



HAL
open science

Auto-questionnaires d'évaluation de la sévérité de la dépression pour son suivi en soins primaires : étude d'acceptabilité des patients

Anthony Le Déan

► **To cite this version:**

Anthony Le Déan. Auto-questionnaires d'évaluation de la sévérité de la dépression pour son suivi en soins primaires : étude d'acceptabilité des patients. Médecine humaine et pathologie. 2024. dumas-04741809

HAL Id: dumas-04741809

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04741809v1>

Submitted on 17 Oct 2024

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 4.0 International License



UNIVERSITÉ DE PICARDIE JULES VERNE

FACULTÉ DE MÉDECINE D'AMIENS

Année 2024

N° de thèse : 2024-113

**AUTO-QUESTIONNAIRES D'ÉVALUATION DE LA SÉVÉRITÉ DE LA DÉPRESSION
POUR SON SUIVI EN SOINS PRIMAIRES : ÉTUDE D'ACCEPTABILITÉ DES PATIENTS**

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Spécialité : Médecine Générale

Présentée et soutenue publiquement le 26 Septembre 2024

Par **Anthony LE DEAN**

Né le 28/06/1994

Président(e) du Jury : M. le Professeur Loïc GARÇON

Membres du Jury : M. le Professeur Éric SERRA

M. le Docteur Olivier BALEMENT

Directrice de thèse : Mme le Docteur Stéphanie DAVEAUX

REMERCIEMENTS

A mon Président(e) de jury :

Monsieur le Professeur Loïc GARÇON

Professeur des Universités - Praticien Hospitalier

(Hématologie - Transfusion)

Chef du service d'Hématologie Biologique

Chef du service de Génétique Constitutionnelle

Je vous remercie de me faire l'honneur de présider ce jury. Veuillez trouver ici l'expression de toute ma gratitude ainsi que mes sincères remerciements.

Aux membres du jury :

Monsieur le Professeur Éric SERRA

Professeur Associé de Médecine de la douleur - Chef de service

Chef du Centre d'Étude et de Traitement de la Douleur (CETD)

Département Interdisciplinaire de Soins de Support

pour les Patients en Oncologie (DISSPO)

*Vous me faites l'honneur d'avoir accepté de juger ma thèse.
Recevez mes sincères remerciements et le témoignage de ma profonde considération.*

Monsieur le Docteur Olivier BALEDENT

Maître de Conférences des Universités - Praticien Hospitalier

Responsable de l'unité de traitement de l'image médicale du CHU d'Amiens

Responsable de la thématique BioFlow de CHIMERE UR 7516 de l'UPJV

*Je vous remercie de me faire l'honneur de participer à ce jury. Veuillez trouver ici
l'expression de ma considération ainsi que mes sincères remerciements.*

A ma Directrice de thèse :

Madame le Docteur Stéphanie Daveaux

Médecin généraliste

Ancien Chef de Clinique des Universités – DMG d’Amiens

*Chère Stéphanie, un immense merci d’avoir accepté de diriger ce travail.
Merci de m’avoir guidé, motivé à avancer, et pour tes retours toujours rapides et pertinents.
Désolé pour les doutes que j’ai pu te donner quant à ma capacité à terminer dans les délais.
Ton aide m’a été extrêmement précieuse.*

A ma famille et à mes proches :

À Laura, ma tendre, je te remercie de m'avoir épaulé dans ce travail comme dans tout le reste. Ton amour et ton soutien indéfectible me portent comme tu ne peux l'imaginer.

À mes parents, merci de l'éducation que vous m'avez donnée, et des valeurs que vous m'avez inculquées. Merci de m'avoir soutenu pendant toute ma vie. Je vous dois tellement.

À mes frères et sœurs, merci d'être là les uns pour les autres. Merci pour votre confiance et votre soutien.

À mes amis, grâce à qui je ris quotidiennement. Merci pour votre soutien et votre investissement dans mon travail qui m'a été précieux. C'est la fin d'un running gag, ou pas ...

À tous mes proches que je n'ai pas encore cités, merci pour votre soutien et votre présence.

Merci à Auriane, Maman, Mamie Bay, Adrien et Nicolas m'ont aidé à développer mon questionnaire.

Remerciements particuliers :

À Mohamed WANE, qui m'a accompagné dans ce travail pour toute la partie des analyses statistiques. Merci pour ton investissement, ta pertinence, et ton travail de qualité.

Aux administrateurs des groupes qui ont accepté de partager mon enquête et l'ont mis en valeur. Merci d'offrir des espaces de partage et de bienveillance à ceux qui en ont besoin.

Aux répondants qui ont offert de leur temps pour participer à ce travail. Je vous remercie sincèrement.

Ce mémoire est le fruit d'un travail collectif autant que personnel, et je suis profondément reconnaissant envers tous ceux qui m'ont accompagné.

SERMENT D'HIPPOCRATE

“Au moment d’être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d’être fidèle aux lois de l’honneur et de la probité.

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

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J’interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l’humanité.

J’informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n’exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

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

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

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

Je préserverai l’indépendance nécessaire à l’accomplissement de ma mission. Je n’entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J’apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu’à leurs familles dans l’adversité.

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

TABLE DES MATIERES

LISTE DES ABREVIATIONS.....	10
INTRODUCTION.....	12
1) La dépression.....	12
2) Les échelles d'évaluation	12
3) La place des auto-questionnaires.....	13
a) Mesurer les résultats des soins.....	13
b) Les auto-questionnaires d'évaluation de la sévérité de la dépression	14
4) Problématique et question de recherche.....	16
5) Objectifs principal et secondaires	16
MATERIELS ET METHODES	18
1) Type d'étude.....	18
2) Population étudiée.....	18
a) Critères d'inclusion.....	18
b) Critères d'exclusion	18
3) Le questionnaire	18
a) Critère de jugement principal	18
b) Construction.....	19
c) Questionnaire électronique, aspect éthique	20
4) Méthode de diffusion.....	20
5) Analyse statistique des données	21
RESULTATS	22
1) Diffusion et participation.....	22
2) Analyse descriptive univariée	22
a) Caractéristiques de l'échantillon.....	22
b) Acceptabilité du suivi à l'aide d'auto-questionnaires.....	24
c) Préférences de modalité d'utilisation.....	24
3) Analyse bivariée et multivariée.....	25
a) En fonction du sexe	26
b) En fonction de l'âge.....	26

c) En fonction du stade évolutif de la maladie.....	27
d) En fonction du sous-type de trouble dépressif.....	27
e) En fonction de la connaissance préalable ou non de l'existence des questionnaires d'évaluation de la sévérité de la dépression.....	27
DISCUSSION	29
1) Méthodologie	29
2) Rappel des résultats principaux de l'étude et analyse de l'auteur.....	31
3) Validité externe et validité interne.....	33
a) Validité externe	33
b) Validité interne.....	34
4) Les auto-questionnaires d'évaluation de la sévérité de la dépression, une place discutée en soins primaires.....	35
a) Une place établie en soins spécialisés	35
b) Des résultats discutés en soins primaires.....	36
c) Des barrières en soins primaires	37
d) Les questionnaires d'auto-évaluation de la sévérité, une modalité de suivi imparfaite	37
5) Ouverture : de la mesure de la sévérité des symptômes à d'autres mesures de qualité des soins	38
a) Les autres types de PROMs utilisés dans la dépression	38
b) La notion de soins fondés sur les mesures.....	38
c) Intégration des nouveaux outils digitaux dans les soins fondés sur les mesures....	39
CONCLUSION	41
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	42
ANNEXES	48
Annexe 1 : Questionnaire.....	48
Annexe 2 : Diffusion du questionnaire.....	52
RESUME.....	55
ABSTRACT	55

LISTE DES ABREVIATIONS

ACP : Approche Centrée Patient

APA : *American Psychiatric Association*

BDI-II : *Beck Depression Inventory-II*

CANMAT : *Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments*

CAWI : *Computer-Assisted Web Interview*

CGI-S : *Clinical Global Impression Scales*

CNGE : Collège National des Généralistes Enseignants

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

COMET : *Clinical Outcomes in MEasurement-Based Treatment*

CPP : Comité de Protection des Personnes

CUDOS : *Clinically Useful Depression Outcome Scale*

DSM-5 : *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*

HADS : *Hospital Anxiety and Depression Scale*

HAM-D (ou HDRS) : *Hamilton Depression Rating Scale*

HAS : Haute Autorité de Santé

EBM : *Evidence-based medicine*

EQ-5D-5L : *EuroQoL-5D*

FIBSER : *Frequency, Intensity and Burden of Side Effects Rating*

MADRS : *Montgomery and Asberg Depression Rating Scale*

MADRS- S : *Montgomery and Asberg Depression Rating Scale – Self-rated*

MBC : *Measurement-based care*

eMBC : *Technology enhanced measurement-based care*

NICE : *National Institute for Health and Care Excellence*

PHQ-9 : *Patient Health Questionnaire-9*

PREMs : *Patient-Reported Experience Measures*

PROs : *Patient-Reported Outcome*

PROMs : *Patient-Reported Outcome Measures*

PROMIS : *Patient-Reported Outcomes Measurement Information System*

QIDS-SR16 : *Quick Inventory for Depressive Symptomatology – Self-rated (16 questions)*

QOLI : *Quality of Life Interview*

RDQ : *Remission from Depression Questionnaire*

SMoH : *Singapore Ministry of Health*

SOFAS : *Social and Occupational Functioning Assessment Scale*

STAR*D : *Sequenced Treatment Alternatives to Relieve Depression*

UPJV : *Université de Picardie Jules Verne*

WHO-DAS : *World Health Organisation Disability Assessment Scale*

WPAI : *Work Productivity and Activity Impairment scale*

INTRODUCTION

1) La dépression

Les épisodes dépressifs ont un retentissement important en termes d'état de santé, de qualité de vie du sujet et de son entourage et de coût pour la société. Les troubles dépressifs, dans leur ensemble, restent la principale cause de suicide. (1)

Le Baromètre santé mené en 2021 par Santé publique France (2) montrait que 12,5 % des personnes âgées de 18 à 85 ans auraient eu un épisode dépressif caractérisé au cours des 12 mois précédant l'enquête. On a observé une importante augmentation de la prévalence des épisodes dépressifs caractérisés depuis quelques années, augmentation qui a été accélérée par la pandémie de COVID-19.

Le trouble dépressif a tendance à s'inscrire dans le temps avec des complications évolutives fréquentes. En effet parmi les patients présentant un trouble dépressif, on estime que 50% présenteront un seul épisode dépressif caractérisé, 35% présenteront un trouble dépressif récurrent, et qu'il y aura 15% de passage à la chronicité (épisode > 2 ans). (3)

En France, une part importante des troubles dépressifs sont détectés et suivis par le médecin généraliste. (4)

2) Les échelles d'évaluation

Dans la pratique courante en psychiatrie, l'évaluation des troubles mentaux pour le diagnostic et le suivi se base essentiellement sur des critères qualitatifs. Les définitions internationales actuelles se basent sur des associations de critères qualitatifs (majeurs et mineurs) permettant de poser un diagnostic. (5,6)

Cela contraste avec de nombreux autres domaines de la médecine où on utilise des variables quantitatives afin d'établir un diagnostic ou évaluer l'efficacité d'un traitement. La mesure de la pression artérielle, du taux d'hémoglobine glyquée, de la fraction d'éjection ventriculaire sont des exemples de variables quantitatives utilisées en pratique courante.

Depuis les années 1960, une multitude d'échelles d'évaluation ont été créées afin de pouvoir associer une variable quantitative aux troubles mentaux. Ces échelles ont été développées dans le but d'apporter des données fiables et valides pour dépister les troubles mentaux, établir leur diagnostic, évaluer leur sévérité. Ces échelles sont largement utilisées dans la recherche, notamment en recherche pharmaceutique afin d'évaluer l'efficacité des traitements. Cependant, l'utilisation en pratique clinique reste marginale.

