour objectifs principaux d'assurer la prise en charge globale du patient ainsi que la continuité et la coordination des soins.

Dans le contexte socio-économique actuel, la prévalence de certaines pathologies augmente. C'est notamment le cas des pathologies de la santé mentale : meilleur dépistage ou réel problème sociétal ? Quoi qu'il en soit le médecin généraliste est le soignant de première ligne, le plus souvent consulté devant l'apparition d'un syndrome dépressif, d'un trouble anxieux, ou encore d'un syndrome mixte. En effet on estime que 64% des patients touchés par ces pathologies se tournent vers leur médecin généraliste (1). Par ailleurs avec une morbi-mortalité importante, il s'agit d'un véritable enjeu de santé publique, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) estimant notamment qu'en 2020 la dépression sera la deuxième cause d'invalidité après les troubles cardio-vasculaires.

La prise en charge de ces pathologies chroniques peut apparaître comme difficile et chronophage sur le plan du diagnostic puis de la thérapeutique.

L'objectif de notre étude est de faire un état des lieux des pratiques actuelles des médecins généralistes du Languedoc Roussillon dans la prise en charge diagnostique et thérapeutique de ces pathologies puis d'évaluer comment ils pensent pouvoir optimiser cette prise en charge.

A travers cette étude nous nous attacherons dans une première partie théorique à définir et à caractériser les syndromes dépressifs et troubles anxieux afin de mieux les appréhender. Dans une deuxième partie de recherche, nous étudierons à travers une analyse basée sur un questionnaire les différentes attitudes des médecins généralistes dans la prise en charge des épisodes dépressifs avec détresse anxieuse, du diagnostic au traitement qu'ils instaurent.

II PARTIE THEORIQUE

1 Le trouble dépressif

1.1 Prévalence et santé publique

Le syndrome dépressif représente un enjeu de santé publique, notamment par sa fréquence. De nombreuses études ont été réalisées au cours des deux dernières décennies dans le monde entier et l'OSM estime à 350 millions le nombre de personnes touchées par la dépression dans le monde(1).

Un des enjeux principaux se situe dans les complications liées au syndrome dépressif puisqu'il reste la première cause de suicide.

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) rappelle également son coût en donnant notamment l'exemple des Etats-Unis pour qui le coût annuel cumulé des troubles mentaux représenterait 2,5% du produit national brut. En Europe, les hospitalisations liées aux pathologies psychiatriques constituent 20% des dépenses des services de santé. Enfin, elle estime que dès 2020, la dépression sera l'affection qui entrainera les plus gros couts de santé, après les maladies cardiovasculaires.

Sur le plan de la prévalence, l'INSERM indique qu'en 2010 environ 1 personne sur 5 a été ou sera confrontée à un trouble dépressif au cours de sa vie, en France.

D'après l'INPES, et après une étude observationnelle menée entre 2005 et 2010, 7,5% des personnes entre 15 et 85 ans auraient vécu un épisode dépressif caractérisé sur cette période (3). Cette prévalence est environ deux fois plus importante chez les femmes que chez les hommes. Elle est de 6,4 % parmi les 15-19 ans, 10,1 % parmi les 20-34 ans, 9,0 % parmi les 35-54 ans et 4,4 % entre 55 et 85 ans.

Sur le plan Européen, l'étude ESEMeD publiée en 2004 et réalisée avec un recueil de données en 2001 et 2003 sur les populations belges, françaises, allemandes, italiennes, espagnoles et néerlandaises, relevait une prévalence de 14% des troubles de l'humeur en population générale chez des sujets âgés de 18 ans et plus (3)(4).

Enfin, sur un plan plus local, une étude montpelliéraine a été réalisée en 2007, publiée en 2008 dans *l'encéphale* (5). Elle avait pour objectif de connaître la fréquence des troubles psychiatriques en médecine générale ainsi que leur niveau de détection en utilisant un auto-

questionnaire appelé *Patient Health Questionnaire* qui appliquaient les critères du DSM-IV. Les résultats montraient que d'après le questionnaire 14,6 % des patients présentaient un trouble dépressif ou trouble anxieux, dont deux tiers étaient détectés par le médecin généraliste.

1.2 Diagnostic

1.2.1 Selon les classifications

Le diagnostic est établi selon les critères de 2 classifications : le DSM-V et la CIM-10.

a. Selon le DSM-V (6)

Le DSM-V est le Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux, issu de *l'American Psychiatric Association*. Il a pour but de mettre à disposition des diagnostics fiables afin d'orienter les recommandations de prise en charge et de permettre le recueil de données épidémiologiques. Il s'agit de la 5^{ème} édition, publiée en 2013 après 12 ans de travail.

Le trouble dépressif correspond à un chapitre parmi les 22 proposés.

Il définit la dépression comme :

Un ensemble de troubles dont la caractéristique commune est la présence d'une humeur triste, vide ou irritable, accompagnée de modifications somatiques et cognitives perturbant significativement les capacités de fonctionnement de l'individu et comprend :

- Trouble disruptif avec dysrégulation émotionnelle,
- Le trouble dépressif caractérisé (Episode dépressif caractérisé),
- Le trouble dépressif persistant (dysthymie),
- Le trouble dysphorique prémenstruel,
- Le trouble dépressif induit par une substance,
- Le trouble dépressif dû à une autre affection médicale,
- Le trouble dépressif autre spécifié et le trouble dépressif non spécifié.

A noter que la grande différence avec la classification du DSM-IV est la séparation des troubles dépressifs des troubles bipolaires.

Les autres différences concernent le deuil, qui n'est plus un critère d'exclusion. On ne parle plus de deuil pathologique après deux mois mais de deuil compliqué d'un épisode dépressif caractérisé après quinze jours de symptomatologie dépressive.

Dans notre étude, nous nous focalisons sur le trouble dépressif caractérisé (EDC), en sachant que les autres troubles diffèrent essentiellement par leur durée, leur chronologie et leur étiologie.

Critères diagnostiques du DSM-V :

A] Au moins cinq des symptômes suivants sont présents pendant une même période d'une durée de deux semaines et représentent un changement par rapport au fonctionnement antérieur ; au moins un des symptômes est soit une humeur dépressive, soit une perte d'intérêt ou de plaisir.

N.B : ne pas inclure les symptômes qui sont clairement imputables à une autre affection médicale.

1. humeur dépressive, présente quasiment toute la journée, presque tous les jours signalée par la personne ou observée par les autres ;
2. diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités, quasiment toute la journée, presque tous les jours, signalée par la personne ou observée par les autres ;
3. Perte ou gain de poids significatif en l'absence de régime alimentaire (5% en un mois) ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours ;
4. Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours ;
5. Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours, constaté par les autres, non limité à un sentiment subjectif de fébrilité ou de ralentissement ;
6. Fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours ;
7. Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée (pouvant être délirante) presque tous les jours (Pas seulement se reprocher ou se sentir coupable d'être malade) ;
8. Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision presque tous les jours, signalée par la personne ou observée par les autres ;

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

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

C] L'épisode n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance ou à une autre affection médicale

NB : les critères A-C définissent l'épisode dépressif caractérisé

D] La survenue de l'épisode dépressif caractérisé n'est pas mieux expliquée par un trouble schizo-affectif, une schizophrénie, un trouble schizophréniforme, un trouble délirant ou d'autres troubles du spectre de la schizophrénie, ou d'autres troubles psychotiques.

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

NB : cette exclusion ne s'applique pas si ces épisodes sont dus à des substances ou aux effets psychologiques d'une autre pathologie médicale.

L'EDC doit être caractérisé en intensité dont les définitions sont les suivantes :

- Intensité légère : peu ou pas de symptôme supplémentaire par rapport aux 5 nécessaires pour répondre au diagnostic ; le sentiment de détresse induit reste gérable et le fonctionnement socioprofessionnel présente une altération mineure ;
- Intensité modérée : le nombre des symptômes et l'altération du fonctionnement socioprofessionnel sont compris entre léger et grave ;
- Intensité grave : le nombre de symptôme est en excès par rapport au nombre nécessaire pour répondre au diagnostic ; leur gravité est à l'origine d'une souffrance importante et ingérable ; les symptômes perturbent nettement le fonctionnement social ou professionnel.

b. Selon la CIM-10 (7)

La CIM-10 est la Classification Internationale des Maladies permettant de rendre compte de données épidémiologiques. Elle code les différentes informations permettant la réalisation de statistiques, la prise en charge des soins, l'allocation des ressources, le suivi, la recherche, la prévention et le traitement. Elle est utilisée dans la majorité des pays, et notamment par l'OMS. Il s'agit de la 10^{ème} version, publiée en 1993. La 11^{ème} version est en cours d'élaboration et devrait paraître à l'horizon 2019.

Les Critères Diagnostiques pour la Recherche (CDR-10) sont classés dans le chapitre V de la CIM-10 « Troubles Mentaux et Troubles du Comportement » et détaillent une définition du syndrome dépressif :

F32.

A} Symptômes généraux :

1. L'épisode dépressif doit persister au moins 2 semaines
2. Il ne doit pas exister de symptômes répondant aux critères d'un épisode maniaque ou hypomaniaque, à aucun moment de la vie du sujet.
3. L'épisode n'est pas imputable à la prise de substance psychoactive ou à un trouble mental organique.

Symptômes spécifiques :

B} Présence d'au moins deux des trois symptômes suivants :

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

C} Présence d'au moins un des symptômes suivants :

1. perte de la confiance en soi ou de l'estime de soi ;
2. sentiments injustifiés de culpabilité ou de culpabilité excessive ou inappropriée ;
3. pensées récurrentes de mort ou idées suicidaires récurrentes, ou comportement suicidaire ;
4. diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer (signalée par le sujet ou observée par les autres), pouvant se manifester par des difficultés à la prise de décision ;
5. modification de l'activité psychomotrice, caractérisée par une agitation ou un ralentissement ;
6. perturbation du sommeil de n'importe quel type
7. modification de l'appétit avec variation pondérale correspondante.

La sévérité de l'épisode est fonction du nombre de symptômes ainsi que de l'existence de symptômes psychotiques associés.

L'EDC doit être caractérisé en intensité dont les définitions sont les suivantes :

- Intensité légère : peu ou pas de symptôme supplémentaire par rapport aux 5 nécessaires pour répondre au diagnostic. Le sentiment de détresse induit reste gérable et le fonctionnement socioprofessionnel présente une altération mineure ;
- Intensité modérée : le nombre des symptômes et l'altération du fonctionnement socioprofessionnel sont compris entre léger et grave ;
- Intensité grave : le nombre de symptôme est en excès par rapport au nombre nécessaire pour répondre au diagnostic ; leur gravité est à l'origine d'une souffrance importante et ingérable ; les symptômes perturbent nettement le fonctionnement social ou professionnel.

Approximativement, il s'agit de :

- Intensité légère : 4-5 symptômes (B+C) ;
- Intensité modérée : au moins 6 symptômes (B+C) ;
- Intensité sévère : au moins 8 symptômes (B+C).

1.2.2 Outils d'aide au diagnostic

Plusieurs questionnaires, auto-questionnaires ou hétéro-questionnaires ont été étudiés et permettent une aide au diagnostic :

- Le *Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) ou PHQ-2*

Il s'agit d'un auto-questionnaire comprenant neuf items, le PHQ-2 ne contenant que ses deux premiers items. La population cible concerne les plus de 18 ans. Le patient doit estimer la fréquence de ses symptômes au cours des 2 dernières semaines. La cotation se fait de 0 (jamais) à 3 (presque tous les jours) pour chaque item (Se référer à l'Annexe 1).

Ce questionnaire a été validé dans les années 1990 pour diagnostiquer les épisodes dépressifs à partir des critères du DSM-IV. La plupart des recommandations conseillent d'utiliser le PHQ-2 en outil de dépistage, et de le compléter par le PHQ-9 pour le diagnostic. Plusieurs études randomisées comparatives ont évalué son utilité et sa validité(8).

- Le *Hospital Anxiety and Depression scale (HADS)*

Il s'agit également d'un auto-questionnaire, comprenant 14 items qui étudient la fréquence de la symptomatologie de la dernière semaine écoulée (de 0 à 3).

L'utilité principale de cette échelle est qu'elle permet d'évaluer la dépression et l'anxiété. Elle est souvent employée dans la prise en charge de l'arrêt de la consommation du tabac. Il existe au sein du même questionnaire deux sous-échelles, avec un score pour la dépression, un score pour l'anxiété. (Se référer à l'Annexe 2)

- *La Hamilton Depressive Rating Scale ou échelle d'Hamilton*

Elle est décrite comme la plus utilisée en soins primaires. Il s'agit d'un hétéro-questionnaire. La population cible touche les patients de 16 ans et plus, qui doivent répondre à 21 items concernant la dernière semaine écoulée. Chaque item est coté de 0 à 3 ou de 0 à 5 en fonction de l'intensité du symptôme.

Ce questionnaire a cependant été développé dans les années 1960 dans un but de suivi de dépression déjà diagnostiquée. Elle n'est pas recommandée à visée diagnostique (Se référer à l'Annexe 3).

- *Le Beck Depression Inventory-II (BDI-II)*

Il s'agit d'un auto-questionnaire publié en 1996, basé sur les critères du DSM-IV. Il cible la population de 13 ans et plus. Il comprend 21 items concernant la fréquence de la symptomatologie au cours des deux dernières semaines, avec une cotation de 0 à 3 (Se référer à l'Annexe 4).

- *La Geriatric Depression scale (GDS)*

Elle est un outil diagnostique de référence pour la dépression du sujet âgé, publiée en 1983. C'est un auto-questionnaire auquel les patients doivent répondre par OUI ou NON. Plusieurs versions existent : 30 items (version originale), 15 items ou la mini-GDS à 4 items (Se référer à l'Annexe 5).

- *La Montgomery and Asberg Depression Rating Scale (MADRS)*

Il s'agit d'un hétéro-questionnaire, évaluant la symptomatologie de la semaine précédente. Elle cible les patients de 18 ans et plus. Recommandés aux médecins conseils pour l'évaluation de pathologies psychiatriques susceptibles d'être liées au travail (Se référer à l'Annexe 6).

Ces questionnaires ont été étudiés en tant qu'aide au diagnostic mais ne se substituent pas à l'entretien lors de l'examen clinique.

1.3 Identification des facteurs de risque

Trois grands facteurs de risque sont décrits dans les DSM-V:

- Les facteurs dits tempéramentaux : l'affectivité négative appelée aussi névrosisme est un facteur de risque de développer un EDC notamment en réponse à des événements de vie stressant ;
- Les facteurs environnementaux : expériences négatives, d'autant plus importantes si elles sont survenues dans l'enfance ;
- Les facteurs génétiques et physiologiques : Le risque de développer un EDC est multiplié par 4 par rapport à la population générale lorsqu'il existe dans la famille un antécédent d'EDC chez un parent du premier degré.

La littérature nous permet également de répertorier différents facteurs de risque :

- Le sexe: les différentes études de prévalence retrouvent un risque augmenté chez les femmes par rapport aux hommes, avec un ratio de 2 pour 1 (cf. épidémiologie) ;
- L'âge : la moitié des syndromes dépressifs relevés dans les différentes analyses survient chez sujets jeunes entre 15 et 34 ans ;
- L'environnement et événements de vie : un divorce, un deuil, un licenciement, une catastrophe naturelle... un événement de vie négatif ou stressant, est à prendre en compte dans le risque de voir apparaître un syndrome dépressif (9).Le DSM-V insiste notamment sur la survenue d'expériences négatives dans l'enfance ;
- L'insomnie : les patients atteints d'insomnie présenteraient un risque de développer un syndrome dépressif plus important. C'est en tout cas ce que suggère une méta-analyse publiée en novembre 2016, qui retrouvait un risque relatif à 2,27 (10). Une récente étude publiée dans le JAMA fait état des liens entre dépression de mauvaise qualité de sommeil (11) ;
- Les facteurs socio-économiques : un niveau de vie bas, impliquant des faibles revenus serait également un facteur de risque (12) ;
- La génétique : avec l'avancée des recherches, des prédispositions génétiques ont pu être mises en évidence (13) ;
- Une récente étude publiée dans le *journal of the american medical association* fait état de la découverte de 3 sites méthylés de l'ADN associés aux symptômes dépressifs(14).

1.4 La dépression sur le plan neurobiologique et neurophysiologique (15)

1.4.1 Neuro-anatomie et neurophysiologie

Les techniques d'imagerie de plus en plus performantes ont permis de mettre en évidence différents anomalies fonctionnelles et structurelles lors d'une dépression.

Il est ainsi établi que certaines régions du cerveau sont atteintes :

- Le cortex préfrontal et plus précisément ses parties dorsolatérale (DLPC), ventromédiane (VMPFC), et orbitofrontale (LOPFC) : rôle dans les fonctions cognitives exécutives notamment de l'attention, de la mémoire de travail mais aussi de gestion de l'émotion, de prise de décision ;
- Le cortex cingulaire antérieur (ACC) : rôle dans la motivation et l'attention ;
- Le striatum ventral (noyau accumbens) : rôle dans le système de récompense ;
- Les amygdales : rôle dans le système d'alerte, de peur ;
- L'hippocampe : rôle dans la mémoire.

Des études d'imagerie fonctionnelles suggèrent qu'il existe une hypoactivité du DLPC et une hyperactivité des VMPFC et LOPFC expliquant notamment certains symptômes tels que l'apathie, ou les troubles de la mémoire de travail d'un côté et d'exacerbations de la sensibilité, de la douleur, et de l'angoisse de l'autre. Certaines voies de communications semblent également moins actives notamment entre l'amygdale et l'ACC.

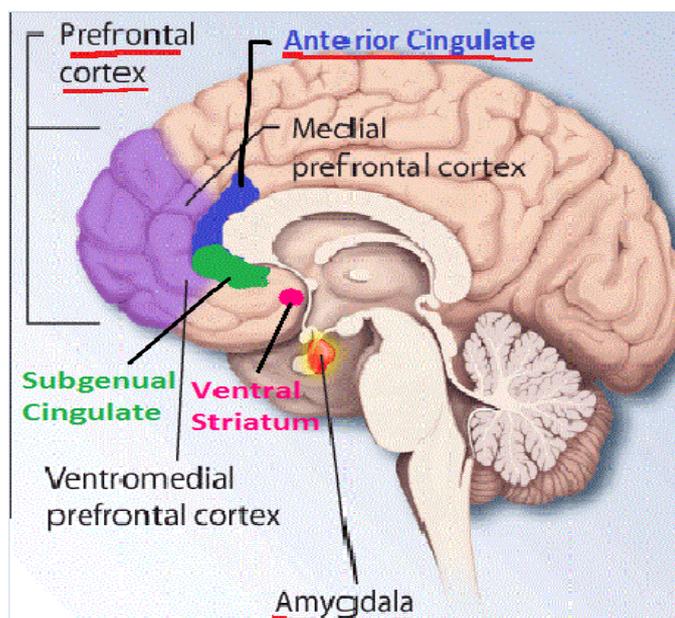


Figure 1 - Représentation des zones structurales impliquées

On sait également qu'il existe une diminution significative de la taille de l'hippocampe chez les sujets atteints de dépression en regard de sujets sains. Il est important de souligner qu'il s'agit ici d'une conséquence mais aussi d'un facteur de prédisposition, le volume de l'hippocampe ayant été rattaché dans certaines études à une variation génétique elle-même facteur prédisposant aux troubles de l'humeur (16)(17)(18).

1.4.2 Sur le plan moléculaire

Il existe ce jour plusieurs hypothèses neurobiologiques :

- L'hypothèse monoaminergique : 1^{ère} hypothèse historique (1960)

Différents travaux ont mis en évidence une diminution de la transmission de neurotransmetteurs dans la dépression : la sérotonine et la noradrénaline.

Ces neurotransmetteurs sont impliqués dans la concentration, l'attention, la motricité, le système autonome pour la noradrénaline essentiellement et dans la régulation de l'humeur, du sommeil, de l'appétit et alimentation, de la motricité entre autre pour la sérotonine. L'hypothèse d'un déficit en Sérotonine et Noradrénaline concorde avec les symptômes d'une dépression.

La prise en charge thérapeutique se base ainsi sur l'augmentation de ces neurotransmetteurs par différents biais notamment par l'inhibition de leur dégradation (principes des I-MAO et I-COMT) ou de leur recapture (ISRS, ou IRSNA).

- L'hypothèse neuroendocrine : déficit de l'axe hypothalamo-hypophyso-adrenocorticotrope (HPA)

L'état de stress relevé chez les patients atteints de trouble dépressif induit dans l'organisme un taux de cortisol anormalement élevé en comparaison aux sujets sains. Ce taux élevé engendre ainsi un déséquilibre au niveau des récepteurs des glucocorticoïdes, et donc une imprégnation en GC, neurotoxique, qui par l'intermédiaire d'une réaction en cascade, et de rétrocontrôles aboutit également à un état inflammatoire par la sécrétion de cytokines pro inflammatoires, auxquelles nous pouvons attribuer une fatigue, une perte d'appétit ou encore de libido, ainsi qu'une hypersensibilité à la douleur (19).

- L'hypothèse neurotrophique

Un état de stress est également corrélé à une altération quantitative du Brain Derived Neurotrophic Factor (BDNF). Il s'agit d'un facteur de croissance impliqué dans la neurogénèse,

aussi première neurotrophine de l'hippocampe, qui est régulé par différents neurotransmetteurs comme la dopamine, le glutamate, GABA, la sérotonine, la Norepinephrine, l'acetylcholine et des hormones. La dysrégulation de ces neurotransmetteurs ou hormones a donc directement des conséquences (cf. hypothèse monoaminergique).

La réduction de ce facteur de croissance a alors un impact négatif sur la structure et le fonctionnement des processus exécutifs et du système limbique, notamment au niveau de l'hippocampe dont le dysfonctionnement cause une altération des connexions avec l'amygdale et le cortex préfrontal notamment (20).

