



HAL
open science

Diagnostic de l'épisode dépressif caractérisé atypique en médecine générale : évaluation d'une campagne d'information courte sur les échelles d'aide au diagnostic via une analyse quantitative de la modification de l'utilisation de la cotation ALQP003 chez les médecins généralistes du Gard

Jean Laurenti

► To cite this version:

Jean Laurenti. Diagnostic de l'épisode dépressif caractérisé atypique en médecine générale : évaluation d'une campagne d'information courte sur les échelles d'aide au diagnostic via une analyse quantitative de la modification de l'utilisation de la cotation ALQP003 chez les médecins généralistes du Gard. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03211321

HAL Id: dumas-03211321

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03211321>

Submitted on 28 Apr 2021

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

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

UNIVERSITE DE MONTPELLIER
FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES

THESE

Pour obtenir le diplôme d'état de
DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement par

Jean LAURENTI

Le 15 Avril 2021

Titre

Diagnostic de l'épisode dépressif caractérisé atypique en médecine générale :
évaluation d'une campagne d'information courte sur les échelles d'aide au
diagnostic via une analyse quantitative de la modification de l'utilisation de la
cotation ALQP003 chez les médecins généralistes du Gard.

Directeur de thèse : Dr Alexandre LADET

JURY DE SOUTENANCE

Président : Pr Michel AMOUYAL

1^{er} Assesseur : Dr Pascale PITIOT

2^{ème} Assesseur : Dr Alexandre LADET

A mon président de jury,
Monsieur le Professeur Michel AMOUYAL
Médecin généraliste
Professeur des Universités
Directeur du département de médecine générale de la faculté de médecine de Montpellier-
Nîmes
Vous me faites l'honneur de présider ce jury,
Recevez mes sincères remerciements et le témoignage de ma profonde considération.

A ma juge,
Madame le Docteur Pascale PITIOT,
Médecin Généraliste
Maitre de stage universitaire à la faculté de médecine de Montpellier-Nîmes
Vous me faites l'honneur d'examiner ce travail,
Je vous adresse à cette occasion mes sincères amitiés et remerciements.

A mon juge et directeur de thèse,
Monsieur le Docteur Alexandre LADET,
Médecin généraliste
Maitre de stage universitaire à la faculté de médecine de Montpellier-Nîmes
Je vous adresse mes sincères remerciements pour votre implication et votre soutien pendant
l'élaboration de ce travail que vous avez accepté de diriger avec bienveillance et intérêt.
Vos conseils précieux et votre expertise m'ont guidé tout au long de la réalisation et de la
rédaction de cette thèse d'exercice.

A ma femme, Amélie

Merci pour ton aide précieuse et ton soutien infaillible sans lesquels la réalisation de mon projet professionnel n'aurait pu voir le jour.

A mes parents, Isabelle et Alain

Vous m'avez soutenu, recadré et encouragé durant toutes ces années.

Je vous dois énormément dans la réussite de mon parcours professionnel.

A mes grands-parents

Vous m'avez toujours porté et encouragé.

Une pensée toute particulière pour ma grand-mère Thérèse et mon grand-père Jean-Paul.

A mes maitres de stage Uzétiens

Pour votre enseignement passionné d'une médecine générale profondément humaine et pertinente.

Aux médecins généralistes qui ont participé à la réalisation de cette étude.

Table des matières

I.	Introduction.....	1
A.	Etat des lieux	1
B.	Définitions préalables et données initiales	3
1.	L'épisode dépressif caractérisé.....	3
a)	Définition	3
b)	Classification du degré de gravité.....	4
2.	Epidémiologie de l'épisode dépressif caractérisé en médecine générale	5
3.	Les échelles de dépistage de la dépression	6
a)	Échelle de Dépression de Montgomery et Asberg (MADRS).....	6
b)	Hamilton Depression Rating Scale (HDRS).....	6
c)	Inventaire de dépression de Beck (BDI)	7
d)	Inventaire de personnalité multiphasique du Minnesota (MMPI)	7
e)	Inventaire d'anxiété situationnelle et de trait d'anxiété (STAI).....	7
4.	Acte CCAM : cotation ALQP003	8
C.	Problématique.....	9
II.	Matériel et méthode	9
A.	Matériel	9
1.	Critère de jugement principal	9
2.	Support de diffusion de l'information	10
a)	1 ^{er} mail	10
b)	2 ^{ème} mail	12
3.	Objectifs secondaires	12
a)	Questionnaire Novembre	13
b)	Questionnaire Janvier.....	15
B.	Méthode.....	17
1.	Elaboration des mails.....	17
a)	Mail de Novembre	17
b)	Mail de Janvier.....	17
2.	Moyens de diffusion	17
3.	Méthode d'analyse des résultats	18
a)	Critère de jugement principal.....	18
b)	Objectifs secondaires	18
III.	Analyse des résultats	18
A.	Critère de jugement principal.....	18

B.	Objectifs secondaires.....	19
1.	Questionnaire 1.....	19
a)	Caractéristiques de la population d'étude.....	19
b)	Outils d'aide médicale informatisés.....	21
c)	Echelle Hamilton.....	23
d)	Cotation ALQP003.....	26
2.	Questionnaire 2.....	29
a)	Utilisation de l'échelle Hamilton.....	30
b)	Utilisation de la cotation ALQPP003.....	31
d)	Mode de communication.....	31
V.	Discussion.....	32
A.	Contexte de l'étude.....	32
B.	Analyse des résultats.....	33
1.	Critère de jugement principal.....	33
2.	Objectifs secondaires.....	34
a)	Questionnaire 1.....	34
b)	Questionnaire 2.....	36
3.	Efficacité du mode de communication.....	37
C.	Perspectives.....	38
VI.	Conclusion.....	39
	Bibliographie.....	40
	Annexe 1 : Echelle Hamilton informatisée (source MG France).....	42
	Annexe 2 : Liste des tableaux et des figures.....	47
	Serment d'Hippocrate.....	48
	Résumé.....	49

I. Introduction

A. Etat des lieux

L'Organisation Mondiale de la Santé a mis en place entre 2013 et 2020 un plan d'action pour la santé mentale. Elle définit la santé mentale comme un concept qui englobe la promotion du bien-être, la prévention des troubles mentaux, le traitement et la réadaptation des personnes atteintes de ces troubles. Elle pointe du doigt la précarité du système de soin psychiatrique à travers le monde ainsi que les discriminations dont sont victimes les patients qui en souffrent, aussi bien en population générale que les soignants (1).

Les pathologies psychiatriques sont très fréquentes en médecine générale bien qu'elles ne représentent qu'un faible pourcentage du nombre total de consultations (2) (3). Parmi cet ensemble très large, les troubles de l'humeur sont les pathologies psychiatriques les plus fréquemment rencontrées en soin primaire (2) et tout particulièrement l'épisode dépressif caractérisé (4). Il est souvent étroitement lié aux troubles anxieux.

En France, l'INSERM indique qu'une personne sur cinq souffrira de dépression un jour dans sa vie et assure qu'une prise en charge adaptée est efficace dans 70% des cas (5) ce qui représente un enjeu majeur de santé publique. En effet il est estimé que la santé mentale est aujourd'hui le 1^{er} problème de santé publique devant les maladies cardiovasculaires avec un coût total économique et social de 109 milliards d'euros (6).

Le médecin généraliste se trouve au cœur de cette problématique car il est le 1^{er} recours des patients qui souffrent de syndrome dépressif avant les psychiatres. Il bénéficie également d'un important volume de patients qui augmente le taux d'incidence de cette pathologie dans sa consultation (7).

Cependant le médecin généraliste rapporte des difficultés diagnostiques dans le cadre de l'épisode dépressif caractérisé (8). En effet, si celui-ci est typique et intense son identification est aisée (9), mais les praticiens sont plus en difficulté dès que la présentation clinique est atypique, avec des symptômes peu marqués ou si ce n'est pas le motif de consultation principal (10) (11).

Ceci pose un réel problème dès lors que l'on sait que les présentations cliniques d'épisode dépressif caractérisé les plus fréquentes en soin primaire sont les manifestations légères (12). Les symptômes rapportés par les patients peuvent également être physiques et peu spécifiques : asthénie, douleurs chroniques. La littérature nous apprend qu'ils sont moins compétents que les psychiatres pour ce qui est du diagnostic d'épisode dépressif caractérisé atypique (13).

En résumé les médecins généralistes sont amenés à évoquer un épisode dépressif caractérisé dans de nombreuses situations qui sont loin d'être des diagnostics évidents (14).

Une fois celui-ci posé, les données dont nous disposons sur la prise en charge et le traitement sont discordantes (8). On observe dans la littérature que lorsque le médecin généraliste parvient à poser un diagnostic d'épisode dépressif caractérisé, le traitement est adapté selon les recommandations des bonnes pratiques (15). Cependant, ils sont confrontés à des problèmes plus généraux sur l'évaluation de la gravité, la durée de prescription, l'adaptation du traitement qu'il soit médicamenteux ou non médicamenteux (16). Il existe également des difficultés majeures dans le suivi, l'observance et l'acceptation par les patients de ces diagnostics qui véhiculent une connotation négative dans la société (17).

On arrive alors à de nombreux patients qui ne sont pas diagnostiqués ou qui ne bénéficient pas d'un traitement adapté. Ces multiples carences de prise en charge aboutissent à des complications qui pénalisent le patient et la société (12).

De leur côté les médecins généralistes justifient ces mauvais résultats en avançant le manque de temps et l'absence d'une tarification juste pour la prise en charge de ces pathologies jugées chronophages (18).

Pour améliorer le dépistage, le diagnostic et l'évaluation par les praticiens du degré de sévérité de l'épisode dépressif caractérisé, de nombreuses échelles validées et efficaces ont été développées (19) (18). Elles sont cependant très peu utilisées en pratique courante en médecine générale, les médecins généralistes avançant à nouveau le manque de temps. Ils indiquent ainsi préférer se référer à leur intuition (20).

Pour améliorer la prise en charge de l'épisode dépressif caractérisé en optimisant la performance diagnostique des médecins généralistes, il faut donc les inciter à utiliser ces échelles. La caisse nationale d'assurance maladie a déjà mis en place la cotation d'un acte ayant pour but de valoriser financièrement le temps passé par le médecin généraliste lors de l'utilisation d'une de ces échelles.

B. Définitions préalables et données initiales

1. L'épisode dépressif caractérisé

a) Définition

Le diagnostic de l'épisode dépressif caractérisé est exclusivement clinique. Il repose sur des classifications internationales reconnues comme la CIM-10 de l'OMS ou le DSM-V qui est la cinquième et dernière édition du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux de l'Association Américaine de Psychiatrie. Selon la HAS, cette dernière est la plus utilisée en pratique clinique et c'est donc celle qui sera retenue pour définir l'épisode dépressif caractérisé (21).

Ainsi l'épisode dépressif caractérisé est défini selon les critères suivants :

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

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

- Humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, presque tous les jours, signalée par le sujet (sentiment de tristesse ou vide) ou observée par les autres (pleurs).
- Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités pratiquement toute la journée, presque tous les jours.
- Perte ou gain de poids significatif (5%) en l'absence de régime, ou diminution ou augmentation de l'appétit tous les jours.
- Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours.
- Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours.
- Fatigue ou perte d'énergie tous les jours.
- Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée (qui peut être délirante) presque tous les jours (pas seulement se faire grief ou se sentir coupable d'être malade).
- Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).
- Pensées de mort récurrentes (pas seulement une peur de mourir), idées suicidaires récurrentes sans plan précis ou tentative de suicide ou plan précis pour se suicider.

- Les symptômes induisent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.
- Les symptômes ne sont pas imputables aux effets physiologiques directs d'une substance ou d'une affection médicale générale.
- L'épisode ne répond pas aux critères du trouble schizoaffectif et ne se superpose pas à une schizophrénie, à un trouble schizophréniforme, à un trouble délirant ou à une autre trouble psychotique.
- Il n'y a jamais eu d'épisode maniaque ou hypomaniaque.

b) Classification du degré de gravité

Une fois le syndrome dépressif caractérisé défini et diagnostiqué, il convient de préciser quels sont ses critères de gravité. Là encore, les classifications CIM-10 et DSM-V proposent chacune une définition selon trois stades. La HAS a repris ceux de la DSM-V selon le tableau suivant :

Intensité de l'épisode dépressif caractérisé	Nombre de symptômes		Retentissement sur le mode de fonctionnement du patient
	CIM-10	DSM-5	
Léger	2 symptômes dépressifs principaux et 2 autres symptômes dépressifs	Peu ou pas de symptômes supplémentaires par rapport au nombre nécessaire pour répondre au diagnostic	Retentissement léger sur le fonctionnement (perturbé par les symptômes) Quelques difficultés à poursuivre les activités ordinaires et les activités sociales, mais celles-ci peuvent être réalisées avec un effort supplémentaire
Modéré	2 symptômes dépressifs principaux et 3 à 4 autres symptômes dépressifs	Le nombre des symptômes est compris entre « léger » et « grave »	Le dysfonctionnement pour les activités se situe entre ceux précisés pour l'épisode léger et l'épisode sévère
Sévère	3 symptômes dépressifs principaux et au moins 4 autres symptômes dépressifs	Le nombre des symptômes est en excès par rapport au nombre nécessaire pour faire le diagnostic	Les symptômes perturbent nettement les activités professionnelles, les activités sociales courantes ou les relations avec les autres : par exemple difficultés considérables voire une incapacité à mener le travail, les activités familiales et sociales

Tableau 1 : HAS – Synthèse – Episode dépressif caractérisé de l'adulte : prise en charge en soin de 1^{er} recours

Si l'épisode dépressif est sévère, aux précédents symptômes évoqués peuvent s'associer des idées suicidaires (planifications, intentions ou tentative), des symptômes psychotiques (hallucination, délire) qui sont plus fréquemment congruents à l'humeur ainsi qu'une incapacité à maintenir les activités quotidiennes : hygiène corporelle, alimentation ...

2. Epidémiologie de l'épisode dépressif caractérisé en médecine générale

En France, si l'on reprend le baromètre épidémiologique hebdomadaire de Santé Publique France de 2017, la prévalence de l'épisode dépressif caractérisé en population générale chez les patients de 18 à 75 ans est de 9.8%. Elle était significativement plus marquée chez les femmes (13%) que chez les hommes (6.4%). Etonnamment la prévalence était maximale entre 18 et 44 ans (11.5%) (22).

Par ailleurs, Santé Publique France pointe du doigt une hausse de 22.5% entre 2010 et 2017.

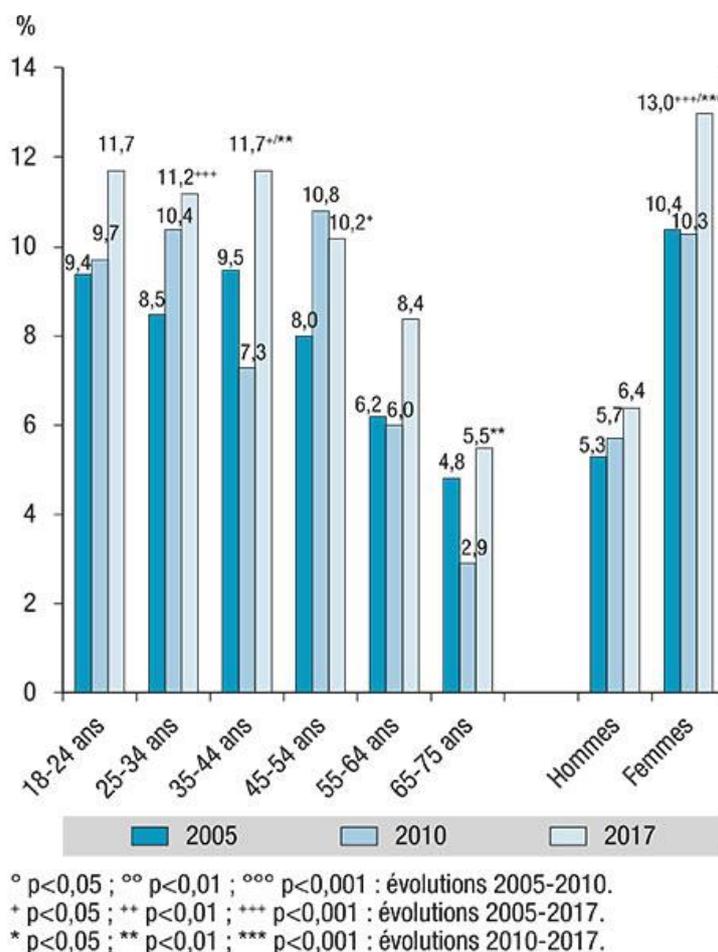


Figure 1 : Baromètre santé 2005, 2010, 2017, Santé Publique France

L'échantillon de cette étude (25 319) étant considéré comme représentatif de la population française, il permet d'avoir un aperçu de ce que peut être la prévalence de l'épisode dépressif caractérisé dans le cadre d'une consultation chez le médecin généraliste.