Dans les troubles dépressifs, les échelles les plus connues et utilisées par les médecins généralistes en ex-Picardie étaient les échelles d'Hamilton, l'échelle de dépression de Montgomery et Asberg (MADRS) et la Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). Mais très peu utilisaient régulièrement ces échelles dans leur pratique. L'utilisation de ces échelles se faisait essentiellement pendant la démarche diagnostique et leur utilisation chutait de moitié dans le suivi. (7)

De nombreuses barrières à l'utilisation des échelles d'évaluation de la dépression en soins primaires ont été mises en lumière. Parmi elles, on trouvait 3 grandes catégories :

- les outils étaient méconnus ;
- les outils étaient jugés inutiles ;
- les outils étaient inadaptés à la pratique clinique. (8,9)

En 2017 dans ses recommandations de bonne pratique concernant la prise en charge de l'épisode dépressif caractérisé de l'adulte, la Haute Autorité de Santé (HAS) définissait la place des échelles comme une simple aide, l'évaluation reposant sur le jugement du clinicien. (1)

3) La place des auto-questionnaires

a) Mesurer les résultats des soins

Trois types de mesures évaluent la qualité des soins perçus par les patients :

- les *Patient-Reported Outcome Measures* (PROMs) qui évaluent les résultats des soins ;
- les *Patient-Reported Experience Measures* (PREMs) qui évaluent l'expérience des soins ;
- et les questionnaires de satisfaction du patient quant au service rendu.

Les résultats de soins perçus par le patient, ou *Patient-Reported Outcome* (PROs), reflètent sa vision de la maladie et des traitements. Le terme *Patient-Reported Outcome Measures* (PROMs) peut être traduit comme les mesures des résultats de soins perçus par les patients. Ces mesures ont pour objectif d'améliorer la communication entre les patients et les professionnels, de personnaliser les prises en charge et de mieux suivre la santé des patients.

D'abord beaucoup développés à l'étranger, la HAS s'est employée à tirer les enseignements des expériences étrangères et à soutenir le développement des outils de mesure de la qualité des soins perçus par le patient en France. (10,11)

b) Les auto-questionnaires d'évaluation de la sévérité de la dépression

Il est licite de penser que l'utilisation des échelles d'auto-évaluation de la sévérité dans le cadre du suivi de la dépression a largement sa place. Ces échelles permettent de mesurer les résultats des soins (ce sont des PROMs dits spécifiques puisqu'ils s'intéressent à une population particulière). Elles peuvent permettre d'évaluer l'évolution de la pathologie de manière quantifiable, c'est-à-dire par le biais d'un score (12).

Selon l'évolution de ce score, il serait de rigueur de :

- poursuivre le traitement ;
- modifier le traitement devant une absence d'amélioration, voire de reconsidérer le diagnostic ;
- arrêter le traitement en cas de rémission complète après la phase de consolidation.

De même, ces échelles peuvent permettre un langage conjoint entre les différents intervenants de la prise en charge. La cotation des items et le score obtenu ont l'avantage d'être universels et permettent la meilleure coordination des protagonistes.

L'utilisation d'un questionnaire d'auto-évaluation présente des avantages pour le médecin généraliste et les patients. Pour le médecin généraliste, l'auto-évaluation par le patient représente un gain de temps par rapport à l'hétéro-évaluation. Ce gain de temps s'explique par le fait que le patient réalise le questionnaire avant de venir en consultation. Cela pourrait permettre de répéter les mesures de manière plus rapprochée pour suivre l'évolution de la maladie. Au contraire, l'hétéro-évaluation est chronophage (7). Sa réalisation n'est valorisée par l'Assurance maladie qu'une fois par an maximum à travers la cotation ALQP003, ce qui

rend sa répétition difficile à appliquer en médecine libérale. Dans un contexte de pénurie d'offre de soins primaire (13), la perspective d'améliorer les pratiques sans impacter le temps médical paraît intéressante.

L'auto-évaluation permet également au généraliste de pouvoir consacrer le temps de la consultation à sa relation singulière avec le patient. En effet l'hétéro-évaluation, qui est très standardisée est parfois perçue par le généraliste comme altérant cette relation (7,14). Ainsi, l'utilisation d'un auto-questionnaire se basant sur les critères de la 5ème édition du *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5) (5) pourrait même accélérer le recueil de ces derniers, servir de base au début de la consultation de suivi, et permettre de pouvoir consacrer le reste de la consultation à une thérapie de soutien plus personnalisée.

Enfin, l'auto-évaluation ne nécessite pas de formation particulière du clinicien, et s'émancipe des biais liés au clinicien (15).

Pour les patients, l'utilisation des questionnaires a été évaluée positivement en Europe (16,17). Elle permet une participation active au suivi, d'avoir une quantification "noir sur blanc" de la dépression, et apporte un sentiment d'écoute et de légitimité. En Suède, l'utilisation des questionnaires a montré une meilleure adhésion au traitement, même si elle n'a pas démontré de résultat sur le taux de guérison (18). En revanche, les données en France sont maigres.

Bien sûr il existe aussi des inconvénients : les biais liés au patient se substituent aux biais liés au clinicien (la distorsion cognitive liée à la dépression par exemple), diminution de la taille d'effet, divergences possibles entre les versions auto-évaluée et hétéro-évaluée d'une même échelle (cas du MADRS et MADRS-S) (15).

Dans ses recommandations de 2017, la HAS propose la version en 9 questions du *Patient Health Questionnaire* (PHQ-9) comme un possible outil pour évaluer la sévérité de l'épisode dépressif caractérisé (EDC) et pour réadapter le traitement, malgré l'absence d'études de niveau de preuve suffisant disponibles à cette date. (1) Plusieurs autres sociétés savantes recommandent l'utilisation d'échelles pour évaluer la réponse thérapeutique, majoritairement l'échelle d'Hamilton (qui est une hétéro-évaluation) et le PHQ-9 (une auto-évaluation). (19)

En France en 2018, Claire Le Maho a réalisé sa thèse sur l'intérêt et la faisabilité de l'utilisation d'un auto-questionnaire (le QIDS-SR16) dans le suivi de la dépression chez les médecins généralistes de Haute-Normandie (20). La majorité des MG l'ayant utilisé ont trouvé l'auto-

questionnaire facile de réalisation et d'interprétation, et "moyennement utile" sur une échelle de "très utile" à "inutile".

4) Problématique et question de recherche

L'acceptabilité par les patients d'un tel dispositif de suivi n'a jamais été étudiée en France à ma connaissance. J'aimerais donc m'intéresser à l'acceptabilité des patients dépressifs concernant le monitoring de leur dépression par des auto-questionnaires d'évaluation de la sévérité.

Quelle est l'acceptabilité des patients concernant l'utilisation d'une échelle d'auto-évaluation de la sévérité du trouble dépressif à remplir avant la consultation, dans le cadre du suivi de leur trouble dépressif en médecine générale ?

5) Objectifs principal et secondaires

Objectif principal :

- Quantifier la proportion de patients se déclarant d'accord pour utiliser des auto-questionnaires pour le suivi de leur trouble dépressif.

Objectifs secondaires :

- Déterminer une potentielle population cible pour l'utilisation des auto-questionnaires en analysant d'éventuelles différences d'acceptabilité en fonction :
 - de l'âge ;
 - du sexe ;
 - du stade évolutif de la maladie (malade, en rémission partielle, en rémission complète ou guéri) ;
 - du sous-type de trouble dépressif (unique, récurrent, persistant) ;
 - de la connaissance préalable ou non de l'existence des questionnaires d'évaluation de la dépression.

- Déterminer des préférences de modalités d'utilisation des auto-questionnaires dans la dépression, évaluer l'acceptabilité d'une version en ligne d'auto-questionnaire et le partage des résultats avec d'autres professionnels de santé impliqués dans le suivi de la dépression.

MATERIELS ET METHODES

1) Type d'étude

Il s'agissait d'une enquête d'opinion épidémiologique quantitative transversale par auto-questionnaires anonymisés, selon la méthode CAWI (*Computer-Assisted Web Interview*).

2) Population étudiée

a) Critères d'inclusion

La population étudiée était celle des patients suivis au moment de l'étude, ou ayant été suivis précédemment par un médecin généraliste pour un trouble dépressif, âgés de 18 à 80 ans, vivant en France.

b) Critères d'exclusion

Ont été exclus les questionnaires incomplets, ainsi que les questionnaires de répondants :

- n'ayant jamais présenté de trouble dépressif ;
- n'ayant pas été suivis en médecine générale ;
- d'un âge ne correspondant pas aux critères d'inclusion ;
- atteints d'un trouble bipolaire ou d'un trouble psychotique.

3) Le questionnaire

a) Critère de jugement principal

Le critère de jugement principal était le fait d'accepter de compléter des auto-questionnaires d'auto-évaluation de la sévérité de la dépression au cours du suivi avec le médecin généraliste.

Cette acceptabilité a été mesurée sur une échelle de Likert en 5 points, à laquelle a été associée une cotation de -2 à 2 où :

- -2 correspondait à la réponse : je suis très réticent(e) à l'utilisation de ces auto-questionnaires ;
- -1 correspondait à la réponse : je suis plutôt réticent(e) à l'utilisation de ces auto-questionnaires ;
- 0 correspondait à la réponse : je ne suis ni réticent(e), ni partant(e) pour utiliser ces auto-questionnaires ;
- 1 correspondait à la réponse : je me sens plutôt partant(e) pour utiliser ces auto-questionnaires ;
- 2 correspondait à la réponse : je suis complètement partant(e) pour utiliser ces auto-questionnaires.

b) Construction

Le questionnaire était composé de 16 questions (Annexe 1). Il comportait 15 questions à choix simple et 1 question à choix multiples. Les questions étaient toutes à réponse fermée, et à réponse obligatoire. Ce questionnaire a été créé à l'occasion de cette thèse, ce n'était pas un questionnaire validé. Il a été construit afin de pouvoir répondre aux objectifs principal et secondaires. Les questions ont été réparties en 3 groupes :

- le premier groupe de questions concernait la description de la population ;
- le second groupe de questions comprenait une question recueillant l'acceptabilité des patients, et deux questions succinctes sur les impressions des répondants ;
- le troisième groupe de questions concernait les préférences de modalités d'utilisation des auto-questionnaires d'évaluation de la sévérité de la dépression. Les questions de ce groupe étaient conditionnelles, elles ne s'affichaient qu'aux répondants dont l'acceptabilité avait été mesurée entre 0 et 2 sur l'échelle de Likert.

Le questionnaire a fait l'objet d'une phase de test avant diffusion. Il a été testé auprès de 5 personnes au format électronique, ce qui a permis d'apporter des modifications sur le fond et sur la forme afin d'apporter une meilleure présentation et une meilleure intelligibilité du questionnaire.

c) Questionnaire électronique, aspect éthique

Le questionnaire était sous format électronique. Il a été réalisé sur le site internet LimeSurvey®. Un compte utilisateur a été créé à la suite d'une demande faite auprès de la Direction des Systèmes d'Information de l'Université de Picardie Jules Verne (UPJV). Une fiche de traitement des données a été remplie et le questionnaire a été validée par le délégué à la protection des données de l'UPJV avant diffusion. Le questionnaire figurait au registre des traitements de l'UPJV sous la référence : Utilisation-d'auto-questionnaires-d'évaluation-de-la-sévérité-de-la-dépression-pour-son-suivi-en-soins-primaires--étude-d'acceptabilité-des-patients-007103. Le lien pour accéder au questionnaire était le suivant : <https://www.upicardie.fr/limesurvey-recherche/index.php/983985?lang=fr>.

Aucune déclaration n'a été faite auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL), car le questionnaire était strictement anonyme. La déclaration au Comité de Protection des Personnes (CPP) n'était pas utile car l'étude était non interventionnelle.

4) Méthode de diffusion

Le lien du questionnaire a été diffusé en ligne par plusieurs moyens afin d'atteindre la population cible.