1.5 Evolution

Un épisode dépressif caractérisé peut débuter à tout moment de la vie avec un pic d'incidence à l'adolescence et un âge moyen de début aux alentours de 30 ans. La fréquence diminue ensuite progressivement après 40 ans. Il dure en moyenne 8 mois à 1 an, avec plusieurs possibilités d'évolution :

- Récidive ou rechute (différenciées par la durée <4à6mois) : elle est plus une règle qu'une exception. En effet l'évolution se fait dans 50 à 80% des cas vers une récurrence (21). On parle de dépression récurrente. Certains auteurs se sont penchés sur les facteurs prédisposant à la survenue de nouvel épisode et de dépression récurrente : ils décrivent alors que les deux facteurs de risque les plus prédictifs à la récurrence sont le nombre d'épisode antérieurs et la persistance de symptômes résiduels (22) ;

Chaque nouvel épisode augmenterait encore un peu plus le risque de récurrence (23). Il s'agit du « *kindling* ». Par ailleurs, la réciproque est juste, avec un risque de récurrence de moins en moins élevé au fur et à mesure que la durée de la rémission augmente.

- La rémission : disparition complète de la symptomatologie pendant au moins 2 mois ;
- La chronicité : persistance de l'épisode dépressif pendant une durée supérieure à 2 ans ;
- Guérison : elle reste possible, dans un contexte d'épisode unique, le rétablissement se faisant en quelques mois ou années ;
- Trouble bipolaire, avec la survenue d'un épisode maniaque ;
- Trouble psychotique : l'évolution vers une schizophrénie est possible, essentiellement s'il s'agissait d'un épisode avec idées délirantes chez un sujet jeune.

1.6 Comorbidités

1.6.1 Sur le plan psychiatrique

Il existe de nombreuses comorbidités. Nous retrouvons par ordre de fréquence :

- Les troubles anxieux avec notamment le trouble anxieux généralisé, le trouble panique et le trouble anxieux obsessionnel compulsif ;
- Les troubles liés à une substance majoritairement l'alcool de par sa fréquence de consommation;
- Les troubles du comportement alimentaire type anorexie mentale et boulimie;
- La personnalité *borderline*.

1.6.2 Sur le plan somatique

Les patients atteints de maladie chronique organique présentent plus d'épisodes dépressifs que les sujets sains. Les pathologies peuvent alors être révélées par le syndrome dépressif ou bien apparaître avec l'annonce du diagnostic ou sa chronicisation.

Nous pouvons citer certaines pathologies :

- *Pathologies neurologiques* : les migraines, les accidents vasculaires cérébraux, la Sclérose en plaques, les maladies neurodégénératives telles que maladie d'Alzheimer ou de Parkinson, maladie de surcharge (Wilson). L'apparition d'un syndrome dépressif aggrave alors souvent la symptomatologie neurologique. Un traitement d'épreuve doit être proposé lorsqu'il existe une franche altération cognitive ;
- *Pathologies endocriniennes* : Responsable d'une dépression secondaire, un bilan étiologique sur point d'appel clinique est souvent nécessaire. C'est le cas des hypo ou hypercorticisme, des dysthyroïdies, des carences vitaminiques (B1, B6, PP...), des insuffisances hypophysaires... ;
- *Pathologies pulmonaires* : hypoxie chronique et apnées du sommeil peuvent engendrer des épisodes dépressifs ;
- *Pathologie cardiovasculaire* : la dépression est décrite comme un facteur de risque indépendant de la maladie coronarienne avec une corrélation ente la sévérité de la dépression et le risque associé (24). Après un Infarctus du myocarde, la prévalence

de la dépression est estimée à 20%. Sa survenue augmente la probabilité d'un 2^{ème} évènement cardiovasculaire ;

- *Pathologies infectieuses* : VIH, tuberculose, VHB-VHC... ;
- *Maladies de système* : Lupus lors des poussées ou les précédents, maladie de Goujerot Sjogrën, maladie de Horton. Attention à ne pas méconnaître une iatrogénie due aux corticoïdes ;
- *Cancer* : le risque est élevé dans les 2 ans suivant l'annonce diagnostique. La dépression, en tant que comorbidité, est associée à une augmentation du risque de mortalité.

Devant l'apparition d'une symptomatologie dépressive dans un contexte de pathologies chroniques ou aigu (comme dans l'infarctus du myocarde), il est primordial de rechercher le caractère primaire ou secondaire de la dépression. Un traitement d'épreuve est à envisager rapidement. Parfois, sa mise en route et l'amélioration de la pathologie somatique permettront un retour à l'euthymie.

1.7 Complications

L'enjeu des épisodes dépressifs caractérisés réside dans ses complications avec en premier plan le suicide. Son taux est estimé entre 5 et 20% des patients, dans un contexte de sous diagnostic ou d'absence de suivi. L'OMS estime à environ 1 million de morts par an dans le monde le nombre de suicides secondaires à un épisode dépressif (25). Une étude de Cohorte de 5 ans relève un risque 21 fois plus importante de tentative de suicide chez les patients déprimés par rapport aux sujets sains (20).

Les addictions représentent également une complication et entraîne à son tour de nombreuses comorbidités. Elles sont à dépister systématiquement.

Sur le plan socio professionnelle, la dépression peut être responsable d'une désinsertion. Sur le plan personnel, il n'est pas rare qu'un patient souffrant de trouble dépressif soit progressivement isolé, aussi bien au sein de sa famille que de son entourage amical. Sur le plan professionnel, la perte d'emploi peut survenir. Une étude de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des Statistiques, en 2014, relève qu'un homme présentant un épisode dépressif caractérisé a moins de chance qu'un sujet sain de garder son emploi à moyen terme avec un pourcentage de 82% contre 93% à 4 ans.

Sur le plan somatique, la dépression est associée dans plusieurs études à la morbi-mortalité cardio-vasculaire : elle majore le risque de crise cardiaque et de troubles du rythme type tachycardie Ventriculaire ou fibrillation ventriculaire, chez des sujets déjà porteurs ou naïf de toute maladie cardio-vasculaire(26)(27).Le dépistage et le traitement de la dépression pourrait ainsi contribuer à la prévention des événements cardiovasculaires mortels dans la population générale et dans la population à risque. Les liens entre *stroke* et dépression tout comme entre hypertension et dépression sont également étudiés.

1.8 Les recommandations de prise en charge

1.8.1 Recommandations de la HAS (28)

De nouvelles recommandations ont été publiées en Novembre 2017 après une validation en Octobre 2017. Elles font suite à la note de cadrage de 2014, qui avait été motivée par la place du médecin généraliste en tant que premier recours dans la prise en charge de ces troubles. En effet l'enquête des pratiques professionnelles réalisée relevait que 21% des patients souffrant de dépression rencontraient les généralistes en tant que premier professionnel de santé, contre 13% pour les psychiatres et 7% pour les psychologues.

Les dernières recommandations de la HAS dataient de 2002. Les nouvelles recommandations suivent le même plan mais apparaissent plus complètes avec une partie DIAGNOSTIC et une partie THERAPEUTIQUE et SUIVI.

Du côté diagnostique, il est rappelé que le diagnostic est établi selon les critères de la CIM-10 ou du DSM-V. La sévérité doit également être évaluée en légère, modérée ou grave toujours selon les critères de ces deux classifications.

Différents outils d'aide au diagnostic sont cités tout en rappelant qu'ils doivent être soumis au jugement du clinicien. Il s'agit d'auto ou hétéro-questionnaire :

- Le PHQ-2 plus ou moins complété par le PHQ-9 ;
- Le HADS ;
- La HDRS ou échelle d'Hamilton ;
- Le BDI-II ;
- Le GDS-15 ;
- La MDRS.

L'examen clinique doit être réalisé et un bilan biologique pourra être demandé s'il existe un point d'appel clinique.

Les indications d'hospitalisation sont également rappelées.

Enfin, la recherche du risque suicidaire doit être évaluée. Le questionnement direct du patient par des questions simples telles que « avez-vous des idées de mort ou pensez-vous au suicide ? » ne doit pas être considéré comme un facteur incitatif. Il fait par ailleurs partie de ce qui est recommandé, et permettrait de faciliter la relation médecin-patient, l'alliance thérapeutique.

Du côté de la prise en charge thérapeutique et du suivi, la consultation médicale reste le premier acte du traitement avec la mise en place de l'alliance thérapeutique, dans un temps d'écoute et d'empathie. Un suivi rapproché est indiqué, avec une fréquence laissée à l'appréciation du médecin selon la situation.

La stratégie thérapeutique est détaillée en fonction de la sévérité (Se référer à l'Annexe 7).

Nous retiendrons les différences de prise en charge selon l'intensité de l'épisode dépressif à savoir :

- Intensité légère : le traitement médicamenteux n'est pas indiqué, il faut favoriser la prise en charge par psychothérapie ;
- Intensité modérée : possibilité d'introduire un traitement médicamenteux par antidépresseur plus ou moins associé à une psychothérapie, ou bien de réaliser une psychothérapie seule ;
- Intensité sévère : traitement antidépresseur systématique associé à une psychothérapie et à un avis psychiatrique ;

L'efficacité de la prise en charge doit être réévaluée entre 4 et 8 semaines. A chaque réévaluation, le niveau du risque suicidaire doit être recherché. Le recours au spécialiste est possible à tout moment de la prise en charge.

Les psychothérapies validées par ces recommandations sont :

- Psychothérapie de soutien, psychothérapie non codifiée, pouvant facilement être réalisée par le médecin généraliste ;
- Psychothérapie cognitivo-comportementales ;
- Psychothérapie d'inspiration analytique ;

- Thérapies systémiques.

Sur le plan médicamenteux, pas de réelle nouveauté par rapport aux dernières recommandations de l'ANSM avec l'indication de débuter un traitement après information éclairée du patient sur les bénéfices attendus ainsi que sur les éventuels effets secondaires. L'antidépresseur doit être choisi selon le profil de tolérance et d'efficacité en fonction du patient et de ses comorbidités.

On privilégiera toujours devant leur profil de tolérance l'introduction première :

- D'un Inhibiteur Sélectif de la Recapture de la Sérotonine (ISRS) ;
- Ou d'un Inhibiteur de la Recapture de la Sérotonine et de la Noradrénaline (IRSNa) ;
- Ou appartenant à la classe des « autres antidépresseurs » (sauf Tialeptine et Agomelatine, troisième intention après les tricycliques).

Le suivi doit être régulier et rapproché après initiation du traitement afin de surveiller l'apparition d'effets indésirables pouvant survenir avant les bénéfices.

Un traitement par benzodiazépine n'est ainsi pas recommandé sauf si attitude anxieuse associée.

Enfin, l'arrêt du traitement se fera toujours de manière progressive, dans une période de stabilité globale, après au minimum 6 mois à 1 an de traitement.

1.8.2 Recommandation de l'ANSM(29)

Ces recommandations ont été éditées en octobre 2006. Elles reprennent les définitions et indications des traitements.

Sur le plan moléculaire, elles préconisent tout comme la HAS l'utilisation en première intention lorsqu'il est indiqué, d'un traitement antidépresseur de la classe des inhibiteurs de la recapture de la sérotonine, des inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline ou de la classe « autre antidépresseur ».

Cette recommandation se base essentiellement sur le profil de tolérance des différentes classes thérapeutiques.

1.8.3 Référentiel de psychiatrie

Il recommande en première intention la prescription d'un inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine.

2 Les troubles anxieux / trouble anxieux généralisé

2.1 Epidémiologie

Le trouble anxieux apparaît comme la première pathologie psychiatrique en termes de prévalence, devant même le syndrome dépressif. Cette donnée a été retrouvée dans plusieurs études à grandes échelles réalisées depuis les années 1980 comme le décrit notamment la méta-analyse publiée en juin 2017 (30).

Les prévalences varient beaucoup d'une étude à l'autre, et d'un pays à l'autre. Ceci pouvant être expliquée par la variété de cette pathologie (prévalences bien différentes selon le type du trouble anxieux) ainsi que par des méthodologies d'études très différentes.

On retrouve ainsi une fourchette de valeur très large selon les études entre 13,4 et 29,6 % pour une prévalence sur la vie entière et 6,4 à 17% sur les douze derniers mois. Selon une méta-analyse publiée en 2012, la prévalence globale des troubles anxieux ajustée aux différences méthodologiques est de 7,3% avec une moyenne de 5,3% chez les pays de culture africaine contre 10,4% chez les pays de culture européenne et anglo-saxonnes (31).

Sur le plan Européen, la dernière grande étude réalisée est *l'European Study of the Epidemiology of mental disorders* (l'étude ESEMeD) réalisée entre 2001 et 2003 dans 6 pays (France, Allemagne, Italie, Espagne, Belgique et Pays-Bas). Elle retrouvait les prévalences suivantes respectivement au cours des douze derniers mois et au cours de la vie : 2,1 et 6% pour le trouble anxieux généralisé, 1,2 et 3% pour le trouble panique, 0,6 et 1,8 % pour l'agoraphobie, 2,2 et 3,9% pour l'Etat de Stress Post Traumatique, 1,7 et 4,7% pour la phobie sociale, 4,7 et 11,6% pour la phobie spécifique. La France apparaissait au-dessus des pays voisins avec une prévalence au cours des douze derniers mois de 9,8% pour le trouble anxieux contre une « moyenne » à 6,4% pour le reste des pays étudiés et de 22,4% contre 13,6% au cours de la vie entière(3).

Si l'on se préoccupe seulement du trouble anxieux généralisé, une étude récente publiée en 2017(32) a relevé des prévalences au niveau mondial à partir des données issues du *World Mental Health surveys initiative*. La prévalence du TAG retrouvée au niveau mondiale était de 3,8% sur la vie entière contre 1,8% au cours des douze derniers mois. Cette moyenne était issue de valeurs bien différentes entre pays considérés comme à faible revenu, moyen revenu et revenu élevé.

Toutes les études s'accordent cependant pour dire que le trouble anxieux est 2 fois plus présent chez les femmes par rapport aux hommes.

Les troubles anxieux peuvent débuter à tout âge mais ils paraissent diminuer progressivement avec l'âge. Si l'on reprend les résultats de l'étude ESEMed, les prévalences globales en fonction de l'âge sont les suivantes :

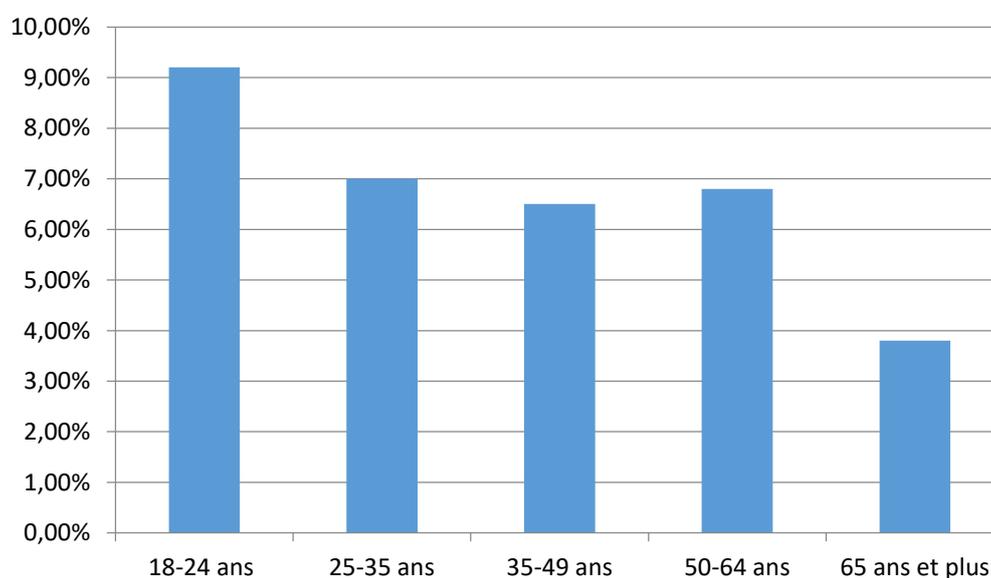


Figure 2 - Proportion de troubles anxieux par tranche d'âge

En ce qui concerne le trouble anxieux généralisé, le début est souvent un peu plus tardif, après 25 ans ; les adultes plus jeunes présentant souvent une symptomatologie anxieuse sans répondre aux critères de durée dans le temps. La plus forte prévalence est retrouvée chez les 35-45 ans.

2.2 Diagnostic

Les troubles anxieux se caractérisent par une peur et une anxiété excessive qui s'associent à des perturbations comportementales (attitude d'évitement situationnelles, réactions neurovégétatives...) L'anxiété est définie comme l'anticipation d'une menace future, ainsi différente de la peur qui, elle, est la réponse émotionnelle à une menace imminente réelle ou perçue.

Le trouble anxieux regroupe plusieurs entités avec une définition bien précise pour chacune. Selon les classifications, nous pouvons noter quelques différences au sein même du DSM entre la quatrième et la cinquième version, ainsi qu'entre le DSM-V et la CIM-10.

2.2.1 Selon le DSM-V

Le chapitre des troubles anxieux comprend dans le DSM-V :

- L'anxiété de séparation ;
- Le mutisme sélectif ;
- Les phobies spécifiques ;
- La phobie sociale ;
- Le trouble panique ;
- L'agoraphobie ;
- L'anxiété généralisée ;
- Le trouble anxieux induit par une substance ou un médicament ;
- Le trouble anxieux dû à une affection médicale ;
- Autre trouble anxieux spécifié ;
- Trouble anxieux non spécifié.

Les grandes différences par rapport au DSM-IV-TR sont notamment la classification dans un chapitre à part des stress post traumatiques et stress aigu (chapitre « troubles liés à des traumatismes ou à des facteurs de stress) et des troubles obsessionnels compulsifs (chapitre trouble obsessionnel-compulsif et apparentés). L'agoraphobie devient une entité à part entière au sein du chapitre des troubles anxieux puisqu'il a été considéré qu'elle pouvait exister seule sans être rattachée à un autre type de trouble anxieux comme cela était écrit dans le DSM-IV-TR (trouble panique). Enfin, il est à noter que les durées de symptomatologie d'au moins 6 mois sont étendues à tous les âges en ce qui concerne la phobie sociale, l'agoraphobie et la phobie spécifique.

Nous décidons de nous centrer sur le trouble anxieux généralisé pour le reste de cette étude.

Définition du trouble anxieux généralisé :

Anxiété et soucis excessifs (attente avec appréhension) survenant la plupart du temps pendant une durée d'au moins 6 mois concernant un certain nombre d'évènement ou d'activités (telles que le travail ou les performance scolaires)

La personne éprouve de la difficulté à contrôler cette préoccupation.

L'anxiété et les soucis sont associés à trois ou plus des six symptômes suivants (dont au moins certains symptômes ont été présents la plupart du temps pendant les six derniers mois) :

NB : Un seul item est requis chez l'enfant.

- Agitation ou sensation d'être survolté ou à bout ;
- Fatigabilité ;
- Difficultés de concentration ou trous de mémoire ;
- Irritabilité ;
- Tension musculaire ;
- Perturbation du sommeil (difficultés d'endormissement ou sommeil interrompu ou agité et non satisfaisant).

L'anxiété, les soucis ou les symptômes physiques entraînent une détresse ou une altération cliniquement significative du fonctionnement social professionnel, ou dans d'autres domaines importants.

La perturbation n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance ou d'une autre affection médicale.

La perturbation n'est pas mieux expliquée par un autre trouble mental (par exemple anxiété ou souci d'avoir une autre attaque de panique dans le cadre d'un trouble panique...)

2.2.2 Selon la CIM-10

Les troubles anxieux sont classés dans les troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes ; les codes de classification s'étendant de F40 à F43. F40 regroupe les troubles anxieux phobiques (agoraphobie avec ou sans trouble panique, les phobies sociales, les phobies spécifiques, les autres troubles anxieux phobiques et les autres troubles anxieux phobiques sans précision).

F41 regroupe les autres troubles anxieux (trouble panique moyen ou sévère, l'anxiété généralisé, le trouble anxieux et dépressif mixte, les autres troubles anxieux mixtes, les autres troubles anxieux spécifiés, les troubles anxieux sans précision).

F42 correspond au trouble obsessionnel compulsif.

F43 regroupe les réactions à un facteur de stress important, et troubles de l'adaptation (réaction aiguë à un facteur de stress, état de stress post traumatique, trouble de l'adaptation, autres réactions à un facteur de stress important et réactions à un facteur de stress important sans précision).

Définition de l'anxiété généralisée F41.1 :

Une période d'au moins six mois caractérisée par la présence d'une tension, d'une inquiétude, et d'une appréhension marquée, concernant des événements et des problèmes de la vie quotidienne.

Présence d'au moins quatre des symptômes de la liste suivante, l'un au moins de ces symptômes étant obligatoirement parmi les items 1 à 4 :

Symptômes liés à une hyperactivité neurovégétative :

- Palpitations ou tachycardie ;
- Transpiration ;
- Tremblements ou secousses musculaires ;
- Bouche sèche (hors traitement ou déshydratation)..

Symptômes concernant les systèmes respiratoire et gastro-intestinal :

- Respiration difficile ;
- Sensation d'étranglement ;
- Gêne ou douleur thoracique ;
- Nausées ou gêne abdominale.

Symptômes concernant l'état mental :

- Sensation d'étourdissement, de faiblesse, d'instabilité ou de tête vide ;
- Déréalisation ou dépersonnalisation ;
- Peur de perdre le contrôle, de devenir fou, ou de s'évanouir ;
- Peur de mourir.

Symptômes généraux :

- Bouffées de chaleur ou frissons ;
- Sensations d'engourdissement ou picotements (paresthésies).

Symptômes de tension :

- Tension musculaire ou douleurs ou endolorissement des membres ;
- Fébrilité et incapacité à se détendre ;
- Sensation d'être survolté, à bout, tendu ;

- Sensation de boule dans la gorge, de difficulté de déglutition.

Autres symptômes non spécifiques :

- Réaction de sursaut exagérée ou réaction exagérée à des événements imprévus mineurs ;
- Difficultés de concentration ou sensation de « tête vide » en rapport avec l'inquiétude ou l'anxiété ;
- Irritabilité persistante ;
- Difficulté d'endormissement en rapport avec l'inquiétude.

Le trouble ne répond pas aux critères d'un trouble panique, d'un trouble anxieux phobique, d'un trouble obsessionnel-compulsif ou d'un trouble hypocondriaque.