3. Les échelles de dépistage de la dépression

Les échelles de diagnostic de l'épisode dépressif caractérisé sont des outils fiables et validés permettant d'améliorer la performance diagnostique du médecin généraliste (2) (23).

Elles sont utilisées pour le diagnostic mais également pour évaluer le degré de sévérité de la pathologie et mesurer l'efficacité du traitement.

Parmi l'ensemble des échelles existantes, 5 principales ont été retenues par la HAS pour une utilisation en soin primaire par le médecin généraliste (21). Elles sont détaillées ci-dessous.

a) Échelle de Dépression de Montgomery et Asberg (MADRS)

Cette échelle comporte 10 items et permet d'évaluer l'intensité d'un syndrome dépressif et d'assurer un suivi sous traitement. Il s'agit d'un hétéro-questionnaire qui concerne la symptomatologie sur la semaine précédente et ne concerne que les patients de 18 ans et plus.

Chaque item est coté de 0 à 6. Le score total correspond à la somme de chaque cotation et varie de 0 à 60.

de 0 à 6 points : le patient est considéré comme sain.

de 7 à 19 points : le patient est considéré comme étant en dépression légère.

de 20 à 34 points : le patient est considéré comme étant en dépression moyenne.

> 34 points : le patient est considéré comme étant en dépression sévère.

b) Hamilton Depression Rating Scale (HDRS)

Cette échelle a été publiée dans les années 1960 et comporte 17 items. Elle a été révisée 4 fois depuis sa création. Initialement développée pour évaluer l'efficacité des antidépresseurs, elle fait partie d'une des échelles les plus connues et utilisées et permet d'explorer toutes les facettes de la dépression, du diagnostic à l'efficacité du traitement.

Elle se présente sous la forme d'un hétéro-questionnaire qui explore la symptomatologie sur la semaine précédente et qui s'applique aux patients de plus de 16 ans.

Chaque item correspond à une cotation qui dépend de la sévérité du symptôme exploré. Le score correspond à la somme de ces cotations puis les résultats sont interprétés de la manière suivante :

- de 10 à 13 : les symptômes dépressifs sont légers
- de 14 à 17 : les symptômes dépressifs sont légers à modérés
- au-dessus de 18 : les symptômes dépressifs sont modérés à sévères

Sa durée est évaluée à moins de 10 minutes.

c) Inventaire de dépression de Beck (BDI)

Cette échelle a été publiée en 1960 et comporte 21 items. Elle a été révisée 2 fois depuis lors afin de mieux répondre aux nouveaux critères de l'épisode dépressif caractérisé.

Il s'agit d'un auto-questionnaire réservé aux patients de 13 ans et plus dans lequel le patient estime la fréquence des symptômes au cours des deux dernières semaines. Pour chaque item, le patient doit choisir une réponse parmi quatre phrases correspondant à un degré d'intensité. Chacun de ces items est coté 0, 1, 2, ou 3 selon l'intensité du symptôme. Le score correspond à la somme de ces cotations et varie de 0 à 63. Les résultats sont interprétés de la manière suivante :

< 13 : absence de dépression

≥ 14 : dépression

- Légère pour un score de 14 à 19
- Modérée pour un score de 20 à 28
- Sévère pour un score de score de 29 à 63

Le temps de remplissage est évalué entre 5 et 10 minutes.

d) Inventaire de personnalité multiphasique du Minnesota (MMPI)

Développé à l'origine comme un test de dépistage de la personnalité, il a été décliné en plusieurs échelles dites de validités et cliniques dont la 2^{ème} correspond à la dépression. Il permet d'explorer les divers aspects du syndrome dépressif caractérisé mais est peu utilisé en pratique clinique en soin de premier recours.

e) Inventaire d'anxiété situationnelle et de trait d'anxiété (STAI)

Cette échelle auto-évaluative comprend 2 questionnaires et comporte 40 items. Elle évalue l'anxiété du sujet qui y répond.

4. Acte CCAM : cotation ALQP003

L'utilisation de l'une des échelles de dépistage et diagnostic de la dépression précédemment citées par le médecin généraliste l'autorise à se servir de la cotation CCAM ALQP003. Cette dernière est disponible depuis 2007. Elle n'est utilisable qu'une fois par an et par patient et est rémunérée 69,12€.

Les données de la CPAM du Gard entre 2014 et 2018 ont été préalablement recueillies.

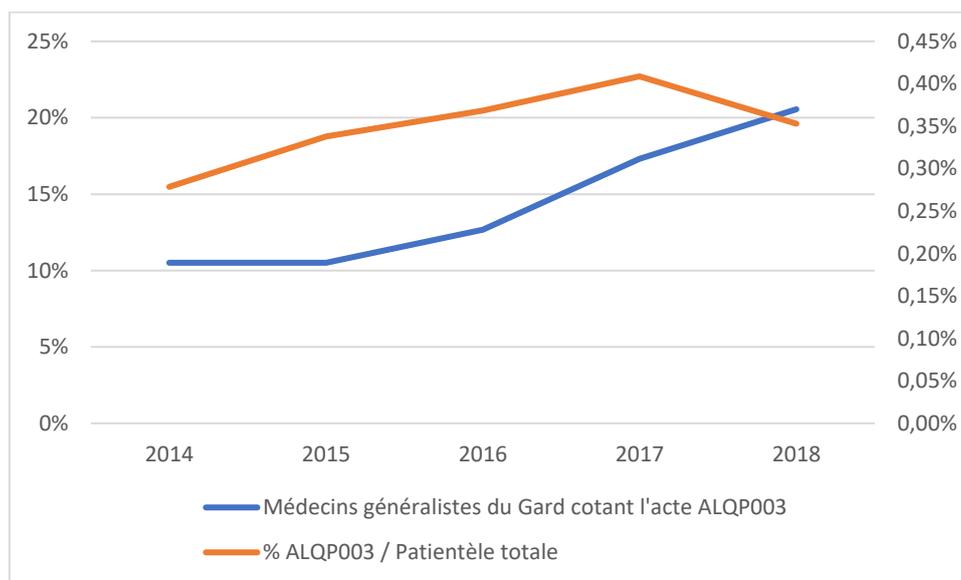


Figure 2 : Evolution de l'utilisation de la cotation ALQP003 par les médecins généralistes du Gard entre 2014 et 2018

La courbe bleue sur la figure 2 graphique représente le pourcentage de médecins généralistes du Gard cotant l'acte ALQP003 par rapport au nombre total de généralistes. La courbe orange quant à elle montre le pourcentage d'acte ALQP003 sur le nombre total de patients des généralistes du Gard. On peut observer une faible proportion de professionnels de santé exécutants (68 en 2014, 133 en 2018) mais on passe de 11% à 21% d'utilisateurs entre 2014 et 2018 soit une augmentation de l'utilisation de 95%.

Cette augmentation se retrouve également sur la quantité d'actes effectués (2169 en 2014, 2671 en 2018) car on constate que l'on passe de 0,28% à 0,35% entre 2014 et 2018, ce qui représente une hausse de 23,1%.

Ces chiffres montrent que les médecins généralistes sont de plus en plus nombreux à utiliser la cotation ALQP003 mais que cela ne correspond pas à la prévalence de l'épisode dépressif caractérisé en médecine générale.

C. Problématique

L'épisode dépressif caractérisé est donc une pathologie très fréquente en consultation de médecine générale, difficile à diagnostiquer si la présentation clinique est légère ou atypique, ce qui représente tout de même une part importante des patients. Il existe cependant de nombreuses échelles validées pour faciliter le diagnostic. Pourtant, ces échelles sont peu connues et peu utilisées par les praticiens notamment à cause du temps de réalisation qu'elles demandent et bien qu'une cotation spécifique ait été mise en place mais soit peu utilisée.

Ainsi, il serait intéressant de voir si une intervention brève sous forme de mail didactique comprenant une information claire et concise sur l'épisode dépressif caractérisé ainsi qu'un accès facilité à une échelle simple d'utilisation reconnue comme efficace dans l'aide au diagnostic d'épisode dépressif emporteraient l'adhésion du médecin généraliste ?

II. Matériel et méthode

A. Matériel

1. Critère de jugement principal

Dans le cadre de cette étude, et suite aux données issues de la revue de littérature précédemment évoquées, il est décidé de baser notre critère de jugement principal sur l'utilisation de la cotation ALQP003 par les médecins généralistes du Gard. C'est en effet le seul paramètre objectif mesurable à disposition car elle est le reflet de l'utilisation des échelles de dépression par le médecin généraliste dans le cadre du soin primaire.

L'utilisation de cette cotation sera mise en corrélation avec la complétion de l'échelle Hamilton, décrite précédemment, car elle est la plus connue et la plus utilisée par les médecins généralistes (18).

Ainsi, les données concernant la cotation ALQP003 durant les trois mois précédents et suivants la campagne d'information seront récupérées, via la CPAM, afin d'analyser son évolution et donc quantifier l'impact de la stimulation auprès des médecins généralistes du Gard.

2. Support de diffusion de l'information

Une fois l'épisode dépressif caractérisé défini, l'échelle Hamilton sélectionnée et l'évolution de l'utilisation de l'ALQP003 choisi comme paramètre mesurable pour quantifier le diagnostic de l'épisode dépressif caractérisé en médecine générale, il a fallu définir le moyen de communication.

A l'heure du tout numérique et pour faciliter la diffusion de l'information, le choix d'un support informatique via la rédaction d'un mail afin de toucher l'ensemble d'une population définie a été fait. Un second mail a également été envoyé aux personnes ayant accepté d'être recontactées.

a) 1^{er} mail

Le mail comprenait une introduction présentant l'auteur de l'étude et les généralités sur la place du médecin généraliste dans le dépistage et le diagnostic de l'épisode dépressif issues de notre revue de littérature :

« Bonjour,

Je suis interne en médecine générale et je réalise une thèse sur le dépistage et le diagnostic d'un épisode dépressif caractérisé (EDC) par les médecins généralistes du Gard.

Ma thèse a pour objectif d'évaluer l'efficacité d'une courte campagne de sensibilisation auprès des médecins généralistes, concernant l'utilisation des outils à leur disposition dans le cadre de la prise en charge d'un patient souffrant de symptômes dépressifs.

Vous êtes en 1^{ère} ligne lorsqu'il s'agit d'identifier une situation pouvant amener au diagnostic de dépression. L'enjeu principal étant de le poser le plus précocement possible.

Pour cela il existe des outils validés et reconnus par la HAS permettant de faciliter ce travail. Ces derniers sont disponibles sous forme d'échelle à remplir au cours d'une consultation dont la plus connue et la plus robuste est l'échelle Hamilton. Vous obtenez alors un score permettant de poser ou non le diagnostic et de guider la suite de la prise en charge.

Je vous propose donc une fiche informative simple rappelant les principaux éléments du diagnostic, l'échelle Hamilton et la cotation qui lui est associée. »

Afin de rendre cette information plus claire et plus lisible, le choix a été fait de compléter le mail par un visuel simple (figure 3) rappelant les informations essentielles. Celui-ci a été construit en 3 parties :

- **Première partie**

Une image simple rappelant les principaux éléments du diagnostic de l'épisode dépressif caractérisé, y compris les symptômes atypiques a été créée, en insistant sur les éléments de doute pouvant interférer dans le raisonnement clinique.

- **2ème partie**

Elle fait état de rappels sur l'échelle Hamilton à savoir le nombre d'items, la durée estimée de sa réalisation et les informations que son utilisation peut fournir au médecin généraliste qui l'utilise.

- **3ème partie**

Enfin, le nom de la cotation CCAM : ALQP003 et sa valeur de facturation soit 69,12€ sont rappelés.



Figure 3 : Support visuel envoyé par mail

Toujours dans le but d'améliorer la compréhension et l'adhésion des médecins généralistes, un lien direct vers une échelle Hamilton informatisée proposée par MG France a été ajouté.

Pour finir le mail comprenait un lien vers un 1^{er} questionnaire, décrit ci-après, et se terminait par les remerciements d'usage.

b) 2^{ème} mail

Le 2^{ème} mail était basé sur une construction identique au premier afin de conserver les codes de communication.

Il comportait en premier lieu un rappel sur son objectif :

« *Bonjour,*

Vous avez accepté d'être recontacté dans le cadre de ma thèse sur le dépistage et le diagnostic d'un épisode dépressif caractérisé (EDC) par les médecins généralistes du Gard. Pour rappel, ma thèse a pour objectif d'évaluer l'efficacité d'une courte campagne de sensibilisation auprès des médecins généralistes concernant l'utilisation des outils à leur disposition dans le cadre de la prise en charge d'un patient souffrant de symptômes dépressifs.

Il vous était proposé un visuel didactique rappelant les principaux éléments du diagnostic, l'échelle Hamilton et la cotation qui lui est associée ainsi qu'un lien vérifié vers une échelle Hamilton informatisée. »

Ce texte était suivi du même visuel et du lien vers l'échelle Hamilton informatisée de MG France.

Pour finir, ce second mail comprenait un lien vers un 2^{ème} questionnaire, décrit ci-après, et se terminait lui aussi par les remerciements d'usage.

3. Objectifs secondaires

Aux données du critère de jugement principal ont été associées des données supplémentaires concernant la population d'étude :

- Age
- Sexe
- Lieu d'installation
- Connaissance des outils d'aide médicale informatisés
- Connaissance de l'échelle Hamilton et son utilisation
- Connaissance de la cotation ALQP003 et son utilisation

Ces données seront utiles pour préciser les caractéristiques de la population d'étude et ses connaissances relatives quant au sujet d'étude. Elles ont été récupérées via les questionnaires détaillé ci-dessous et inclus dans le corps des mails.

a) *Questionnaire Novembre*

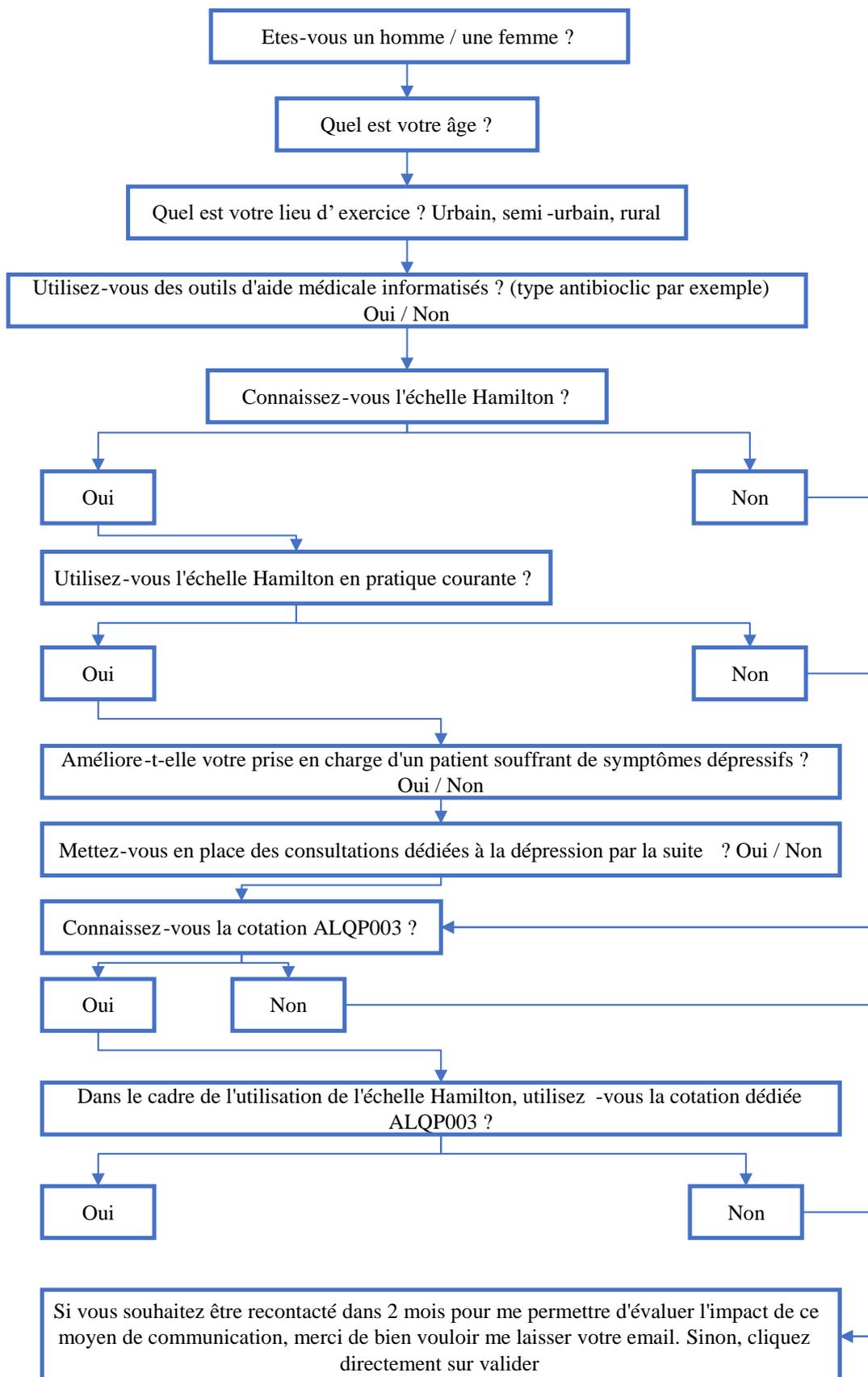


Figure 4 : 1er questionnaire envoyé aux médecins en Novembre 2010

Les 1^{ère}, 2^{ème} et 3^{ème} questions permettent de définir le sexe, l'âge et le lieu d'exercice de chaque répondant.