La méthode de diffusion principale fut à travers des publications sur les réseaux sociaux. Ces publications ont été réalisées sur des groupes francophones Facebook® et LinkedIn® dont le thème était la dépression. La sélection de ces groupes a été réalisée à l'aide du mot-clé « dépression ».

Le lien du questionnaire a également été publié sur deux forums abordant le thème de la santé, dans les sous-sections s'intéressant à la dépression.

Les publications ont été régulièrement commentées pour les remonter dans les fils d'actualité et améliorer leur visibilité.

Des demandes d'aide à la diffusion du questionnaire ont été réalisées par téléphone et par mail auprès de plusieurs associations, organisations et site internet spécialisés mais n'ont pas abouti. (Annexe 2)

5) Analyse statistique des données

La saisie des données a été réalisée via le logiciel LimeSurvey® avant qu'elles ne soient exportées sur Excel®. L'analyse statistique a été faite sur RStudio®.

Les variables, toutes qualitatives, ont été décrites en effectifs et pourcentages.

La démarche statistique a été menée de la manière suivante. Dans un premier temps, une analyse descriptive univariée et bivariée a visé à décrire les répondants ainsi qu'à établir un premier constat du lien entre leurs caractéristiques majeures et l'acceptabilité. Sur base de ces constats, deux types de tests ont été utilisés pour juger de l'indépendance entre les différents sous-groupes créés par chaque variable croisée avec l'acceptabilité :

- le test exact de Fisher pour juger de l'indépendance, qui a été préféré ici au test du chi-deux en raison des faibles effectifs dans certains sous-groupes ;
- le test d'indépendance de Kruskal-Wallis, qui est un test non paramétrique permettant également d'évaluer les différences entre plusieurs populations.

Dans un dernier temps, une analyse multivariée a été réalisée à travers une régression logistique, pour continuer de préciser la caractérisation des déterminants de l'acceptabilité. Cette dernière a été réalisée en retraitant notre variable d'intérêt (l'acceptabilité) pour ne plus avoir qu'une variable binaire agrégeant les informations d'origine. L'objectif de la régression logistique était, pour les variables statistiques significatives, de donner le sens de la relation entre chaque modalité de réponse et l'acceptabilité, de comparer les différentes modalités d'une même variable et de déterminer l'effet de l'appartenance à un sous-groupe par rapport à l'acceptabilité.

Le risque de première espèce alpha était arbitrairement fixé à 5 %. Une différence était considérée comme significative pour une valeur de p inférieure à 0,05. Dans le cas contraire, nous ne pouvions pas conclure à la significativité de nos résultats.

RESULTATS

1) Diffusion et participation

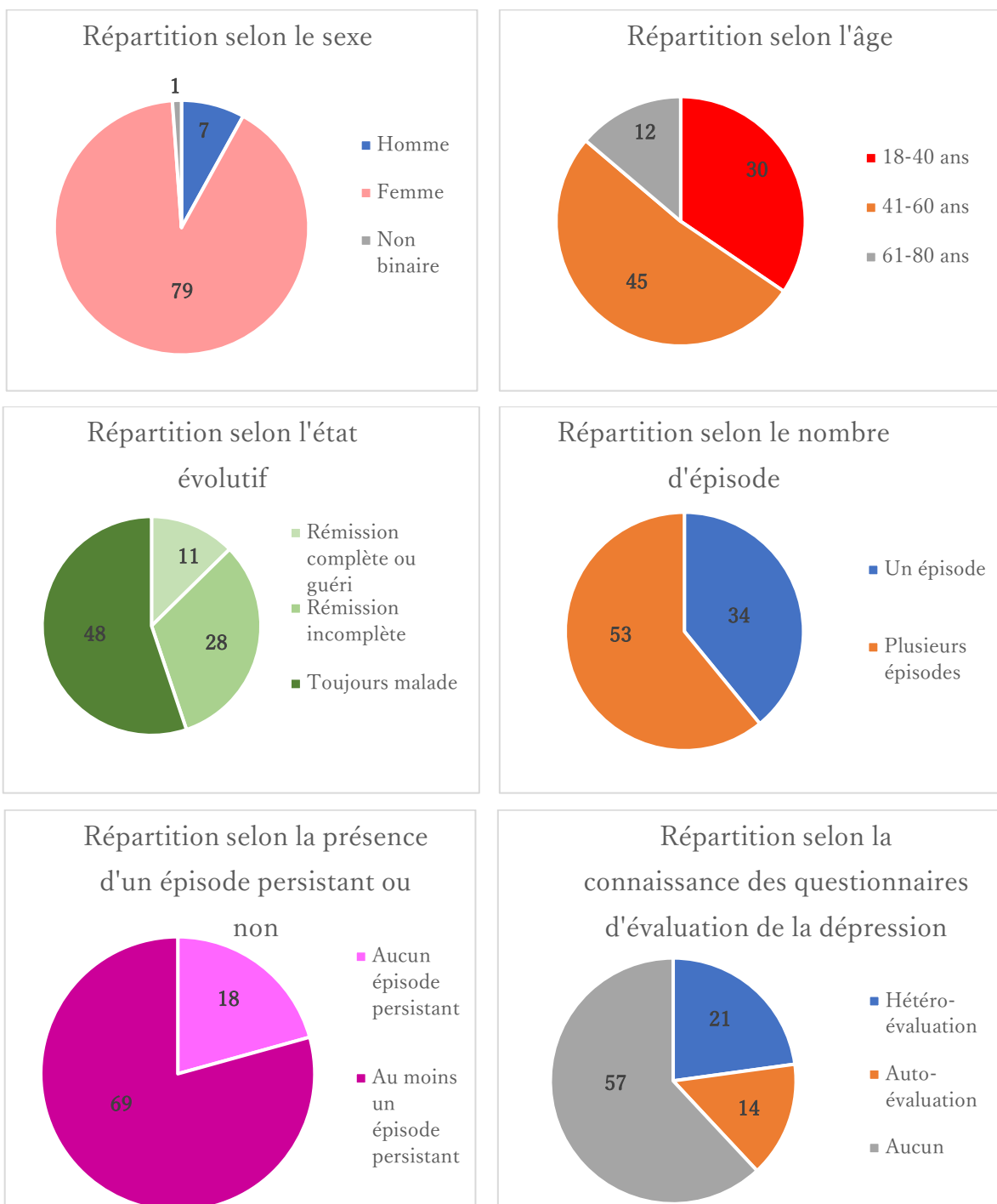
Le recueil des données a été effectué entre le 15 avril et le 1^{er} juillet 2024. Le questionnaire a été dans 29 groupes Facebook® et 1 groupe LinkedIn®. Les associations, organisations et sites internet spécialisés n'ont pas donné suite à la demande d'aide à la diffusion. (Annexe 2)

198 réponses ont été recueillies, parmi lesquelles on comptait 135 réponses complètes. Après exclusion des questionnaires de patients hors limite d'âge, atteints de trouble bipolaire ou psychotique, n'ayant jamais présenté d'épisode dépressif et n'ayant jamais été suivis par un médecin généraliste, 87 questionnaires ont été retenus pour analyse.

2) Analyse descriptive univariée

a) Caractéristiques de l'échantillon

L'échantillon analysé comprenait un total de 87 répondants. Parmi eux, on comptait une majorité de femmes (91%). La tranche d'âge la plus représentée était celle des 41-60 ans (52%). La majorité des répondants déclaraient être toujours malades (55%), avoir présenté plusieurs antécédents d'épisode dépressif (61%) et avoir un antécédent de trouble dépressif persistant (79%). Enfin, la majorité des répondants n'avaient jamais rempli de questionnaire d'évaluation de la sévérité de la dépression. Les caractéristiques de l'échantillon sont détaillées dans les graphiques 1 à 6.

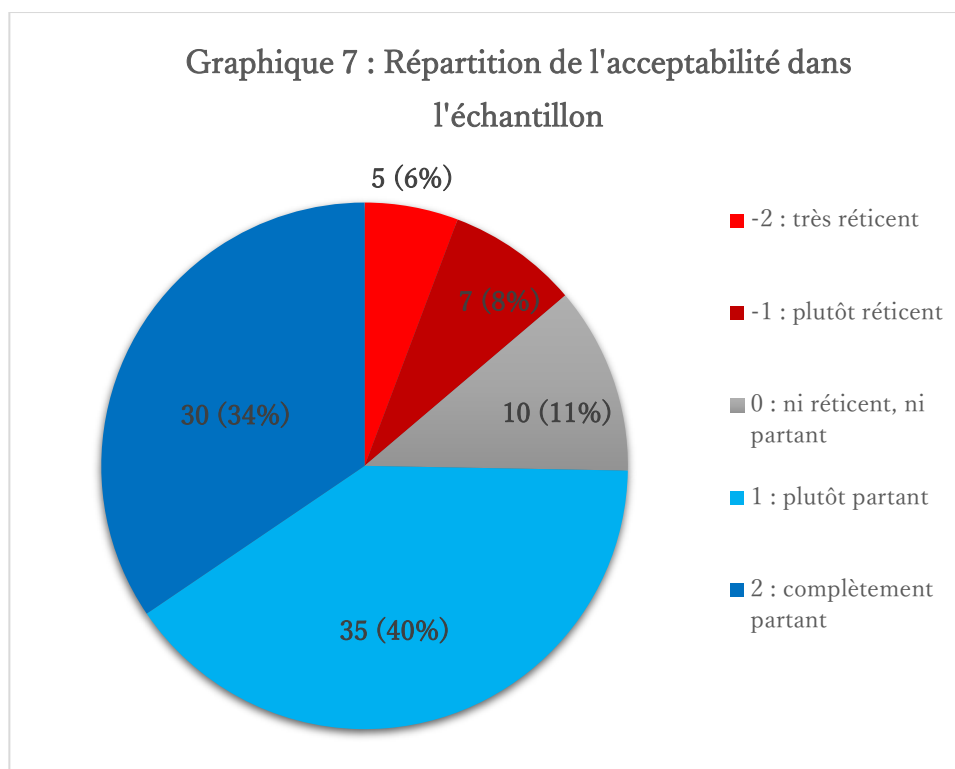


Graphiques 1 à 6 : Description de la population de l'échantillon

b) Acceptabilité du suivi à l'aide d'auto-questionnaires

Dans l'échantillon, on comptait une majorité de répondants qui ont répondu positivement sur l'échelle d'acceptabilité : 35 (40%) répondants ont répondu être plutôt partants, et 30 (34%) ont répondu être complètement partants pour l'utilisation d'auto-questionnaires pour le suivi de leur trouble dépressif en soins primaires. (Graphique 7)

Au total, on comptait 65 (75%) répondants avec un score positif sur l'échelle d'acceptabilité.



c) Préférences de modalité d'utilisation

Les questions qui concernaient les préférences de modalité d'utilisation des auto-questionnaires d'évaluation de la sévérité de la dépression ont été présentés à 75 répondants, qui avaient coté de 0 à 2 sur l'échelle de Likert.

Concernant l'analyse des réponses des auto-questionnaires, 51 (68%) répondants préféraient que leur médecin généraliste découvre avec eux leurs réponses, tandis que 24 (32%) préféraient que leur médecin généraliste ait déjà pris connaissance des réponses avant de les recevoir en consultation.

Concernant la fréquence d'utilisation des auto-questionnaires, 25 (33%) répondants préféraient qu'ils soient réalisés avant chaque consultation de suivi, tandis que 36 (48%) préféraient qu'ils

soient réalisés à une fréquence moins importante et que 14 (19%) préféreraient qu'ils soient réalisés à une fréquence plus importante.

Concernant la durée d'utilisation des auto-questionnaires, 12 (16%) répondants préféreraient que l'utilisation du questionnaire s'arrête au moment de la guérison du syndrome dépressif, tandis que 63 (84%) préféreraient que leur médecin leur propose régulièrement de compléter l'auto-questionnaire après la guérison, afin de dépister des rechutes ou récurrences.