Critères d'exclusion les plus couramment utilisés : le trouble n'est pas en relation avec un trouble organique, un trouble mental organique ou un trouble lié à l'utilisation d'une substance psychoactive.

Importance des symptômes somatiques

Les critères diagnostiques ont donc été exposés grâce aux différentes classifications. Il est cependant important de noter que dans de nombreuses situations, le patient consulte pour de multiples plaintes somatiques. Les symptômes cliniques tels que les tensions musculaires, myalgies ou céphalées à répétition doivent alerter.

2.2.3 Outils d'aide au diagnostic et au suivi

- Echelle Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)

Il s'agit d'un auto-questionnaire, comprenant 14 items qui étudient la fréquence de la symptomatologie de la dernière semaine écoulée (de 0 à 3).

L'utilité principale de cette échelle est qu'elle permet d'évaluer la dépression et l'anxiété. Elle est souvent employée dans la prise en charge de l'arrêt de la consommation du tabac. Il existe au sein du même questionnaire deux sous-échelles, avec un score pour la dépression, un score pour l'anxiété (Se référer à l'Annexe 2).

- Echelle de COVI

Elle a été décrite en 1976 et prend la forme d'une hétéro-évaluation. Elle se compose de 3 items, que doit coter le praticien de 0 à 4 selon l'intensité. Les 3 items sont l'évaluation du

discours du sujet, l'évaluation du comportement et enfin l'appréciation des plaintes somatiques. Le seuil est de 6 points.

- Echelle d'appréciation de l'anxiété d'Hamilton :

Elle est adaptée de M. Bouvard et J. Cottraux. Il s'agit d'une forme d'hétéro-évaluation, guidant le praticien pendant sa consultation. Ce dernier doit apprécier l'intensité de chaque symptôme de 0 à 4, lors d'un entretien libre. Elle constitue un « mémento » sémiologique avec une partie correspondant aux symptômes psychiques et une partie correspondant à la symptomatologie somatique (Se référer à l'Annexe 8).

2.3 Facteurs de risque

- Le sexe : la prévalence est deux fois plus élevée chez les femmes par rapport aux hommes, pour l'anxiété généralisée. Ces chiffres sont également retrouvés pour les autres troubles anxieux ;
- L'âge : la plus forte prévalence de Trouble anxieux généralisé se retrouve chez les 35-45 ans avec un début de pic dès 25 ans ;
- Socio-économiques : l'étude réalisée au niveau mondial montre que les pays à faible revenu présentent une moindre prévalence que ceux considérés comme à revenus élevés (1% contre 8% notamment si l'on confronte certains pays). Cependant au sein d'un pays même, les populations les plus à risque de développer un TAG sont les personnes à faible revenus, au chômage ou en situation de handicap, ainsi que les populations présentant un niveau d'étude plus faible ;
- Les évènements de vie négatifs tels qu'une perte d'emploi, une séparation, des deuils sont autant de facteurs reconnus que pour la dépression. Certains patients décrivent par ailleurs le déclenchement du trouble à la suite de l'épisode de vie négatif ;
- Génétique : il existe une susceptibilité génétique reconnue comme le montre les études familiales réalisées, avec l'existence d'une hérédité génétique soulevée très rapidement. Une méta-analyse publiée en 2017 dans *Le Dialogues clinical neuroscience journal* en 2017 décrit l'évidence du rôle de la transmission génétique dans le développement des troubles anxieux mais rappelle que le risque reste modéré d'environ 30% (33).

Différents locis sur plusieurs chromosomes ont été étudiés au cours des 3 dernières décennies : il existe une multitude de gènes en cause. Par ailleurs, le rôle des gènes codant pour les systèmes sérotoninergiques et catécholaminergiques est à nouveau retrouvé, en accord avec la physiopathologie.

- Environnement et rôle de l'éducation parental : le facteur Gène-environnement, ou épigénétique, joue un rôle à part entière, notamment en ce qui concerne les évènements de vie négatifs survenus dans l'enfance. La relation parents-enfants a également été largement étudiée cette dernière décennie. Il a été mis en évidence l'impact négatif de la « surprotection » parentale tout comme celui de l'absence parentale dans le développement du trouble anxieux généralisé chez l'enfant(34)(35).

2.4 Neurobiologie

Aucune spécificité n'a été rapportée pour le trouble anxieux généralisé bien que de nombreuses modifications biologiques et physiologiques aient été retrouvées à savoir les anomalies du système des neurotransmetteurs type GABA, noradrénaline, sérotonine, l'activation du système sympathique et l'activation des structures cérébrales (amygdales...)

Selon les dernières hypothèses, il existerait dans le trouble anxieux une exagération des mécanismes adaptatifs centraux normaux du stress ou de la peur, avec une perturbation de la balance cortico-amygdalienne et la perte de la flexibilité du Système Nerveux Autonome central et périphérique.

2.5 Evolution

Le trouble anxieux généralisé peut débuter à tout âge mais est souvent plus tardif que les autres troubles anxieux (18-35ans), avec un âge moyen de 35-40 ans.

Il s'agit d'un trouble chronique dont l'évolution est fluctuante, souvent rythmée par les évènements de vie.

La rémission totale est possible mais très rare.

L'objectif de la prise en charge est d'obtenir la stabilité du trouble grâce aux différents moyens thérapeutique afin d'éviter les complications. L'évolution vers ces dernières est en effet fréquente.

2.6 Complications

Les conduites addictives sont souvent associées au trouble anxieux généralisé. Il s'agit le plus fréquemment d'une addiction à l'alcool mais aussi aux drogues telles que le cannabis. Il faut également penser à la dépendance médicamenteuse envers les benzodiazépines qui s'installent souvent très rapidement. Leur prescription doit donc être bien mesurée. Lorsqu'un sevrage en benzodiazépine est envisagé il doit être bien accompagné, au risque d'entraîner une aggravation du trouble anxieux.

La survenue d'un épisode dépressif caractérisé doit être régulièrement recherchée car comme nous l'avons vu, dépression et trouble anxieux sont souvent liés au cours de la vie, l'un entraînant l'autre surtout si le trouble anxieux n'est pas pris en charge.

Le suicide : le risque de suicide n'est pas négligeable avec la possibilité de « raptus anxieux ». Il est jugé plus important encore lorsque le trouble anxieux est associé à un épisode dépressif caractérisé. Le risque suicidaire doit donc toujours être évalué.

Les répercussions socioprofessionnelles ne sont pas rares non plus avec la perte d'un emploi, l'isolement social.

2.7 Comorbidités

2.7.1 Les comorbidités psychiatriques

Elles sont nombreuses, les autres troubles anxieux étant au premier rang : par ordre de fréquence l'agoraphobie, le trouble panique et la phobie sociale et spécifique.

Comme nous en avons déjà discuté, le trouble dépressif représente une comorbidité : on estime que 62% des patients ayant un trouble anxieux ont une comorbidité dépressive. Le syndrome dépressif peut souvent passer au premier plan dans la prise en charge mais correspond finalement à une complication du trouble anxieux généralisée. Une étude rétrospective montrait que deux tiers des patients présentant un TAG évoluaient vers une dépression. Certaines études ont amené à se questionner sur la réalité de l'existence d'un TAG seul ou bien d'un continuum entre ces deux pathologies (36). L'existence d'une telle comorbidité aggrave le pronostic du TAG en termes de qualité de vie et de risque suicidaire.

De même la littérature retrouve un grand nombre d'étude sur l'association d'un TAG chez les patients bipolaires (40% environ).

2.7.2 Les comorbidités somatiques

Les troubles anxieux ont la particularité de se manifester par une symptomatologie somatique, comme nous l'avons vu notamment dans la définition de la CIM-10 qui reprend les symptômes neuro végétatifs par exemple.

Sont donc fréquemment associés les symptômes douloureux chroniques, telle que la fibromyalgie. Les colites peuvent également représenter une comorbidité très invalidante. Enfin, certaines études retrouvent une majoration des risques cardio-vasculaires avec hypertension artérielle, infarctus du myocarde...

2.8 Recommandations de prise en charge

2.8.1 La HAS

Un guide médecin sur les troubles anxieux graves a été publié par la HAS en 2007, actualisé en 2017. La première partie traite du diagnostic en rappelant l'importance de l'anamnèse du trouble, des antécédents et traitements essayés. La recherche des différents symptômes et signes associés somatiques doit être systématique afin d'évaluer le retentissement.

La prise en charge thérapeutique est ensuite détaillée. L'information du diagnostic et de ce qu'il implique doit être donnée au patient.

Les règles hygiéno-diététiques simples sont à conseiller en première intention avec :

- Une quantité de sommeil suffisante à respecter ;
- Un bon équilibre alimentaire ;
- Une tempérance ou abstinence vis-à-vis de l'alcool, du café, du tabac et de drogues ;
- La pratique régulière de l'exercice physique.

La prise en charge médicamenteuse interviendra dans la mesure du possible après la prise en charge psychothérapeutique, à savoir la thérapie cognitivo-comportementale ou analytique. Si besoin, le traitement de fond par Inhibiteur de la Recapture de la Sérotonine (Paroxétine, Escitalopram) ou inhibiteurs de la recapture de la Sérotonine et de la Noradrénaline (Venlafaxine) est recommandé. Les doses seront augmentées après 6 semaines si nécessaire ou le traitement modifié après 12 semaines s'il s'avère inefficace.

Les manifestations aiguës peuvent être traitées par les benzodiazépines ou par l'hydroxyzine, toujours de courte durée et en prenant garde aux conduites addictives éventuelles de ces patients.

2.8.2 L'ANSM

Les recommandations de 2006 couvrent les thérapeutiques des épisodes dépressifs de même que des troubles anxieux. Elles décrivent les indications, effets indésirables et mécanismes d'action. Les ISRS sont ici à nouveau recommandés ou IRSNA. Les benzodiazépines ou hydroxyzine en cas de manifestation aiguë (inférieure à 12 semaines).

2.8.3 Le référentiel de psychiatrie

Les recommandations sont identiques aux deux précédentes. Il insiste sur l'introduction d'un traitement médicamenteux en cas de formes invalidantes et sévères seulement après échec des techniques non médicamenteuses. La BUSPIRONE peut également être prescrite, avec une efficacité qui apparaîtra au bout de 2 à 3 semaines.

3 Le syndrome anxio-dépressif ou trouble mixte

Entité à part entière dans le DSM-IV, elle s'est vue disparaître dans le DSM-V pour prendre la forme de trouble dépressif non spécifique avec détresse anxieuse.

On retrouve l'ancienne entité « trouble anxio-dépressif » ou « *Mixed Anxiety and Depressive disorder* (MAAD) » dans le chapitre des syndromes dépressifs. Il est désormais qualifié de syndrome dépressif avec détresse anxieuse.

Cette nouvelle appellation crée cependant débat. Certains articles critiquent ce retrait des classifications, expliquant qu'il s'agit d'un trouble à part entière et que sa nouvelle définition entraîne le risque d'une moins bonne prise en charge (37).

III PARTIE RECHERCHE

1 INTRODUCTION

Le médecin généraliste assure la prise en charge globale de ces patients et se trouve ainsi fréquemment confronté à la prise en charge des syndromes dépressifs, toute intensité et comorbidités confondues.

Nous avons choisi de réaliser une étude descriptive dont l'objectif est de connaître les pratiques actuelles des médecins généralistes et leurs attentes dans l'amélioration de la prise en charge des épisodes dépressifs avec détresse anxieuse. Notre approche couvrira la prise en charge diagnostique et thérapeutique de ces troubles.

2 MATERIEL ET METHODE

2.1 Choix de la méthode

Les différents travaux de thèse réalisés sur ce sujet jusqu'ici étaient de nature qualitative. Nous avons donc décidé de mener une étude observationnelle descriptive transversale quantitative avec l'utilisation d'un questionnaire. Elle permettra ainsi de répondre à l'objectif de description d'une prise en charge à un instant précis.

2.2 Matériel : le questionnaire

Nous avons choisi de nous baser sur un questionnaire afin de recueillir des informations précises auprès d'un nombre important de participants.

Son élaboration s'est faite en plusieurs étapes. Couvrir le champ complet des syndromes dépressifs apparaissait complexe (Se référer à l'Annexe 9).

Nous avons premièrement réalisé un questionnaire simple, ciblant les intensités légères et modérées. Après réflexion et discussion avec certains membres du jury, celui-ci pouvait apparaître répétitif et trop général. D'un point de vue technique ce questionnaire comparatif n'était pas réalisable sur un site spécialisé en ligne mais seulement via un fichier pdf qui aurait été envoyé par email. De fait le traitement des réponses aurait pu générer des erreurs.

Nous avons ensuite rédigé trois questionnaires distincts, permettant d'évaluer les 3 intensités : légère, modérée, sévère. Cependant après un avis recueilli auprès de l'INSERM, l'analyse

statistique devenait difficile, nécessitant la constitution de groupes de répondants comparables, avec une méthodologie très stricte qu'il n'était pas possible d'effectuer dans notre étude.

Nous avons alors décidé de nous focaliser sur les épisodes dépressifs d'intensité modérée, considérant qu'il s'agissait de l'intensité pouvant poser aux praticiens le plus de difficultés.

Enfin, nous avons choisi d'évaluer les pratiques actuelles par l'intermédiaire d'une « vignette » ou « cas clinique », afin de permettre au praticien de se positionner plus facilement que sur un questionnaire général.

Le questionnaire finalement réalisé comprend trois parties. La première cible les caractéristiques des médecins répondants (démographie, expérience professionnelle, pratiques et formations). La deuxième partie recueille les pratiques des médecins généralistes à partir d'une mise en situation (cas clinique). La troisième partie permet de recueillir les difficultés et attentes des médecins généralistes dans l'amélioration de leur prise en charge.

Il comporte trente et une questions au total (dont douze facultatives car dépendantes de la réponse à la question précédente). Les réponses devaient être simples et le questionnaire rapide.

2.3 Population cible

La population cible était les médecins généralistes d'une partie de la région Occitanie correspondant à l'ancienne région Languedoc Roussillon, soit les médecins généralistes exerçant en libéral dans les départements de l'Hérault, du Gard, des Pyrénées-Orientales, de l'Aude et de la Lozère.

2.4 Critères d'inclusion

Être médecin généraliste installé ou remplaçant en libéral dans le Languedoc Roussillon.

2.5 Critères d'exclusion

Aucun.

2.6 Méthode de diffusion du questionnaire

Nous avons opté pour l'envoi électronique du questionnaire qui a été réalisé sur la plateforme GOOGLE FORM. Devant l'impossibilité d'obtenir la *mailing list* des médecins généralistes de la région, nous avons choisi d'envoyer le questionnaire via le Département de Médecine Générale qui l'a adressé aux Maitres de Stage Universitaire du Languedoc Roussillon. Le nombre de réponse restant insuffisant par rapport au Nombre de Sujet Nécessaire (NSN) calculé nous nous sommes secondairement adressés à l'Union Régionale des Professionnels de Santé pour sa diffusion.

Le NSN ou taille de l'échantillon calculé était de 94. Ce chiffre a été obtenu grâce à la formule suivante : (38)

$$\frac{\frac{z^2 \times p(1-p)}{e^2}}{1 + \left(\frac{z^2 \times p(1-p)}{e^2 N}\right)}$$

Figure 3 - Formule du NSN

Avec :

z = coefficient de marge à 1,96 pour un indice de confiance à 95%

N = nombre de sujet de la population cible = nombre de médecins généralistes exerçant en libéral dans le Languedoc Roussillon en 2015 d'après le conseil de l'ordre des médecins = 3485

e = marge d'erreur fixée à 10%

P = probabilité de survenue d'un évènement fixée à 50%

2.7 Méthode d'analyse des données

Nous avons réalisé une description des réponses en valeurs absolues et en pourcentages afin de dégager les tendances.

Nous avons ensuite comparé certains sous-groupes afin d'analyser les différences de pratiques. Pour les comparaisons nous avons utilisé le test de Chi-2 ou de Fisher selon les effectifs puisqu'il s'agissait toujours de comparer des variables qualitatives indépendantes. Ces analyses ont été réalisées à partir d'un site internet (39). Nous avons fixé de manière arbitraire un *p* significatif pour une valeur inférieure à 0,05.

Les questions ouvertes ont été analysées par thématique.

3 RESULTATS

Le questionnaire a été adressé à 1507 Médecins généralistes du Languedoc Roussillon dont 400 Maitres de Stage Universitaire (MSU). Nous avons pu obtenir 129 réponses au total entre les mois de Juin et Septembre 2018 correspondant à 61 réponses de MSU et 68 des autres médecins soit 8,6% de répondants.

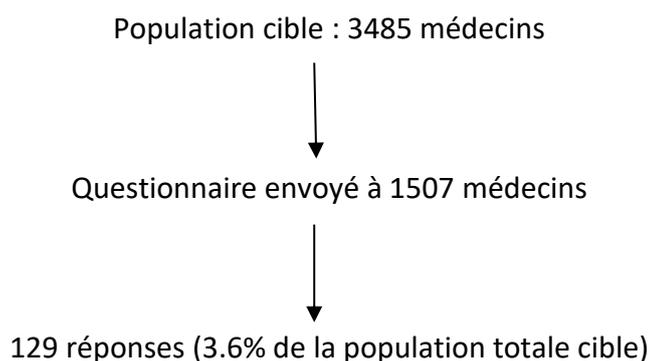


Figure 4 - Taux de réponse au questionnaire

3.1 Caractéristiques des médecins généralistes répondants

Comme spécifié dans le graphique ci-dessous une majorité d'hommes a répondu à ce questionnaire.

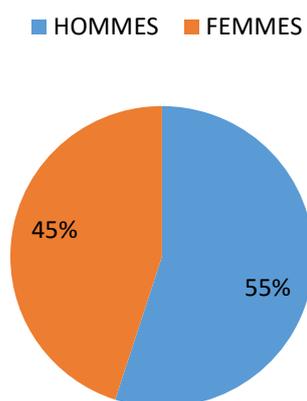


Figure 5 - Répartition homme/femme

Dans une nette proportion la majorité des répondants exercent depuis plus de 15 ans.

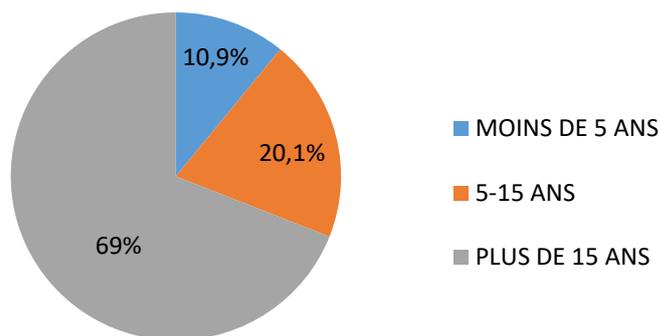


Figure 6 - Durée d'exercice

Secteur de travail : La majorité déclare travailler en milieu semi rural.

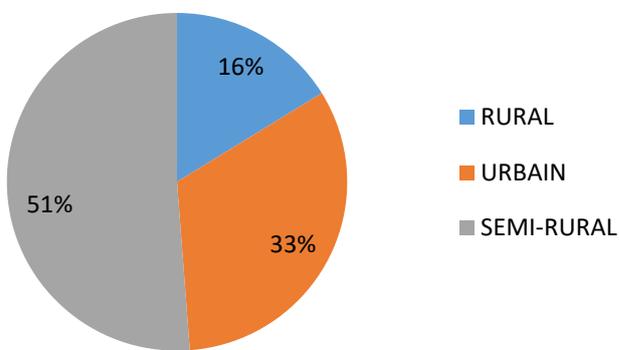


Figure 7 - Secteur

Temps de travail : Seulement 2 des 129 médecins interrogés répondent travailler moins de 3 jours par semaine.

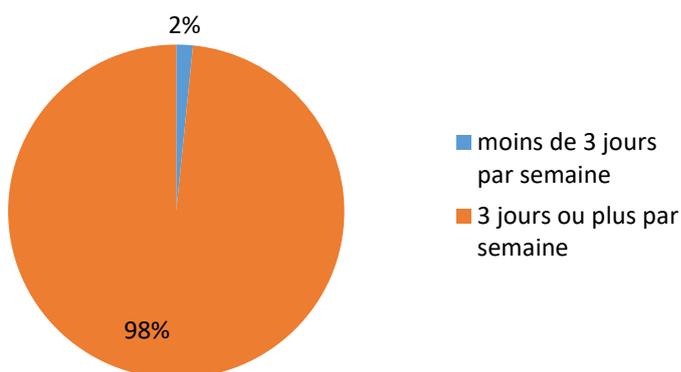


Figure 8 - temps de travail hebdomadaire

Formation : Sur les 129 médecins répondants, 70 déclaraient avoir effectué un stage en service de psychiatrie au cours de leur internat ou externat, soit un peu plus de la moitié (54,3%).

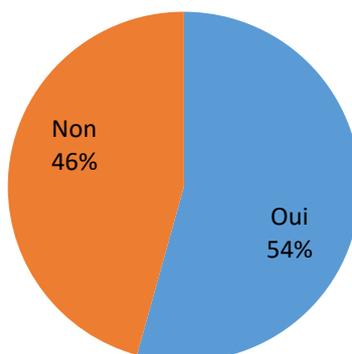


Figure 9 - Stages en psychiatrie au cours de leur formation

3.2 Constat sur la fréquence du syndrome dépressif

L'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM) évalue à environ 20% le taux de trouble dépressif au cours de la vie dans la population moyenne.

69,8% des interrogés jugent que cette évaluation est correcte, correspondant à ce qu'ils retrouvent en consultation.

3.3 Réponses au cas clinique, évaluation des pratiques

Afin de répondre à l'objectif de cette thèse, la deuxième partie de ce questionnaire s'est poursuivie à partir d'un cas clinique, nous permettant de travailler sur une situation ciblée, à savoir :

Vous recevez Mme F, 34 ans, en consultation. Vous la connaissez depuis 3 ans. L'année dernière, elle a traversé une période difficile avec une séparation et des difficultés avec son fils adolescent. Vous l'aviez alors suivie plus régulièrement et aviez effectué une psychothérapie de soutien, ainsi que prescrit des benzodiazépines en ponctuel.