La 4^{ème} pose la question de l'utilisation ou non d'outils d'aide médicale informatisés type antibioclac.

La 5^{ème} question porte sur la connaissance ou non de l'échelle Hamilton.

- Si la réponse est négative, elle amène directement à la question 9.
- Si la réponse est positive, elle amène à la question 6.

La 6^{ème} question interroge sur l'utilisation en pratique courante de l'échelle Hamilton.

- Si la réponse est négative, elle amène à la question 9
- Si la réponse est positive, elle amène aux questions 7 et 8

La 7^{ème} questionne sur l'amélioration ressentie de la prise en charge d'un patient souffrant d'épisode dépressif par un médecin généraliste utilisant l'échelle Hamilton.

La 8^{ème} question porte sur la mise en place de consultations dédiées par un médecin généraliste utilisant l'échelle Hamilton.

La 9^{ème} interroge sur l'utilisation de la cotation ALQP003.

- Si la réponse est négative, elle amène à la question 11
- Si la réponse est positive, elle amène à la question 10

La 10^{ème} question porte sur l'utilisation de la cotation ALQP003 dans le cadre de la réalisation d'une échelle Hamilton. Le questionnaire se terminait là.

La 11^{ème} et dernière question propose aux médecins qui y avaient accès de laisser leurs coordonnées pour être recontactés 2 mois plus tard afin d'évaluer l'impact du mail.

La toute dernière page comporte les remerciements, le visuel et le lien vers l'échelle Hamilton informatisée.

b) Questionnaire Janvier

Dans ce second questionnaire, les médecins généralistes ayant accepté d'être recontactés répondent aux critères suivants :

- Ne pas connaître l'échelle Hamilton ni la cotation ALQP003
- Connaître l'échelle Hamilton mais pas la cotation ALQP003
- Connaître l'échelle Hamilton et la cotation ALQP003 mais ne pas utiliser cette dernière

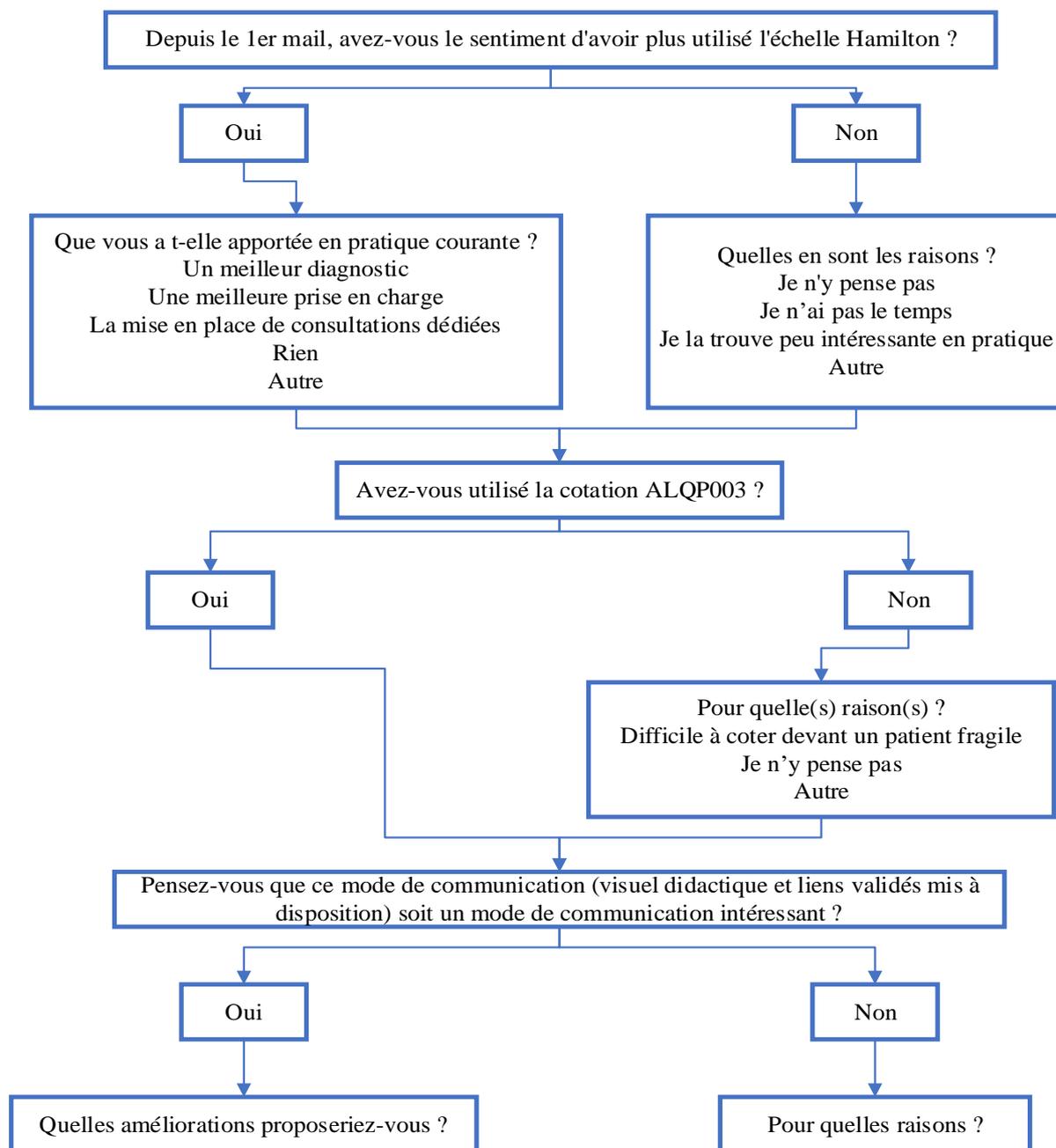


Figure 5 : 2ème questionnaire envoyé aux médecins en Janvier 2021

La 1^{ère} question demande aux généralistes s'ils ont eu le sentiment de plus utiliser l'échelle Hamilton après la 1^{ère} campagne de sensibilisation.

- Si la réponse est négative, elle amène à la question 2bis
- Si la réponse est positive, elle amène à la question 2

La question 2 est une question à choix multiples portant sur les apports de la réalisation de l'échelle Hamilton en pratique courante :

- Un meilleur diagnostic
- Une meilleure prise en charge
- La mise en place de consultations dédiées
- Rien
- Une option « Champ libre »

La question 2 bis est également une question à choix multiples afin de savoir pourquoi l'échelle Hamilton n'avait pas été plus utilisée par le répondant :

- Je n'y pense pas
- Je n'ai pas le temps
- Je le trouve peu intéressante en pratique
- Une option « champ libre »

La question 3 demande aux généralistes s'ils ont eu le sentiment de plus utiliser la cotation ALQP003 après la 1^{ère} campagne de sensibilisation.

- Si la réponse est négative, elle amène à la question 4.
- Si la réponse est positive elle amène à la question 5

La question 4 est une question à choix multiples portant sur les raisons de la non-utilisation de la cotation ALQP003 :

- Difficile à coter devant un patient fragile
- Je n'y pense pas
- Une option « champ libre »

La dernière page comporte les remerciements, le visuel et le lien vers l'échelle Hamilton informatisée.

B. Méthode

1. Elaboration des mails

a) Mail de Novembre

Le visuel a été élaboré via le logiciel Photoshop avec des créations de contenu et des images libres de droit.

Le lien vers l'échelle Hamilton informatisée a été récupéré via le site MG France où elle est en libre accès.

Les questionnaires ont été élaborés avec le logiciel en ligne Drag N' Survey via un abonnement payant. Les liens vers les questionnaires sont générés automatiquement grâce à des collecteurs et insérés dans le corps du mail. Les données collectées sont anonymes, à l'exception des médecins éligibles qui ont choisi de donner leur mail, et sont récupérées sous forme de tableau Excel.

Le corps du mail et sa mise en page ont été réalisés grâce à la solution de messagerie Gmail.

b) Mail de Janvier

Le visuel a été élaboré via le logiciel Photoshop avec des créations de contenu et des images libres de droit.

Le lien vers l'échelle Hamilton informatisée a été récupéré via le site MG France où elle est en libre accès.

Les questionnaires ont été élaborés avec le logiciel en ligne Drag N' Survey via un abonnement payant. Les liens vers les questionnaires sont générés automatiquement grâce à des collecteurs et insérés dans le corps du mail. Les données collectées sont anonymes et sont récupérées sous forme de tableau Excel.

Le corps du mail et sa mise en page ont été réalisés grâce à la solution de messagerie Gmail.

2. Moyens de diffusion

L'Ordre départemental des médecins du Gard a été sollicité afin de bénéficier de leur liste de diffusion. Ainsi le 1^{er} mail a été envoyé le vendredi 06/11/2020 à un total de 647 médecins généralistes.

Pour le 2^{ème} mail les adresses électroniques des généralistes éligibles et volontaires ont été récupérées. Celui-ci leur a été envoyé depuis l'adresse Gmail de l'auteur de l'étude. Au total ce 2^{ème} mail a été envoyé à 6 médecins le lundi 11/01/2021.

3. Méthode d'analyse des résultats

a) *Critère de jugement principal*

L'analyse du critère de jugement a été réalisée par le Dr Karolina Griffith du département de médecine générale de Montpellier. Elle a utilisé le test de Mc Nemar permettant la comparaison de deux valeurs appariées entre elles.

b) *Objectifs secondaires*

Les résultats ont été récupérés à l'aide du logiciel en ligne Drag'N Survey sous forme de tableau Excel. Ce dernier a été nettoyé et préparé pour permettre une analyse des données de manière descriptive.

Les moyennes, les écarts-type et les pourcentages ont été calculés via les formules correspondantes dans le logiciel Excel.

Ces résultats bruts ont été adaptés sous forme de diagrammes pour permettre une lecture plus aisée.

III. Analyse des résultats

A. Critère de jugement principal

La CPAM a communiqué les résultats sur le nombre de professionnels de santé ayant exécuté la cotation ALQP003 et la quantité d'actes réalisée avant et après la campagne d'information.

Ils sont présentés dans le tableau ci-dessous :

Données SNIIRAM au 23/03/2021 - Chargements au 31/01/2021	Aout 2020	Septembre 2020	Octobre 2020	Total	Novembre 2020	Décembre 2020	Janvier 2021	Total	Evolution
Nombre de professionnels de santé exécutants	64	68	69	114	74	78	80	125	9,6%
Quantité d'actes	220	339	290	849	311	325	316	952	12,1%

Tableau 2 : Données communiquées par la CPAM avant et après sensibilisation des médecins généralistes

Sur la période s'étendant d'août à octobre, il est constaté que 114 généralistes sur 647 ont utilisé la cotation ALQP003 (soit 17.6 %) réalisant 849 actes ALQP003 pour un total d'actes de 636 062 (soit 0.133%) sur une patientèle totale estimée à 749 362 sur l'année 2020.

Sur la période allant de novembre à janvier, 125 généralistes sur 647 ont utilisé la cotation ALQP003 (soit 19.31%) réalisant 952 actes ALQP003 pour un total d'actes de 648 753 (soit 0.146%).

Ainsi le nombre de professionnels de santé qui ont exécuté l'acte ALQP003 a progressé de 9,6% et le nombre d'actes réalisés a augmenté de 12,1% après la campagne d'information.

Nous avons comparé le pourcentage de médecins ayant coté l'ALQP003 ainsi que le pourcentage d'actes ALQP003 sur le nombre d'actes total avant et après stimulation avec le test de Mc Nemar. Les résultats sont présentés dans le tableau 2 ci-dessous :

	McNemar's chi-squared	Df	P value
Comparaison du nombre de généralistes exécutants l'ALQP003 Avant / Après	251.746	1	<0.00001
Comparaison du nombre d'actes ALQP003 sur le nombre d'actes total fait par les médecins généralistes Avant / Après	632360.70	1	<0.00001

Tableau 3 : Résultats obtenus à partir du test statistique de Mc Nemar

Les résultats sont significatifs avec un p inférieur à 0.05 pour les deux comparaisons.

B. Objectifs secondaires

1. Questionnaire 1

Le 1^{er} mail a été envoyé le 06/11/2020 via la liste de diffusion du conseil de l'Ordre des médecins du Gard. Sur les 647 médecins contactés, 37 ont répondu avec un taux de complétion de 100%, soit un taux de réponse de 5,72%. Les résultats obtenus sont détaillés ci-après.

a) Caractéristiques de la population d'étude

La figure 6 ci-dessous montre la répartition homme / femme, à savoir 58% d'hommes (soit 22 répondants) et 42% de femmes (soit 16 répondants).

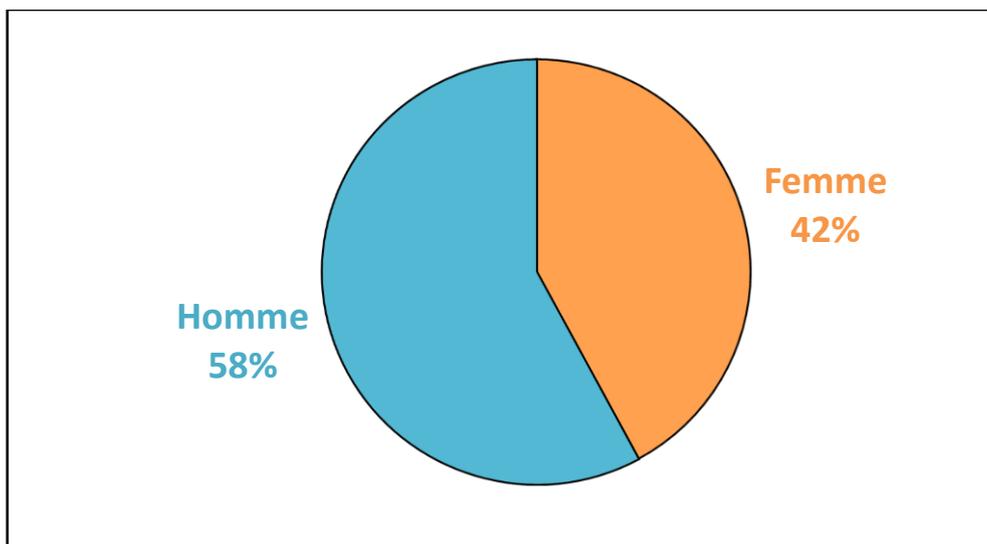


Figure 6 : Répartition des répondants au 1^{er} questionnaire par sexe

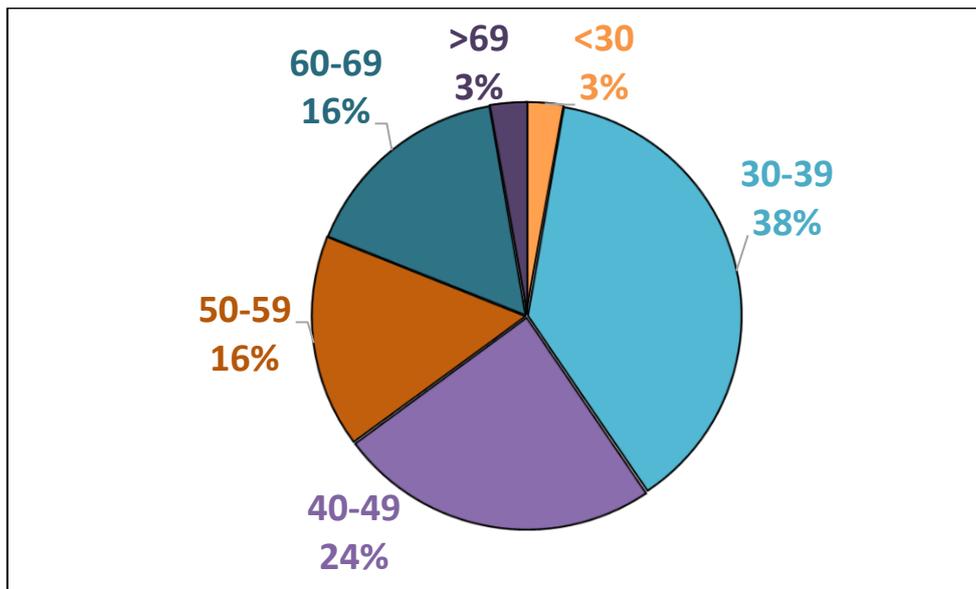


Figure 7 : Répartition des répondants au 1^{er} questionnaire par âge (exprimé en %)