Concernant le partage des résultats, 71 (95%) répondants étaient favorables au partage des résultats avec d'autres professionnels de santé impliqués dans leur prise en charge.

Enfin, 58 (77%) répondants étaient favorables à l'utilisation d'une plateforme numérique pour la réalisation des auto-questionnaires.

3) Analyse bivariée et multivariée

Variable	Modalités	Score d'acceptabilité en effectif (%)					Effectif des scores d'acceptabilité positifs (%)
		-2	-1	0	1	2	1 + 2
Sexe	Hommes	0 (0)	3 (43)	1 (14)	0 (0)	3 (43)	3 (43)
	Femmes	5 (6)	4 (5)	9 (11)	35 (44)	26 (33)	61 (77)
	Non binaires					1 (100)	1 (100)
Âge	Entre 18 et 40 ans	2 (7)	0 (0)	3 (10)	15 (50)	10 (33)	25 (83)
	Entre 41 et 61 ans	3 (7)	4 (9)	7 (16)	15 (33)	16 (36)	31 (69)
	Entre 61 et 80 ans	0 (0)	3 (25)	0 (0)	5 (42)	4 (33)	9 (75)
État évolutif	Rémission complète ou guéri	1 (9)	0 (0)	1 (9)	3 (27)	6 (55)	9 (82)
	Rémission incomplète	2 (7)	1 (4)	5 (18)	10 (36)	10 (36)	20 (71)
	Toujours malade	2 (4)	6 (13)	4 (8)	22 (46)	14 (29)	36 (75)
Nombre d'épisode	Un seul épisode	2 (6)	3 (9)	5 (15)	16 (47)	8 (24)	24 (70)
	Plusieurs épisodes	3 (6)	4 (8)	5 (9)	19 (36)	22 (42)	41 (77)
Présence ou non d'un épisode persistant	Aucun épisode persistant	0 (0)	1 (6)	1 (6)	7 (39)	9 (50)	16 (89)
	Au moins un épisode persistant	5 (7)	6 (9)	9 (13)	28 (41)	21 (30)	49 (71)
Connaissance des questionnaires	D'hétéro-évaluation	1 (5)	2 (10)	2 (10)	9 (43)	7 (33)	16 (76)
	D'auto-évaluation	0 (0)	1 (8)	0 (0)	4 (33)	7 (58)	11 (92)
	Aucun	4 (7)	4 (7)	8 (14)	23 (40)	18 (31)	41 (72)

Tableau 1 : Analyse descriptive bivariée de l'acceptabilité

Variable	Modalités	p-value du test				
		Exact de Fisher (paramétrique)	Kruskal Wallis (non paramétrique)	Régression logistique		
				p-value des variables	Signe du coefficient	p-value des modalités
Sexe	Hommes	0.013	0.374	0.044	Négatif	0.036
	Femmes					
	Non binaires				Positif	0.992
Âge	Entre 18 et 40 ans	0.251	0.835	0.428		
	Entre 41 et 61 ans				Négatif	0.256
	Entre 61 et 80 ans				Négatif	0.294
État évolutif	Rémission complète ou guéri	0.508	0.446	0.702		
	Rémission incomplète				Négatif	0.641
	Toujours malade				Positif	0.960
Nombre d'épisode	Un seul épisode	0.514	0.152	0.254	Négatif	0.257
	Plusieurs épisodes					
Présence ou non d'un épisode persistant	Aucun épisode persistant	0.581	0.122	0.051	Positif	0.084
	Au moins un épisode persistant					
Connaissance des questionnaires	D'hétéro-évaluation	0.892	0.257	0.064	Positif	0.478
	D'auto-évaluation				Positif	0.067
	Aucun					

Tableau 2 : Tests statistiques bivariés et multivariés étudiant l'acceptabilité

a) En fonction du sexe

Il existait dans notre échantillon une acceptabilité bien moins importante chez les hommes. Le test de Fisher a permis de retenir une différence significative entre les différents sexes. La régression logistique a permis de retenir le sexe comme une variable déterminante de l'acceptabilité dans notre échantillon. Le sexe masculin réduisait les chances d'être favorable à la réalisation d'auto-questionnaires par rapport au sexe féminin.

b) En fonction de l'âge

Il existait dans notre échantillon une acceptabilité légèrement supérieure dans la tranche d'âge 18-40 ans et légèrement inférieure dans la tranche d'âge 41-60 ans. Les tests statistiques n'ont cependant pas mis en évidence de différence significative entre les sous-groupes d'âge. La régression logistique a permis d'exclure l'âge des variables déterminantes de l'acceptabilité dans notre échantillon.

c) En fonction du stade évolutif de la maladie

Il existait dans notre échantillon une acceptabilité légèrement supérieure dans le groupe de patient actuellement en rémission complète ou guéris, et légèrement inférieure dans le groupe de patients en rémission incomplète. Les tests statistiques n'ont cependant pas mis en évidence de différence significative entre les sous-groupes de stade évolutif. La régression logistique a permis d'exclure le stade évolutif des variables déterminantes de l'acceptabilité dans notre échantillon.

d) En fonction du sous-type de trouble dépressif

Il existait dans notre échantillon une acceptabilité légèrement supérieure dans le groupe de patients ayant présenté plusieurs épisodes dépressifs. Il existait également une acceptabilité bien supérieure dans le groupe de patients n'ayant présenté aucun épisode persistant. Les tests statistiques n'ont cependant pas mis en évidence de différence significative entre les sous-groupes étudiés. En revanche, la régression logistique tendait à montrer que la présence ou non d'un épisode persistant est une variable déterminante de l'acceptabilité, avec une p-value à la limite de la significativité. Le fait de ne jamais avoir présenté d'épisode dépressif persistant tendait à augmenter les chances d'être favorable à la réalisation des questionnaires, avec une p-value proche de la significativité.

e) En fonction de la connaissance préalable ou non de l'existence des questionnaires d'évaluation de la sévérité de la dépression

Il existait dans notre échantillon une acceptabilité très supérieure dans le groupe de patients ayant déjà connaissance des questionnaires d'auto-évaluation de la sévérité de la dépression, par rapport aux autres sous-groupes. Il existait également une acceptabilité légèrement supérieure dans le groupe de patients ayant déjà connaissance des questionnaires d'hétéro-évaluation de la sévérité de la dépression, par rapport aux patients n'ayant connaissance d'aucun questionnaire. Les tests statistiques n'ont cependant pas mis en évidence de différence significative entre les sous-groupes étudiés. En revanche, la régression logistique tendait à montrer que la connaissance préalable ou non de l'existence des questionnaires d'évaluation de la sévérité de la dépression était une variable déterminante de l'acceptabilité, avec une p-value proche de la significativité. La connaissance préalable des questionnaires d'auto-évaluation de

la sévérité de la dépression tendait à augmenter les chances d'être favorable à leur réalisation par rapport au fait de ne pas en avoir connaissance, avec une p-value proche de la significativité. Ce constat ne s'étendait pas à la connaissance des questionnaires d'hétéro-évaluation au vu des résultats de la régression logistique.

DISCUSSION

1) Méthodologie

L'acceptabilité d'une intervention en santé peut être mesurée de plusieurs façons : de manière prospective et rétrospective. Ainsi l'acceptabilité peut être mesurée soit avant une intervention, soit au cours de celle-ci, soit après celle-ci. Notre étude s'intéressait à l'acceptabilité prospective, avant toute intervention, afin de recueillir l'acceptabilité anticipée des patients. Elle pouvait aussi s'apparenter à une acceptabilité rétrospective pour les répondants qui avaient déjà été confrontés à des auto-questionnaires d'évaluation de la sévérité de la dépression. La méthode CAWI (*Computer-Assisted Web Interview*), choisie pour notre étude, est une méthode empruntée au marketing afin de réaliser des enquêtes d'opinion. Elle a été choisie pour l'avantage primordial qu'elle présentait pour la réalisation d'une étude de l'acceptabilité prospective, c'est-à-dire une grande capacité de diffusion. Elle a également été choisie pour sa simplicité et sa rapidité de mise en place afin de pouvoir répondre à une contrainte de temps pour la réalisation de cette thèse.

Les premières questions du questionnaire en ligne permettaient de relever les critères d'exclusion, afin de limiter les biais de recrutement amenés par la méthode CAWI. En revanche, le critère d'inclusion qui était le fait d'habiter en France ne faisait pas l'objet d'une question dans la première partie du questionnaire de l'étude. Ce point a été mis en avant dans le message de diffusion du questionnaire pour éviter de recueillir les réponses de patients francophones mais ne vivant pas en France.

La sélection des groupes sur les réseaux sociaux a été réalisée par convenance, avec pour objectif le recueil du plus grand nombre de réponses. Le nombre de réponses anticipé était de plusieurs centaines, comparativement à d'autres études utilisant la même méthodologie (21,22). Cependant, le recrutement des participants a été plus difficile que je l'avais anticipé. Une explication possible était un sentiment de méfiance ressenti sur les groupes de soutien de patients, ces groupes semblant être la cible de beaucoup d'arnaques, publicités pour des thérapies alternatives douteuses, etc. D'autres explications possibles sont un manque d'attrait pour le sujet traité, ou encore le fait que la dépression est un thème sur lequel les patients peuvent être plus réticents à partager leur avis et expérience, cette pathologie faisant encore à notre époque l'objet d'une stigmatisation. Après avoir été partagée dans les groupes recueillant le plus grand nombre d'abonnés, l'étude a été partagée sur un nombre élargi de groupes, afin

d'augmenter la quantité de questionnaires recueillis. Le recueil des réponses a été clôturé au bout de 2 mois et demi par contrainte de temps. Sans la méthode utilisée, le recueil des réponses aurait sans doute été encore plus difficile.

Le questionnaire en ligne de cette étude était composé de questions à réponse obligatoire. Cela a légèrement limité le nombre de questionnaires reçus : 9 répondants n'ont rempli que 1 ou 2 pages de questions sur les 3 proposées et leurs réponses ont été exclues de l'analyse statistique. Cela ne représentait en revanche qu'une petite partie des 63 réponses incomplètes, le reste des questionnaires ayant été ouverts mais laissés sans réponse enregistrée. Le fait d'éliminer les questionnaires incomplets et de se baser sur une même base de répondants pour l'intégralité des analyses statistiques permettait d'éliminer un facteur de confusion.

Dans notre travail, le critère principal de jugement était mesuré à l'aide d'une échelle de Likert. Ce mode de mesure a été utilisé car il est bien adapté au recueil de l'opinion, et permet d'obtenir des réponses plus nuancées qu'avec des questions binaires. En revanche, une échelle avec un nombre impair de propositions peut inciter le répondant à choisir la réponse médiane, ce qui peut nuire à la significativité des résultats.

Il existe de nombreux débats dans le monde de la statistique autour de l'analyse des échelles de Likert. Ces débats sont centrés autour du fait de considérer la variable mesurée par ces échelles, au moment de l'analyse, simplement comme une variable catégorielle sans lien entre les modalités de réponse, comme une variable catégorielle ordinale (où l'on sait ranger les modalités les unes par rapport aux autres mais sans être en mesure de juger de la distance qui les séparent) ou comme une variable numérique sur la base des valeurs numériques associées à chaque modalité de la réponse. Chacune de ces options vient avec son lot de méthodes statistiques distinctes et contradictoires. C'est par exemple le cas au moment d'utiliser la moyenne sur une variable basée sur une échelle de Likert à 5 niveaux. Si chaque valeur peut être recodée comme bon nous semble, il est difficile d'interpréter la moyenne entre les modalités "Je suis complètement partant(e) pour utiliser ces auto-questionnaires" et "Je ne suis ni réticent(e), ni partant(e) pour utiliser ces auto-questionnaires", et ça le demeure même en les recodant respectivement "2" et "0". De plus, de nombreux tests ou méthodes d'analyse statistiques telles que le test de Student de comparaison des moyennes, l'analyse de variance, ou encore la régression logistique, ont plusieurs contraintes initiales dont la plus importante est le fait que les données (ou les résidus dans le cas des régressions) suivent certaines lois (la loi normale en général).