Elle se présente aujourd'hui en vous demandant de renouveler sa prescription de benzodiazépine car elle dit sentir un sentiment d'angoisse depuis toujours mais là c'est différent elle « n'y arrive plus ».

Vous l'interrogez et retrouvez une fatigue physique et morale importante depuis bientôt 2 mois, elle n'a d'ailleurs pas été travailler aujourd'hui. Vous notez une perte de 2kg par

rapport à l'année précédente. Il n'y a pas d'idée suicidaire mais elle vous explique avoir du mal à trouver des projets futurs.

Ce choix a été réalisé de manière subjective en orientant cette partie sur une symptomatologie d'épisode dépressif caractérisé d'intensité moyenne associé à une détresse anxieuse. Nous les considérons comme les épisodes dépressifs les plus difficiles à traiter devant leurs fréquences et la variété de prises en charge possibles.

3.3.1 La prise en charge diagnostique

Ce sujet s'ouvrait par une question à choix multiples permettant d'obtenir les réponses suivantes :

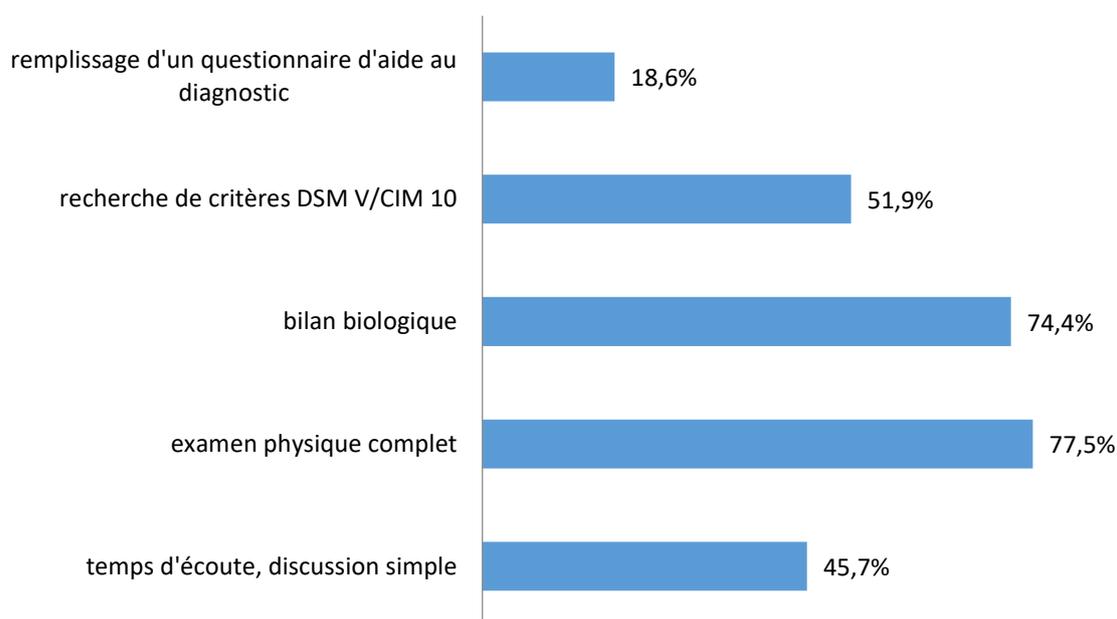


Figure 10 - Prise en charge diagnostique

a. L'utilisation d'un questionnaire

Nous les avons interrogés sur le questionnaire qu'ils utilisaient préférentiellement.

Trois échelles ressortent principalement dans cette question :

- L'échelle d'Hamilton à 59,3% (48/129) ;
- Le questionnaire HADS à 9% (8/129) ;
- Le questionnaire MADRS à 8,8% (7/129).

En plus de ces questionnaires principalement utilisés nous avons noté les suivants :

- l'échelle GDS (3 médecins) ;

- l'échelle de dépression de Beck (3 médecins) ;
- le questionnaire PHQ-2 et 9 (1 médecin seulement).

Les autres ont répondu ne pas utiliser de questionnaire.

b. Intérêt du questionnaire pour les médecins

La question était ouverte, en réponse libre et 61 médecins ont donné leur avis.

Quatre tendances principales ressortent:

- L'exhaustivité du diagnostic (31) ;
- Le suivi du patient et évolution des symptômes (18) ;
- L'objectivité (arguments) pour la prise en charge du patient (9) ;
- La cotation (6).

c. Caractérisation de l'épisode dépressif

Dans cet item, nous interrogeons les médecins sur le diagnostic qu'ils feraient à partir des éléments que nous citons dans l'énoncé du cas clinique.

45% des répondants jugent qu'il s'agit d'un épisode dépressif d'intensité modérée, contre 16,3 % un épisode d'intensité légère et 6,2% d'intensité sévère. 23,3% identifient la part d'anxiété associée. Le reste des médecins ne tranchent pas sans autre élément discriminant.

3.3.2 La prise en charge thérapeutique

Nous avons ensuite voulu étudier la prise en charge thérapeutique. La première question consistait à définir le choix de la méthode de prise en charge : médicamenteuse, non médicamenteuse ou les deux.

a. Prise en charge médicamenteuse

Nous rappelons ici la définition de médicament tel qu'elle est décrite dans le code de Santé publique (article L.5111-1) :

Toute substance ou composition présentée comme possédant des propriétés curatives ou préventives à l'égard des maladies humaines ou animales, ainsi que toute substance ou composition pouvant être utilisée chez l'homme ou chez l'animal ou pouvant leur être administrée, en vue d'établir un diagnostic médical ou de restaurer, corriger ou modifier

leurs fonctions physiologiques en exerçant une action pharmacologique, immunologique ou métabolique.

Parmi les 129 médecins répondants, 117 prennent la patiente en charge en instaurant un traitement médicamenteux lors de cette première consultation :

- 76 prises en charge médicamenteuses ;
- 12 prises en charges non médicamenteuses ;
- 41 prises en charge mixtes.

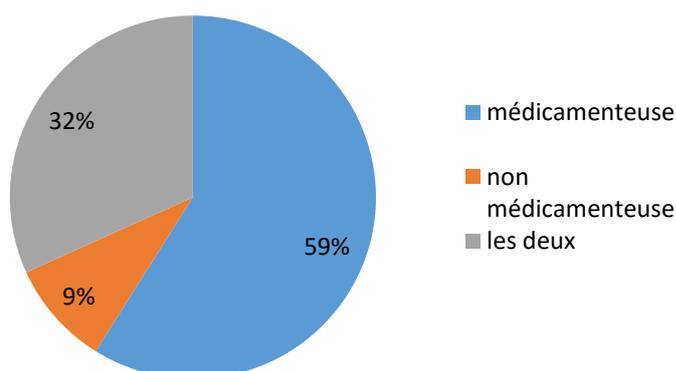


Figure 11 - Prise en charge

Si nous comparons les choix de prescription médicamenteuse en fonction du genre, il apparaît que 91% des hommes choisissent un traitement médicamenteux, pour 90% de femmes : pas de différence retrouvée.

Lorsque nous comparons les réponses des plus jeunes praticiens, exerçant depuis moins de 5 ans et celles de ceux exerçant depuis plus de 15 ans, les pourcentages varient plus avec le choix d'une prise en charge médicamenteuse pour 78% des jeunes, contre 91 % des plus anciens sans différence significative selon le test de Fisher.

	Praticiens exerçant depuis moins de 5 ans (14 médecins)	Praticiens exerçant depuis plus de 15 ans (89 médecins)	p-value
Prise en charge médicamenteuse ou associée	78% (11)	91% (81)	0,16997
Prise en charge non médicamenteuse seule	22% (3)	9% (8)	

Figure 12 - Comparaison des prises en charge en fonction de l'ancienneté

Les antidépresseurs

Cette prise en charge médicamenteuse correspond pour 91 d'entre eux, soit 77,8%, à la prescription d'un antidépresseur (toute classe confondue).

Quel antidépresseur ?

Lorsqu'ils prescrivent un antidépresseur, il s'agit par ordre décroissant de :

- L'ESCITALOPRAM (SEROPLEX®) pour 32 médecins (38%) ;
- La PAROXETINE (DEROXAT®) pour 21 médecins (23%) ;
- La VENLAFAXINE (EFFEXOR®) pour 10médecins (11%) ;
- La SERTRALINE (ZOLOFT®) pour 9 médecins (9,8%) ;
- La FLUOXETINE (PROZAC®) pour 6 médecins (6,5%) ;
- CITALOPRAM (SEROPRAM®) pour 4 médecins (4,3%) ;
- La MIANSERINE (ancien ATHYMIL®) pour 3 médecins (3,2%) ;
- La DULOXETINE (CYMBALTA®) pour 2 médecins (2,1%).

Deux médecins ont cité La VIORTIOXETINE (BRINTELLIX®) pour son effet anxiolytique associé. Un médecin seulement prescrit de la MIRTAZAPINE pour son effet sédatif et un médecin prescrit de l'ANAFRANYL pour sa rapidité d'action.

Si l'on reprend ces résultats selon les différentes classes d'anti dépresseur, nous nous apercevons que dans notre recueil de données la majeure partie des médecins (presque 80%) prescrit en première intention un Inhibiteur Sélectif de la Recapture de la Sérotonine (ISRS). Seulement 12% débutent un traitement par Inhibiteur de la Recapture de la Sérotonine et de la Noradrénaline (IRSNa).

La classe des inhibiteurs de la monoamine oxydase (IMAO), sélectifs ou non de la MAO-A n'est pas retrouvée ici comme prescrite.

Les imipraminiques ne sont représentés que par l'Anafranil, prescrit une fois parmi ces 129 médecins.

Enfin, la classe « autre antidépresseurs » correspond à 6,5% des prescriptions en première intention.

Leurs motivations quant au choix de la molécule prescrite sont semblables quelques soit celle choisie. Nous retrouvons différents arguments :

- Habitude de prescription (cité pour toutes les classes confondues) ;
- Bon profil de tolérance plus particulièrement concernant les différents ISRS prescrits ;
- Suivi des recommandations ;
- Prise en charge de l'anxiété associée. Il est à noter que les 2 médecins ayant choisi la VIORTIOXETINE ont donné ce même argument ;
- L'effet « dynamisant » a été également décrit pour toutes les classes.

Les benzodiazépines

La prescription de Benzodiazépine correspond à 60 des 117 réponses soit à 51,3% des prises en charges médicamenteuses en première intention parmi lesquelles 78,3% sont associées aux antidépresseurs.

Quelle benzodiazépine ?

Parmi les 60 médecins ayant choisi de prescrire une benzodiazépine à cette patiente, on retrouve :

- 42 réponses en faveur de l'ALPRAZOLAM ou XANAX® (70% des prescripteurs de benzodiazépines) ;
- 10 réponses en faveur de l'OXAZEPAM ou SERESTA® soit 16% ;
- 3 réponses en faveur du PRAZEPAM ou LYSANXIA® soit 5% ;
- 3 réponses en faveur du CLOTIAZEPAM ou VERATRAN® soit 5% ;
- 1 réponse en faveur du BROMAZEPAM ou LEXOMIL® soit 1,6%.

Un médecin a répondu utiliser des Benzodiazépines en citant le STRESAM® (anxiolytique non benzodiazépine).

Lorsque nous les avons interrogés sur la raison du choix de la molécule, nous retrouvons plusieurs raisons que nous avons regroupées par thème:

- La demi vie courte, vraie pour l'ALPRAZOLAM, LE CLOTIAZEPAM et l'OXAZEPAM mais incorrecte pour le PRAZEPAM ;
- Une habitude de pratique devant une bonne tolérance ;
- Le suivi des recommandations, notamment de la revue Prescrire, citée à deux reprises (concernant l'OXAZEPAM).

Autres médicaments

Le reste des prescriptions médicamenteuses (19,7% des prescripteurs de médicaments) se répartit tel que figuré ci-dessous :

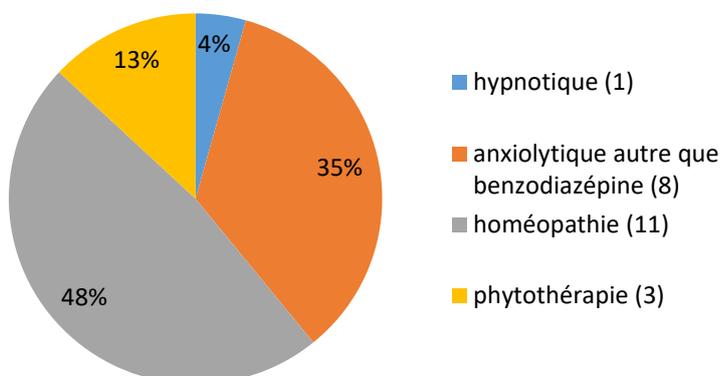


Figure 13 - Autres traitements

Justification de leur prescription

Nous avons cherché à savoir pourquoi les médecins choisissaient telle ou telle molécule dans leur prise en charge, sur quel argument, quelle motivation reposent leurs choix. Il s'agit de :

- L'intensité de la symptomatologie pour 77 médecins soit 62,1% ;
- La détresse anxieuse associée pour 56 médecins soit 45,2% ;
- L'habitude de pratique pour 39 médecins soit 31,5% ;
- Du suivi des recommandations pour 21 médecins soit 16,9% ;
- Du suivi de la demande la patiente pour 21 médecins soit 16,9%.

Dans la réponse « autre », il apparaissait deux thèmes :

- La durée d'évolution du trouble avec le suivi de la patiente (5 médecins) ;
- La connaissance de la patiente et de ses antécédents (4 médecins).

Nous notons que 16 des 56 médecins justifiant leur prescription par la détresse anxieuse qu'ils ont identifiée n'ont pas prescrit de benzodiazépines. Un médecin a par ailleurs justifié « essayer de ne pas mettre de benzodiazépines ».

b. Prise en charge non médicamenteuse

Au total 53 médecins accompagnent la patiente avec une prise en charge non médicamenteuse dont 12 seulement n'y associent pas du tout de prise en charge médicamenteuse.

Quelle méthode ?

73% des médecins déclarent pratiquer une thérapie de soutien dans ce contexte avec un suivi régulier en consultation parmi lesquels une partie adresse en plus la patiente à un(e) psychologue.

En totalité, 56% réorientent la patiente vers un(e) psychologue.

Un arrêt de travail est associé dans 40% des cas.

7 praticiens, soit 13,2%, pratiquent ou orientent vers l'acupuncture.

11 praticiens (20%) pratiquent ou orientent vers la sophrologie tandis que 4 (4,3%) préconisent de l'hypnose.

Orientation vers le psychiatre

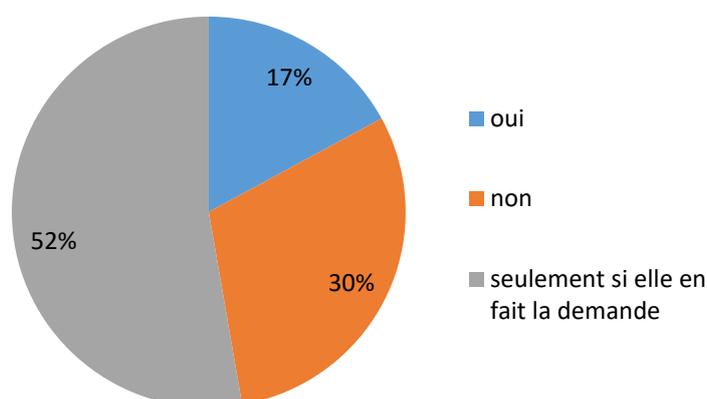


Figure 14 - Orientation vers les psychiatres

22 médecins (17%) adressent la patiente à un confrère psychiatre, 68 (52,3%) l'adresseront si la patiente en fait la demande.

Si l'on compare ces résultats avec ceux des médecins ayant déclaré avoir effectué un stage en psychiatrie, on s'aperçoit qu'il n'y a pas de différence significative quant à l'orientation vers le psychiatre.

	Orientation vers le psychiatre	Pas d'orientation vers le psychiatre	P value
Stage effectué en psychiatrie	13	18	0,898461
Pas de stage effectué en psychiatrie	9	21	

Figure 15 - Comparaison orientation vers le psychiatre

En effet, parmi les médecins ayant reçu une formation au cours de leurs études 13 sur 70 médecins adressent la patiente chez un psychiatre soit 18% contre 9 sur 59 des médecins n'ayant pas effectué de stage en psychiatrie soit 15%.

Par rapport à la zone d'exercice :

Les praticiens orientant le plus vers un psychiatre sont ceux exerçant en milieu semi-rural avec 12 médecins sur 22 contre 5 médecins sur 22 pour les praticiens exerçant en milieu urbain, et 5 également pour ceux exerçant en milieu rural.

3.4 Possibilités d'amélioration de prise en charge.

3.4.1 Formation / recommandation

Bien que 70,5% des répondants n'aient pas reçu de formation récente (datant de moins de trois ans) dans ce domaine, les médecins se déclarent majoritairement à 86,8% comme ayant la sensation d'être efficaces dans leur prise en charge, et se sentent par ailleurs à l'aise avec la prescription des différents antidépresseurs à 73,6%.

Parallèlement, seulement un tiers d'entre eux (43 sur 129) était informé de la parution des dernières recommandations de la HAS (novembre 2017).

Parmi eux, moins de la moitié (42%) déclarent que ces recommandations vont changer leur pratique. A contrario, les médecins non informés de ces recommandations, et qui ont tout de même répondu à la question pensent majoritairement (60%) changer leur pratique après lecture des recommandations.

3.4.2 Solutions proposées

Nous leur avons demandé de classer par ordre de préférence les solutions suivantes dans l'objectif d'optimisation de leur prise en charge :

(Notés par ordre de préférence de 1 à 4)

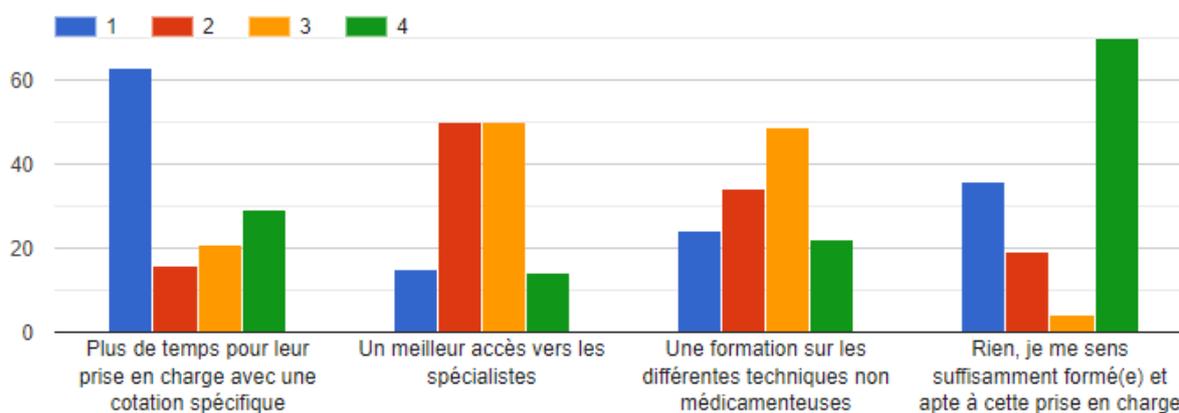


Figure 16 - Classement préférentiel des solutions possibles

Il apparaît alors préférentiellement que les médecins souhaitent une cotation spécifique avec plus de temps. Il s'agit en effet de la réponse choisie en numéro 1 pour presque 50%. Ils aimeraient ensuite un meilleur accès vers le spécialiste.

La formation à la prise en charge non médicamenteuse apparaît en 3^{ème} position. Enfin, plus de la moitié (54%) classent en dernière position la proposition « Rien, je me sens suffisamment formé(e) et apte »

Nous avons par ailleurs interrogé les médecins en question libre afin de recueillir leur(s) suggestion(s) dans l'amélioration de cette prise en charge. 38 médecins ont formulé un avis. Au-delà des neuf médecins qui n'avaient aucune suggestion particulière nous avons obtenu les recommandations suivantes:

- Neuf médecins suggèrent le remboursement total ou partiel de la prise en charge par un psychothérapeute ;
- Un médecin évoque aussi la possibilité de former les infirmières afin que la prise en charge soit remboursée ;
- Sept médecins appuient la demande d'un meilleur accès vers le psychiatre, avec la possibilité de rendez-vous rapide pour le patient, ou encore une meilleure communication entre médecins généralistes et psychiatres ;
- Deux médecins évoquent une meilleure formation ainsi que le Développement Professionnel Continu des médecins ;
- Un médecin souhaite recevoir des comptes rendus de la part des différents acteurs intégrés dans la prise en charge (psychiatre et paramédicaux).
- D'autres réponses similaires aux propositions de la question précédente sont relancées.

3.4.3 Frein à l'orientation chez le psychiatre

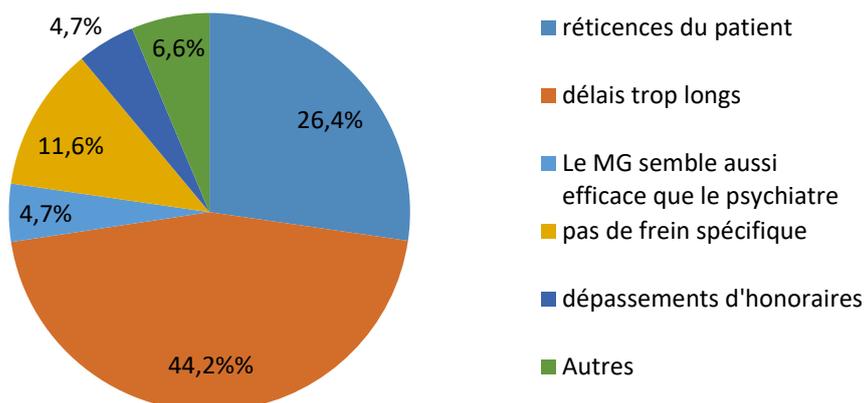


Figure 17 - freins à l'orientation vers le psychiatre

- Pour 44,2% des médecins interrogés, le plus grand frein à l'orientation vers le spécialiste concerne les délais de rendez-vous trop longs, en rapport avec un trop faible nombre de psychiatres ;
- 26,4 % estiment que le frein principal vient du patient le plus souvent, qui présente des réticences à consulter un psychiatre ;
- 11,6 % déclarent cependant ne pas avoir de frein particulier à cette orientation.
- 4,7% estiment que les dépassements d'honoraires entravent cette prise en charge ;
- 4,7% estiment que la prise en charge est aussi bien réalisée en médecine générale. Ils ne voient pas la plus-value que peut apporter un psychiatre.