Les figures 7 et 8, représentent la répartition de l'âge des répondants, regroupés par tranche de 10 ans en 10 ans :

- Moins de 30 ans : 3% soit 1 répondant
- Entre 30 et 39 ans : 38% soit 14 répondants
- Entre 40 et 49 ans : 24% soit 9 répondants
- Entre 50 et 59 ans : 16% soit 6 répondants
- Entre 60 et 69 ans : 16% soit 6 répondants
- Plus de 69 ans : 3% soit 1 répondant

La moyenne d'âge est donc de 45.5 ans

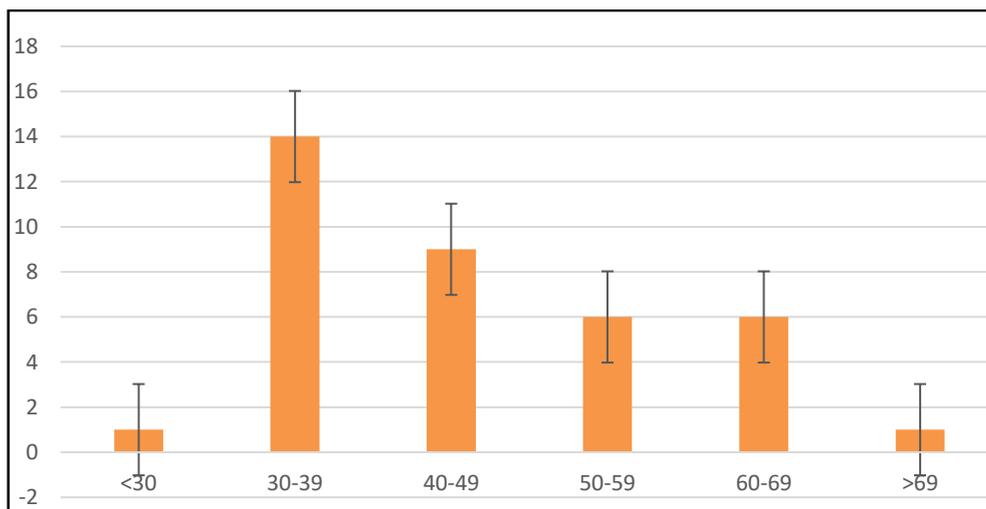


Figure 8 : Répartition des répondants selon leur nombre avec écart type

Enfin, la figure 9 permet de voir la répartition des répondants selon leur lieu d'exercice. On observe que 68% des répondants exercent en milieu semi-rural (soit 25), que 24% exercent en milieu urbain (soit 9) et que 8% exercent en milieu rural (soit 3).

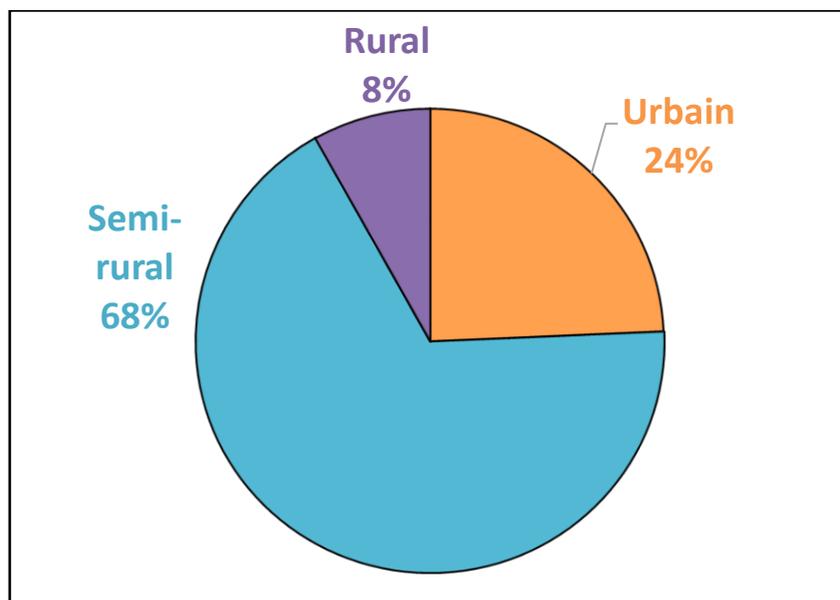


Figure 9 : Répartition des répondants selon leur lieu d'exercice

b) Outils d'aide médicale informatisés

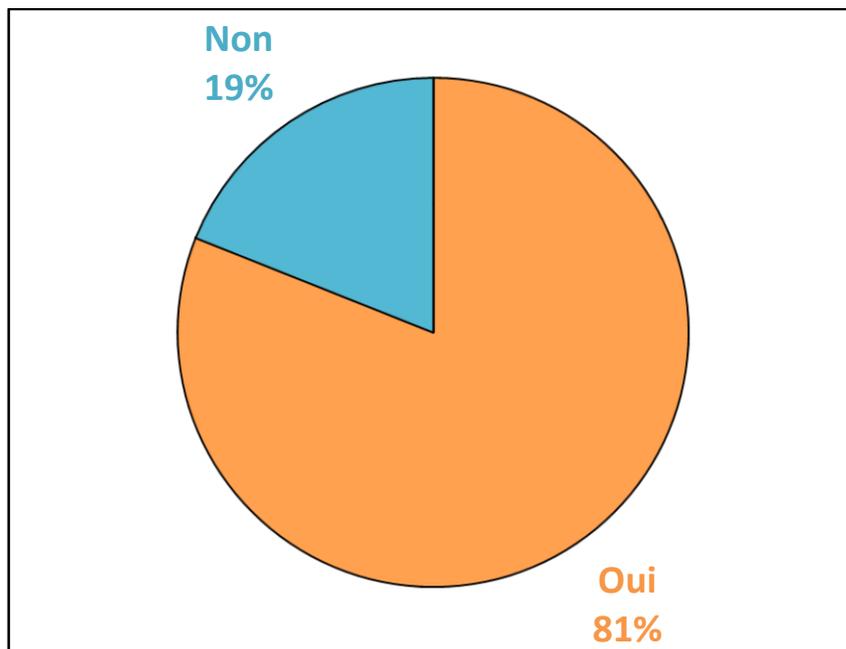


Figure 10 : Utilisation des outils d'aide médicale informatisés (type Antibiocliv)

La figure 10 ci-dessus montre la répartition des répondants utilisant des outils d'aide médicale informatisés (type Antibiocliv), ils sont 81% à déclarer s'en servir (soit 30) et 19% à ne pas en utiliser (soit 7).

En considérant la totalité des répondants de cette étude, si l'on compare ceux qui utilisent des outils informatisés avec ceux qui se servent de l'échelle Hamilton, on remarque que si 81% utilisent des outils informatisés (soit 30), seulement 30% se servent de l'échelle Hamilton (soit 11), comme indiqué sur la figure 11 ci-dessous.

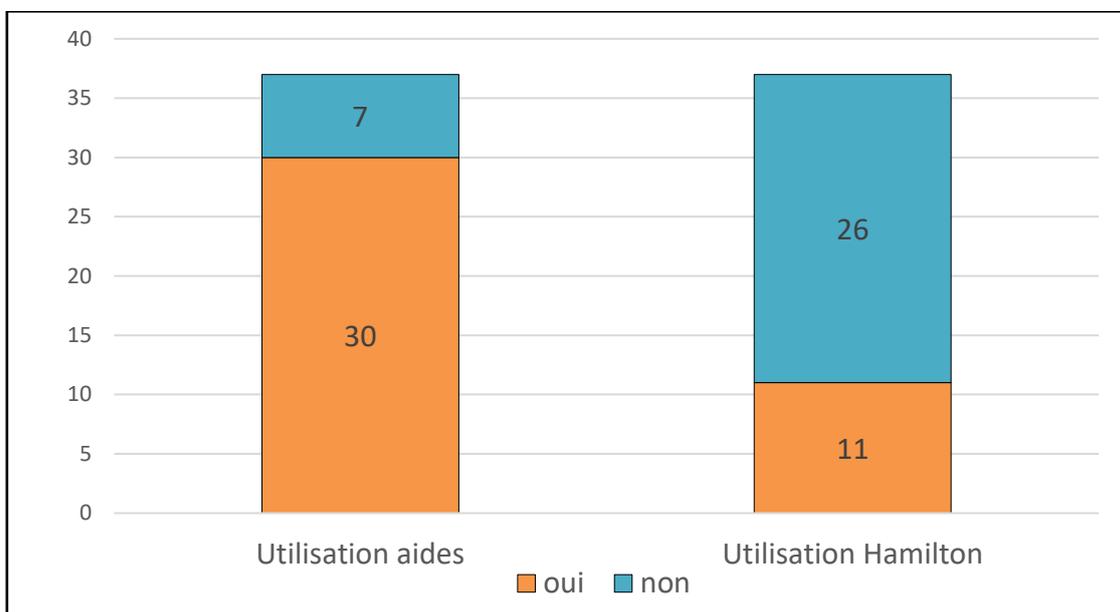


Figure 11 : Comparaison entre utilisation des outils médicaux informatisés et échelle Hamilton chez l'ensemble des répondants

Si l'on considère à présent uniquement ceux qui utilisent les outils informatisés (figure 12), on remarque que 33% d'entre eux utilisent l'échelle Hamilton (soit 10) et que 67% ne l'utilisent pas (soit 20). Le participant restant qui utilise l'échelle Hamilton le fait alors qu'il ne se sert pas d'outils d'aide médicale informatisés.

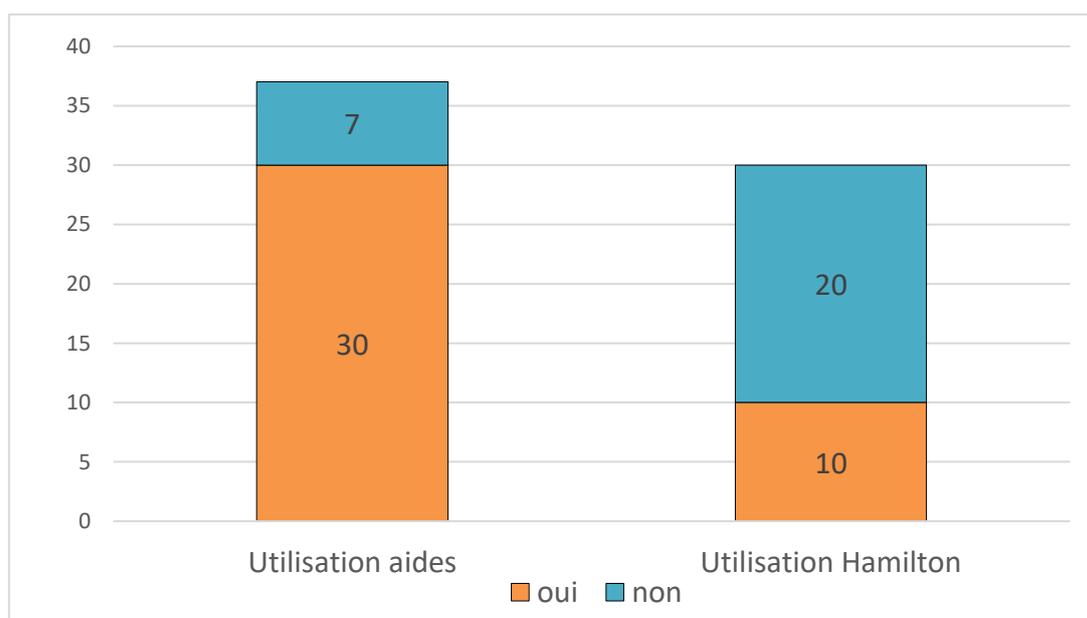


Figure 12 : Comparaison entre utilisation des outils médicaux informatisés et échelle Hamilton chez les répondants qui utilisent les outils médicaux informatisés

c) Echelle Hamilton

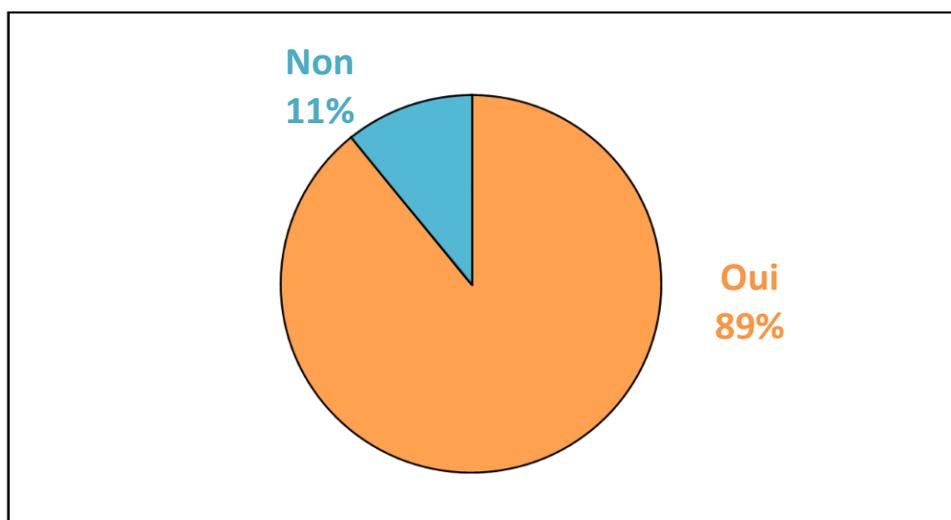


Figure 13 : Répartition chez les répondants de la connaissance de l'échelle Hamilton

Comme le montre la figure 13 ci-dessus, 89% des participants déclarent connaître l'échelle Hamilton (soit 33).

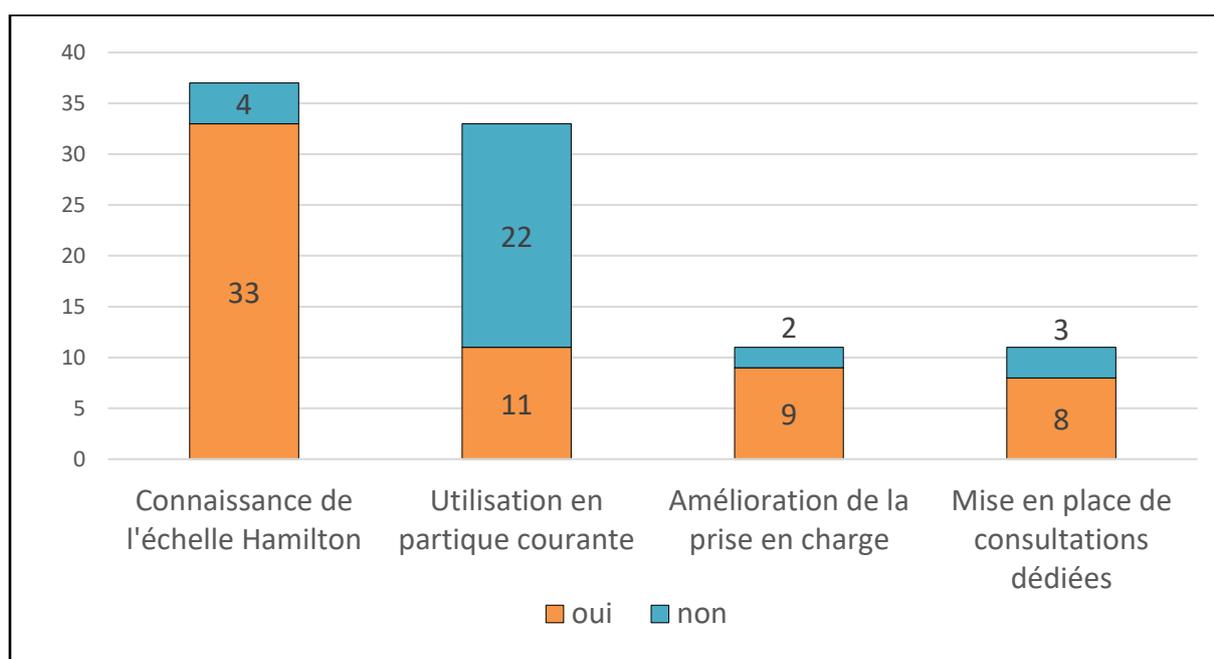


Figure 14 : Connaissance, utilisation et efficacité de l'échelle Hamilton chez les répondants

La figure 14 montre la répartition des répondants quant à leur connaissance et leur utilisation de l'échelle Hamilton, mais aussi quant aux résultats que cette utilisation leur apporte en pratique courante. Ainsi parmi les 33 participants qui déclarent la connaître, ils sont 33% à l'utiliser en pratique courante (soit 11) et 59% à ne pas l'utiliser (soit 22).