Les statisticiens les plus conservateurs partent de ce constat pour fixer des limites strictes sur ces analyses : n'utiliser que des tests non paramétriques pour juger de l'indépendance entre plusieurs groupes et pas de méthodes numériques telles que des régressions linéaires. Cependant, des études ont permis de montrer que dans la majorité des cas, les méthodes numériques sont suffisamment robustes pour donner des résultats exploitables même en l'absence de normalité (23) et que par conséquent les méthodes non paramétriques ne devaient pas être le seul recours dans l'analyse de variables construites sur base d'une échelle de Likert. C'est dans cette optique que nous avons choisi de confronter les deux types de méthode.

2) Rappel des résultats principaux de l'étude et analyse de l'auteur

Dans notre échantillon étudié, il y avait une grande proportion de la population qui se déclarait favorable à l'utilisation des auto-questionnaires d'évaluation de la sévérité de la dépression en soins primaires. Trois patients sur quatre se déclaraient partants pour l'utilisation de ces questionnaires. Ce résultat était attendu, car j'avais constaté des ressentis en général positifs vis-à-vis des échelles d'auto-évaluations de la sévérité de la dépression dans mes recherches bibliographiques. Cela soutient le fait que la population atteinte de trouble dépressif en France, comme dans d'autres pays comme l'Angleterre où cette méthode est développée, est ouverte à l'implémentation des auto-questionnaires d'évaluation de la sévérité dans le suivi en soins primaires.

Cette étude a permis de mettre en évidence un facteur déterminant de l'acceptabilité : le sexe. Le sexe masculin était un facteur déterminant une diminution de l'acceptabilité dans notre échantillon. Ce résultat était inattendu mais finalement concordant avec la littérature. Néanmoins, mon avis est que certains bénéfices des PROMs, comme la mise en lumière et la confirmation de la maladie, peuvent être particulièrement utiles chez une population qui peut être plus réticente à accepter le diagnostic de trouble dépressif.

Cette étude a permis de mettre en lumière deux tendances :

- la présence d'un antécédent de trouble dépressif persistant semblait être un facteur déterminant d'une diminution de l'acceptabilité dans notre échantillon. Il est à noter que la part des répondants qui ont déclaré avoir déjà présenté un trouble dépressif persistant était très importante dans notre échantillon (79%). Cette proportion était probablement due à un manque de clarté de la question dans mon questionnaire. N'ayant pas trouvé de moyen

simple et clair d'expliquer cette notion, j'avais pris le parti d'énoncer les critères du DSM-5 dans la question. Cela a sûrement eu pour effet de diminuer la compréhension de la question, et ceci m'avait été rapporté par un patient dans un groupe Facebook®. La diminution d'acceptabilité chez les patients aux antécédents de trouble dépressif persistant est en inadéquation avec mon hypothèse préalable que les PROMs seraient particulièrement intéressants dans le suivi des patients présentant des complications évolutives de la dépression (trouble dépressif récurrent et persistant).

- la connaissance préalable des auto-questionnaires d'évaluation de la sévérité de la dépression semblait être un facteur déterminant d'une augmentation de l'acceptabilité dans notre échantillon. Ce résultat semble logique, un patient qui a déjà rempli ce type de questionnaire en autonomie par intérêt, ou qui a déjà accepté d'en remplir un dans le cadre de son suivi, sera plus à même d'accepter d'en remplir à nouveau.

Les répondants interrogés sur leurs modalités d'utilisation préférées des auto-questionnaires ont en majorité plébiscité une utilisation des auto-questionnaires à une fréquence moins importante qu'à chaque consultation (48%), avec une interprétation des résultats par le médecin généraliste en leur présence (68%). Ils plébiscitaient également en majorité la réalisation des auto-questionnaires au-delà de la guérison dans un but de dépistage (84%). Ils étaient ouverts à l'utilisation d'une plateforme numérique pour la réalisation des auto-questionnaires (77%). Presque la totalité (95%) étaient ouverts au partage des résultats avec d'autres professionnels de santé impliqués dans leur prise en charge. Ces résultats soulignent que le retour d'information au praticien est important pour les patients, que les questionnaires qui sont complétés doivent être pris en compte dans la prise de décisions liée à leur prise en charge. Ils soulignent également que les patients sont ouverts à des soins coordonnés entre les professionnels de santé pour la prise en charge de leur trouble dépressif, et leur ouverture à l'intégration d'outils issus des technologies digitales pour leur suivi.

3) Validité externe et validité interne

a) Validité externe

Lors de mes recherches bibliographiques, j'ai retrouvé peu d'études sur l'acceptabilité des patients concernant l'utilisation des échelles de sévérité de la dépression auto-évaluées.

En 2008, Zimmerman et McGlinchey rapportaient l'excellente acceptabilité de la *Clinically Useful Depression Outcome Scale* (CUDOS). L'acceptabilité de cette échelle était supérieure à l'acceptabilité de l'échelle de Beck (BDI-II), une autre échelle auto-évaluée (24).

En 2010, Bondolfi et al. concluaient que les patients acceptaient la version auto-administrée de l'échelle de Montgomery-Asberg (MADRS-S) comme un complément de sa version administrée par le clinicien (25).

Cette bonne acceptabilité pouvait être expliquée par des perceptions positives de ces échelles, comme pour la version auto-évaluée de l'échelle de Montgomery-Asberg (MADRS-S), qui apportait aux patients une meilleure compréhension de leur maladie et l'impression d'être mieux écouté et pris au sérieux, les plaçant ainsi au centre du soin (17). Ce constat pouvait être élargi aux autres mesures de la sévérité de la dépression (16).

L'acceptabilité diminuée chez le sexe masculin est probablement expliquée par le fait que les normes et attitudes masculines amènent souvent les hommes à refuser l'aide, et particulièrement dans le domaine de la santé mentale (26).

La forte acceptabilité des questionnaires en ligne est concordante avec le résultat d'autres études (27,28).

La forte acceptabilité pour le partage des données est également concordante avec les résultats d'autres études, que ce soit dans le cadre du soin ou dans le cadre de la recherche. Par contre, les patients étaient opposés au partage de leurs données aux compagnies d'assurance (29) ce qui n'est de toute façon pas permis par le principe du secret médical.

b) Validité interne

L'utilisation des auto-questionnaires d'évaluation de la sévérité de la dépression est un sujet peu étudié en France. En ex-Picardie, les questionnaires utilisés étaient surtout des questionnaires d'hétéro-évaluation et étaient surtout utilisés dans le cadre de la démarche diagnostique (7). Il s'agit de la première étude française évaluant l'acceptabilité des patients dans ce domaine.

La validité interne de cette étude était mauvaise de par la présence de plusieurs biais.

Les biais de sélection :

La population de notre échantillon n'était pas représentative de la population des patients français âgés de 18 à 80 ans atteints d'un trouble dépressif. Les résultats du baromètre santé 2021 (2) retrouvent que la prévalence de l'épisode dépressif caractérisé était plus élevée chez les femmes (15,6%) que chez les hommes (9,3% ; $p < 0,001$) quelle que soit la tranche d'âge, et plus élevée chez les jeunes adultes que chez les adultes plus âgés. La population étudiée dans notre enquête était composée d'une proportion bien plus importante de femmes, et la tranche d'âge la plus représentée n'était pas les jeunes adultes mais les 41-60 ans. Les différences observées sont dues à des biais de sélection :

- biais de recrutement : le recrutement a été réalisé en majeure partie sur les réseaux sociaux dans des groupes de soutien de patients, dont la population n'était probablement pas non plus représentative. Le recrutement effectué en ligne aura pu augmenter l'acceptabilité de la version numérique. Le choix de cette méthode aura néanmoins permis de recueillir plus facilement un nombre plus important de réponses, dans un intervalle de temps limité, que d'autres méthodes de recrutement. De plus, il était bien adapté au type de notre étude : l'enquête d'opinion ;
- biais de volontariat : la participation à l'étude était basée sur le volontariat. Ce biais était inhérent à la méthode de recrutement.

Les biais de classement :

- biais de mesure : le questionnaire utilisé n'était pas un questionnaire validé mais créé spécifiquement pour cette étude. Ce biais était inévitable pour une première étude sur le

sujet, et à l'échelle d'une thèse. Les informations recueillies étaient toutes déclaratives, ce biais était inhérent à la méthode de recrutement ;

- biais de mémorisation : une partie de la population étudiée (les patients guéris) ont fait appel à leur mémoire. Ce biais aurait pu être évité en ne recrutant que des patients encore malades, mais aurait réduit le nombre de réponses recueillies.

Manque de puissance statistique :

Sur le plan statistique, il existait probablement un manque de puissance statistique liée à un échantillon trop faible ainsi que des avis convergeant en trop grande majorité vers l'acceptabilité. Nous aurions pu choisir de fixer le risque de première espèce alpha à une valeur légèrement plus importante de l'ordre de 10%, notre enquête d'opinion pouvant souffrir d'une incertitude légèrement accrue. Cela aurait permis à deux variables, la présence ou non de trouble dépressif persistant et la connaissance préalable des questionnaires, de dépasser le seuil de significativité. Le nombre de répondant aurait pu être augmenté en rallongeant la période de recrutement ou en multipliant davantage les sources de diffusion du questionnaire, par exemple en créant des publications sur d'autres forums, sur d'autres réseaux sociaux comme X® ou Instagram®. La contrainte de temps et la méconnaissance des autres plateformes de diffusion ont été des freins à l'augmentation du nombre de répondants.

4) Les auto-questionnaires d'évaluation de la sévérité de la dépression, une place discutée en soins primaires

a) Une place établie en soins spécialisés

L'utilisation des PROMs tient une place avec un niveau de preuve bien établi en soins spécialisés, surtout dans le cadre des soins basés sur les mesures, que nous discuterons un peu plus bas.

Dans le cadre de la psychothérapie, l'utilisation de PROMs avec retour d'information au clinicien peut réduire la sévérité des symptômes chez les patients présentant un risque de mauvaise réponse au traitement (30).

En 2023, des psychiatres américains ont proposé l'utilisation de la version auto-évaluée *Quick Inventory for Depressive Symptomatology* (QIDS), comme une échelle valide pour le suivi des

patients dépressifs dans l'intervalle de leurs consultations en présentiel. Ils proposent notamment la réalisation de cette échelle sur une plateforme en ligne, pour le repérage d'exacerbations de symptômes nécessitant une intervention rapprochée. Ils précisent également que l'auto-évaluation ne doit pas se substituer à l'évaluation par le clinicien (31).

b) Des résultats discutés en soins primaires

Lors de la publication des résultats de l'essai multicentrique STAR*D, les auteurs supposaient que l'utilisation des échelles, hétéro-évaluées et auto-évaluées (échelle de Hamilton et QIDS-SR respectivement dans cette étude), avait participé à l'obtention de taux de réponse et de rémission importants (32). Les résultats obtenus étaient comparables en soins primaires et en soins spécialisés psychiatriques (33.)

En 2012, l'essai COMET démontrait que le suivi régulier des symptômes (à l'aide du PHQ-9) avec un retour au clinicien améliorait les résultats du traitement de la dépression en soins primaires (34). Une augmentation de l'adhésion au traitement médicamenteux a également été montrée (35).

En 2017, les résultats d'un essai contrôlé randomisé en Suède n'a pas trouvé de différence significative dans la réduction des symptômes dépressifs, la qualité de vie perçue et l'absentéisme au travail entre les groupes de patients ayant utilisé des échelles d'auto-évaluation de la dépression par rapport aux patients n'en ayant pas utilisé. Il y avait cependant une différence d'adhésion au traitement médicamenteux, augmentée dans le groupe ayant reçu les questionnaires d'auto-évaluation (18).