Enfin, parmi les 6,6% « autres » réponses, il ressort essentiellement deux thématiques :

- La prescription médicamenteuse. En effet, les médecins généralistes évoquent une prescription médicamenteuse systématique chez le psychiatre, sans réelle écoute ou psychothérapie de soutien associée : « *il y a systématiquement un traitement médicamenteux associé* » « *je préfère l'écoute des psychologues* » « *surcharge médicamenteuse trop souvent* » « *psychiatres trop peu nombreux n'ayant pas le temps de faire de la psychothérapie de soutien* » ;
- L'éloignement géographique. Il est cité par les médecins ayant déclaré exercer en zone rurale.

3.4.4 Les structures de référence

Elles apparaissent connues pour 81,4% des médecins répondants (centres médico-psychologiques (CMP), centre expert dépressions résistante).

Cependant, l'orientation vers les CMP semble discutée puisque la majorité est atteinte de justesse avec 54,3% de médecins déclarant orienter facilement leurs patients vers ces CMP.

3.4.5 Intérêt pour la prise en charge non médicamenteuse

Les médecins n'apparaissent pas majoritairement intéressés par la pratique personnelle des techniques non médicamenteuses parallèles puisqu'ils déclarent à 62,8% ne pas vouloir pratiquer eux-mêmes ces soins (acupuncture, hypnose...).

Nous comparons ces réponses en fonction du nombre d'années d'exercice.

	Intéressés par les techniques non médicamenteuses	Non intéressés par les techniques non médicamenteuses	P value
Médecins exerçant depuis moins de 5 ans	10	4	P = 0,0063
Médecins exerçant depuis plus de 15 ans	28	61	

Figure 18 - Comparaison des prises en charge selon l'ancienneté d'exercice

Nous retrouvons alors les résultats suivants :

- Parmi les jeunes médecins exerçant depuis moins de 5 ans : 10 sur 14 soit 71,4% déclarent souhaiter utiliser eux-mêmes ces disciplines pour leur patient ;
- Parmi les médecins plus expérimentés exerçant depuis plus de 15 ans : seulement 28 sur 89 soit 31,5% aimeraient utiliser ces disciplines.

Après utilisation du test de Fisher, nous retrouvons l'existence d'une différence significative avec $p < 0,05$. Cependant, il existe une grande différence de population entre les sous-groupes : l'effectif des médecins exerçant depuis moins de 5 ans n'étant que de 14. Ces résultats montrent donc une tendance mais il serait intéressant d'approfondir les recherches auprès de cette tranche de répondants afin de pouvoir en tirer de réelles conclusions.

Si nous comparons également en fonction du genre :

	Intéressés par les techniques non médicamenteuses	Non intéressés par les techniques non médicamenteuses	P value
Hommes	20	51	P = 0,00836
Femmes	30	27	

Figure 19 - comparaison des prises en charge selon le genre des médecins

Il apparaît que les femmes sont à 47% intéressées par ces techniques, alors que les hommes le sont seulement à 28%. Le test du Chi-2 retrouve encore une différence significative avec $p < 0,05$.

Quelle discipline ?

L'hypnose apparaît comme la discipline la plus attractive pour les médecins ayant répondu vouloir utiliser d'autres disciplines.

43 médecins ont exprimé leur souhait, sont cités :

- L'hypnose : 25 fois ;
- L'acupuncture : 7 fois ;
- La sophrologie : 6 fois ;
- La TCC (thérapie cognitivo-comportementale) : 4 fois ;
- La méditation en pleine conscience : 3 fois ;
- La musicothérapie : 1 fois ;
- Les entretiens motivationnels : 1 fois ;
- L'auriculothérapie : 1 fois ;
- La phytothérapie : 1 fois.

4 DISCUSSION

4.1 Analyse des caractéristiques des médecins répondeurs : représentativité de l'échantillon

Si l'on reprend les résultats obtenus sous forme de tableau, en pourcentage, nous avons :

Sexe	Hommes	55%
	Femmes	45%
Temps de travail	Moins de 3 jours	1,6%
	3 jours ou plus	98,4%
Durée d'exercice	< 5ans	10,9%
	5-15 ans	20,1%
	>15 ans	69%
Secteur géographique	Rural	16,2%
	Semi-rural	51,2%
	Urbain	32,6%

Figure 20 - Caractérisation des personnes qui ont répondu

D'après un document établi par l'ordre national des médecins, au 1^{er} Janvier 2015, le Languedoc Roussillon comptabilisait 3 485 médecins généralistes répartis dans les départements de l'Aude, du Gard, de l'Hérault, des Pyrénées-Orientales et de la Lozère.

Notre avons obtenu un taux de réponse de 8,6%, ce qui correspondaient finalement seulement à 3,6% de la population cible.

Cependant, les médecins comptabilisés dans ce pourcentage reflètent assez bien les caractéristiques socio-démographiques globales de la région.

Les derniers chiffres retrouvés faisaient état au 1^{er} Janvier 2016 d'une répartition homme/femme similaire à celle de notre étude : 46,1% des généralistes en activité régulière étaient des femmes (attention chiffres de la région Midi-Pyrénées/Languedoc-Roussillon confondus, pas d'autres chiffres récents depuis fusion des 2 régions).

Le conseil de l'ordre établit aussi qu'en 2016, 16% des généralistes avaient moins de 40 ans, ce qui se rapproche de notre catégorie moins de 5 ans d'exercice de la médecine (10,9%).

4.2 La prise en charge diagnostique

4.2.1 Rôle central du médecin généraliste

70% des répondants sont d'accords avec le chiffre retrouvé par l'INSERM concernant le pourcentage (20%) d'épisode dépressif dans la population générale, quand 22,5% pensent que ce chiffre est trop bas. Ceci nous renvoie directement à la **place** qu'occupe le **médecin généraliste** dans les soins fournis à ces patients à savoir un rôle **central**, au **premier plan**. Ils perçoivent au quotidien les évolutions des pathologies et tendances sociétales.

4.2.2 Hétérogénéité de la prise en charge

Les résultats montraient l'**hétérogénéité** de la prise en charge selon les médecins. La HAS recommande de se baser sur les **critères du DSM-5 et/ou de la CIM-10**, ce que font 51,9% des médecins interrogés. Les **examens physiques** et **biologiques** n'étaient pas réalisés par tous les médecins mais respectivement par 77,5% et 74,4% des répondants, les autres privilégiant le **temps d'écoute** et de parole face à une patiente en détresse.

4.2.3 Peu d'aide au diagnostic

L'outil d'aide au diagnostic que représentent les **questionnaires** semble **peu pertinent** pour la majorité des médecins puisque seuls 18,4% déclarent l'utiliser dans notre cas clinique. Cependant, il est à noter que 81 médecins ont répondu à la question portant sur l'intérêt de l'utilisation d'un questionnaire alors que 24 médecins seulement déclarent en utiliser un. L'absence de leur utilisation ne reflète donc **pas une méconnaissance** de leur existence mais bien un choix assumé ne pas en utiliser. Les **médecins** paraissent donc ici **se faire confiance**, connaître leur capacité clinique sans se sentir obligé d'utiliser des référentiels.

La grande majorité cite l'échelle d'Hamilton, la plus répandue et la plus connue, peut-être historiquement (1950). Nous retenons cependant que l'objectif initial de cette échelle est d'évaluer l'évolution de la dépression, et de quantifier sa sévérité, dans le suivi notamment.

4.3 Prise en charge thérapeutique

4.3.1 Analyse de la prise en charge médicamenteuse

La prise en charge de la patiente présentée dans le cas clinique passe par une prescription médicamenteuse pour 91% des médecins.

Ces 91% correspondant comme nous l'avons vu pour une grande majorité à un **antidépresseur** appartenant à la classe des inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine. Ces prescriptions suivent les différentes recommandations actuelles (HAS, ANSM). Bien que plusieurs études comparant les antidépresseurs entre eux aient été réalisées (40) aucune molécule spécifique parmi cette classe thérapeutique n'est à l'heure actuelle plus recommandée qu'une autre en France.

Les médecins justifient dans notre étude le choix de la molécule en fonction de leur expérience sur le plan de la tolérance surtout (certaines molécules plus sédatives que d'autres notamment).

La prescription des **benzodiazépines** quant à elle couvre ici 51% des réponses dans ce cas clinique où une symptomatologie anxieuse apparaît clairement. Bien que la prescription de ces molécules soit de plus en plus soumise à régulation, elles restent indiquées dans la prise en charge du trouble anxieux, avec un Service Médical Rendu important.

Dans notre cas clinique, les médecins semblent partagés, puisqu'un médecin sur deux choisit d'en prescrire, reflétant le fort taux de prescription de ces molécules. Un rapport de l'ANSM en 2012 établissait que la France se plaçait comme deuxième prescripteur européen de benzodiazépines.

Par ailleurs, lorsque les médecins répondent ont décidé de prescrire une benzodiazépine, une grande partie d'entre eux justifient le choix de la molécule par la durée de **la demi-vie : courte**. Cet argument est notamment justifié par l'étude de l'ANSM de décembre 2013 reprenant l'étude Benzodem (41)(42). Selon cette dernière, l'initiation d'un traitement par benzodiazépine à demi-vie longue augmenterait le risque d'apparition de démence de manière significative par rapport aux non consommateurs, alors que la prescription de benzodiazépines à demi vie courte ne permet de pas de retrouver de différence significative sur ce type de pathologie.

Par ailleurs, il est cité sur le programme d'évolution des pratiques (CAPI) conçu par AMELI : benzodiazépines à demi vie courte chez les sujets âgés de plus de 65 ans à privilégier afin d'éviter la majoration de la iatrogénie (Se référer à l'Annexe 10).

Finalement, nous relevons que les médecins ont majoritairement **justifié** leur prescription médicamenteuse par **l'intensité de la symptomatologie**, alors même que peu d'entre eux utilisent un questionnaire d'aide, utile pourtant dans l'évaluation de l'intensité des symptômes. L'intensité est donc appréciée de manière subjective, lors de l'interrogatoire. L'**expérience** du praticien ressort donc ici, de même que les habitudes de pratique citées pour 31% d'entre eux. Quelques médecins ont appuyé leur justification par le suivi de la patiente, et surtout le fait de la connaître, avec ses antécédents et son environnement psycho-social.

Tout ceci suggère que la prise en charge est dictée par **l'évaluation globale** du médecin généraliste, qui semble ici aussi **se faire confiance**. Les prescriptions seraient essentiellement justifiées par la relation médecin-malade, avec les **connaissances** par le médecin de la **patiente**, de son histoire et de son environnement.

4.3.2 Vers une prise en charge non médicamenteuse ?

Les résultats ne retrouvaient pas un intérêt majeur des médecins généralistes pour les techniques non médicamenteuses. Nous avons effectué certaines comparaisons avec analyses statistiques retrouvant que les jeunes médecins installés ainsi que les femmes étaient respectivement plus intéressés que les installés depuis 15 ans et les hommes de manière significative. Au vu des faibles effectifs ces résultats sont à interpréter avec précaution. Une étude approfondie serait souhaitable afin d'en tirer des conclusions.

Par ailleurs, l'analyse de la prise en charge **non médicamenteuse** montre des **discordances**. En effet, à la question « quelle prise en charge thérapeutique proposez-vous ? » nous avons seulement 53 prises en charge non médicamenteuses alors qu'à la question « Si vous optez pour une prise en charge non médicamenteuse, vous optez pour : ... » nous obtenions 101 réponses.

Plusieurs hypothèses quant à ces discordances de réponse :

- La question était mal formulée, la possibilité de choix multiples aurait éventuellement dû être précisée ;

- Les 48 médecins répondeurs de plus dans cette question ont répondu par simple intérêt à cette question, ils utilisent ces techniques dans d'autres situations cliniques par exemple ;
- Les médecins pensent plus facilement à la prise en charge médicamenteuse, bien codifiée, qu'ils connaissent. Ils ne s'aperçoivent pas que leur prise en charge est plus globale avec des solutions parallèles. La thérapie de soutien notamment apparaît classique dans leur prise en charge sans qu'ils l'associent à une réelle prise en charge non médicamenteuse. Les médecins utiliseraient-ils les techniques non médicamenteuses sans le savoir ?

Quoi qu'il en soit il n'est ressorti de cette analyse **aucun domaine de prédilection** concernant les techniques non médicamenteuses, hormis le suivi en consultation.

D'après les commentaires laissés nombre de médecins semblent orienter vers plusieurs techniques différentes à la fois, selon le patient et sa demande, sans prédilection. En effet seul un médecin a répondu prendre le patient en charge par de la sophrologie uniquement, de même pour l'acupuncture.

Nous nous interrogeons ici sur la raison de ces résultats. Existe-t-il ici un manque d'intérêt et/ou de connaissance concernant ces disciplines ?

S'agit-il plus simplement de scepticisme : devant l'absence de recommandation actuelle l'efficacité de ces disciplines est-elle prouvée ?

En effet aucune recommandation française actuelle ne préconise pour l'instant l'usage des techniques non médicamenteuses autre que la psychothérapie bien que de plus en plus d'études soient publiées.

Concernant l'hypnose médicale, de nombreuses études depuis les années 1990 ont analysé les résultats de la prise en charge des épisodes dépressifs légers à modérés par l'hypnose et ont rapporté une efficacité, permettant d'éviter le traitement médicamenteux. Une étude est par ailleurs en cours avec pour objectif de comparer l'efficacité de l'hypnose médicale à la Thérapie cognitivo-comportementale identifiée comme le *gold standart*.(43)(44)

Concernant l'acupuncture, plusieurs études majoritairement chinoises sont réalisées mais les résultats restent discordants. Certaines méta-analyse valident l'efficacité de l'acupuncture dans les épisodes dépressifs en monothérapie ou en association à des antidépresseurs tandis que d'autres ne concluent pas à son efficacité.

D'autres techniques non médicamenteuses telle que la « pleine conscience » ou « *mindfulness therapy* » sont étudiées et publiées sans que l'on puisse à ce jour en tirer des recommandations. (45)

4.4 Pistes pour l'amélioration de la prise en charge

4.4.1 Le psychiatre

a. Un meilleur accès au spécialiste

De nombreux freins à l'orientation vers le psychiatre ont été relevés.

L'**accès au spécialiste** semble être le problème le plus important avec des délais de rendez-vous trop longs ou une ruralité responsable de l'absence de psychiatre.

Plusieurs raisons à ces délais jugés trop longs :

- Le nombre de psychiatre : en 2015, 257 psychiatres étaient recensés dans la région, en diminution progressive et constante, avec un bilan prévisionnel de – 0,4% entre 2015 et 2020 ;
- La densité : très disparate dans notre région, avec une zone de densité forte retrouvée uniquement dans l'Hérault, autour du bassin montpelliérain. Les autres départements de la région se contentent d'une densité moyenne et faible, avec également des territoires sans Psychiatre ;

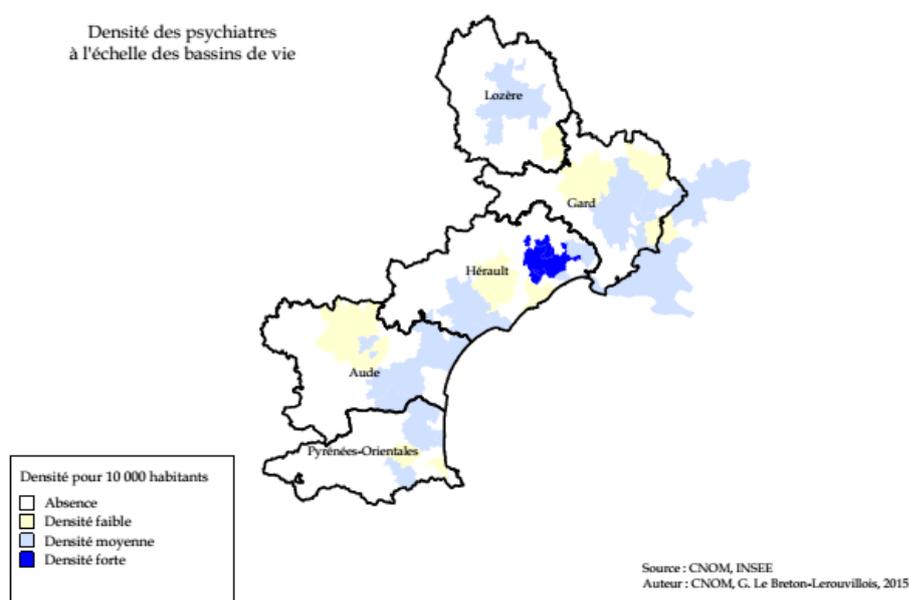


Figure 21 - Densité des psychiatres à l'échelle des bassins de vie

- Le mode d'exercice : il est salarial en majorité dans tous les départements. Dans l'Aude par exemple, le taux d'exercice salariat est de 76,6% avec 2,2% en plus exerçant une activité mixte. Le taux le plus faible étant retrouvé dans l'Hérault à 49,2% en 2015 pour 40,8% d'activité libérale pure et 10% d'activité mixte. Le mode de fonctionnement, l'éloignement géographiques et les délais de prise en charge dans les différentes structures de soins peuvent être plus longs.

La difficulté de « l'accès au spécialiste » semble englober une **problématique bien plus large** avec des problèmes de **communication** entre les généralistes et les psychiatres, comme le cite plusieurs médecins dans nos questions à réponse libre, avec notamment le manque de courrier reçu au décours de la prise en charge psychiatrique. De nombreux travaux évoquent ces difficultés de communications entre les praticiens. Plusieurs travaux de thèses ont d'ailleurs été réalisés, retraçant ces difficultés. (46)(47)

Quelles solutions peut-on envisager ?

Nous évoquons ici quelques pistes :

- Adapter le nombre de poste de psychiatre à l'internat par rapport à d'autres spécialités en fonction de l'évolution du besoin (augmentation des pathologies);
- Améliorer le dialogue entre généraliste et psychiatre par : la mise en place d'un référent psychiatre selon le lieu d'exercice par exemple ; par la mise en place de formations communes ; par l'information et la formation des prochaines générations de psychiatre et médecins généralistes au lien nécessaire entre eux ; par la mise en place de lignes directes pour un avis spécialisé (ligne dédiées dans un centre de référence ?)

b. Les réticences du patient

Elles étaient citées par les médecins généralistes à 27,3 % comme frein principal. Les patients présentant un épisode dépressif seraient donc plus enclins à se faire prendre en charge par le médecin généraliste que par un psychiatre.

Ce résultat apparaît dans une méta-analyse publiée en 2017 qui montre que de manière globale, les patients ont plus tendance à se faire suivre par un médecin généraliste que par un psychiatre dans le cas d'une dépression, ces résultats s'inversant dans le cadre de trouble schizophrénique (48). Cette méta-analyse a été réalisée à partir de données recueillies entre 2000 et 2015, permettant une analyse de l'évolution. Toutes les analyses montrent alors une

augmentation significative des prises en charge des épisodes dépressifs que ce soit de manière non médicamenteuse, ou médicamenteuse, avec un médecin généraliste ou un psychiatre.

Plus largement les représentations ou stigmatisations des maladies psychiatriques sont encore présentes au niveau des patients mais aussi du personnel soignant. (49)(50)(51)

L'état des lieux sur la dépression en France réalisé par l'INPES en 2005 avant la campagne d'information lancée en 2007 par le ministère de la santé, relève les différentes opinions des français sur la dépression. Finalement, parmi les 4042 répondants de cette étude, seulement 3% associent la prise en charge par un psychiatre à « la folie », moins de 15% (associés à un revenu <1500€) jugent qu'il est « honteux de parler à un psychiatre ». Les interrogés expriment en effet qu'il est plus facile de parler à son médecin généraliste qu'à d'autres professionnels de santé, par crainte d'un « risque » à type de discrimination (notamment médecin du travail).

Après cette analyse, nous retenons que le médecin généraliste, toujours dans sa place centrale, partage le plus souvent une **relation de confiance avec son patient**, lui permettant ainsi de se livrer plus facilement.

De plus, l'amélioration de la prise en charge de nos patients pourrait passer par une information plus approfondie de ces derniers concernant le domaine de la psychiatrie. Les idées préconçues ont tendance à diminuer progressivement et il est probablement du rôle du médecin généraliste de lutter encore contre ces dernières.

Cependant, à l'heure actuelle, les médecins généralistes sont-ils certains du bienfondé de la psychiatrie dans le domaine de la dépression ?

Ce point est sous-entendu dans les réponses libres des médecins interrogés lorsque nous leur demandions quel était le frein principal à l'orientation vers le psychiatre. 5% environ se sont prononcés contre l'intérêt du psychiatre, qui prend une place de simple prescripteur médicamenteux avec l'ajout d'une certaine iatrogénie à la situation.

Ici, il apparaît à nouveau un manque de communication entre généralistes et psychiatre, peu informés des prises en charge de chacun et compliquant parfois la prise en charge globale. Favoriser un maximum les rencontres entre ces deux intervenants paraît fondamental. Le partage succinct d'information de la part du psychiatre devrait pouvoir devenir courant, de même qu'un courrier initial du médecin généraliste complet.

Le Conseil National Professionnel de Psychiatrie-Collège National pour la Qualité des Soins en Psychiatrie (CNPP-CNQSP) a d'ailleurs élaboré une recommandation visant à améliorer la collaboration entre médecin généraliste et psychiatre en 2013 (52).

Enfin, devant cette problématique, la HAS a publié en Octobre 2018 un communiqué de presse intitulé : Améliorer la coordination des soins dans le domaine de la santé mentale, avec différentes mesures à mettre en place, sur le plan régional (ligne téléphonique dédiée, courrier...)

Nous avons donc ici soulevé l'existence d'une **problématique ancienne**, il appartient aux acteurs de santé de développer les solutions actuelles et surtout de les appliquer.