Sur les 11 médecins qui l'utilisent, 82% (soit 9) estiment qu'elle leur permet d'améliorer leur prise en charge de patients souffrant d'épisode dépressif caractérisé et 73% (soit 8) mettent en place des consultations dédiées par la suite.

- **Connaissance et utilisation en fonction de l'âge (figure 15 ci-après)**

- Moins de 30 ans :

Le seul répondant la connaît et l'utilise.

- Entre 30 et 39 ans

93% la connaissent (soit 13) dont 38% qui l'utilisent (soit 5) et 62% ne l'utilisent pas (soit 8).

- Entre 40 et 49 ans :

100% la connaissent (soit 9) dont 44% qui l'utilisent (soit 4) et 56% ne l'utilisent pas (soit 5).

- Entre 50 et 59 ans :

67% la connaissent (soit 4) et parmi eux 25% l'utilisent (soit 1) et 75% ne l'utilisent pas (soit 3).

- Entre 60 et 69 ans

83% la connaissent (soit 5) et parmi eux aucun ne l'utilise

- Plus de 69 :

Le seul répondant la connaît et ne l'utilise pas.

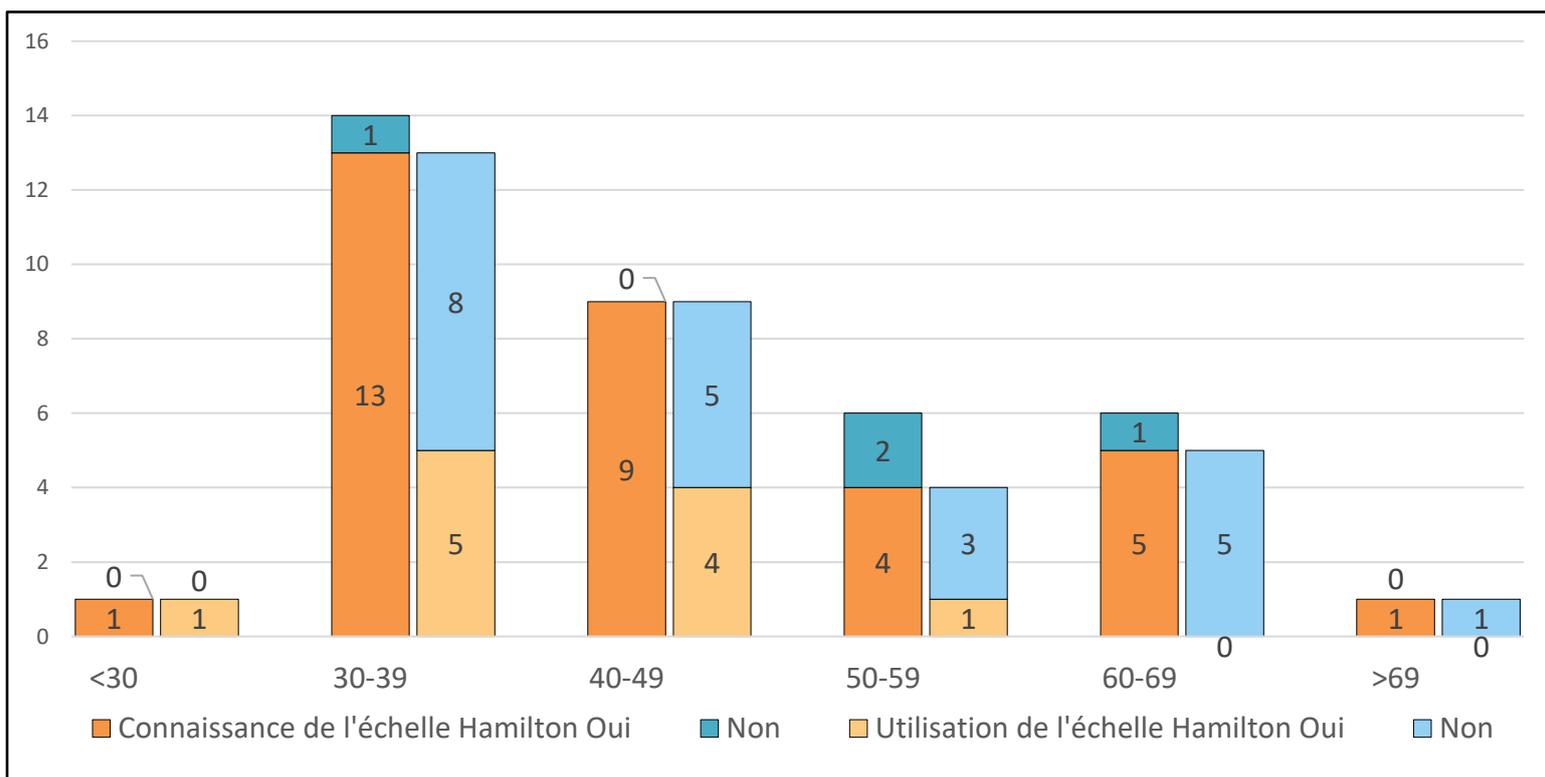


Figure 15 : Connaissance et utilisation de l'échelle Hamilton selon l'âge

- **Connaissance et utilisation en fonction du sexe (figure 16 ci-dessous)**

- Hommes

93% la connaissent (soit 14) et un seul ne la connaît pas, parmi ceux qui la connaissent 36% l'utilisent (soit 5) et 64% ne l'utilisent pas (soit 9).

- Femmes

86% la connaissent (soit 19) et 14% ne la connaissent pas (soit 3). Parmi ceux qui la connaissent, 32% l'utilisent (soit 6) et 68% ne l'utilisent pas (soit 13).

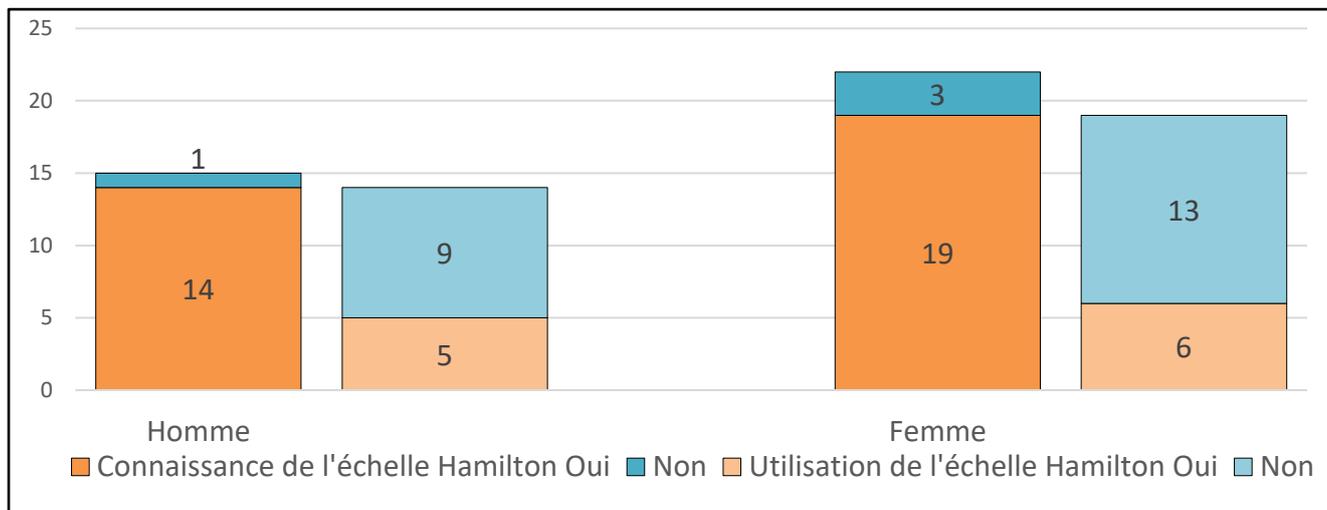


Figure 16 : Connaissance et utilisation de l'échelle Hamilton en fonction de l'âge

• **Connaissance et utilisation en fonction du lieu d'exercice (figure 17)**

- Rural

100 % la connaissent (soit 3) et aucun ne l'utilise.

- Semi-rural

88% la connaissent (soit 22) et 12% ne la connaissent pas (soit 3). Parmi ceux qui la connaissent, 45% l'utilisent (soit 10) et 55% ne l'utilisent pas (soit 12).

- Urbain

89% la connaissent (soit 8) et 11% ne la connaissent pas (soit 1). Parmi ceux qui la connaissent, 12% l'utilisent (soit 1) et 88% ne l'utilisent pas (soit 7).

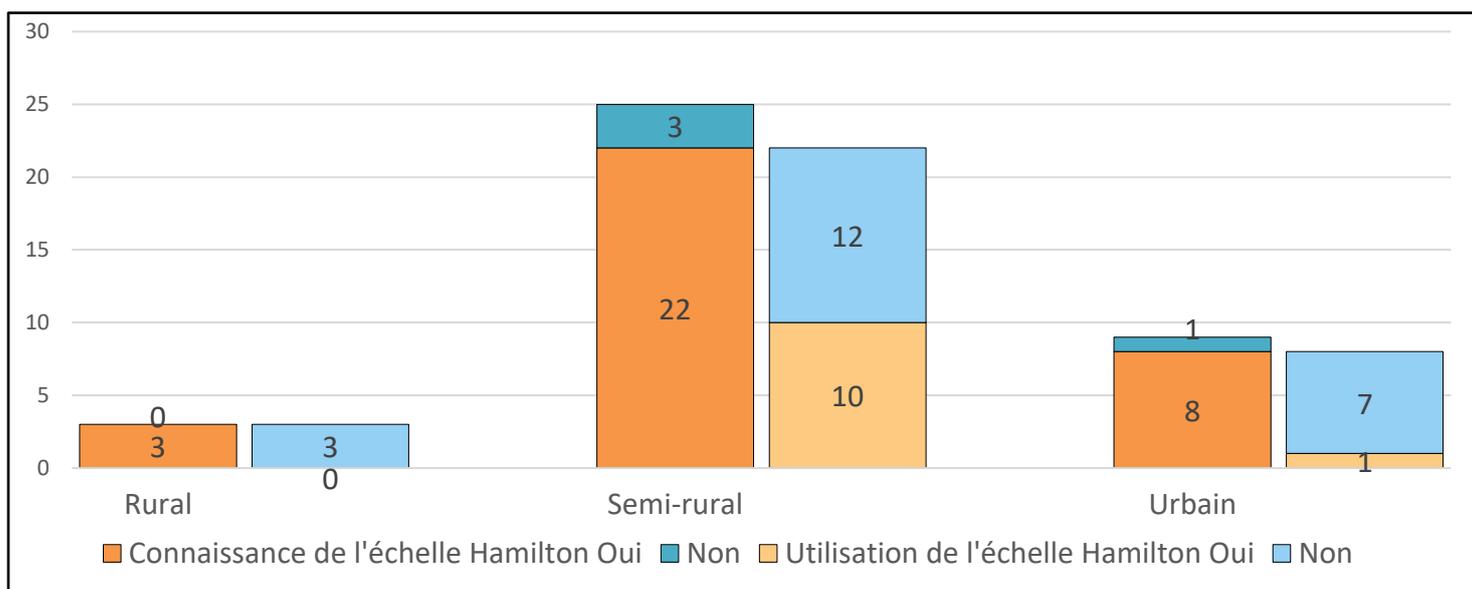


Figure 17 : Connaissance et utilisation de l'échelle Hamilton en fonction du lieu d'exercice

d) Cotation ALQP003

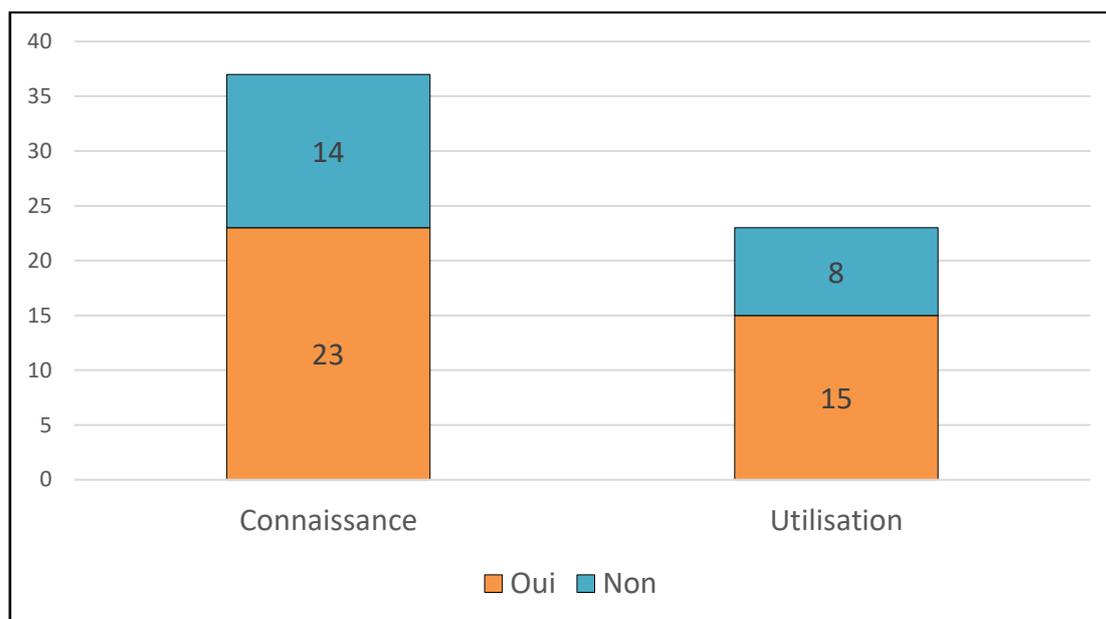


Figure 18 : Répartition chez les répondants de la connaissance et utilisation de la cotation CCAM ALQP003

Comme le montre la figure 18, 62% des répondants déclarent connaître la cotation CCAM ALQP003 (soit 23) et 38% ne la connaissent pas (soit 14). Parmi les généralistes qui la connaissent, 65% l'utilisent en association avec une échelle de la dépression (soit 15) et 35% ne l'utilisent pas (soit 8).

- **Connaissance et utilisation en fonction de l'âge (figure 19)**

- Moins de 30 ans :

Le seul répondant la connaît et l'utilise.

- Entre 30 et 39 ans :

71% la connaissent (soit 10) et 29% ne la connaissent pas (soit 4). Parmi ceux qui la connaissent, 80% l'utilisent (soit 8) et 20% ne l'utilisent pas (soit 2).

- Entre 40 et 49 ans :

78% la connaissent (soit 7) et 22% ne la connaissent pas (soit 2). Parmi ceux qui la connaissent, 44% l'utilisent (soit 4) et 56% ne l'utilisent pas (soit 3).

- Entre 50 et 59 ans :

33% la connaissent (soit 2) et 67% ne la connaissent pas (soit 4). Parmi ceux qui la connaissent, 50% l'utilisent (soit 1) et 50% ne l'utilisent pas (soit 1).

- Entre 60 et 69 ans

Ils sont 50% à la connaître (soit 3) et 50% ne la connaissent pas (soit 3). Parmi ceux qui la connaissent, 33% l'utilisent (soit 1) et 67% ne l'utilisent pas (soit 3)

- Plus de 69 :

Le seul répondant ne la connaît pas et ne l'utilise pas.