Les travaux de T. Kendrick ont appuyé sur l'incertitude des bénéfices liés à l'utilisation des PROMs en soins primaires (36,37). En 2023, ce dernier a dirigé un essai randomisé contrôlé qui a conclu en une absence de preuve d'amélioration de la prise en charge de la dépression à 12 semaines, sans qu'un bénéfice à 26 semaines puisse être exclu, et que la mesure des résultats en soins primaire devrait être une décision personnalisée plutôt qu'un standard (38).

Nous noterons cependant ici que les auto-évaluations ne sont pas redondantes mais complémentaires avec les hétéro-évaluations, offrant le reflet d'une autre dimension de la maladie (39).

c) Des barrières en soins primaires

L'utilisation des auto-questionnaires est limitée par plusieurs barrières en soins primaires.

Ces barrières sont nombreuses coté praticien. Comme nous l'avions vu en introduction, les praticiens du Nord-Finistère interrogés par M-L Morvan en 2014 rapportaient 3 grandes catégories de barrières : les outils étaient méconnus ; les outils étaient jugés inutiles ; les outils étaient inadaptés à la pratique clinique (8). En Angleterre, des médecins généralistes interrogés rapportaient un manque de pertinence en soins primaires, avec une perte de l'information non verbale et des doutes sur la fiabilité des questionnaires. Ils accordaient cependant que les échelles d'évaluation de la dépression pouvaient faciliter la communication avec des intervenants externes et certains groupes de patients (9). En outre, ils voulaient préserver leur expertise et identité professionnelle, dans le sens où les questionnaires ne doivent pas se substituer au jugement clinique, ne pas altérer la relation médecin-patient et la fonction thérapeutique de la consultation, et ne pas altérer la prise en charge holistique du patient pouvant être biaisée par une vision réductionniste des questionnaires (14).

Parfois, il existe aussi certaines barrières chez le patient qu'il faut savoir prendre en compte, incluant l'incapacité à répondre, un manque de pertinence ou de précision ressenti et un manque d'intérêt en cas d'utilisation incohérente des résultats (29).

Une autre barrière identifiée est la possibilité de manipulation des scores, du côté praticien comme du côté patient. Les praticiens britanniques rapportaient des manipulations liées aux indicateurs du système de santé. Les patients rapportaient des manipulations liées à l'évitement d'un diagnostic stigmatisant ou d'un traitement (16).

d) Les questionnaires d'auto-évaluation de la sévérité, une modalité de suivi imparfaite

Des études montrent que l'évolution des scores ne correspond pas forcément à l'impression globale des patients concernant l'amélioration ou la détérioration de leur état. Cela est dû à l'intrication de nombreux facteurs qui influent sur cette impression du patient, comme l'anxiété ou l'état de santé physique (40).

Les patients ne perçoivent donc pas la rémission comme la simple disparition de leur symptômes dépressifs. Ce constat a amené d'autres auteurs à proposer des échelles différentes,

plurifactorielles, pour évaluer la dépression comme la *Remission from Depression Questionnaire* (RDQ) (41).

Le suivi de la sévérité des symptômes dépressifs est donc une modalité de suivi de la dépression parmi d'autres.

5) Ouverture : de la mesure de la sévérité des symptômes à d'autres mesures de qualité des soins

a) Les autres types de PROMs utilisés dans la dépression

Pour prendre en compte la complexité des troubles mentaux, les mesures de santé mentale devraient non seulement être axées sur les symptômes et le fonctionnement, mais aussi sur des questions telles que la qualité de vie, le rétablissement et l'occupation sociale (42).

Plusieurs échelles sont validées pour la mesure des résultats de soins dans les troubles dépressifs : des échelles d'hétéro-évaluation et des échelles d'auto-évaluation (les PROMs). Par exemple les symptômes dépressifs peuvent être hétéro-évalués par l'échelle de Hamilton (HAM-D), ou auto-évalués par le QIDS-SR, le PHQ-9 ou encore la *Patient-Reported Outcomes Measurement Information System* (PROMIS) *depression scale*. Le fonctionnement peut être hétéro-évalué par la *Social and Occupational Functioning Assessment Scale* (SOFAS) ou auto-évalué par la *WHO Disability Assessment Scale* (WHO-DAS) *self-rated*, la *Work Productivity and Activity Impairment* (WPAI) *scale* ou encore la *Sheehan Disability Scale* (SDS). La qualité de vie peut être hétéro-évaluée par la *Quality of Life Interview* (QOLI) et auto-évaluée par la *PROMIS Global-10* ou bien la *EuroQoL-5D* (EQ-5D-5L). Enfin, les effets indésirables peuvent être auto-évalués par la *Frequency, Intensity and Burden of Side Effects Rating* (FIBSER) (43).

Les recommandations du Singapore Ministry of Health (SMoH) proposent l'utilisation des *Clinical Global Impression Scales* (CGI-S) pour que le clinicien mesure la sévérité et l'évolution sous traitement durant les consultations de suivi (44).

b) La notion de soins fondés sur les mesures

La réalisation d'échelles d'évaluation de la sévérité de la dépression constitue un des aspects des soins fondés sur les mesures, appliqués à la dépression.

Les soins fondés sur les mesures (en anglais *Measurement-based care* ou MBC) sont une pratique issue de la médecine fondée sur les preuves (en anglais *Evidence-based medicine* ou EBM). Elle fournit un cadre systématique pour le suivi régulier des résultats et a démontré son utilité dans le traitement d'une gamme de troubles psychiatriques. Elle comprend :

- l'administration régulière d'échelles de cotation validées : soit évaluées par le clinicien, soit déclarées par le patient (PROMs) ;
- l'examen des scores par les praticiens et les patients ;
- l'utilisation des scores pour éclairer la prise de décision partagée.

Pour les patients avec un trouble dépressif bénéficiant d'un traitement médicamenteux, les soins fondés sur les mesures ont montré des taux de rémission supérieurs, une sévérité de la dépression réduite, et une meilleure adhérence au traitement comparativement au traitement usuel (45,46).

Chez les patients bénéficiant d'une psychothérapie, les soins fondés sur les mesures ont montré des bénéfices chez les patients qui ne sont initialement pas répondeurs par rapport à ceux ayant montré une amélioration. Cela est probablement dû au fait que la mesure des résultats de soins permet de recueillir des informations sur l'absence d'amélioration qui ne peuvent être évalués de manière fiable par le jugement clinique seul (47,48).

Les soins fondés sur les mesures ont été spécifiquement recommandés pour la gestion des troubles dépressifs caractérisés par l'*American Psychiatric Association* (APA), le *Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments* (CANMAT), le *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE) britannique (46).

c) Intégration des nouveaux outils digitaux dans les soins fondés sur les mesures

En 2021, des chercheurs canadiens ont proposé des solutions pour remédier aux barrières individuelles et institutionnelles à la mise en place des soins basés sur les mesures. Parmi elles, on compte la formation des cliniciens, l'utilisation de PROMs, et le développement d'outils informatiques pour le recueil et le suivi des résultats : des sites internet et applications mobiles (comme MoodFX®), des moyens d'intégrer ces données aux dossiers médicaux informatiques (43).

En 2024, He et al. ont étudié l'efficacité des soins fondés sur les mesures améliorés par la technologie (en anglais *technology enhanced measurement-based care* ou eMBC) et conclu que cette méthode permet d'obtenir des bénéfices significatifs sur le court terme, tandis que les bénéfices sur le long terme étaient comparables aux soins fondés sur les mesures classiques. Il semblait également exister un lien entre la fréquence de réalisation des échelles et la qualité de vie. Le recueil des PROMs utilisés dans le groupe intervention de cette étude était réalisé via smartphone (49).

CONCLUSION

Notre étude, malgré une validité interne discutable, tend à montrer que les patients suivis pour un trouble dépressif en France sont favorables à l'utilisation d'auto-questionnaires d'évaluation de la sévérité de la dépression pour leur suivi en soins primaires. Le développement d'outils technologiques pour le recueil des résultats semble acceptable pour les patients, ce qui permettra de lever un frein à l'utilisation des PROMs.

Les PROMs apportent des informations complémentaires au jugement clinique, offrant le reflet d'une autre dimension de la maladie. Leur utilisation trouve son utilité dans le retour d'information au clinicien, permettant une analyse et une discussion avec le patient, aboutissant à une décision conjointe. Dans son approche par compétence pour la formation initiale des futurs médecins généralistes, le Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE) a placé la Relation - Communication - Approche Centrée Patient (ACP) au sein d'une « marguerite des compétences », comme compétence centrale et transversale, avec cinq autres groupes de compétences (50). Dans la dépression, la complétion d'échelles de mesure de la sévérité de la dépression fait partie des mesures de l'approche centrée patient qui a été associée positivement à la rémission (51).

Notre étude suggère également que la mesure des résultats de soins peut s'avérer un outil utile à la coordination entre professionnels impliqués dans la prise en charge des patients, à travers le partage des résultats qui sont acceptés par les patients presque dans leur intégralité.

Cependant, il existe des barrières à dépasser pour la mise en place des soins basés sur les mesures. L'utilisation d'outils digitaux pour le recueil de PROMs, l'intégration automatique des résultats dans les dossiers médicaux informatiques, la formation des professionnels de santé sont des pistes pour lever ces barrières.

Enfin, les données actuelles de la science ne semblent pas encore assez solides pour recommander un usage systématique des PROMs en soins primaires.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Haute Autorité de Santé. Épisode dépressif caractérisé de l'adulte : prise en charge en premier recours. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2017.
2. Léon Christophe, Du Roscoät Enguerrand, Beck François. Prévalence des épisodes dépressifs en France chez les 18-85 ans : résultats du Baromètre santé 2021 / Prevalence of depressive episodes in France among 18-85 year-olds: Results from the 2021 Health Barometer survey [Internet]. Santé publique France, Saint-Maurice; p. 27-40. (Bulletin épidémiologique hebdomadaire, 14 février 2023, n°2). Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/content/download/510377/3786187?version=1>
3. Collège national des universitaires en psychiatrie, Association pour l'enseignement de la sémiologie psychiatrique, Collège universitaire national des enseignants en addictologie. Référentiel de psychiatrie et addictologie: psychiatrie de l'adulte, psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, addictologie. 3e éd. Tours: Presses universitaires François-Rabelais; 2021. (L'officiel ECN).
4. Haute Autorité de Santé. Coordination entre le médecin généraliste et les différents acteurs de soins dans la prise en charge des patients adultes souffrant de troubles mentaux – états des lieux, repères et outils pour une amélioration. Saint-Denis La Plaine: HAS;
5. American Psychiatric Association. DSM-5: manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. 5e éd. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2015.
6. Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Classification Internationale des Maladies, Onzième Révision (CIM-11). 2019 2021.
7. Benoît Tournant. L'utilisation des échelles psychiatriques dans la prise en charge du patient dépressif par les médecins généralistes. Médecine humaine et pathologie. 2015. dumas-01293346
8. Marie-Laure Morvan. Barrières à l'utilisation des outils de diagnostic de la dépression en médecine de famille : étude qualitative par entretiens individuels semi-directifs auprès de médecins généralistes du Nord-Finistère. Médecine humaine et pathologie. 2014. dumas-01044399

9. Pettersson A, Björkelund C, Petersson EL. To score or not to score: a qualitative study on GPs views on the use of instruments for depression. *Fam Pract.* avr 2014;31(2):215-21.
10. Haute Autorité de Santé. Qualité des soins perçue par le patient - Indicateurs PROMs et PREMs : panorama d'expériences étrangères et principaux enseignements. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2021.
11. Haute Autorité de Santé. PROMs Comment les mettre en œuvre ? [Internet]. 2023. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2023-05/proms_comment_les_mettre_en_oeuvre_mai_2023.pdf
12. Rush AJ, Kraemer HC, Sackeim HA, Fava M, Trivedi MH, Frank E, et al. Report by the ACNP Task Force on Response and Remission in Major Depressive Disorder. *Neuropsychopharmacol.* sept 2006;31(9):1841-53.
13. François Arnault. Conseil national de l'Ordre des médecins. ATLAS DE LA DÉMOGRAPHIE MÉDICALE EN FRANCE, Situation au 1er janvier 2023 [Internet]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/b6i7b6/cnom_atlas_demographie_2023.pdf
14. Leydon GM, Dowrick CF, McBride AS, Burgess HJ, Howe AC, Clarke PD, et al. Questionnaire severity measures for depression: a threat to the doctor-patient relationship? *Br J Gen Pract.* févr 2011;61(583):117-23.
15. Demyttenaere K, Jaspers L. Trends in (not) using scales in major depression: A categorization and clinical orientation. *Eur Psychiatry.* 23 sept 2020;63(1):e91.
16. Dowrick C, Leydon GM, McBride A, Howe A, Burgess H, Clarke P, et al. Patients' and doctors' views on depression severity questionnaires incentivised in UK quality and outcomes framework: qualitative study. *BMJ.* 19 mars 2009;338:b663.
17. Wikberg C, Pettersson A, Westman J, Björkelund C, Petersson EL. Patients' perspectives on the use of the Montgomery-Asberg depression rating scale self-assessment version in primary care. *Scand J Prim Health Care.* déc 2016;34(4):434-42.
18. Wikberg C, Westman J, Petersson EL, Larsson MEH, André M, Eggertsen R, et al. Use of a self-rating scale to monitor depression severity in recurrent GP consultations in primary care - does it really make a difference? A randomised controlled study. *BMC Fam Pract.* 19 janv 2017;18(1):6.