4.4.2 La formation

Au cours de l'externat et de l'internat les étudiants en médecine ont la possibilité d'effectuer un stage en service de psychiatrie. Il ne s'agit pas d'une obligation. Parmi les médecins interrogés un peu plus de la moitié (54%) a eu cette opportunité. La tranche des plus jeunes médecins est la plus représentative parmi les répondeurs « oui », le nombre et la possibilité de terrain de stage ayant très probablement augmenté au cours des années, sans compter la réforme de l'internat de 2005 (l'ancien résidanat ne permettait peut-être pas autant de diversité de formation).

Cependant qu'ils aient effectué ou non ce stage, les pourcentages de médecin déclarant se sentir efficaces dans leurs prises en charge ne varient que très peu (respectivement 89% contre 84%).

Selon l'équipe de Thomas Fauvet, l'état actuel de la formation des médecins généralistes à la psychiatrie et à la santé mentale en France **reste très insuffisant** au cours de la formation étudiante. Différentes pistes sont étudiées et proposées (53).

Il existe notamment la possibilité aux médecins de se former via le **Développement Professionnel Continu**. Malgré ce système de formation, il reste 70,3% des médecins répondeurs qui n'ont pas reçu de formation sur ce thème au cours des trois dernières années.

S'agit-il d'un manque global de formations proposées sur cette thématique ?

La réponse est non. A l'heure actuelle, si l'on recherche une formation continue sur le thème de la dépression, on retrouve 42 propositions dans toute la France, 4 en région Occitanie via le site web MONDPC.

Le manque de temps apparaît être la raison la plus plausible à ce manque de formation. L'obligation est actuellement triennale avec deux formations nécessaires sur cette période. Les médecins doivent donc choisir parmi de très nombreux thèmes. Parallèlement, augmenter le nombre de formation paraît illusoire, les médecins ne pouvant souvent que difficilement se soustraire à leur travail de consultation.

Bien que les médecins généralistes interrogés n'expriment pas le besoin d'une meilleure formation, il apparaît que cette dernière n'est pas optimale. Rendre obligatoire un stage en psychiatrie au cours des études pourrait être une solution au vu du problème de santé publique que représentent les troubles dépressifs et anxieux mais la mise en pratique paraît compliquée à l'heure actuelle notamment au vu des terrains de stage trop peu développés.

4.4.3 Les recommandations

Devant le problème de santé publique que sont devenues les pathologies psychiatriques, de nombreux travaux aboutissent à des recommandations de prise en charge. Comme nous l'avons vu, la HAS a publié en Novembre 2017 ses nouvelles recommandations concernant la prise en charge diagnostique et thérapeutique de l'épisode dépressif caractérisé.

Cependant, nos résultats font ressortir deux problèmes :

- 1) Les médecins semblent peu ou mal informés de la parution de ces recommandations puisque deux tiers des interrogés n'étaient pas au courant de ces dernières (parues 8 mois avant la diffusion du questionnaire)
- 2) Ces recommandations ne changeront pas majoritairement la pratique des médecins. Nous pouvons y voir deux raisons : soit les médecins appliquaient déjà ces recommandations dans leur pratique par connaissance, soit ils les jugent trop éloignées de la réalité du terrain ou trop difficiles à mettre en application et ne modifieront donc pas leur pratique.

Une analyse intéressante à lire a été réalisée en 2012 par Christine Rolland et François Sicot dans *Gouvernement et action publique*, relatant l'histoire des recommandations de bonne pratique depuis les années 1970(54). Ils y décrivent un « instrument RBP » « d'action politique » où la préoccupation de la maîtrise des dépenses devient centrale. Les auteurs décrivent un outil professionnel accaparé par les agences de santé afin de contrôler l'autonomie de la profession médicale et d'orienter sa pratique vers des objectifs de santé et de

régulation du budget. Cette observation entraîne ainsi la notion de régulation qui intervient par des incitations, des obligations et des contrôles plus ou moins directs (médecins conseils...).

Est-ce le ressenti de nos confrères ? Il serait intéressant de recueillir dans un travail de thèse les sentiments des médecins vis-à-vis de ces recommandations de bonnes pratiques.

4.4.4 Le plan financier

a. Côté médecins : Une cotation spécifique

La prise en charge des pathologies étudiées demande beaucoup de temps, essentiellement pour le temps d'écoute que privilégient de nombreux médecins dans la prise en charge aujourd'hui. Il apparaît que les 15 à 20 minutes allouées à une consultation ne suffisent pas. Très souvent, il s'agit d'une consultation beaucoup plus longue. La cotation actuelle est celle d'un acte classique G, à 25euros. Il existe tout de même une cotation lors de la prise en charge initiale et diagnostique si l'on utilise un questionnaire d'aide au diagnostic (initialement échelle d'Hamilton puis élargie aux autres). Il s'agit du code ALPQO03 à 69,12 euros, possible une seule fois par an.

b. Côté patient : le remboursement des psychothérapies

Plusieurs médecins évoquent le remboursement de la psychothérapie.

Est-ce possible en pratique ?

A l'heure actuelle certaines psychothérapies sont remboursées à 70% par l'assurance maladie : il s'agit de celles effectuées par un psychiatre (si conventionné en secteur 1) et de celles effectuées par des psychologues exerçant en établissement du secteur public psychiatrique (Centre Médico-psychologique, hôpital de jour). Ceci nous ramène alors à la problématique des délais de prise en charge...

Une expérimentation est effectuée par la sécurité sociale dans trois départements français en 2018 (les Bouches-du-Rhône, la Haute-Garonne et le Morbihan). Les conditions de prise en charge sont bien codifiées : exonération 100% du ticket modérateur par la sécurité sociale ; les patients doivent être adressés par le médecin traitant après évaluation diagnostique à partir d'échelle spécifique (PHQ-9, GAD) et après recherche des critères d'exclusion (patient en ALD, comorbidités addictives, troubles psychiatrique sévères...); les psychologues entrés dans le dispositif doivent établir des comptes rendus au médecin adresseur ; le nombre de séances varie de 1 à 10 selon l'évolution.

Les résultats de cette expérimentation n'ont pas été rendus. Cependant, dans le communiqué du 09/10/2018 de la HAS intitulé « Améliorer la coordination des soins dans le domaine de la santé mentale », le remboursement des psychothérapies n'apparaît pas. Par ailleurs, le tarif testé était de 32 euros puis 22 euros par consultation de suivi alors que les psychologues exerçant en libéral ont classiquement une rémunération de 50 euros par séance. Enfin, il existe une lourdeur administrative susceptible de décourager certains soignants.

4.5 Force et faiblesses de l'étude

Les forces :

- L'échantillon :

Notre échantillon apparaît représentatif de la population cible, correspondant à la démographie actuelle.

De plus, nous avons obtenu 129 réponses alors que le nombre de sujet nécessaire calculé pour avoir une puissance correcte et ainsi avoir des résultats fiables, était de 94.

- La méthode quantitative :

A partir de notre questionnaire nous avons pu couvrir les divers champs de la prise en charge : diagnostique et thérapeutique, ainsi que discuter des solutions possibles dans l'optimisation de ces prises en charge. Le choix de la méthodologie, avait été en partie motivé par la bibliographie qui retrouvait essentiellement des études qualitatives sur ce thème.

Les faiblesses :

Il existe cependant plusieurs faiblesses à signaler :

- Le biais de sélection :

Le questionnaire ayant été diffusé par mail, les médecins peu informatisés étaient par définition exclus.

De plus, les médecins répondants peuvent être les médecins les plus intéressés par le sujet puisqu'une fois le questionnaire reçu, ils sont libres d'y répondre ou pas.

- Le biais de Classement :

Le questionnaire a été élaboré dans un objectif de réponse simple. Malheureusement, certaines discordances ont été retrouvées. Elles nous ont permis d'ouvrir la discussion mais

nous évoquons également la possibilité que ce soit la conséquence de questions mal formulées ou imprécises. Enfin, s'agissant d'un auto-questionnaire, certains biais de mémorisation ont pu intervenir.

IV CONCLUSION

Notre étude a permis de relever à nouveau la place principale du médecin généraliste dans la prise en charge des épisodes dépressifs avec trouble anxieux. Cette place lui permet, aidé de la relation avec son patient, de ses connaissances et de son expérience, d'établir un diagnostic sur la base de son examen clinique basé essentiellement sur l'interrogatoire.

Il adapte ensuite sa prescription, médicamenteuse le plus souvent, par expérience ici encore, en se faisant confiance, et réalise une prise en charge globale avec notamment une thérapie de soutien quasi constante. Cette prise en charge apparaît homogène entre les différents médecins. Les traitements médicamenteux correspondent aux recommandations de bonne pratique, bien que tous les médecins ne soient pas informés de leur dernière parution. Leur prise en charge globale passe également par les traitements non médicamenteux avec lesquels ils paraissent moins à l'aise. Ils semblent y être sensibilisés mais de nombreux freins à cette prise en charge existent : psychothérapies difficiles d'accès pour les patients sur le plan financier et moral notamment. Les autres prises en charge (hypnose médicale, sophrologie...) quant à elles sont peu codifiées sans réelle validité externe ni recommandation. L'orientation vers le psychiatre reste peu fréquente, devant un accès difficile et des réticences émanant du patient mais aussi de médecins. Le médecin généraliste se retrouve donc souvent seul acteur de la prise en charge, souvent difficile et chronophage comme de nombreuses pathologies chroniques.

Certaines pistes pour l'optimisation de la prise en charge sont avancées par les médecins au premier plan desquelles figurent la création d'une cotation spécifique mais aussi le remboursement des psychothérapies ainsi que l'amélioration du lien entre médecins généralistes et psychiatres.

V BIBLIOGRAPHIE

1. **Kovess-Masfety V, Alonso J, Brugha TS, et al.** Differences in lifetime use of services for mental health problem in six europeans countries. *psychiatric Services*. 2007, Vol. 58, 213-20.
2. **Peretti, Charles-Siegfried.** *comprendre et soigner la dépression*. s.l. : Masson, 2013.
3. **INPES.** *La dépression en France: prévalence, recours au soin et sentiment d'information de la population* . 2005-2010.
4. « *Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project* ». **Alonso J, Angermeyer MC.** s.l. : Acta psychiatrica scandinava, 2004, Acta psychiatrica scandinava N°109 (Suppl 420), pp. 21-27.
5. *Troubles psychiatriques: le mal-être français, Panorama du médecin.* **Solère, Pascal.** N°5002, janvier 2006.
6. *Prévalence des troubles psychiatriques en médecine générale selon le patient health questionnaire : adéquation avec la détection par le médecin et le traitement prescrit.* **Norton J, G. de Roquefeuil a, *, M. David b, J.-P. Boulenger a,c, K. Ritchie a, A. Mann.** 560-569, s.l. : l'encephale, 2009, Vol. 35.
7. **association, American psychiatric.** *DSM-5 Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux*. s.l. : Elsevier-Masson, 2015.
8. **Masson.** *Santé, orgaisation mondiale de la classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement*. 1993.
9. *Utility of the PHQ-9 to identify major depressive disorder in adult patients in Spanish primary care centres.* **Muñoz-Navarro, Cano-Vindel.** 1-17-291, s.l. : BMC psychiatry, 2017.
10. *A meta-analysis of risk factors for depression in adults and children after natural disasters.* **Tang B, Liu X.** 14:623, s.l. : BMC public health, 2014.
11. *Insomnia and the risk of depression: a meta-analysis of prospective cohort studies.* **Li L, Wu C.** 16(1):375) , s.l. : BMC psychiatry, 2016.
12. *Functional Connectivities in the Brain That Mediate the Association Between Depressive Problems and Sleep Quality.* **Rolls ET, Cheng W.** 75(10):1052-1061, s.l. : JAMA Psychiatry , 2018 Oct 1.

13. *(Incidence of Major Depressive Disorder: Variation by Age and Sex in Low-Income Individuals: A Population-Based 10-Year Follow-Up Study.* 95(15):e31110, s.l. : Médecine (Baltimore), 2016.
14. *Overview of the Genetics of Major Depressive Disorder, Current Psychiatry Reports.* **Lohoff, Falk W.** pp 539–546, 2010, Vol. Volume 12, Issue 6.
15. *DNA Methylation Signatures of Depressive Symptoms in Middle-aged and Elderly Persons Meta-analysis of Multiethnic Epigenome-wide Studies.* 75(9):949-959, s.l. : JAMA, 2018 Sep 1.
16. *Neurobiology of depression: an integrated view of key findings, international journal of clinical practice.* **V Maletic, 1 M Robinson and al.** 61(12) 2030–2040, 2007.
17. *Hippocampal volume and depression: a meta-analysis of MRI studies.* **Videbech.** 161(11):1957-66), s.l. : JAMA.
18. *Reduced hippocampal volumes associated with the long variant of the serotonin transporter polymorphism in major depression, american journal of medical genetics.* **Frodl T1, Zill P.** 147B(7):1003-7) , 2008.
19. *Heritability of hippocampal size in elderly twin men: equivalent influence from genes and environment.* **Sullivan EV1, Pfefferbaum A.** 11(6):754-62), s.l. : Hippocampus, 2001.
20. *Hippocampal volume reduction and HPA-system activity in major depression.* **Coll M., Kronenberg.** 41(7):553-60), s.l. : Journal of psychiatry Research, 2007 Oct.
21. **J.P. OLIÉ, M.C MOUREN.** Rapport de l'académie de médecine, Les antidépresseurs. <http://www.academie-medecine.fr>. [En ligne] Mai 2014.
22. *Recurrence after recovery from major depressive disorder during 15 years of observational follow-up.* **Mueller TI, et al.** 156:1000–6, s.l. : Am J Psychiatry, 1999.
23. *Dépression récurrente : facteurs de risque, facteurs de vulnérabilité.* **E. Olié, P. Courtet.** S117–S122, s.l. : l'encéphale, 2010, Vol. Supplément 5.
24. *Multiple recurrences of major depressive disorder.* **Solomon DA, et al.** 157:229–33, s.l. : Am J Psychiatry, 2000.
25. *depression and coronary heart disease : a review of the epidemiological evidence, explanatory mechanisms and management approaches.* **Goldon K, Baillie A.** s.l. : Clinical psychology review , 2008.

26. (https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ons2016_dossier2.pdf). [En ligne]
27. *Depression and Risk of Sudden Cardiac Death and Arrhythmias*. **Shi S1, Liu T.** 79(2):153-161), s.l. : Psychosomatic Medicine, 2017.
28. *Depression and the risk of coronary heart disease: a meta-analysis of prospective cohort studies*. **al., Gan Yong and.** 14:371, s.l. : BMC psychiatry, 2014.
29. https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1739917/fr/episode-depressif-caracterise-de-l-adulte-prise-en-charge-en-premier-recours. [En ligne]
30.
https://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/9698d423c76ea69ed0a2678ff7a2b2b3.pdf. [En ligne]
31. *Epidemiology of anxiety disorders : from surveys to nosology and back, dialogues in clinical neurosciences journal*. **Dan J. Stein, and al.** 19(2): 127–136, 2017.
32. *Global prevalence of anxiety disorders: a systematic review and meta-regression*. **A. J. Baxter, K. M. Scott.** 897-910, s.l. : Psychological medicine, Vol. Volume 43, Issue 5.
33. *Cross-sectional Comparison of the Epidemiology of DSM-5 Generalized Anxiety Disorder Across the Globe*. **Ruscio AM1, Hallion LS and al.** 74(5):465-475, s.l. : JAMA, 2017.
34. *Genetic of generalized anxiety disorders and related traits, dialogues clinical neurosciences journal*. **Gottschalk, Michael G.** 19(2): 159–168), 2017.
35. *Adverse parenting as a risk factor in the occurrence of anxiety disorder : a study in six europeans countries*. **Heider D and Al.** 43(4):266-72), s.l. : Social psychiatry and psychiatric epidemiology, 2008.
36. *What are the odds of anxiety disorders running in families? A family study of anxiety disorders in mothers, fathers, and siblings of children with anxiety disorders*. **Telman LGE1, van Steensel FJA.** 27(5):615-624), s.l. : European child adolescent psychiatry, 2018.
37. *why do people with anxiety disorders become depressed ?* **Wittchen HU1, Kessler RC.** (406):14-23., s.l. : acta psychiatrica scandinavica. Supplementum, 2000.
38. *the relevance of mixed anxiety and depression as a diagnostic category in clinical practice* . **al, Möller and.** 725–736, s.l. : European Archives of Psychiatry and clinical neuroscience, 2016, Vol. 266(8).

39. <https://fr.surveymonkey.com>. [En ligne]
40. <https://biostatgv.sentiweb.fr/?module=tests>. [En ligne]
41. *Comparative efficacy and acceptability of 12 new-generation antidepressants: a multiple-treatments meta-analysis*. **Cipriani A1, FurukawaTA, SalantiG, GeddesJR, Higgins**. 28;373(9665):746-58), s.l. : Lancet, 2009.
42. *Benzodiazepine use and risk of dementia: prospective population based study*. **Billioti, Begaud and al**. s.l. : BMJ, 2012, Vol. 345.
43. **ANSM**. *État des lieux de la consommation des benzodiazépines*. Décembre 2013.
44. *A meta-analysis of hypnosis in the treatment of depressive symptoms: a brief communication*. **Shih, Yang and Al**. 431-42, s.l. : the international journal of clinical and experimental hypnosis, 2009, Vol. 57(4).
45. *Efficacy of hypnotherapy compared to cognitive-behavioural therapy for mild-to-moderate depression: study protocol of a randomised-controlled rater-blind trial (WIKI-D)*. **Fuhr K, Schweizer C**. s.l. : BMJ open, 2017.
46. *Mindfulness-Based Cognitive Therapy and the Prevention of Depressive Relapse: Measures, Mechanisms, and Mediators*. **Davidson, Richard J**. 6, 547-548, s.l. : JAMA, 2016, Vol. 73.
47. **Stephanie, Ribaud**. *Collaboration entre les medecins generalistes et les psychiatres dans la prise en charge de la depression*. thèse. Nancy : s.n., 2011.
48. **Qadir, Afshan**. *et Difficultés d’adressage des patients dépressifs au psychiatre : ressenti des médecins généralistes*. Thèse. Paris : s.n., 2018.
49. *Public attitudes towards psychiatry and psychiatric treatment at the beginning of the 21st century: a systematic review and meta-analysis of population surveys*. **Matthias C. Angermeyer, Sandra Van Der Auwera**. 50-61, s.l. : World psychiatry, 2017, Vol. 16.
50. *The stigma of psychiatric treatment and help-seeking intentions for depression*. **Schomerus, Angermeyer and al**. 5, 298-306, s.l. : European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience, 2009, Vol. 259.
51. *Stigma about depression and its impact on help-seeking intentions*. **Barney, Lisa J, and AL**. 1, 51-54, s.l. : Australian N-Z Journal Psychiatry , 2006, Vol. 40.

52. *Stigma and help seeking related to depression: a study of nursing students.* **Margaret J., Halter.** 2, 42-51, s.l. : Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services, 2004, Vol. 42.
53. **Psychiatrie, Conseil National Professionnel de Psychiatrie-collège National pour la Qualité des Soins en.** *Une démarche innovante dans l'élaboration d'une recommandation : la recommandation médecin généraliste-psychiatre.* 2013.
54. **Al, Thomas Fovet and.** État actuel de la formation des médecins généralistes à la psychiatrie et à la santé mentale en France. *l'information psychiatrique.* 2014, Vol. 90, 5, 319-322.
55. **Sicot, Christine Rolland et François.** Les recommandations de bonne pratique en santé. *Gouvernement et action publique.* 2012, 3, 53-75.

VI TABLE DES FIGURES

Figure 1 - Représentation des zones structurelles impliquées	27
Figure 2 - Proportion de troubles anxieux par tranche d'âge	36
Figure 3 - Formule du NSN	48
Figure 4 - Taux de réponse au questionnaire.....	49
Figure 5 - Répartition homme/femme	49
Figure 6 - Durée d'exercice.....	50
Figure 7 - Secteur	50
Figure 8 - temps de travail hebdomadaire	50
Figure 9 - Stages en psychiatrie au cours de leur formation	51
Figure 10 - Prise en charge diagnostique	52
Figure 11 - Prise en charge	54
Figure 12 - Comparaison des prises en charge en fonction de l'ancienneté	54
Figure 13 - Autres traitements	57
Figure 14 - Orientation vers les psychiatres.....	58
Figure 15 - Comparaison orientation vers le psychiatre	58
Figure 16 - Classement préférentiel des solutions possibles.....	60
Figure 17 - freins à l'orientation vers le psychiatre.....	61
Figure 18 - Comparaison des prises en charge selon l'ancienneté d'exercice	62
Figure 19 - comparaison des prises en charge selon le genre des médecins	63
Figure 20 - Caractérisation des personnes qui ont répondu	64
Figure 21 - Densité des psychiatres à l'échelle des bassins de vie.....	69

VII TABLE DES ANNEXES

Annexe 1: Questionnaire sur la santé du patient PHQ-9	85
Annexe 2: Echelle HADS	86
Annexe 3: Echelle d'HAMILTON	87
Annexe 4: Echelle de Beck (Beck Depression Inventory)	92
Annexe 5: Geriatric Depression Scale	94
Annexe 6: Echelle MADRS	95
Annexe 7: recommandations HAS.....	98
Annexe 8: Echelle d'HAMILTON de l'anxiété	101
Annexe 9: Questionnaire de l'étude	106
Annexe 10: récapitulatif de la demi-vie des benzodiazépines.....	111
Annexe 11: Permis d'imprimer	112
Annexe 12: Serment	113

Annexe 1: Questionnaire sur la santé du patient PHQ-9

Au cours des 2 dernières semaines, selon quelle fréquence avez-vous été gêné(e) par les problèmes suivants ? (Veuillez cocher (✓) votre réponse)	Jamais	Plusieurs jours	Plus de la moitié du temps	Presque tous les jours
1. Peu d'intérêt ou de plaisir à faire les choses	0	1	2	3
2. Être triste, déprimé(e) ou désespéré(e)	0	1	2	3
3. Difficultés à s'endormir ou à rester endormi(e), ou dormir trop	0	1	2	3
4. Se sentir fatigué(e) ou manquer d'énergie	0	1	2	3
5. Avoir peu d'appétit ou manger trop	0	1	2	3
6. Avoir une mauvaise opinion de soi-même, ou avoir le sentiment d'être nul(le), ou d'avoir déçu sa famille ou s'être déçu(e) soi-même	0	1	2	3
7. Avoir du mal à se concentrer, par exemple, pour lire le journal ou regarder la télévision	0	1	2	3
8. Bouger ou parler si lentement que les autres auraient pu le remarquer. Ou au contraire, être si agité(e) que vous avez eu du mal à tenir en place par rapport à d'habitude	0	1	2	3
9. Penser qu'il vaudrait mieux mourir ou envisager de vous faire du mal d'une manière ou d'une autre	0	1	2	3

FOR OFFICE CODING 0 + + +
=Total Score:

Si vous avez coché au moins un des problèmes évoqués, à quel point ce(s) problème(s) a-t-il (ont-ils) rendu votre travail, vos tâches à la maison ou votre capacité à vous entendre avec les autres difficile(s) ?