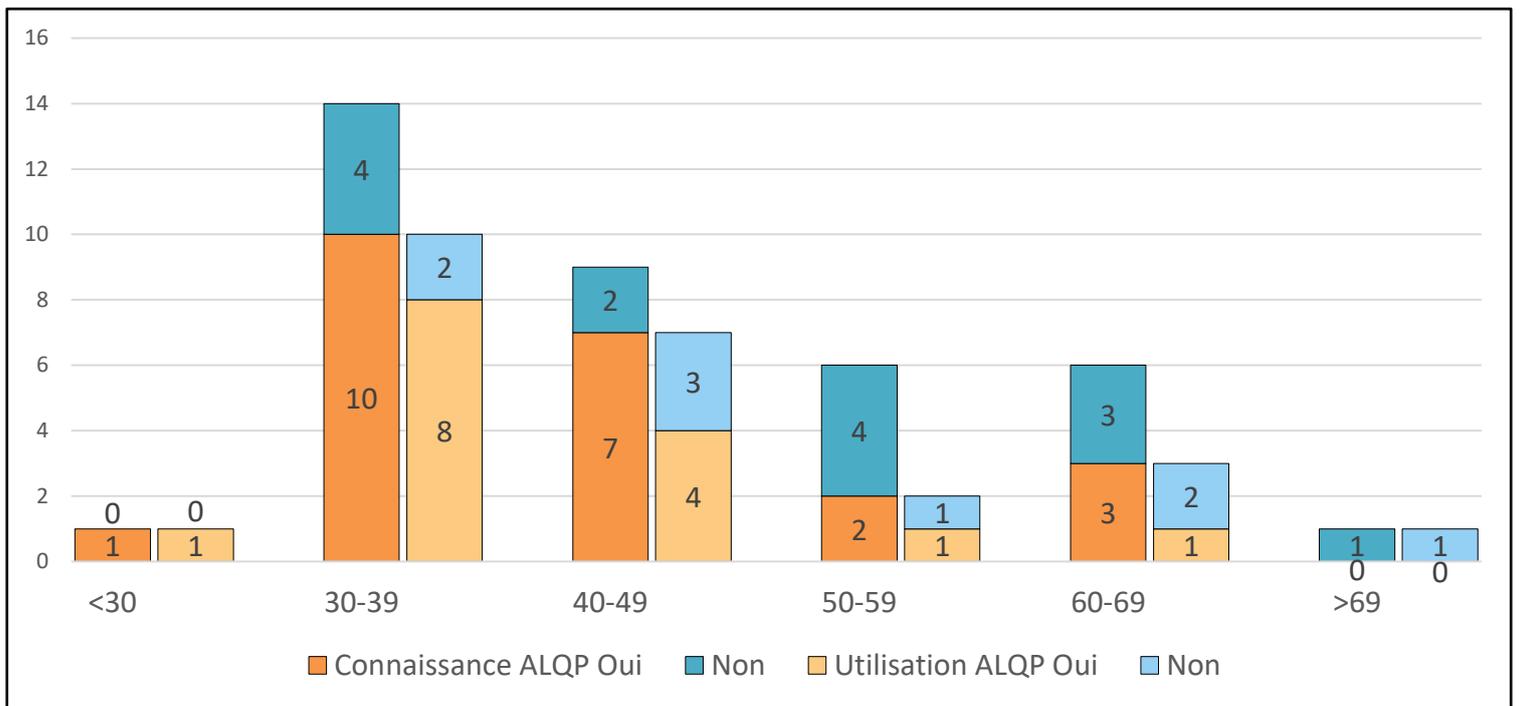


Figure 19 : Connaissance et utilisation de la cotation ALQP003 en fonction de l'âge

- **Connaissance et utilisation en fonction du sexe (figure 20)**

- Hommes

73% la connaissent (soit 11) et 27% ne la connaissent pas (soit 4). Parmi ceux qui la connaissent, 55% l'utilisent (soit 6) et 45% ne l'utilisent pas (soit 5).

- Femmes

55% la connaissent (soit 12) et 45% ne la connaissent pas (soit 10). Parmi celles qui la connaissent, 55% l'utilisent (soit 6) et 45% ne l'utilisent pas (soit 8).

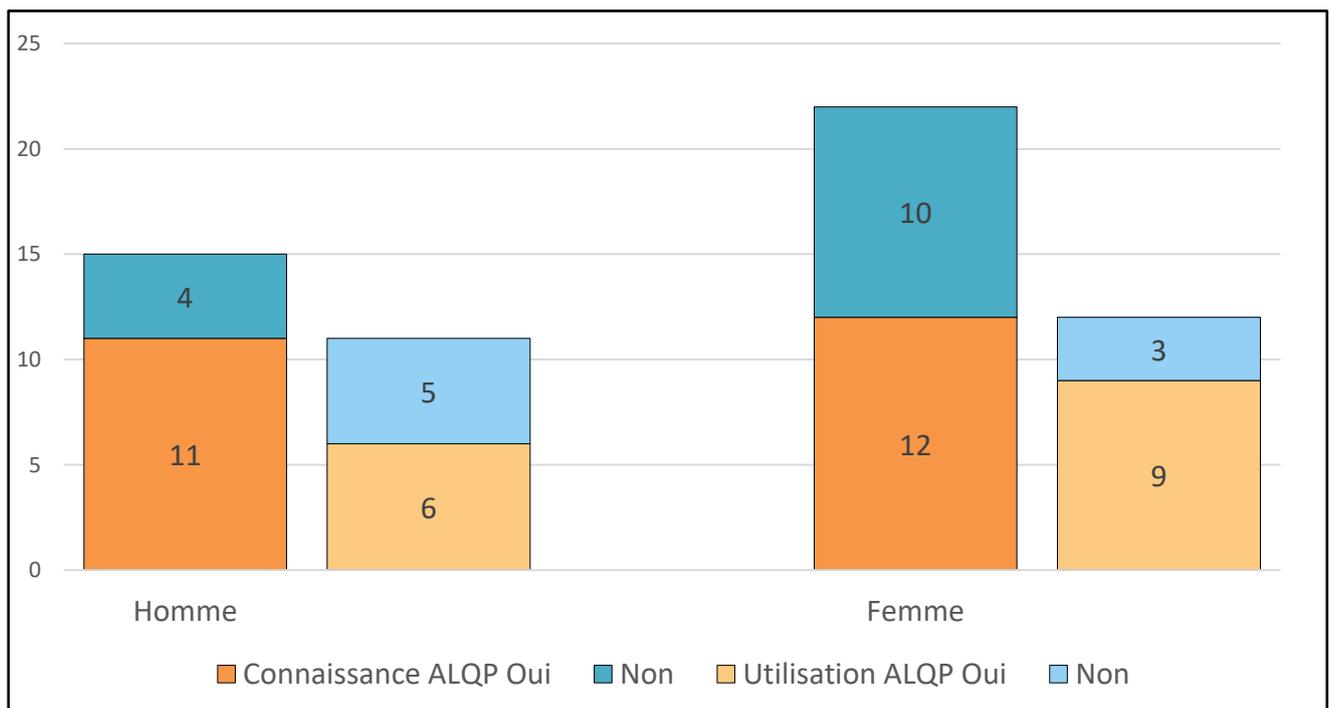


Figure 20 : Connaissance et utilisation de la cotation ALQP003 en fonction du sexe

- **Connaissance et utilisation en fonction du lieu d'exercice (figure 21)**

- Rural

100 % la connaissent (soit 3) dont 33% qui l'utilisent (soit 1) et 67% qui ne l'utilisent pas (soit 2).

- Semi-rural

64% la connaissent (soit 16) et 36% ne la connaissent pas (soit 9). Parmi ceux qui la connaissent, 75% l'utilisent (soit 12) et 25% ne l'utilisent pas (soit 4).

- Urbain

44% la connaissent (soit 4) et 56% ne la connaissent pas (soit 5). Parmi ceux qui la connaissent, 50% l'utilisent (soit 2) et 50% ne l'utilisent pas (soit 2).

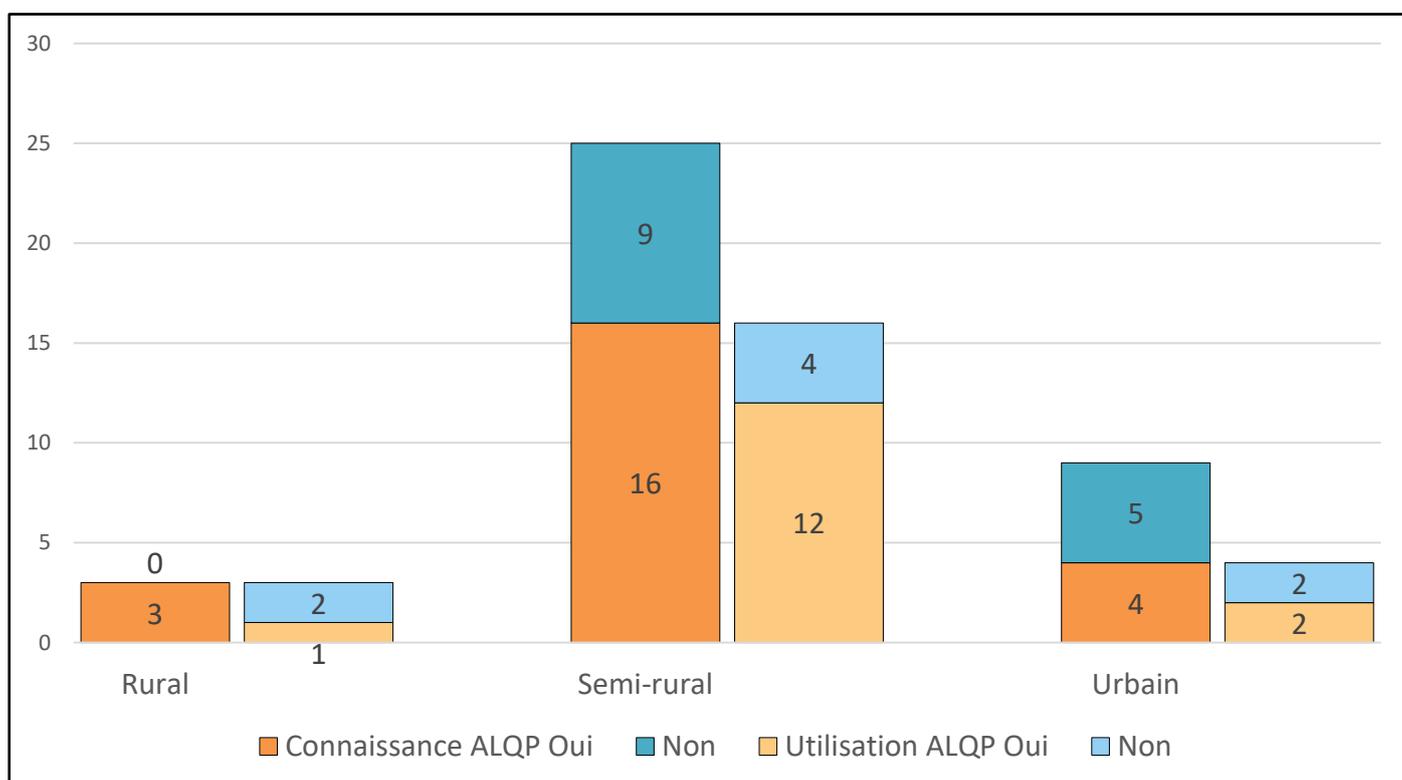


Figure 21 : Connaissance et utilisation de la cotation ALQP003 en fonction du lieu d'exercice

- **Connaissance et utilisation selon les données de l'échelle Hamilton**

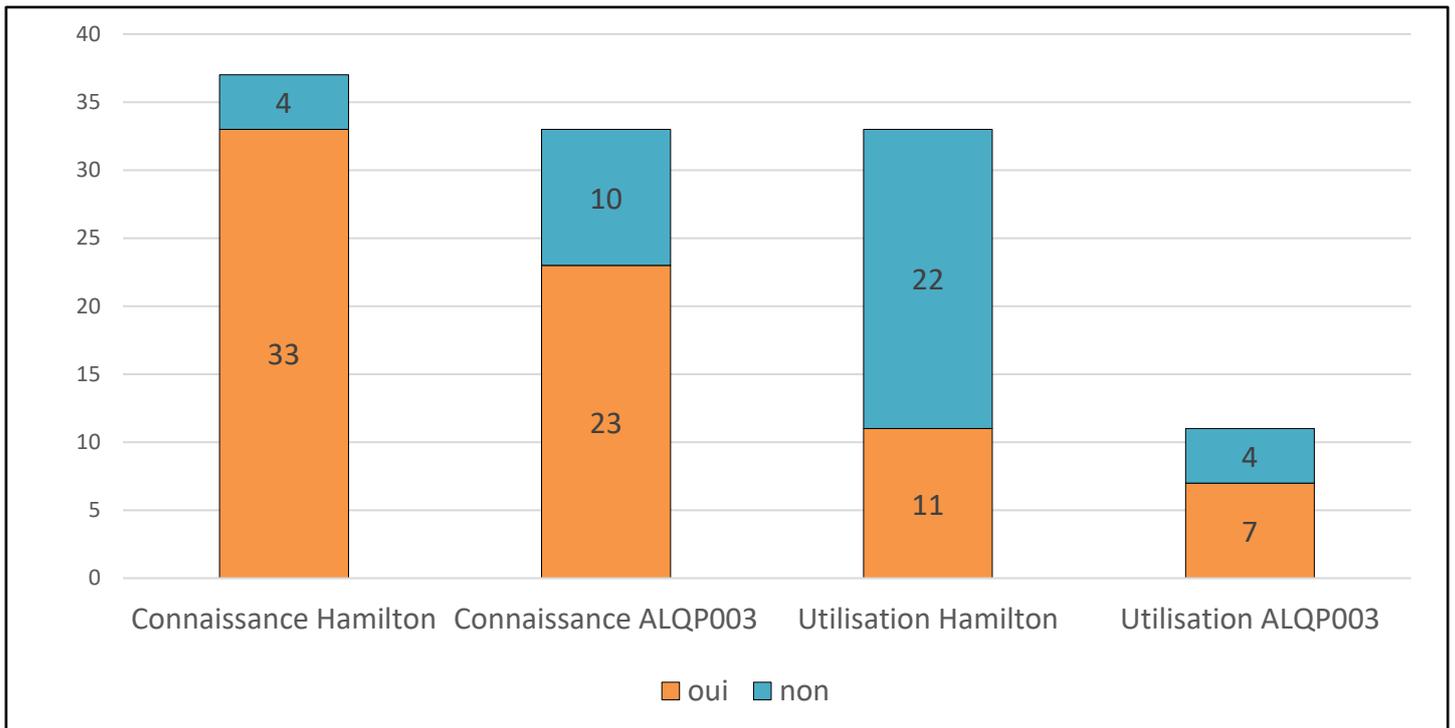


Figure 22 : Comparaison entre connaissance / utilisation de l'échelle Hamilton et connaissance utilisation de l'échelle ALQP003

La figure 22 montre que parmi les répondants qui connaissent l'échelle Hamilton, 70% connaissent l'ALQP003 (soit 23) et 30% ne la connaissent pas (soit 10).

Parmi les répondants qui connaissent et utilisent l'échelle Hamilton, 64% utilisent la cotation ALQP003 (soit 7) et 36% ne l'utilisent pas (soit 4).

2. Questionnaire 2

Le 2^{ème} mail a été envoyé le 11/01/2021 via la liste de diffusion récupérée auprès des médecins généralistes éligibles et volontaires identifiés lors du 1^{er} questionnaire.

Ces médecins éligibles étaient au nombre de 22 et 27% ont accepté d'être recontactés soit 6.

100% de réponses au 2^{ème} questionnaire ont été obtenues (soit 6) avec un taux de complétion de 100%.

Les résultats sont présentés ci-dessous.

a) Utilisation de l'échelle Hamilton

67% estiment avoir plus utilisé l'échelle Hamilton (soit 4) et 33% estiment ne pas l'avoir plus utilisée (soit 2) comme le résume la figure 23.

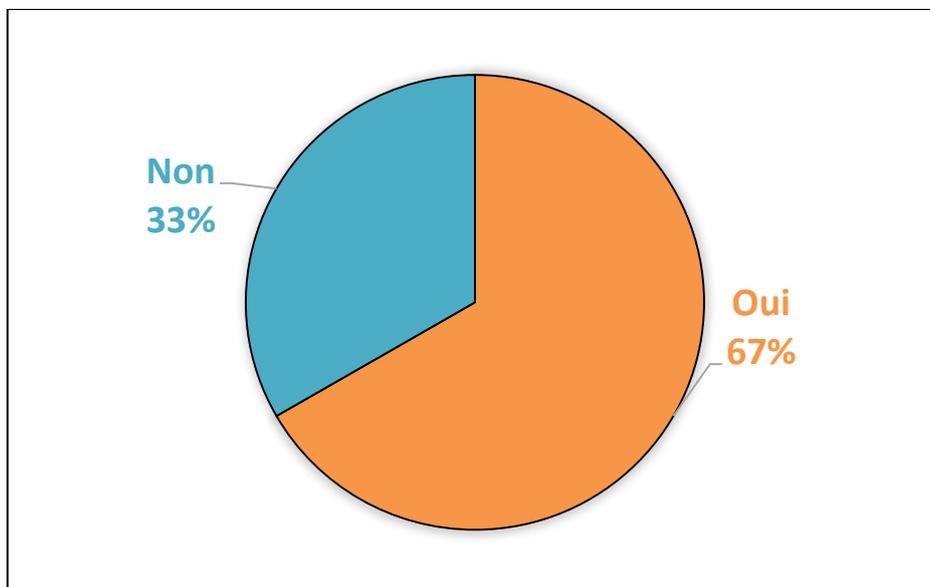


Figure 23 : Estimation par les médecins d'une augmentation de l'utilisation de l'échelle Hamilton suite au 1^{er} mail

Il était demandé aux médecins ayant eu le sentiment d'augmenter leur utilisation de l'échelle Hamilton quelles étaient leurs impressions :

- 100% y ont trouvé une amélioration de leur diagnostic
- Pour 1 médecin, il y a un sentiment d'une meilleure prise en charge.