19. National Institute for Health and Care Excellence. Depression in adults: treatment and management [Internet]. 2022. Disponible sur: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng222/resources/depression-in-adults-treatment-and-management-pdf-66143832307909>
20. Claire Le Maho Deneuve. Évaluation de la sévérité de la dépression par le QIDS-SR-16 : enquête auprès de 28 médecins généralistes haut-normands sur l'intérêt et la faisabilité de cet outil. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-01878669
21. Florence Lasri. Vaccination anti-papillomavirus des jeunes hommes français de 18 à 26 ans : évaluation de l'acceptabilité et des connaissances par auto-questionnaire. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02964702
22. De Figueiredo Ornella. Contraception féminine : Etat des lieux des attentes des patientes concernant les consultations dédiées à la contraception en médecine générale. [Amiens]: Université Picardie Jules Vernes; 2023.
23. Geoffrey Norman. Likert scales, levels of measurement and the "laws" of statistics. *Advances in health sciences education : theory and practice*. 1 févr 2010;15:625-32.
24. Zimmerman M, McGlinchey JB. Depressed Patients' Acceptability of the Use of Self-Administered Scales to Measure Outcome in Clinical Practice. *Annals of Clinical Psychiatry*. août 2008;20(3):125-9.
25. Bondolfi G, Jermann F, Rouget BW, Gex-Fabry M, McQuillan A, Dupont-Willemin A, et al. Self- and clinician-rated Montgomery-Asberg Depression Rating Scale: evaluation in clinical practice. *J Affect Disord*. 2010 Mar;121(3):268-72.
26. Call JB, Shafer K. Gendered Manifestations of Depression and Help Seeking Among Men. *Am J Mens Health*. janv 2018;12(1):41-51.
27. Cheung BS, Murphy JK, Michalak EE, Liu J, Yang X, Wang X, Chen J, Lam RW. Barriers and facilitators to technology-enhanced measurement based care for depression among Canadian clinicians and patients: Results of an online survey. *J Affect Disord*. 2023 Jan 1;320:1-6.
28. Goldstein LA, Gibbons MBC, Thompson SM, Scott K, Heintz L, Green P, et al. Outcome Assessment via Handheld Computer in Community Mental Health: Consumer

Satisfaction and Reliability. *The journal of behavioral health services & research*. juill 2011;38(3):414.

29. Carfora L, Foley CM, Hagi-Diakou P, Lesty PJ, Sandstrom ML, Ramsey I, Kumar S. Patients' experiences and perspectives of patient-reported outcome measures in clinical care: A systematic review and qualitative meta-synthesis. *PLoS One*. 2022 Apr 21;17(4):e0267030.

30. Delgadillo J, Jong K de, Lucock M, Lutz W, Rubel J, Gilbody S, et al. Feedback-informed treatment versus usual psychological treatment for depression and anxiety: a multisite, open-label, cluster randomised controlled trial. *The Lancet Psychiatry*. 1 juill 2018;5(7):564-72.

31. Arrow K, Resnik P, Michel H, Kitchen C, Mo C, Chen S, et al. Evaluating the Use of Online Self-Report Questionnaires as Clinically Valid Mental Health Monitoring Tools in the Clinical Whitespace. *Psychiatr Q*. 2023;94(2):221-31.

32. Trivedi MH, Rush AJ, Wisniewski SR, Nierenberg AA, Warden D, Ritz L, et al. Evaluation of outcomes with citalopram for depression using measurement-based care in STAR*D: implications for clinical practice. *Am J Psychiatry*. 2006 Jan;163(1):28-40.

33. Gaynes BN, Rush AJ, Trivedi MH, Wisniewski SR, Balasubramani GK, McGrath PJ, et al. Primary Versus Specialty Care Outcomes for Depressed Outpatients Managed with Measurement-Based Care: Results from STAR*D. *J Gen Intern Med*. mai 2008;23(5):551-60.

34. Yeung AS, Jing Y, Brenneman SK, Chang TE, Baer L, Hebden T, et al. CLINICAL OUTCOMES IN MEASUREMENT-BASED TREATMENT (COMET): A TRIAL OF DEPRESSION MONITORING AND FEEDBACK TO PRIMARY CARE PHYSICIANS: Research Article: COMET for Depression. *Depress Anxiety*. oct 2012;29(10):865-73.

35. Chang TE, Jing Y, Yeung AS, Brenneman SK, Kalsekar ID, Hebden T, et al. Depression monitoring and patient behavior in the Clinical Outcomes in MEasurement-Based Treatment (COMET) trial. *Psychiatr Serv*. 1 août 2014;65(8):1058-61.

36. Kendrick T, El-Gohary M, Stuart B, Gilbody S, Churchill R, Aiken L, et al. Routine use of patient reported outcome measures (PROMs) for improving treatment of common

mental health disorders in adults. *Cochrane Database Syst Rev.* 13 juill 2016;7(7):CD011119.

37. Kendrick T, Maund E. Do PROMS improve outcomes in patients with depression in primary care? *BMJ.* 2020 Sep 8;370:m3313.

38. Kendrick T, Dowrick C, Lewis G, Moore M, Leydon GM, Geraghty AW, et al. Patient-reported outcome measures for monitoring primary care patients with depression: the PROMDEP cluster RCT and economic evaluation. *Health Technol Assess.* 2024 Mar;28(17):1-95.

39. Seemüller F, Schennach R, Musil R, Obermeier M, Adli M, Bauer M, et al. A factor analytic comparison of three commonly used depression scales (HAMD, MADRS, BDI) in a large sample of depressed inpatients. *BMC Psychiatry.* 28 juill 2023;23:548.

40. Hobbs C, Lewis G, Dowrick C, Kounali D, Peters TJ, Lewis G. Comparison between self-administered depression questionnaires and patients' own views of changes in their mood: a prospective cohort study in primary care. *Psychol Med.* 51(5):853-60.

41. Zimmerman M, Galione JN, Attiullah N, Friedman M, Toba C, Boerescu DA, et al. Depressed patients' perspectives of 2 measures of outcome: the Quick Inventory of Depressive Symptomatology (QIDS) and the Remission from Depression Questionnaire (RDQ). *Ann Clin Psychiatry.* août 2011;23(3):208-12.

42. Kilbourne AM, Beck K, Spaeth-Rublee B, Ramanuj P, O'Brien RW, Tomoyasu N, et al. Measuring and improving the quality of mental health care: a global perspective. *World Psychiatry.* févr 2018;17(1):30-8.

43. Hong RH, Murphy JK, Michalak EE, Chakrabarty T, Wang Z, Parikh SV, et al. Implementing Measurement-Based Care for Depression: Practical Solutions for Psychiatrists and Primary Care Physicians. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2021;17:79-90.

44. Chua HC, Chan LL, Chee KS, Chen YH, Chin SA, Chua PLW, et al. Ministry of Health clinical practice guidelines: depression. *Singapore Med J.* févr 2012;53(2):137-43; quiz 144.

45. Guo T, Xiang YT, Xiao L, Hu CQ, Chiu HFK, Ungvari GS, et al. Measurement-Based Care Versus Standard Care for Major Depression: A Randomized Controlled Trial With Blind Raters. *AJP.* oct 2015;172(10):1004-13.

46. Zhu M, Hong RH, Yang T, Yang X, Wang X, Liu J, et al. The Efficacy of Measurement-Based Care for Depressive Disorders: Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *J Clin Psychiatry*. 28 sept 2021;82(5):37090.
47. Shimokawa K, Lambert MJ, Smart DW. Enhancing treatment outcome of patients at risk of treatment failure: meta-analytic and mega-analytic review of a psychotherapy quality assurance system. *J Consult Clin Psychol*. juin 2010;78(3):298-311.
48. Scott K, Lewis CC. Using Measurement-Based Care to Enhance Any Treatment. *Cogn Behav Pract*. févr 2015;22(1):49-59.
49. He Y, Wang X, Wang Z, Zhang P, Huang X, Yu M, et al. Comparison of the Efficacy Between Standard Measurement-Based Care (MBC) and Enhanced MBC for Major Depressive Disorder: A Pilot Study. *NDT*. juill 2024;Volume 20:1465-73.
50. Moreau Alain. L'approche centrée patient : histoire d'un concept (revue narrative de littérature). *Exercer*, 2021, 176, pp.368-374. hal-04134066
51. Rossom RC, Solberg LI, Vazquez-Benitez G, Crain AL, Beck A, Whitebird R, et al. The effects of patient-centered depression care on patient satisfaction and depression remission. *Fam Pract*. déc 2016;33(6):649-55.

ANNEXES

Annexe 1 : Questionnaire

Utilisation d'auto-questionnaires d'évaluation de la sévérité de la dépression pour son suivi en soins primaires : étude d'acceptabilité des patients

Doctorant : Anthony Le Déan
Directrice de thèse : Dr Stéphanie Daveaux
Université Picardie Jules Vernes

Introduction :

Vous êtes ou avez été suivi par un médecin généraliste pour un syndrome dépressif et vous vivez en France. Cette étude a pour but d'évaluer si vous accepteriez un nouveau mode de suivi en médecine générale à l'aide d'un auto-questionnaire d'évaluation de la sévérité de la dépression, un outil de suivi.

Cette étude recueille les informations anonymement, elle ne vous prendra que quelques minutes.

Le principe :

Lorsque votre médecin généraliste a établi le diagnostic de dépression, il vous demande de remplir à la maison, avant de venir en consultation, un auto-questionnaire d'évaluation de la sévérité de la dépression. Vous venez ensuite en consultation avec le questionnaire rempli, qui sert de support pour la consultation. L'objectif est de remplir cet auto-questionnaire plusieurs fois au cours du suivi, pour pouvoir évaluer l'évolution de la maladie.

Les auto-questionnaires d'évaluation de la sévérité de la dépression :

Les auto-questionnaires évaluant la sévérité de la dépression se présentent comme une série de questions vous interrogeant sur les différents symptômes de la dépression : troubles de l'appétit et variations du poids, troubles du sommeil, tristesse, concentration, opinion de soi, enthousiasme, idées noires, fatigue, agitation ou ralentissement.

Chaque réponse choisie est associée à un nombre de points, qui seront additionnés pour dresser un score. Plus le score est élevé, plus la dépression est sévère.