Pas du tout
difficile(s)

Assez
difficile(s)

Très
difficile(s)

Extrêmement
difficile(s)

Développé par les Dr Robert L. Spitzer, Janet B.W. Williams, Kurt Kroenke et leurs collègues grâce à une allocation d'études de Pfizer Inc. La reproduction, la traduction, l'affichage ou la distribution de ce document sont autorisés.

Annexe 2: Echelle HADS

Outil associé à la recommandation de bonne pratique « Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence »

Échelle HAD : *Hospital Anxiety and Depression scale*

L'échelle HAD est un instrument qui permet de dépister les troubles anxieux et dépressifs. Elle comporte 14 items cotés de 0 à 3. Sept questions se rapportent à l'anxiété (total A) et sept autres à la dimension dépressive (total D), permettant ainsi l'obtention de deux scores (note maximale de chaque score = 21).

1. Je me sens tendu(e) ou énervé(e)

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

2. Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois

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

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

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

4. Je ris facilement et vois le bon côté des choses

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

5. Je me fais du souci

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

6. Je suis de bonne humeur

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

7. Je peux rester tranquillement assis(e) à ne rien faire et me sentir décontracté(e)

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

8. J'ai l'impression de fonctionner au ralenti

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

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

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

10. Je ne m'intéresse plus à mon apparence

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

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

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

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

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

13. J'éprouve des sensations soudaines de panique

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

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

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

HAS / Service des bonnes pratiques professionnelles / octobre 2014
© Haute Autorité de Santé – 2014

Scores

Additionnez les points des réponses : 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13 : Total A = _____

Additionnez les points des réponses : 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14 : Total D = _____

Interprétation

Pour dépister des symptomatologies anxieuses et dépressives, l'interprétation suivante peut être proposée pour chacun des scores (A et D) :

- 7 ou moins : absence de symptomatologie

- 8 à 10 : symptomatologie douteuse – 11 et plus : symptomatologie certaine.

Annexe 3: Echelle d'HAMILTON

1. Humeur dépressive: La personne est-elle dans un état de tristesse, d'impuissance, d'auto dépréciation ?

- Non
 - Oui. Etats affectifs signalés uniquement si on l'interroge (ex. pessimisme, sentiment d'être sans espoir)
 - Oui. Etats signalés spontanément et de manière verbale ou sonore (ex. par des sanglots occasionnels).
 - Oui. Etats communiqués de manière non verbale (ex. expression faciale, attitude, voix, tendance à sangloter).
 - Oui. La personne ne communique pratiquement que ces états affectifs verbalement et non verbalement.
-

2. Sentiments de culpabilité de la personne

- N'a pas de sentiments de culpabilité
 - S'adresse des reproches, et a l'impression d'avoir porté préjudice à des gens
 - Idées de culpabilité et rumination sur des erreurs passées ou des actions condamnables
 - La maladie actuelle est une punition. Idées délirantes de culpabilité
 - Entend des voix qui l'accusent ou la dénoncent et/ou a des hallucinations visuelles menaçantes
-

3. Suicide

- N'a pas d'idée suicidaire
 - A l'impression que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue
 - Souhaite être mort ou équivalent : toute pensée de mort possible dirigée contre lui-même
 - Idées ou geste de suicide
 - Tentatives de suicide (coter toute tentative de suicide sérieuse)
-

4. Insomnie de début de nuit

- Pas de difficulté à s'endormir
 - Se plaint de difficultés éventuelles à s'endormir
 - Se plaint d'avoir chaque soir des difficultés à s'endormir
-

5. Insomnie en milieu de nuit

- Pas de difficulté
 - Se plaint d'être agité ou troublé pendant la nuit
 - Se réveille pendant la nuit (coter toutes les fois où le patient se lève la nuit sauf si c'est pour aller aux toilettes)
-

6. Insomnie du matin

- Pas de difficulté
 - Se réveille de très bonne heure mais se rendort
 - Incapable de se rendormir s'il se lève
-

7. Travail et activités

- Pas de difficulté
 - Pensées et sentiments d'incapacité, fatigue ou faiblesse se rapportant à des activités professionnelles ou de détente
 - Perte d'intérêt pour les activités professionnelles ou de détente, soit décrite directement par le malade soit indirectement par son apathie, son indécision et ses hésitations. (a l'impression de devoir se forcer)
 - Diminution du temps d'activité ou diminution de la productivité
 - 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 et

de l'activité motrice)

- Pensée et langage normaux
 - Léger ralentissement à l'entretien
 - Ralentissement manifeste lors de l'entretien
 - Entretien difficile
 - Entretien impossible (état de stupeur)
-

9. Agitation

- Aucune
 - Crispations, secousses musculaires
 - Joue avec ses mains, ses cheveux...
 - Bouge, ne peut rester assis tranquille
 - Se tord les mains, se ronger les ongles, s'arrache les cheveux, se mord les lèvres
-

10 Anxiété psychique

- Aucune
 - Symptômes légers - Tension subjective et irritabilité
 - Symptômes modérés- Se fait du souci à propos de problèmes mineurs
 - Symptômes sévères - Attitude inquiète, apparente dans l'expression faciale et le langage
 - Symptômes très invalidants - Peurs exprimées sans que l'on pose de questions
-

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

- Aucun de ces symptômes

- Symptômes légers
 - Symptômes modérés
 - Symptômes sévères
 - Symptômes très invalidants frappant le sujet d'incapacité fonctionnelle
-

12. Symptômes somatiques gastro-intestinaux

- Aucun symptôme
 - Manque d'appétit, mais mange sans y être poussé
 - A des difficultés à manger en l'absence d'incitations. Demande ou besoins de laxatifs, de médicaments intestinaux
-

13. Symptômes somatiques généraux

- Aucun
 - Lourdeur dans les membres, le dos et la tête. Maux de dos, de tête, douleurs musculaires, perte d'énergie, fatigabilité.
 - Un des symptômes apparaît clairement
-

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

- Absents
 - Légers
 - Sévères
-

15. Hypochondrie

- Absente
- Attention concentrée sur son propre corps
- Préoccupations sur sa santé

- Convaincu d'être malade. Plaintes fréquentes et demandes d'aide...
 - Idées délirantes hypochondriaques
-

16. Perte de poids

A: D'après les renseignements apportés par le malade

- Pas de perte de poids
- Perte de poids probable
- Perte de poids certaine

B: Si le poids est mesuré quotidiennement par le personnel soignant

- Perte inférieure à 500g par semaine
 - Perte supérieure à 500g par semaine
 - Perte supérieure à 1 kg par semaine
-

17. Prise de conscience

- Reconnaît être déprimée et malade
 - Reconnaît être malade mais l'attribue à la nourriture, au climat, au surmenage, à un virus, au besoin de repos...
 - Nie être malade
-

Annexe 4: Echelle de Beck (Beck Depression Inventory)

A

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

B

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

C

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

D

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

E

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

F

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

G

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

H

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

I

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

J

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

K

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

L

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

M

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

Résultats :

Le score varie de 0 à 39.

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

Références :

Dépression et syndromes anxio-dépressifs : J.D.Guelfi et Coll, Ardix Médical.
Evaluation clinique et psychométrique des états dépressifs : J.Cotraux, Collection Scientifique Survector, 1985.

Annexe 5: Geriatric Depression Scale

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

Chaque réponse marquée * vaut un point.

Score 0 à 5 : normal
Score entre 5 et 9 : indique une forte probabilité de dépression
Score à 10 et plus : indique presque toujours une dépression

Annexe 6: Echelle MADRS

1. Tristesse apparente

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

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

2. Tristesse exprimée

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

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

3. Tension intérieure

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

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

4. Réduction du sommeil

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

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

5. Réduction de l'appétit

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

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

6. Difficultés de concentration

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

- 0 Pas de difficulté de concentration
- 1
- 2 Difficultés occasionnelles à rassembler ses pensées
- 3
- 4 Difficultés à se concentrer et à maintenir son attention, ce qui réduit la capacité à lire ou à soutenir une conversation
- 5
- 6 Grande lassitude. Incapable de faire quoi que ce soit sans aide

7. Lassitude

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

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

8. Incapacité à ressentir

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

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

9. Pensées pessimistes

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

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

10. Idées de suicide

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

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

Résultats

De 0 à 14 points : le seuil de dépression n'est pas atteint

15 points et plus : le seuil de dépression est atteint et le score maximal est de 60 points

Annexe 7: recommandations HAS

Stratégie thérapeutique selon l'intensité de l'épisode dépressif caractérisé

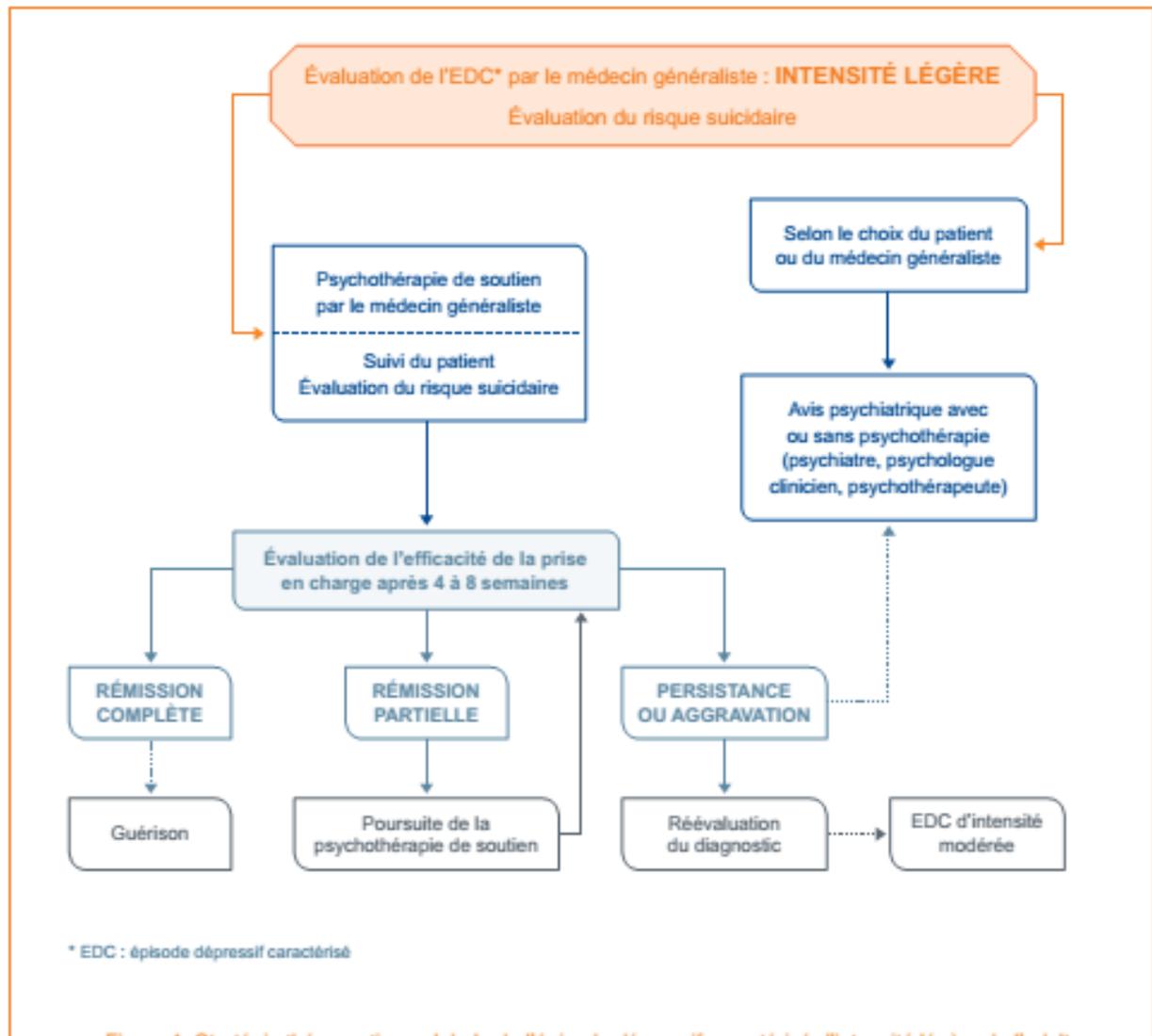


Figure 1. Stratégie thérapeutique globale de l'épisode dépressif caractérisé d'intensité légère de l'adulte

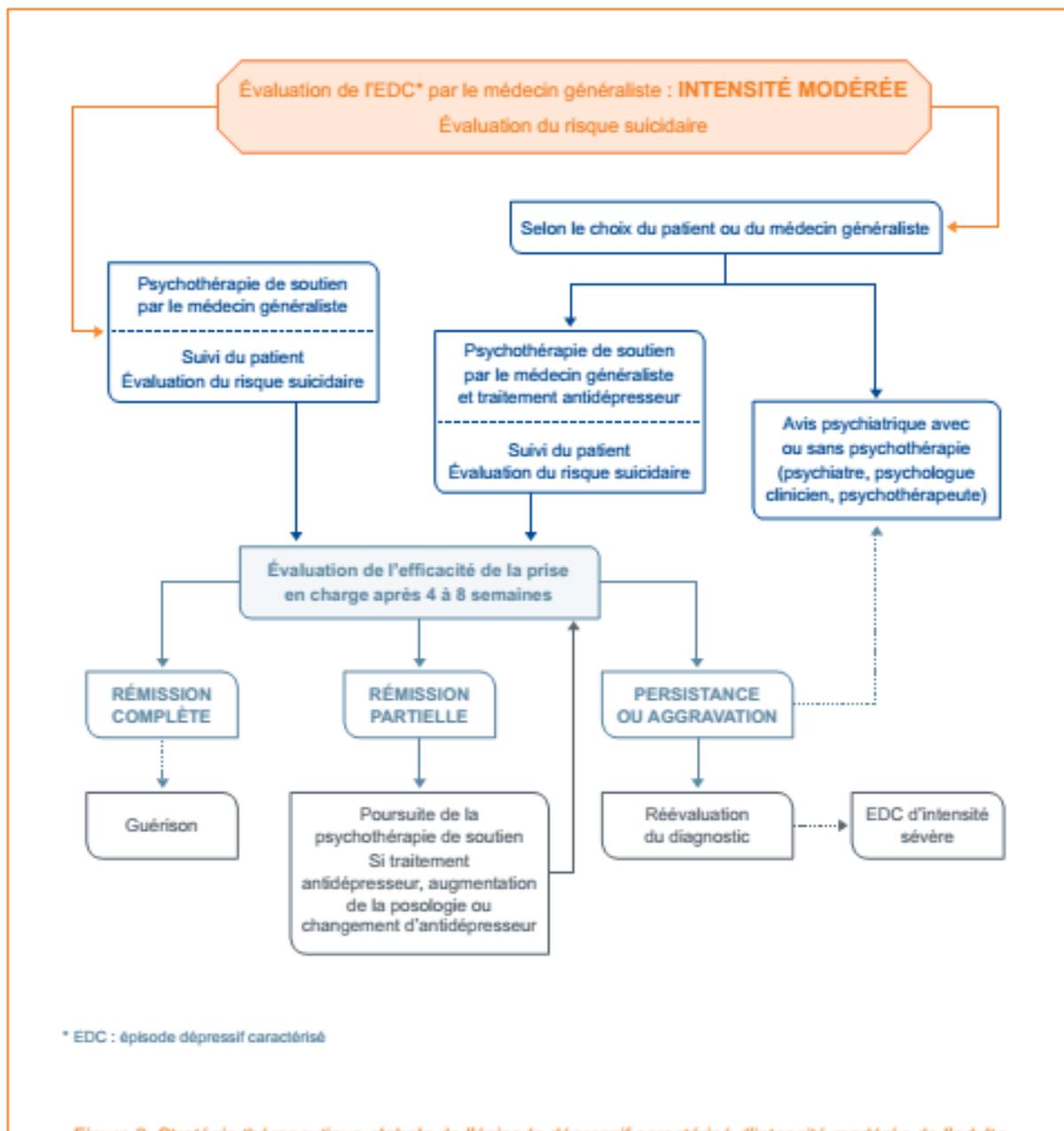


Figure 2. Stratégie thérapeutique globale de l'épisode dépressif caractérisé d'intensité modérée de l'adulte

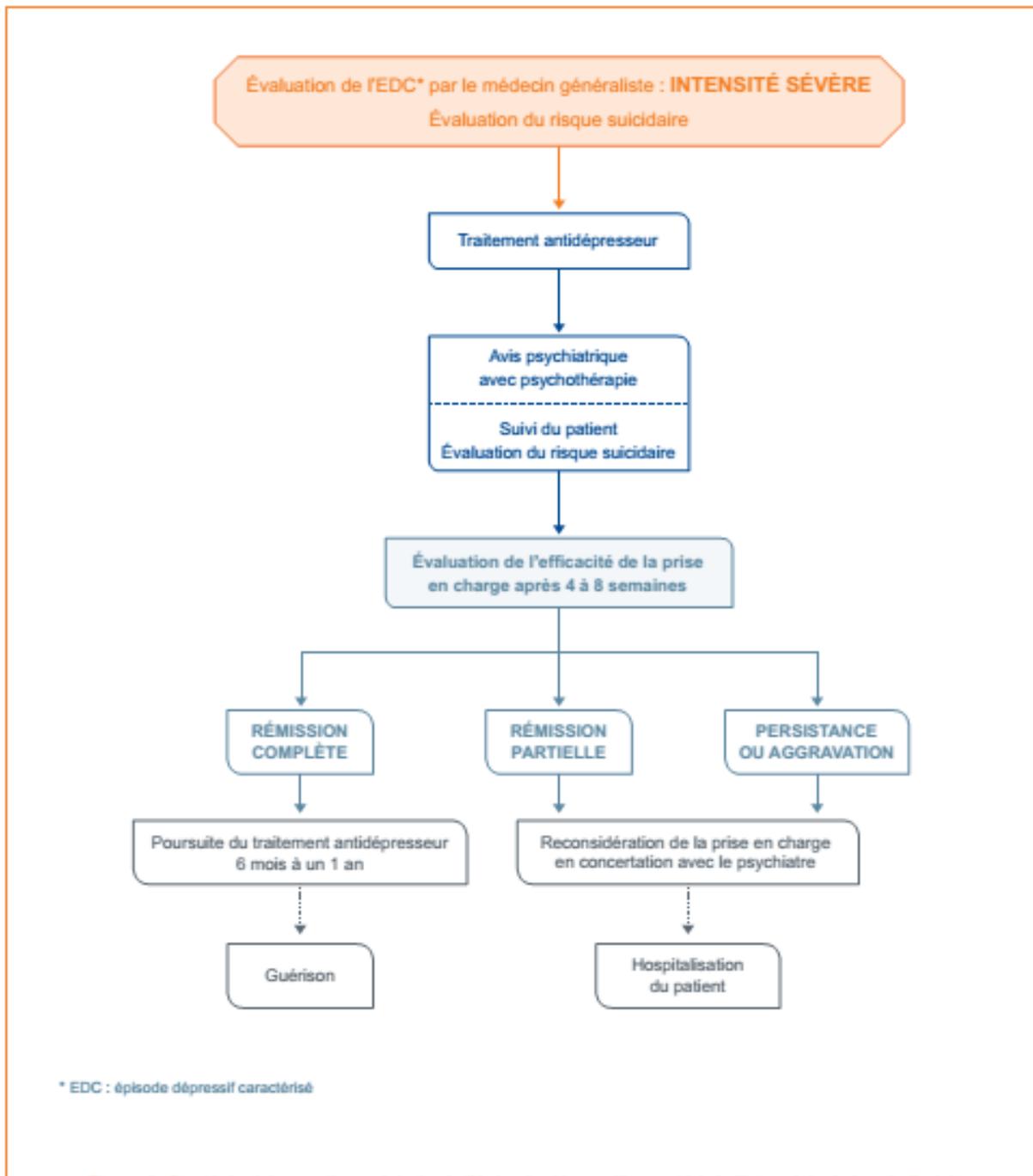


Figure 3. Stratégie thérapeutique globale de l'épisode dépressif caractérisé d'intensité sévère de l'adulte

Annexe 8: Echelle d'HAMILTON de l'anxiété

1. Humeur anxieuse

Cet item couvre la condition émotionnelle d'incertitude devant le futur, allant de l'inquiétude, l'irritabilité, ainsi que de l'appréhension à un effroi irrésistible.

0 – Le/la patient(e) ne se sent ni plus ni moins sûr(e) de lui/d'elle et n'est ni plus ni moins irritable que d'habitude.

1 – Que le/la patient(e) soit plus irritable ou se sente moins sûr(e) de lui/d'elle que d'habitude est peu clair.

2 – Le/la patient (e) exprime plus clairement qu'il/elle est dans un état d'anxiété, d'appréhension ou d'irritabilité, qui peut lui sembler difficile à contrôler. Néanmoins, l'inquiétude touche des préoccupations mineures et ceci reste sans influence sur la vie quotidienne du/de la patient(e).

3 – Quelques fois, l'anxiété ou le sentiment d'insécurité sont plus difficiles à contrôler car l'inquiétude porte sur des blessures graves ou des menaces qui pourraient arriver dans le futur. Il est arrivé que cela interfère avec la vie quotidienne du/de la patient(e).