Il était demandé aux médecins n'ayant pas eu le sentiment d'augmenter leur utilisation de l'échelle Hamilton quelles en étaient selon eux les raisons. 3 réponses ont été obtenues :

- Je n'y ai pas pensé.
- Je ne saurais pas où le mettre ! Il y a tellement d'outils à notre disposition en médecine générale...
- Il faut que cela rentre dans les habitudes

b) Utilisation de la cotation ALQPP003

50% ont eu le sentiment de plus utiliser la cotation ALQPP003 (soit 3) et 50% n'ont pas eu cette impression (soit 3), comme représenté sur la figure 24.

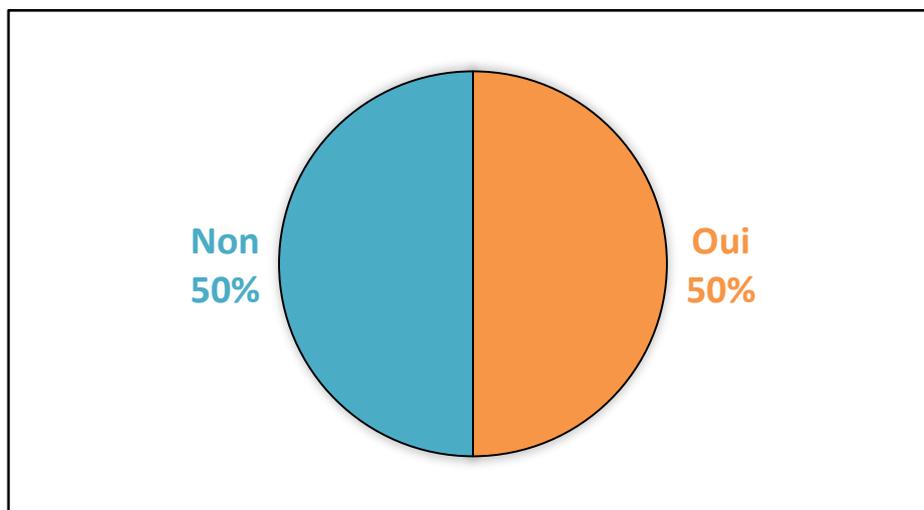


Figure 24 : Estimation par les médecins d'une augmentation de l'utilisation de l'échelle Hamilton suite au 1^{er} mail

Il était demandé aux médecins n'ayant pas eu le sentiment d'augmenter leur utilisation de l'ALQP003 quelles en étaient les raisons selon eux.

- Un médecin évoque la difficulté à coter 69,12€ devant un patient fragile.
- Les 2 autres déclarent qu'ils n'y ont tout simplement pas pensé.

c) Mode de communication

Ce mode de communication emporte l'adhésion de 83% des répondeurs au 2^{ème} questionnaire (soit 5) et 17% ne sont pas convaincus (soit 1) comme le montre la figure 25.

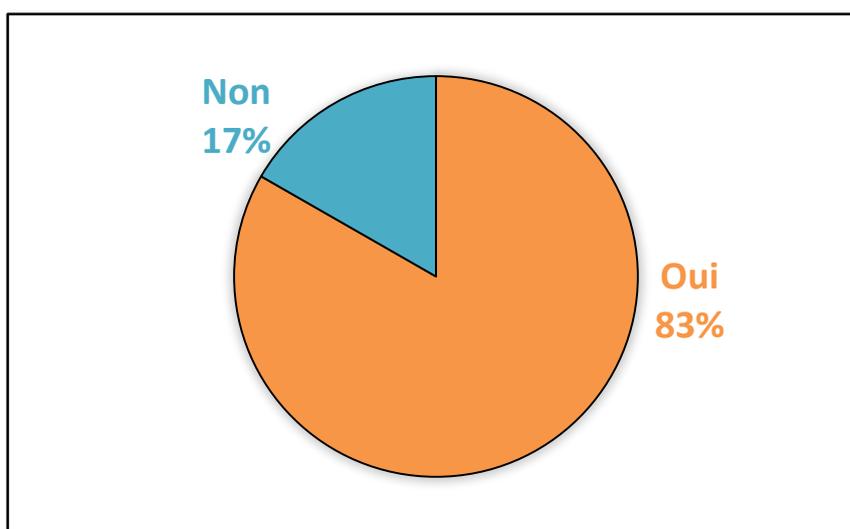


Figure 25 : Adhésion des médecins généralistes au mode de communication utilisé par l'étude

Il a été demandé aux médecins ayant adhéré à la méthode de communication quelles seraient leurs propositions pour l'améliorer encore. 3 réponses ont été reçues :

- Moyen de diffusion plus aisé
- Aucune
- Nous donner l'habitude d'y penser via les internes peut-être, le motif "dépression" est souvent noyé dans les autres motifs de consultation

Il a également été demandé au médecin n'ayant pas adhéré à la méthode de communication quelle(s) en était(en)t les raison(s) mais aucune réponse n'a été obtenue.

IV. Discussion

A. Contexte de l'étude

Cette étude a été menée dans un contexte sanitaire très particulier puisqu'elle a été réalisée durant la pandémie de Sars Cov-2. Cette temporalité a entraîné plusieurs problématiques. En effet, les médecins généralistes, en tant que 1^{er} recours en soins primaires dans le dispositif sanitaire ont été très fortement sollicités par les autorités de santé durant la totalité de la durée de l'étude. A cette contrainte professionnelle se sont ajoutées des contraintes personnelles avec un confinement généralisé et un couvre-feu.

L'association de ces fortes contraintes a probablement lourdement impacté le niveau de participation et explique le faible taux de réponses aux questionnaires (respectivement 5,7% et 27%). Le manque de données laisse entrevoir un faible impact du mail envoyé en novembre 2020 sur l'utilisation de la cotation ALQP003 et une interprétation des résultats plus délicate.

Par ailleurs, la méthodologie de l'étude a dû être adaptée alors que le protocole avait été validé. En effet, il n'y a eu qu'une seule campagne de diffusion alors qu'il était initialement prévu de procéder à 3 envois de mail, l'intérêt étant de répéter ce courriel très didactique pour toucher plus fortement les médecins généralistes qui le liraient. L'Ordre des médecins du Gard a pourtant refusé de répéter les envois, avançant que les médecins étaient trop sollicités pour autoriser un tel calendrier. Il est également important de préciser que le seul mail envoyé a été diffusé un vendredi après-midi ce qui a très probablement encore plus limité son impact.

L'ensemble de ces problématiques a contribué grandement à diminuer la puissance de l'étude rendant les résultats peu voire non significatifs et ne montrant que des tendances.

B. Analyse des résultats

1. Critère de jugement principal

Si l'on compare les chiffres obtenus avec ceux déjà connus et datant de 2018, on constate que le nombre de généralistes total utilisant l'ALQP003 a légèrement diminué en passant de 21% en 2018 à 17.6% en 2020. La tendance déjà observée quant au nombre d'actes ALQP003 semble également se confirmer : elle poursuit sa baisse puisque les actes ALQP003 représentaient 0.35% en 2018 et ne représentent que 0.133 % en 2020. Cette forte baisse peut cependant être attribuée à une probable augmentation du nombre total d'actes réalisés par les généralistes durant la pandémie de COVID19 et associée à une forte diminution du nombre d'ALQP003 durant cette même période, la dépression n'étant pas un sujet au cœur de la crise sanitaire traversée.

Ces premières conclusions peuvent être corrélées aux résultats de cette étude qui apparaissent comme significatifs suite à la réalisation du test de Mc Nemar. Cependant, comme expliqué précédemment, ils doivent être considérés avec prudence. En effet, bien qu'ils suggèrent que la communication réalisée sur le sujet ait été efficace en amenant l'adhésion d'un plus grand nombre de généralistes à l'utilisation de la cotation ALQP003, l'effet de rappel sur des généralistes qui utilisaient déjà cette cotation avant la crise sanitaire et qui l'auraient délaissée durant ces derniers mois ne peut être écarté. En d'autres termes, cette campagne n'aurait pas convaincu de nouveaux praticiens mais plutôt réactualisé des pratiques déjà connues.

Il aurait été plus pertinent de répéter la stimulation par mail afin de pouvoir vérifier si le nombre de généralistes utilisant la cotation ALQP003 et le nombre d'actes réalisés auraient poursuivi leurs augmentations.

Il est également compliqué de s'assurer que les généralistes utilisant des échelles de dépistage et de diagnostic de l'épisode dépressif caractérisé aient bien utilisé la cotation ALQP003 correspondante. En effet, les résultats des questionnaires, bien que difficilement interprétables, semblent montrer que 36% des utilisateurs de l'échelle Hamilton n'utilisent pas la cotation ALQP003.

Ces résultats sont donc encourageants mais restent, comme supposé, difficiles d'interprétation compte-tenu du contexte sanitaire.

2. Objectifs secondaires

a) *Questionnaire 1*

- **Population d'étude**

Comme précédemment expliqué, bien que le nombre total de médecins contactés via le mail soit de 647, ils n'ont été qu'un très faible nombre à répondre au questionnaire puisque seuls 5.72% l'ont fait. Seule une analyse descriptive de ces résultats et la mise en avant des tendances pourra être réalisée.

Les répondants sont en majorité des hommes (58%) contre 42% de femmes. L'âge moyen est de 45.5 ans dont la majorité se situe entre 30 et 39 ans (38%) et 93% ont entre 30 et 69 ans.

La plupart exerce en cabinet semi-rural soit 68% alors que l'exercice urbain représente 24% et l'exercice rural 8%.

Il n'est pas possible de tirer des conclusions sur la représentativité de cet échantillon vis à vis de la population d'étude. Il ne semble pas qu'il y ait de différence significative sur le sexe et le lieu d'exercice. Il est plus difficile de discuter de l'âge moyen des répondants mais l'on peut supposer que ce sont les jeunes médecins, plus à l'aise avec l'outil de communication informatisé qui ont répondu, compte tenu de l'âge de la majorité des répondants.

Il est intéressant de souligner que l'utilisation d'outils d'aide informatisés semble être fréquente puisque 81% des répondants déclarent y avoir recours. En revanche, seulement 33% des utilisateurs se servent de l'échelle Hamilton. Il est également intéressant de constater que parmi l'ensemble des participants, un seul utilise l'échelle Hamilton sans utiliser d'outils d'aide médicale informatisés. Il semble donc que le recours aux outils d'aide médicale informatisés soit un facteur favorisant de l'utilisation de l'échelle Hamilton.

- **Echelle Hamilton**

Les données préliminaires de la revue de littérature sont confirmées sur la question de la connaissance de l'échelle Hamilton par les médecins généralistes : ils sont 89% à connaître cette échelle mais parmi ces médecins-là, seuls 33% l'utilisent en pratique courante. On retrouve bien une discordance entre connaissance et utilisation.

Il ressort également que parmi ceux qui l'utilisent, une large majorité en tire des bénéfices. En effet, 82% estiment qu'elle améliore leur prise en charge et 72% s'en servent pour mettre en place avec le patient des consultations dédiées à la prise en charge de l'épisode dépressif caractérisé.

Si l'on recoupe ces données avec l'âge, il ne semble pas que celui-ci ait une influence sur l'utilisation de l'échelle Hamilton. Un doute subsiste cependant pour les plus de 60 ans puisqu'aucun d'entre eux ne l'utilise, mais le faible taux de données ne permet pas de conclure. En ce qui concerne le sexe des participants, les données ne mettent pas en avant de différence majeure en lien avec la connaissance ou encore l'utilisation de l'échelle.

Enfin, les données du lieu d'exercice sont peu nombreuses et il n'apparaît pas que celui-ci soit un facteur modificateur.

En conclusion, l'échelle Hamilton est bien connue des médecins généralistes mais peu l'utilisent en pratique courante. Bien que l'échantillon soit faible, le sexe ou encore le lieu d'exercice ne semblent pas influencer son utilisation mais il n'est pas possible de conclure quant à l'âge.

- **Cotation ALQP003**

Les données préliminaires de la revue de littérature sont confirmées en ce qui concerne la question de la connaissance et de l'utilisation de la cotation CCAM ALQP003. En effet, seuls 62% des répondants à notre étude la connaissent et parmi eux, seuls 65% la cotent. Elle est donc moins connue que l'échelle Hamilton et non systématiquement associée à la réalisation d'une échelle. Cette constatation est importante puisqu'elle pourrait permettre d'expliquer pourquoi les médecins pensent que réaliser une échelle Hamilton est long et peu intéressant financièrement : nombreux sont ceux qui ne connaissent pas la cotation qui correspond et/ou qui ne l'utilisent pas.

En comparant ces données avec l'âge des participants, il se semblerait que les 30-49 ans soient mieux informés de l'existence de la cotation ALQP003 que leurs aînés et qu'ils soient plus enclin à l'utiliser.

Concernant la corrélation avec le sexe des répondants, aucune différence majeure n'est mise en évidence.

De même, il semble que la répartition entre connaissance et utilisation soit identique peu importe le lieu d'exercice.

Enfin, il est à noter que si la majorité des participants connaît la cotation ALQP003, alors ils sont également nombreux à connaître l'échelle Hamilton. Cependant ce taux diminue nettement dès lors qu'il s'agit d'utiliser l'échelle et d'autant plus lorsqu'il est question de l'associer à l'utilisation de la cotation ALQP003.

En conclusion, les médecins connaissent bien l'échelle Hamilton et semblent également connaître la cotation ALQP003 (surtout chez les 30-49). Cependant, ils sont nettement moins nombreux à la mettre en pratique et à lui associer une cotation lors de sa réalisation.

b) Questionnaire 2

- **Utilisation de l'échelle Hamilton**

Suite au mail de sensibilisation, parmi les médecins éligibles souhaitant être recontactés, ils ont été une majorité à avoir plus utilisé l'échelle Hamilton et à y avoir trouvé un intérêt thérapeutique certain. Là encore les données de la littérature sont confirmées : l'échelle Hamilton facilite le diagnostic et la prise en charge des patients souffrant d'épisode dépressif caractérisé.

Parmi les médecins généralistes n'ayant pas plus utilisé l'échelle, l'argument avancé est simplement de ne pas y avoir pensé. Il est intéressant de constater qu'il est surtout question d'un oubli de la part du généraliste et non le manque de temps qui est mis en avant. En revanche ils pointent du doigt l'importance de l'offre d'outils médicaux à leur disposition sans parvenir à faire le tri. L'un d'entre eux évoque également la possibilité que la nouvelle génération y soit plus habituée.

En conclusion, il apparaît que c'est plus par oubli que par manque de temps que les médecins généralistes n'utilisent pas les échelles. Il semble néanmoins que la campagne de sensibilisation ait augmenté son utilisation et il est d'autant plus important de parvenir à augmenter son utilisation compte tenu du fait que les généralistes qui l'utilisent y trouvent un intérêt.

- **Utilisation de la cotation ALQP003**

Le résultat est plus mitigé concernant l'utilisation de l'ALQP003 puisque 50% des répondeurs ne l'ont pas plus cotée, l'oubli étant une nouvelle fois un motif mis en avant. Il est également intéressant de constater que l'un d'entre eux évoque la difficulté rencontrée lorsqu'il s'agit de demander 69.12€ à un patient souffrant d'un épisode dépressif caractérisé. En effet, la notion d'une consultation majorée alors même que le patient consulte pour une souffrance psychique peut apparaître comme un frein à l'utilisation de l'échelle Hamilton puisque sa cotation peut aussi bien poser problème au patient qu'au médecin qui la lui demande. Cependant, il ne s'agit pas ici de discuter de la rémunération juste du médecin généraliste qui applique des recommandations de bonnes pratiques mais bien de la difficulté à demander cette rémunération à un patient en souffrance.

4. Efficacité du mode de communication

Après l'analyse des résultats obtenus, il reste à étudier la méthode de communication qui se voulait innovante. Plutôt qu'un long texte, c'est une présentation visuelle très synthétique et se voulant plus percutante qui a été utilisée. En effet, l'objectif était que le médecin généraliste la lisant bénéficie en un coup d'œil de l'intégralité des informations à faire passer. Comme déjà évoqué, les médecins généralistes sont fortement sollicités et leur faire passer une information sans qu'elle se perde dans la masse des documentations reçues n'est pas aisé.