Prenez l'exemple de l'item sur la tristesse. Au cours des 7 derniers jours, laquelle de ces propositions vous correspond le mieux ?

0 point : Je ne me sens pas triste

1 point : Je me sens triste moins de la moitié du temps (3 jours ou moins au cours des 7 derniers jours)

2 points : Je me sens triste plus de la moitié du temps (4 jours ou plus au cours des 7 derniers jours)

3 points : Je me sens triste presque tout le temps

Il faut en moyenne 5 à 15 minutes pour remplir l'auto-questionnaire chez soi. Ce temps varie en fonction du questionnaire choisi (le nombre de questions varie) et du temps nécessaire à chacun pour répondre.

Il y a 16 questions dans ce questionnaire.

Ce questionnaire est anonyme.

L'enregistrement de vos réponses à ce questionnaire ne contient aucune information permettant de vous identifier, à moins que l'une des questions ne vous le demande explicitement.

Si vous avez utilisé un code pour accéder à ce questionnaire, soyez assuré qu'aucune information concernant ce code ne peut être enregistrée avec vos réponses. Il est géré sur une base séparée où il sera uniquement indiqué que vous avez (ou non) finalisé ce questionnaire. Il n'existe pas de moyen pour faire correspondre votre code à vos réponses sur ce questionnaire.

Partie 1 : Description de la population

* Êtes-vous :

● Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Un homme

Une femme

Non-binaire

* Êtes-vous âgé :

● Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

De moins de 18 ans

Entre 18 et 40 ans

Entre 41 et 60 ans

Entre 61 et 80 ans

Plus de 80 ans

* Avez-vous présenté :

👉 Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

- Un seul épisode dépressif (si nouvel épisode avant 2 mois de guérison, on considère qu'il s'agit d'une rechute du premier épisode)
- Plusieurs épisodes dépressifs (séparés d'au moins 2 mois de guérison)
- Aucun épisode dépressif

* Avez-vous présenté un trouble dépressif que l'on peut qualifier de persistant ? C'est à dire qui répond aux critères suivants :

- Humeur dépressive présente quasiment toute la journée, plus d'un jour sur deux, signalée par la personne ou observée par les autres, pendant au moins 2 ans

- Quand le sujet est déprimé, il présente au moins deux des symptômes suivants :

- 1 . Perte d'appétit ou hyperphagie
- 2 . Insomnie ou hypersomnie
- 3 . Baisse d'énergie ou fatigue
- 4 . Faible estime de soi
- 5 . Difficultés de concentration ou difficultés à prendre des décisions
- 6 . Sentiment de perte d'espoir

- Au cours de la période de 2 ans de perturbation de l'humeur, la personne n'a jamais eu de période de plus de 2 mois consécutifs sans présenter les symptômes des deux critères précédents.

👉 Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

- Oui
- Non

* Lors de votre (vos) épisode(s) dépressif(s), avez-vous été suivi par un médecin généraliste (ou plusieurs généralistes) ?

👉 Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

- Oui
- Non

* Concernant votre dépression, pensez-vous actuellement :

👉 Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

- Être toujours malade
- Être en rémission incomplète (vous présentez encore des symptômes résiduels comme de la fatigue, de la tristesse, une perte d'appétit, ... mais ces symptômes n'ont pas d'incidence importante sur votre quotidien)
- Être en rémission complète ou guéri

* Êtes-vous atteint de schizophrénie (ou d'un autre trouble psychotique), ou êtes-vous atteint de bipolarité ?

👉 Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

- Oui
- Non

* Avez-vous déjà réalisé un questionnaire d'évaluation de la sévérité de la dépression ?

👉 Ajoutez un commentaire seulement si vous sélectionnez la réponse.

- Oui, un questionnaire réalisé par un professionnel de santé
- Oui, un auto-questionnaire délivré par un professionnel de santé
- Oui, un auto-questionnaire réalisé à ma propre initiative (par exemple sur internet)
- Autre. Précisez :
- Jamais

Partie 2 : Acceptabilité générale

* Si votre médecin généraliste vous proposait de remplir régulièrement des auto-questionnaires pour le suivi de votre dépression, seriez-vous d'accord ? Si vous êtes actuellement guéri, auriez-vous accepté ce mode de suivi quand vous étiez malade ?

● Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

- Je suis très réticent(e) à l'utilisation de ces auto-questionnaires
- Je suis plutôt réticent(e) à l'utilisation de ces auto-questionnaires
- Je ne suis ni réticent(e), ni partant(e) pour utiliser ces auto-questionnaires
- Je me sens plutôt partant(e) pour utiliser ces auto-questionnaires
- Je suis complètement partant(e) pour utiliser ces auto-questionnaires

* Pensez-vous que l'utilisation ces auto-questionnaires sera utile à votre médecin ?

● Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

- Oui
- Non

* Pensez-vous que l'utilisation de ces auto-questionnaires vous sera utile personnellement ?

● Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

- Oui
- Non

Partie 3 : Modalités d'utilisation

* Concernant l'analyse de vos réponses, préféreriez-vous que votre médecin généraliste :

● Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

- Ait déjà pris connaissance de vos réponses avant de vous recevoir en consultation et revienne avec vous sur les résultats
- Découvre les réponses que vous avez donné à l'auto-questionnaire en votre présence au début de la consultation pour l'interpréter avec vous

* Concernant la fréquence d'utilisation du questionnaire, préféreriez-vous :

● Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

- Que le questionnaire soit réalisé avant chaque consultation de suivi avec votre médecin généraliste
- Que le questionnaire soit réalisé à une fréquence moins importante, définie avec votre médecin généraliste
- Que le questionnaire soit réalisé à une fréquence plus importante, avec des réalisations intermédiaires entre deux consultations de suivi avec votre médecin généraliste

* Concernant l'utilisation du questionnaire, préféreriez-vous :

● Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

- Que l'utilisation du questionnaire s'arrête au moment de la guérison du syndrome dépressif
- Que votre médecin vous propose de compléter le questionnaire régulièrement après la guérison, afin de pouvoir détecter une potentielle rechute ou récurrence

* Seriez-vous favorable à ce que les résultats de vos questionnaires soient partagés à un ou plusieurs autres professionnels de santé participant à la prise en charge de votre dépression (par exemple votre infirmière, votre psychologue, votre psychiatre, ...) ?

● Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

- Oui
- Non

* Seriez-vous favorable à l'utilisation d'une plateforme numérique (application mobile, site internet) pour la réalisation de vos auto-questionnaires ?

● Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

- Oui
- Non

Annexe 2 : Diffusion du questionnaire

Liste des associations contactées par mail ou par téléphone :

- Ligue Française pour la santé mentale
- SOS Amitié
- Fondation FondaMental
- Santé Mentale France
- Humapsy
- FNAPSY
- Tenir tête

Liste des sites internet contactés :

- Psyway
- Parlons dépression

Forums sur lesquels le questionnaire a été diffusé :

- Doctissimo, sous-section « Dépression et déprime »
- Carenity®, sous-section « Dépression »

Groupe LinkedIn® sur lequel le questionnaire a été diffusé (nombre de membres arrondi à la centaine) :

- Santé physique et mentale, Médecine, Psychologie et Bien-être (40 700 membres)

Goupes Facebook® sur lesquels le questionnaire a été diffusé (nombre de membres arrondi à la dizaine pour les groupes <1000 membres et à la centaine pour les autres) :

- Sortir de la dépression (1100 membres)
- La dépression, et si on en parlait ? 🤔 😞 😓 (21 000 membres)
- groupe bipolaire dépression (300 membres)
- sortir de la dépression et du Burn-out (5500 membres)
- SOUTIEN SANTÉ MENTALE (dépression , tpl , tag , etc..) (6700 membres)
- Groupe de soutien anxiété, phobies, dépressions, TPL (2100 membres)
- Soutien dépression, bipolarité, suicide etc... (1300 membres)
- Agoraphobie-Phobie sociale-Dépression. S'entraider et avancer. (3700 membres)
- SOS ÉCOUTE dépression,maltraitance,harcèlement,soucis de couples,familiale (3500 membres)
- Soutien pour troubles anxieux, tpl, bipolaire, dépression et autres. (10 000 membres)
- Entraide - Dépression, Automutilation, Tca, ... (1300 membres)
- Le visage de la dépression (2500 membres)
- Se relever d'anxiété et de dépression, c'est possible! Entraide et Partage (1500 membres)
- Bipolarité, Dépression, Angoisse et autres, Soutenons-nous ! (450 membres)
- CRISE D ANGOISSE !attaque de panique, hypocondrie ,dépressions tous unis ♡♡ (950 membres)
- Montluçon Dépression (650 membres)
- ⚠Stop à La Souffrance , besoin d'aide contre la mutilation , dépression ⚠ (1800 membres)
- Dysthymie, trouble dysthymique ou dépression chronique ou persistante (300 membres)
- anxiété dépression schizophrénie etc.. Entraidons nous ! (6300 membres)
- Groupe d'entraide en santé mentale (2400 membres)

- Guérir autrement. Bipolarité, anxiété, dépression, stress post-traumatique... (350 membres)
- Entr'aide dépression, addictions, problèmes de poids. (90 membres)
- Dépression-Choc post-trauma-Sortir du Gouffre (100 membres)
- Phobie scolaire-Sociale dépression Mal être... 😞 (1900 membres)
- La dépression est une maladie battons nous (130 membres)
- Agoraphobie, Dépression, hypersensibilité, Phobies Sociales (280 membres)
- sortir de la dépression, crise d'angoisse, panique, stress (50 membres)
- La bipolarité? la dépression? votre guérison est en vous! (440 membres)
- Groupe de parole sur la dépression (110 membres)

RESUME

Titre : Auto-questionnaires d'évaluation de la sévérité de la dépression pour son suivi en soins primaires : étude d'acceptabilité des patients

Objectifs : Quantifier la proportion des patients acceptant l'utilisation des auto-questionnaires d'évaluation de la sévérité de la dépression. Identifier les déterminants de l'acceptabilité pour identifier une population cible. Etudier les préférences concernant les modalités d'utilisation des auto-questionnaires.

Matériels et méthodes : Nous avons réalisé une enquête d'opinion épidémiologique quantitative transversale par auto-questionnaires anonymisés, selon la méthode CAWI (*Computer-Assisted Web Interview*).

Résultats : Trois-quarts des patients trouvaient la méthode acceptable. Le sexe masculin était un facteur diminuant l'acceptabilité. Les patients étaient favorables à l'utilisation de technologies digitales pour le recueil des données, ainsi que le partage de ces données aux autres professionnels impliqués dans leur prise en charge.

Conclusion : Les patients atteints de dépression dans notre étude étaient ouverts à l'utilisation des auto-questionnaires d'évaluation de la sévérité, y compris en utilisant une plateforme numérique. Ces résultats constituent un terrain favorable au développement des soins basés sur les mesures en France.

Mots clés : Dépression ; Soins de santé primaires ; Echelles d'évaluation en psychiatrie ; Auto-évaluation ; Acceptabilité des soins de santé

ABSTRACT

Title: Self-assessment questionnaires to monitor depression severity in primary care: a study of patients' acceptability

Objectives: Quantify the proportion of patients accepting the use of self-assessment questionnaires to evaluate the severity of depression. Identify the determinants of acceptability to identify a target population. Study preferences regarding the modalities of use of self-questionnaires.

Materials and methods: We carried out an epidemiological opinion survey using anonymized self-questionnaires, using the CAWI (Computer-Assisted Web Interview) method.

Results: Three-quarters of patients found the method acceptable. Male gender was a factor reducing acceptability. Patients were in favor of using digital technologies to collect data and share it with other professionals involved in their care.

Conclusion: The patients with depression in our study were open to the use of self-assessment questionnaires to assess severity, including using a digital platform. These results provide fertile ground for the development of measurement-based care in France.

Key words: Depression; Primary health care; Psychiatric status rating scales; Self-Assessment; Acceptability of health care