4 – Le sentiment d'effroi est présent si souvent qu'il interfère de manière marquée avec la vie quotidienne du/de la patient(e) .

2. Tension nerveuse

Cet item inclut l'incapacité à se détendre, la nervosité, la tension physique, les tremblements et la fatigue agitée.

0 – Le/la patient(e) n'est ni plus ni moins tendu(e) que d'habitude

1 – Le/la patient (e) semble quelque peu plus nerveux(nerveuse) et tendu(e) que d'habitude.

2 – Le/la patient(e) dit clairement être incapable de se détendre et est empli(e) d'agitation intérieure, qu'il/elle trouve difficile à contrôler, mais c'est toujours sans influence sur sa vie quotidienne.

3 – L'agitation intérieure et la nervosité sont si intenses ou fréquentes qu'elles interfèrent occasionnellement avec le travail et la vie quotidienne du/de la patient(e).

4 – Les tensions et l'agitation interfèrent constamment avec la vie et le travail du/de la patient(e).

3. Craintes

Cet item inclut la crainte d'être dans une foule, des animaux, d'être dans des lieux publics, d'être seul(e), de la circulation, des inconnus, du noir etc. Il est important de noter s'il y a eu davantage d'anxiété phobique que d'habitude pendant cet épisode.

0 – Absentes

1 – Il n'est pas clair si ces craintes sont présentes ou pas.

2 – Le/la patient(e) vit de l'anxiété phobique mais est capable de lutter contre.

3 – Surmonter ou combattre l'anxiété phobique est difficile, ce qui fait qu'elle interfère avec la vie quotidienne et le travail du/de la patient(e) d'une certaine manière.

4 – L'anxiété phobique interfère clairement avec la vie quotidienne et le travail du/de la patient(e).

4. Insomnie

Cet item couvre l'expérience subjective du/de la patient(e) concernant la durée et la profondeur de son sommeil pendant les trois nuits précédentes. A noter que l'administration de calmants ou de sédatifs n'est pas prise en considération.

0 – Durée et profondeur du sommeil habituelles

1 – La durée est peu ou pas réduite (par exemple par de légères difficultés d'endormissement), mais il n'y a pas d'altération de la profondeur du sommeil.

2 – La profondeur du sommeil est également diminuée, le sommeil étant plus superficiel. L'entièreté du sommeil est quelque peu perturbée.

3 – La durée du sommeil et sa profondeur sont altérées de manière marquée. Le total des épisodes de sommeil n'est que de quelques heures sur 24.

4 – Le sommeil est si peu profond que le patient parle de courtes périodes de somnolence mais sans vrai sommeil.

5. Troubles de la concentration et de la mémoire

Cet item couvre les difficultés de concentration, ainsi que celles à prendre des décisions dans des domaines quotidiens, et les problèmes de mémoire.

0 – Le/la patient(e) n'a ni plus ni moins de difficultés à se concentrer que d'habitude.

1 – Il n'est pas clair si le/la patient(e) a des difficultés de concentration et/ou de mémoire.

2 – Même en faisant un gros effort, le/la patient(e) éprouve des difficultés à se concentrer sur son travail quotidien de routine.

3 – Le/la patient(e) éprouve des difficultés prononcées de concentration, de mémoire, de prise de décisions; par exemple, pour lire un article dans le journal ou regarder une émission télévisée jusqu'à sa fin.

4 – Pendant l'entretien, le/la patient(e) montre des difficultés de concentration, de mémoire, ou à la prise de décisions.

6. Humeur dépressive

Cet item couvre à la fois la communication non-verbale de la tristesse, de la déprime, de l'abattement, de la sensation d'impuissance, et de la perte d'espoir.

0 – Absente

1 – Il n'est pas clair si le/la patient(e) est plus abattue ou triste que d'habitude, ou seulement vaguement.

2 – Le/la patient(e) est plus clairement concerné(e) par des vécus déplaisants, bien qu'il/elle ne se sente ni impuissant(e) ni sans espoir.

3 – Le/la patient(e) montre des signes non-verbaux clairs de dépression ou de perte d'espoir.

4 – Le/la patient(e) fait des observations sur son abattement ou son sentiment d'impuissance ou les signes non-verbaux sont prépondérants pendant l'entretien, de plus, le/la patient(e) ne peut pas être distrait(e) de son état

7. Symptômes somatiques généraux : musculaires Faiblesse, raideur, allodynie ou douleurs, situées de manière plus ou moins diffuse dans les muscles, comme de la douleur à la mâchoire ou à la nuque.

0 – Le/la patient(e) n'est ni plus ni moins douloureux(se) ni n'éprouve plus de raideurs dans les muscles que d'habitude.

1 – Le/la patient(e) semble éprouver un peu plus de douleurs ou de raideurs musculaires qu'habituellement.

2 – Les symptômes sont caractéristiques de la douleur.

3 – Les douleurs musculaires interfèrent jusqu'à un certain point avec la vie et le travail quotidiens du/de la patient(e).

4 – Les douleurs musculaires sont présentes la plupart du temps et interfèrent clairement avec la vie quotidienne et le travail du/de la patient(e).

8. Symptômes somatiques généraux : sensoriels

Cet item inclut une fatigabilité accrue ainsi que de la faiblesse ou des perturbations réelles des sens, incluant l'acouphène, la vision floue, des bouffées de chaleur ou de froid, et des sensations de fourmillements.

0 – Absent

1 – Il n'est pas clair si les indications du/de la patient(e) indiquent des symptômes plus prononcés qu'habituellement.

2 – Les sensations de pression sont fortes au point que les oreilles bourdonnent, la vision est perturbée et il existe des sensations de démangeaisons ou de fourmillements de la peau.

3 – Les symptômes sensoriels en général interfèrent jusqu'à un certain point avec la vie quotidienne et le travail du/de la patient(e).

4 – Les symptômes sensoriels en général sont présents la plupart du temps et interfèrent clairement avec la vie quotidienne et le travail du/de la patient(e).

9. Symptômes cardio-vasculaires

Cet item inclut la tachycardie, les palpitations, l'oppression, la douleur dans la poitrine, la sensation de pulsations, de « cognement » dans les vaisseaux sanguins, ainsi que la sensation de devoir s'évanouir.

0 – Absents

1 – Leur présence n'est pas claire

2 – Les symptômes cardio-vasculaires sont présents, mais le/la patient(e) peut les contrôler.

3 – Le/la patient(e) a des difficultés occasionnelles à contrôler les symptômes cardio-vasculaires, qui interfèrent donc jusqu'à un certain point avec sa vie quotidienne et son travail.

4 – Les symptômes cardio-vasculaires sont présents la plupart du temps et interfèrent clairement avec la vie quotidienne et le travail du/de la patient(e).

10. Symptômes respiratoires

Sensations de constriction ou de contraction dans la gorge ou la poitrine et respiration sibilante

0 – Absents

1 – Présence peu claire

2 – Les symptômes respiratoires sont présents, mais le/la patient(e) est toujours capable de les contrôler.

3 – Le/la patient(e) a des difficultés occasionnelles pour contrôler les symptômes respiratoires, qui interfèrent donc jusqu'à un certain point avec sa vie quotidienne et son travail.

4 – Les symptômes respiratoires sont présents la plupart du temps et interfèrent clairement avec la vie quotidienne et le travail du/de la patient(e).

11. Symptômes gastro-intestinaux

Cet item couvre les difficultés à avaler, la sensation de « descente » brusque de l'estomac, la dyspepsie (sensation de brûlant dans l'oesophage ou l'estomac), les douleurs abdominales mises en relation avec les repas, la sensation d'être « rempli », la nausée, les vomissements, les gargouillements abdominaux et la diarrhée.

0 – Absents

1 – Il n'est pas clair s'il existe une différence avec le vécu habituel.

2 – Un ou plusieurs symptômes gastro-intestinaux sont présents mais le/la patient(e) peut encore les contrôler.

3 – Le/la patient(e) a des difficultés occasionnelles à contrôler les symptômes gastro-intestinaux, qui interfèrent donc jusqu'à un certain point avec sa vie quotidienne et son travail.

4 – Les symptômes gastro-intestinaux sont présents la plupart du temps et interfèrent clairement avec la vie quotidienne et le travail du/de la patient(e).

12. Symptômes urinaires et génitaux

Cet item inclut des symptômes non lésionnels ou psychiques comme un besoin d'uriner plus fréquent ou plus urgent, des irrégularités du rythme menstruel, l'anorgasmie, douleurs pendant les rapports (dyspareunie), éjaculation précoce, perte de l'érection.

0 – Absents

1 – Il n'est pas clair si présents ou non (ou s'il existe une différence avec le vécu habituel).

2 – Un ou plusieurs symptômes urinaires ou génitaux sont présents mais n'interfèrent pas avec le travail et la vie quotidienne du/de la patient(e).

3 – Occasionnellement, un ou plusieurs symptômes urinaires ou génitaux sont présents au point d'interférer à un certain degré avec la vie quotidienne et le travail du/de la patient(e).

4 – Les symptômes génitaux ou urinaires sont présents la plupart du temps et interfèrent clairement avec la vie quotidienne et le travail du/de la patient(e).

13. Autres symptômes du SNA Cet item inclut la sècheresse buccale, les rougeurs ou la pâleur, les bouffées de transpiration et les vertiges

0 – Absents

1 – Présence peu claire.

2 – Un ou plusieurs symptômes autonomes sont présents, mais n'interfèrent pas avec la vie quotidienne et le travail du/de la patiente.

3 – Occasionnellement, un ou plusieurs symptômes autonomes sont présents à un degré tel qu'ils interfèrent jusqu'à un certain point avec la vie quotidienne et le travail du/de la patient(e).

4 – Les symptômes sont présents la plupart du temps et interfèrent clairement avec la vie quotidienne et le travail du/de la patiente.

14. Comportement pendant l'entretien

Le/la patient(e) peut paraître tendu(e), nerveux(se), agité(e), inquiète, tremblant(e), pâle, en hyperventilation ou en sueur, pendant l'entretien. Une estimation globale est faite sur base de ces observations.

0 – Le/la patient(e) n'apparaît pas anxieux(se).

1 – Il n'est pas clair si le/la patient(e) est anxieux(se).

2 – Le/la patiente est modérément anxieux(se).

3 – Le/la patient(e) est anxieux(se) de façon marquée.

4 – Le/la patient(e) est submergé(e) par l'anxiété; par exemple : il/elle tremble de tout son corps

<17: légère

18 – 24: légère à modérée

25 – 30: modérée à grave

Remarque;

L'échelle d'hamilton est souvent suévaluée dans les maladies qui s'accompagnent de nombreux troubles fonctionnel comme la fatigue chronique ou la fibromyalgie.

De notre point de vue, elle est mise au pint à une époque où les pathologies « somno-somatiques » n'étaient pas comprises et où les troubles fonctionnels étaient globalement considérés comme des « somatisation » de troubles psychiatriques,

L'éclairage de la médecine du sommeil permet d'avancer des hypothèses chronobiologiques à l'apparition de nombreux troubles fonctionnels

Annexe 9: Questionnaire de l'étude

Partie 1 : caractéristiques des médecins interrogés

Êtes-vous ?

- Un homme
- Une femme

Depuis combien de temps exercez-vous ?

- Moins de 5 ans
- Entre 5 et 15 ans
- Plus de 15 ans

Dans quelle zone exercez-vous ?

- Urbaine
- Rurale
- Semi-rurale

Combien de jours travaillez-vous par semaine ?

- Moins de 3 jours
- 3 jours ou plus

Avez-vous effectué un stage en psychiatrie au cours de vos études (internet et/ou externat) ?

- Oui
- Non

Partie 2 : évaluation des pratiques à partir d'une vignette

D'après l'INSERM, 20 % de la population a été ou sera confrontée à un trouble dépressif au cours de sa vie. Que pensez-vous de ce chiffre ?

- Adaptée
- Trop élevé
- Trop bas

Afin de répondre à l'objectif de ma thèse, la deuxième partie de ce questionnaire se poursuit à partir d'un cas clinique, nous permettant de travailler sur une situation ciblée et non sur des généralités.

Vous recevez Mme F, 34 ans, en consultation. Vous la connaissez depuis 3 ans. L'année dernière, elle a traversé une période difficile avec une séparation et des difficultés avec son fils

adolescent. Vous l'aviez alors suivie plus régulièrement et aviez effectué une psychothérapie de soutien, ainsi que prescrit des benzodiazépine en ponctuel.

Elle se présente aujourd'hui en vous demandant de renouveler sa prescription de benzodiazépine car elle dit sentir un sentiment d'angoisse depuis toujours mais là c'est différent elle « n'y arrive plus ».

Vous l'interrogez et retrouvez une fatigue physique et morale importante depuis bientôt 2 mois, elle n'a d'ailleurs pas été travailler aujourd'hui. Vous notez une perte de 2kg par rapport à l'année précédente. Il n'y a pas d'idée suicidaire mais elle vous explique avoir du mal à trouver des projets futurs.

1) Que faites-vous sur le plan diagnostique ?

- Discussion simple, temps d'écoute
- Recherche à l'interrogatoire de critères répondant aux critères d'épisode dépressif caractérisé du DSM5/CIM10
- Examen physique complet
- Bilan biologique
- Ecoute + Remplissage d'un questionnaire d'aide au diagnostic d'un EDC
- Autre :.....

2) Si vous utilisez un questionnaire, lequel privilégiez-vous ?

- Echelle de dépression de Hamilton
- Questionnaire MADRS
- Echelle HADS
- PHQ-2 et/ou PHQ-9
- GDS
- Autre :.....

Quelle peut en être l'utilité dans ce contexte ?

.....

3) Comment caractérisez-vous cet épisode ?

- Symptomatologie dépressive
- Trouble anxio-dépressif
- Episode dépressif caractérisé d'intensité légère
- Episode dépressif caractérisé d'intensité modéré
- Episode dépressif caractérisé sévère

4) Quelle prise en charge thérapeutique proposez-vous ?

- Prise en charge médicamenteuse
- Prise en charge non médicamenteuse

5) Si vous optez pour une prise en charge médicamenteuse, vous proposez :

- Traitement anxiolytique type Benzodiazépine

- Traitement hypnotique apparentés Benzodiazepine (Zolpidem, Zopiclone)
- Traitement anxiolytique sérotoninergique type BUSPIRONE
- Traitement antidépresseur (toutes classes confondues)
- Homéopathie
- Autre :

6) Comment expliquez-vous votre choix ?

- Intensité de la symptomatologie
- Suivi des recommandations
- Détresse anxieuse associée
- Demande de la patiente
- Habitude de pratique
- Autre :.....

7) Si vous vous orientez vers la prescription de benzodiazépine, laquelle privilégiez-vous ?

- ALPRAZOLAM (Xanax)
- BROMAZEPAM (Lexomil)
- CLORAZEPATE (Tranxene)
- DIAZEPAM (Valium)
- LORAZEPAM (Temesta)
- LORMETAZEPAM (Noctamide)
- PRAZEPAM (Lysanxia)
- OXAZEPAM (Seresta)
- CLOTIAZEPAM (Veratran)
- Autre :.....

8) Pourquoi ?

.....

9) Si vous décidez de prescrire un antidépresseur, lequel choisissez-vous ?

- VENLAFAXINE (Effexor)
- CITALOPRAM (Seropram)
- ESCITALOPRAM (Seroplex)
- PAROXETINE (Deroxat)
- FLUOXETINE (Prozac)
- CLOMIPRAMINE (Anafranil)
- SERTRALINE (Zoloft)
- DULOXETINE (Cymbalta)
- MIRTAZAPINE (norset)
- MIANSERINE (Athymil)
- Autre :

10) Pourquoi ?

.....

- 11) Si vous optez pour une prise en charge non médicamenteuse, vous proposez :
- Un suivi rapproché en consultation avec psychothérapie de soutien
 - Une orientation vers un psychologue
 - De la sophrologie (orientation ou pratiquée par vos soins)
 - Hypnose (orientation ou pratiquée par vos soins)
 - Acupuncture (orientation ou pratiquée par vos soins)
 - Arrêt de travail associé
 - Autre :.....

- 12) Orientez-vous la patiente vers le psychiatre ?
- OUI
 - NON
 - Seulement si elle en fait la demande
- Pourquoi ?

Partie 3 : Amélioration de la prise en charge

Vous sentez-vous efficaces dans la prise en charge des syndromes dépressifs avec détresse anxieuse ?

- Oui
- Non

Avez-vous reçu une formation dans ce domaine au cours des 3 dernières années ?

- Oui
- Non

Vous sentez-vous suffisamment à l'aise avec la prescription des différents antidépresseurs :

- Oui
- Non

Êtes-vous informés de la parution des nouvelles recommandations de la HAS concernant la prise en charge de l'épisode dépressif caractérisé ?

- Oui
- Non

Si oui ces recommandations vont-elles changer votre pratique actuelle ?

- Oui
- Non

Afin d'optimiser la prise en charge de ces patients, souhaiteriez vous (Notez de 1 à 4 par ordre de préférence) :

- Plus de temps pour leur prise en charge avec une cotation spécifique
- Un meilleur accès vers les spécialistes

- Une formation sur les différentes techniques non médicamenteuses
- Rien, je me sens suffisamment formé(e) et apte à cette prise en charge.
- Autre, suggestions :.....

Quel frein principal rencontrez-vous à l'orientation vers un Psychiatre :

- Délais trop longs
- Non remboursement, dépassement d'honoraire
- Réticences du patient
- Pas de frein particulier
- Pas d'efficacité supérieure par rapport au suivi en médecine générale
- Autres :

Connaissez-vous les centres de référence autour de votre zone d'exercice (CMP, centre référence dépression résistante ...) ?

- Oui
- Non

Orientez-vous facilement vos patients vers le Centre Médico-Psychologique ?

- Oui
- Non

Aimeriez-vous utiliser vous-même d'autres disciplines (hypnose, acupuncture...) dans la prise en charge de ces troubles ?

- Oui
- Non
- Je pratique déjà

Si oui laquelle ?

-

Annexe 10: récapitulatif de la demi-vie des benzodiazépines

► À utiliser préférentiellement : benzodiazépines à «demi-vie courte» (< 20 heures)¹

	Nom commercial	Molécule	Demi-vie (mesurée chez l'adulte)	Métabolite actif cliniquement pertinent	Durée de prescription à ne pas dépasser
hypnotiques	STILNOX® et Génériques	Zolpidem	2 h 30 mn	non	4 semaines
	IMOVANE® et Génériques	Zopiclone	5 h	non	4 semaines
	NORMISON®	Témazépam	5 à 8 h	non	4 semaines
	HAVLANE®	Loprazolam	8 h	non	4 semaines
	NOCTAMIDE®	Lormétazépam	10 h	non	4 semaines
	NUCTALON®	Estazolam	17 h	non	4 semaines
anxiolytiques	VERATRAN®	Clotiazépam	4 h	non	12 semaines
	SERESTA®	Oxazépam	8 h	non	12 semaines
	TEMESTA® et Génériques	Lorazépam	10 à 20 h	non	12 semaines
	XANAX® et Génériques	Alprazolam	10 à 20 h	non	12 semaines

⚠ À éviter : benzodiazépines à «demi-vie longue» (≥ 20 heures)¹

hypnotiques	MOGADON®	Nitrazépam	16 à 48 h	non	4 semaines
anxiolytiques	LEXOMIL® et Génériques	Bromazépam	20 h	non	12 semaines
	URBANYL®	Clobazam	20 h	oui	12 semaines
	VALIUM® et Génériques	Diazépam	32 à 47 h	oui	12 semaines
	VICTAN®	Ethyle loflazépate	77 h	non	12 semaines
	LYSANXIA® et Génériques	Prazépam	30 à 150 h	oui	12 semaines
	NORDAZ®	Nordazépam	30 à 150 h	oui	12 semaines
	TRANXENE®	Clorazépate dipotassique	30 à 150 h	oui	12 semaines : gél. 5/10 mg ou injectable limitée à 28 j + ordonnance sécurisée : gél. 20 mg

Annexe 12: Serment

En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admise dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Respectueuse et reconnaissante envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.
Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque.

RESUME

Introduction : La dépression constitue un enjeu de santé publique, touchant près de 350 millions de personnes dans le monde. Sa prévalence en France est estimée à 7,5% en 2010. Son diagnostic est primordial afin d'adapter sa prise en charge thérapeutique et d'éviter les complications, telles que le suicide.

L'objectif de notre étude est de décrire les pratiques actuelles des médecins généralistes du Languedoc-Roussillon dans sa prise en charge diagnostique et thérapeutique. Secondairement, nous cherchons à connaître leurs attentes dans l'optimisation de cette prise en charge.

Méthode : Notre étude est descriptive observationnelle quantitative avec un questionnaire adressé à 1507 médecins généralistes du Languedoc-Roussillon. Les résultats ont été analysés de manière descriptive.

Résultats : Le taux de réponse était de 8.6% soit 3.6% de la population cible totale de la région. Les médecins généralistes se sentent efficaces dans leur prise en charge qui est homogène. Ils diagnostiquent les syndromes dépressifs par l'interrogatoire essentiellement sans aide au diagnostic. Ils prescrivent pour un épisode dépressif modéré avec détresse anxieuse des antidépresseurs à 70% ainsi que des Benzodiazépines à 46% et semblent moins à l'aise avec la prise en charge non médicamenteuse. Plusieurs pistes pour optimiser la prise en charge globale sont retrouvées avec notamment la nécessité d'un meilleur accès au spécialiste.

Conclusion : Le rôle central du médecin généraliste lui permet d'adapter sa prise en charge, en tenant compte des facteurs socio culturels et de sa connaissance du patient. Sans en avoir toujours conscience, sa prise en charge est globale, médicamenteuse et non médicamenteuse. Pour l'améliorer, nous envisageons un meilleur accès au spécialiste avec un dialogue psychiatre-médecin généraliste plus facile, une formation plus orientée sur la santé mentale, une cotation spécifique et le remboursement des techniques non médicamenteuses, ainsi que travailler sur une meilleure adhésion aux recommandations.

Mots clefs : médecins généralistes ; prise en charge ; dépression ; trouble anxieux ; diagnostic ; antidépresseurs ; benzodiazépines.