Comme expliqué précédemment, l'impact de ce moyen de communication sur notre critère de jugement principal est très difficile à évaluer au vu du contexte dans lequel il a été mis en place. Il semble que celui-ci ait été efficace puisque l'augmentation qu'il a entraînée est significative mais il faut rester prudent sur cette analyse puisque les résultats restent soumis à d'importants biais dépendants du contexte même de l'étude. Les chiffres de base (notamment du nombre d'actes totaux) ont été fortement impactés et ne permettent pas de conclure réellement sur une quelconque efficacité.

Concernant les questionnaires, on peut supposer que les médecins répondants sont parmi les plus intéressés par le sujet d'étude. Il en résulte un risque de sur-représentation des médecins connaissant et utilisant à la fois l'échelle Hamilton et la cotation ALQP003. Cette constatation est encore plus marquée chez les répondants au 2^{ème} questionnaire : intéressés par le fait d'être recontactés, on peut supposer que le moyen de communication a été apprécié et leur a particulièrement convenu d'autant que 83% d'entre eux l'ont approuvé.

Ce résultat est encourageant mais il aurait été plus pertinent de réussir à interroger l'ensemble de la population d'étude, bien que cette question ait perdu de son sens suite à l'annulation de la répétition de l'envoi des mails.

C. Perspectives

La communication via un mail qui rassemble les données essentielles du diagnostic, un visuel didactique et des liens établis vers des outils d'aide médicale semble emporter l'adhésion du médecin généraliste. Les résultats issus de la population d'étude, bien que tirés d'un faible échantillon de population et devant être consolidés, permettent néanmoins de confirmer les données de la littérature sur l'intérêt des échelles diagnostiques et la pertinence de leur utilisation en pratique courante. Un des freins évoqués par les médecins généralistes de l'étude est surtout le fait de parvenir à ancrer dans leurs habitudes l'utilisation de ce type d'échelles lors de consultations qui s'y prêteraient afin que cela devienne un réflexe. Il peut ici être fait un parallèle avec la prescription d'antibiotiques uniquement en cas de besoin et l'aide à cette prescription par des outils d'aide médicale informatisés qui semble être rentrée dans les habitudes compte tenu des réponses obtenues dans le questionnaire. Il a également été observé que la décision de la CPAM d'associer une cotation spécifique à l'utilisation des échelles est une bonne chose mais qu'elle reste insuffisante : peu de praticiens la connaissent et encore moins l'utilisent. Le frein de leur rémunération apparaît comme central dans cette faible utilisation du fait qu'il soit difficile de le facturer à un patient fragile. Il serait intéressant d'aller plus loin en proposant une prise en charge à 100% chez les patients bénéficiant de la réalisation d'une échelle. Par exemple, cette pratique est déjà établie via la cotation CCP pour la primo-prescription d'une pilule contraceptive chez l'adolescente de 15 à 18 ans. Ainsi, l'analogie suivante peut être réalisée : la rémunération du médecin généraliste semble être un frein pour la jeune femme qui a besoin d'une contraception tout comme elle peut être un frein chez la personne souffrant de symptômes de dépression. Une étude supplémentaire auprès des patients pourrait être menée afin de voir si payer 69.12€ constituerait un réel frein à la consultation.

De même, le mode de communication choisi semble intéressant mais il reste tout de même soumis aux aléas auxquels cette étude a été confrontée. Malgré tout, les retours positifs obtenus pourraient permettre d'encourager le développement de visuels synthétiques que les médecins pourraient imprimer et afficher.

Enfin, il est à déplorer de ne pas avoir pu répéter les envois de mails qui auraient probablement renforcé l'adhésion des généralistes en améliorant l'impact de la campagne de sensibilisation, le fait de ne pas y penser étant récurrent dans les retours obtenus. C'est pourquoi la répétition pourrait être la solution.

V. Conclusion

L'enjeu de santé publique que représentent les maladies mentales et en particulier l'épisode dépressif caractérisé en médecine générale est indiscutable. Le diagnostic est difficile mais peut être nettement facilité par des échelles dédiées que les médecins généralistes connaissent mais n'utilisent que de façon marginale. En effet, il existe des freins notamment en ce qui concerne la rémunération ou le temps nécessaire pour leur réalisation.

Néanmoins, il a pu être déterminé que la communication autour de ces échelles et des cotations qu'elles permettent semble emporter l'adhésion du médecin généraliste lorsqu'elle prend la forme d'un visuel didactique synthétique et qu'elle regroupe les éléments essentiels au même endroit.

Les freins concernant les médecins ne doivent pas faire oublier ceux concernant les patients. La consultation qui amène au diagnostic d'un épisode dépressif caractérisé se situe dans un contexte complexe dicté par notre société. La question de la maladie psychiatrique reste un tabou majeur pour les patients qui sont souvent dans le déni vis-à-vis de leur diagnostic et sont régulièrement en opposition avec sa prise en charge qu'elle soit médicamenteuse ou non. Le traitement chimique reste aujourd'hui encore un élément très négatif dans l'inconscient collectif.

Le travail doit donc se poursuivre et englober l'ensemble des problématiques soulevées. Il faut continuer de promouvoir auprès des médecins une prise en charge de qualité en les incitant à mettre en œuvre l'ensemble des outils à leur disposition, en particulier les échelles de la dépression, pour leur permettre un meilleur diagnostic et une juste rémunération. Il faut également poursuivre auprès des patients le travail de communication autour de la pathologie psychiatrique afin de faciliter leur adhésion et en finir avec cette image très négative de la pathologie psychiatrique.

Bibliographie

1. OMS | Santé mentale [Internet]. WHO. World Health Organization; [cité 26 janv 2021]. Disponible sur: http://www.who.int/topics/mental_health/fr/
2. Anseau M, Dierick M, Buntinkx F, Cnockaert P, De Smedt J, Van Den Haute M, et al. High prevalence of mental disorders in primary care. *J Affect Disord.* 1 janv 2004;78(1):49-55.
3. Toft T, Fink P, Oernboel E, Christensen K, Frostholm L, Olesen F. Mental disorders in primary care: prevalence and co-morbidity among disorders. Results from the Functional Illness in Primary care (FIP) study. *Psychol Med.* août 2005;35(8):1175-84.
4. Katon W, Schulberg H. Epidemiology of depression in primary care. *Gen Hosp Psychiatry.* 1 juill 1992;14(4):237-47.
5. Dépression [Internet]. Inserm - La science pour la santé. [cité 26 janv 2021]. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/depression>
6. Santé mentale : définition et enjeux [Internet]. [cité 26 janv 2021]. Disponible sur: <https://www.paca.ars.sante.fr/sante-mentale-definition-et-enjeux>
7. Blacker CVR, Clare AW. Depressive Disorder in Primary Care. *Br J Psychiatry.* juin 1987;150(6):737-51.
8. Barrett JE, Barrett JA, Oxman TE, Gerber PD. The Prevalence of Psychiatric Disorders in a Primary Care Practice. *Arch Gen Psychiatry.* 1 déc 1988;45(12):1100-6.
9. Freeling P, Rao BM, Paykel ES, Sireling LI, Burton RH. Unrecognised depression in general practice. *Br Med J Clin Res Ed.* 22 juin 1985;290(6485):1880-3.
10. Hirschfeld RMA. The Comorbidity of Major Depression and Anxiety Disorders: Recognition and Management in Primary Care. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry.* 2001;3(6):244-54.
11. Kessler D, Heath I, Lloyd K, Lewis G, Gray DP. General Practice Cross sectional study of symptom attribution and recognition of depression and anxiety in primary care Commentary: There must be limits to the medicalisation of human distress. *BMJ.* 13 févr 1999;318(7181):436-40.
12. Banazak DA. Minor depression in primary care. *J Am Osteopath Assoc.* 1 déc 2000;100(12):783-7.

13. Fernández A, Pinto-Meza A, Bellón JA, Roura-Poch P, Haro JM, Autonell J, et al. Is major depression adequately diagnosed and treated by general practitioners? Results from an epidemiological study. *Gen Hosp Psychiatry*. 1 mars 2010;32(2):201-9.
14. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JBW, Linzer M, Hahn SR, deGruy FV, et al. Physical Symptoms in Primary Care: Predictors of Psychiatric Disorders and Functional Impairment. *Arch Fam Med*. 9 janv 1994;3(9):774.
15. Johnson D a. W. Treatment of Depression in General Practice. *Br Med J*. 7 avr 1973;2(5857):18-20.
16. Caria A, Roelandt J-L, Bellamy V, Vandeborre A. « Santé Mentale en Population Générale : Images et Réalités (Smpg) » : Présentation de La méthodologie d'enquête. *L'Encéphale*. 1 janv 2010;36(3, Supplement 1):1-6.
17. Patients' preferences in the treatment of depressive disorder in primary care | Request PDF [Internet]. ResearchGate. 2019 [cité 9 mars 2019]. Disponible sur: https://www.researchgate.net/publication/8584774_Patients'_preferences_in_the_treatment_of_depressive_disorder_in_primary_care
18. document.pdf [Internet]. [cité 26 janv 2021]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01293346/document>
19. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JBW, Group and the PHQPCS. Validation and Utility of a Self-report Version of PRIME-MD: The PHQ Primary Care Study. *JAMA*. 10 nov 1999;282(18):1737-44.
20. Beck AT, Guth D, Steer RA, Ball R. Screening for major depression disorders in medical inpatients with the Beck Depression Inventory for Primary Care. *Behav Res Ther*. 1 août 1997;35(8):785-91.
21. depression_adulte_fiche_de_synthese_diagnostic.pdf [Internet]. [cité 26 janv 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-10/depression_adulte_fiche_de_synthese_diagnostic.pdf
22. Article - Bulletin épidémiologique hebdomadaire [Internet]. [cité 26 janv 2021]. Disponible sur: http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2018/32-33/2018_32-33_1.html
23. Gaynes BN, Jackson WC, Rorie KD. Major Depressive Disorder in the Primary Care Setting: Strategies to Achieve Remission and Recovery. *J Fam Pract*. sept 2015;64(9):S4-15.

Annexe 1 : Echelle Hamilton informatisée (source MG France)

Echelle de dépression de Hamilton

- L'échelle de dépression de Hamilton est un test d'évaluation de l'intensité des symptômes dépressifs, utilisable pour toutes les personnes; y compris les personnes âgées (même si certaines questions concernent les activités professionnelles)
- Cette évaluation permet de coter une dépression et d'en assurer le suivi
- Plus la note est élevée, plus la dépression est grave :
 - de 10 à 13: les symptômes dépressifs sont légers
 - de 14 à 17: les symptômes dépressifs sont légers à modérés
 - au dessus de 18: les symptômes dépressifs sont modérés à sévères
- **Cet examen donne lieu à une cotation CCAM : Code = ALQP003 - Tarif = 69,12 € applicable 1 fois par an**

Remplissez le questionnaire ci-dessous.

Le sigle "V" au dessus des numéros de questions permet de faire monter la page sans avoir à utiliser les barres de défilement
Arrivé en fin de questionnaire vous trouverez l'analyse des réponses (note globale, interprétation) ainsi que le rappel des réponses apportées aux 17 questions.

Vous pourrez - sélectionner le texte du rapport final pour le copier puis le coller dans votre dossier (bouton Sélectionner)
- imprimer un compte-rendu intégrant le nom du patient, votre cachet et signature (bouton Imprimer)

Le Test

V

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.

V

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

V

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)

V

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

V

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)

V

6. Insomnie du matin

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

V

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 (à 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.

[V](#)

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)

[V](#)

9. Agitation

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

[V](#)

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

[V](#)

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

[V](#)

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

V

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

V

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

- Absents
- Légers
- Sévères

V

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

V

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

[V](#)

17. Prise de conscience

- Reconnaît être déprimé 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 2 : Liste des tableaux et des figures

Tableau 1 : HAS – Synthèse – Episode dépressif caractérisé de l’adulte : prise en charge en soin de 1 ^{er} recours.....	4
Tableau 2 : Données communiquées par la CPAM avant et après sensibilisation des médecins généralistes	18
Tableau 3 : Résultats obtenus à partir du test statistique de Mc Nemar	19
Figure 1 : Baromètre santé 2005, 2010, 2017, Santé Publique France	5
Figure 2 : Evolution de l’utilisation de la cotation ALQP003 par les médecins généralistes du Gard entre 2014 et 2018	8
Figure 3 : Support visuel envoyé par mail	11
Figure 4 : 1er questionnaire envoyé aux médecins en Novembre 2010.....	13
Figure 5 : 2ème questionnaire envoyé aux médecins en Janvier 2021.....	15
Figure 6 : Répartition des répondants au 1 ^{er} questionnaire par sexe	19
Figure 7 : Répartition des répondants au 1 ^{er} questionnaire par âge (exprimé en %)	20
Figure 8 : Répartition des répondants selon leur nombre avec écart type	20
Figure 9 : Répartition des répondants selon leur lieu d’exercice.....	21
Figure 10 : Utilisation des outils d’aide médicale informatisés (type Antibioclic)	21
Figure 11 : Comparaison entre utilisation des outils médicaux informatisés et échelle Hamilton chez l’ensemble des répondants	22
Figure 12 : Comparaison entre utilisation des outils médicaux informatisés et échelle Hamilton chez les répondants qui utilisent les outils médicaux informatisés	22
Figure 13 : Répartition chez les répondants de la connaissance de l’échelle Hamilton	23
Figure 14 : Connaissance, utilisation et efficacité de l’échelle Hamilton chez les répondants.....	23
Figure 15 : Connaissance et utilisation de l’échelle Hamilton selon l’âge	24
Figure 16 : Connaissance et utilisation de l’échelle Hamilton en fonction de l’âge.....	25
Figure 17 : Connaissance et utilisation de l’échelle Hamilton en fonction du lieu d’exercice	25
Figure 18 : Répartition chez les répondants de la connaissance et utilisation de la cotation CCAM ALQP003	26
Figure 19 : Connaissance et utilisation de la cotation ALQP003 en fonction de l’âge	27
Figure 20 : Connaissance et utilisation de la cotation ALQP003 en fonction du sexe	27
Figure 21 : Connaissance et utilisation de la cotation ALQP003 en fonction du lieu d’exercice	28
Figure 22 : Comparaison entre connaissance / utilisation de l’échelle Hamilton et connaissance utilisation de l’échelle ALQP003.....	29
Figure 23 : Estimation par les médecins d’une augmentation de l’utilisation de l’échelle Hamilton suite au 1 ^{er} mail	30
Figure 24 : Estimation par les médecins d’une augmentation de l’utilisation de l’échelle Hamilton suite au 1 ^{er} mail	31
Figure 25 : Adhésion des médecins généralistes au mode de communication utilisé par l’étude	31

Serment d'Hippocrate

- *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.*

- *Admis 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.*

- *Respectueux et reconnaissant 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 couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.*

Résumé

Introduction

L'épisode dépressif caractérisé est extrêmement fréquent en consultation de médecine générale. Son diagnostic n'est pas aisé lorsque sa présentation est atypique. Des échelles diagnostiques ont été développées mais sont peu utilisées en pratique. Leur utilisation autorise la cotation ALQP003.

Objectifs

Cette étude a pour but de faciliter le diagnostic de l'épisode dépressif caractérisé atypique par le médecin généraliste grâce à une campagne d'information courte sur les échelles d'aide au diagnostic afin d'augmenter l'utilisation de ces dernières.

Méthode

Il a été envoyé aux médecins généralistes du Gard un mail informatif comprenant une information claire et concise sur l'épisode dépressif caractérisé, l'échelle Hamilton et la cotation ALQP003. Puis la modification de l'utilisation de la cotation ALQP003 durant cette campagne de sensibilisation a été analysée de façon quantitative via le test de Mc Nemar.

Résultats

Une augmentation du nombre de médecins généralistes utilisant la cotation ALQP003 a été observée. Leur nombre est passé de 114 sur la période août-octobre 2020 à 125 sur la période novembre – janvier 2021 soit une progression de 9.6%. Il a également été constaté une augmentation du nombre d'actes CCAM ALQP003 passant de 849 à 952 sur les mêmes périodes soit une augmentation de 12.1%. Ces résultats apparaissent comme significatifs.

Conclusion

Ces chiffres significatifs montrent que cette intervention a généré une augmentation de la cotation ALQP003 et a emporté l'adhésion des médecins généralistes. Néanmoins le contexte de cette étude impose de poursuivre le travail afin d'obtenir des certitudes et lever certains des biais soulevés.

Mots clés

Episode dépressif caractérisé, EdC, dépression, échelle diagnostique, Hamilton, médecine générale, Gard, ALQP003, cotation, CPAM, campagne d'information, sensibilisation.