Université de Poitiers
Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2016 Thèse n°

THESE
POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE
(décret du 16 janvier 2004)

présenté et soutenu publiquement
le 15 Novembre 2016 à Poitiers
par Monsieur LIEGE Frédéric
né le 22 Septembre 1984

Perception de la prise en charge du patient dépressif par les Internes de Médecine Générale du Poitou-Charentes en stage chez le praticien

Composition du Jury

Président : Monsieur le Professeur José GOMES DA CUNHA

Membres : Monsieur le Professeur Jean Louis SENON
Madame le Professeur Marie-Christine PERAULT

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Benoit TUDREJ

Université de Poitiers
Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2016 Thèse n°

THESE
POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE
(décret du 16 janvier 2004)

présenté et soutenu publiquement
le 15 Novembre 2016 à Poitiers
par Monsieur LIEGE Frédéric
né le 22 Septembre 1984

Perception de la prise en charge du patient dépressif par les Internes de Médecine Générale du Poitou-Charentes en stage chez le praticien

Composition du Jury

Président : Monsieur le Professeur José GOMES DA CUNHA

Membres : Monsieur le Professeur Jean Louis SENON
Madame le Professeur Marie-Christine PERAULT

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Benoit TUDREJ

Le Doyen,

Année universitaire 2015 - 2016

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- AGIUS Gérard, bactériologie-virologie **(surnombre jusqu'en 08/2018)**
- ALLAL Joseph, thérapeutique
- BATAILLE Benoît, neurochirurgie
- BRIDOUX Frank, néphrologie
- BURUCOA Christophe, bactériologie – virologie
- CARRETIER Michel, chirurgie générale
- CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
- CHRISTIAENS Luc, cardiologie
- CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie réanimation
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie
- DROUOT Xavier, physiologie
- DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
- EUGENE Michel, physiologie **(surnombre jusqu'en 08/2016)**
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GAYET Louis-Etienne, chirurgie orthopédique et traumatologique
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GILBERT Brigitte, génétique
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion
- GUILLET Gérard, dermatologie
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HADJADJ Samy, endocrinologie et maladies métaboliques
- HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- HERPIN Daniel, cardiologie
- HOUETO Jean-Luc, neurologie
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
- JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique t cardio-vasculaire
- LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques **(surnombre jusqu'en 08/2018)**
- MACCHI Laurent, hématologie
- MARECHAUD Richard, médecine interne
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie
- MIGEOT Virginie, santé publique
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
- MIMOZ Olivier, anesthésiologie – réanimation
- NEAU Jean-Philippe, neurologie
- ORIOT Denis, pédiatrie
- KARAYAN-TAPON Lucie, cancérologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et réadaptation **(en détachement)**
- KITZIS Alain, biologie cellulaire
- KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie générale
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- PACCALIN Marc, gériatrie
- PAQUEREAU Joël, physiologie **(jusqu'au 31/10/2015)**
- PERAULT Marie-Christine, pharmacologie clinique
- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
- PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
- POURRAT Olivier, médecine interne **(surnombre jusqu'en 08/2018)**
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire
- RICHER Jean-Pierre, anatomie
- RIGOARD Philippe, neurochirurgie
- ROBERT René, réanimation
- ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLOT Pascal, médecine interne
- RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes **(surnombre jusqu'en 08/2017)**
- SILVAIN Christine, hépato-gastro- entérologie
- SOLAU-GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie
- THILLE Arnaud, réanimation
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- TOURANI Jean-Marc, cancérologie
- WAGER Michel, neurochirurgie

-

Bât. D1 - 6 rue de la Milétrie – TSA 51115 - 86073 POITIERS CEDEX 9 - France

☎05.49.45.43.43 - 🖷 05.49.45.43.05

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

ALBOUY-LLATY Marion, santé publique
- BEBY-DEFAUX Agnès, bactériologie – virologie
- BEN-BRIK Eric, médecine du travail
- BILAN Frédéric, génétique
- BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
- CASTEL Olivier, bactériologie - virologie – hygiène
- CREMNITER Julie, bactériologie – virologie
- DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie – réanimation
- DIAZ Véronique, physiologie
- FAVREAU Frédéric, biochimie et biologie moléculaire
- FRASCA Denis, anesthésiologie – réanimation
- HURET Jean-Loup, génétique
- LAFAY Claire, pharmacologie clinique
- PERRAUD Estelle, parasitologie et mycologie
- RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses
- SAPANET Michel, médecine légale
- SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
- THUILLIER Raphaël, biochimie et biologie moléculaire

Professeur des universités de médecine générale

GOMES DA CUNHA José

Professeurs associés de médecine générale

BINDER Philippe
- BIRAULT François
- VALETTE Thierry

Maîtres de Conférences associés de médecine générale

ARCHAMBAULT Pierrick
- BOUSSAGEON Rémy
- FRECHE Bernard
- GIRARDEAU Stéphane
- GRANDCOLIN Stéphanie
- PARTHENAY Pascal
- VICTOR-CHAPLET Valérie

Enseignants d'Anglais

DEBAIL Didier, professeur certifié
- JORDAN Stephen, maître de langue étrangère
- SASU Elena, contractuelle enseignante

Professeurs émérites

- DORE Bertrand, urologie (08/2016)
- GIL Roger, neurologie (08/2017)
- MAGNIN Guillaume, gynécologie-obstétrique (08/2016)
- MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (08/2017)
- MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (08/2017)
- TOUCHARD Guy, néphrologie (08/2018)

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

- ALCALAY Michel, rhumatologie
- ARIES Jacques, anesthésiologie-réanimation
- BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
- BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
- BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex-émérite)
- BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
- BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex-émérite)
- BEGON François, biophysique, médecine nucléaire
- BOINOTCatherine, hématologie – transfusion
- BONTOUX Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
- BURIN Pierre, histologie
- CASTETS Monique, bactériologie -virologie – hygiène
- CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
- CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
- CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
- DABAN Alain, cancérologie radiothérapie (ex-émérite)
- DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
- DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
- DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
- FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie-virologie (exémérite)
- FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (exémérite)
- GOMBERT Jacques, biochimie
- GRIGNON Bernadette, bactériologie
- GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
- JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
- KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
- KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
- LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
- LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
- MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
- MARILLAUD Albert, physiologie
- MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastroentérologie
- MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
- POINTREAU Philippe, biochimie
- REISS Daniel, biochimie
- RIDEAU Yves, anatomie
- SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
- TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
- TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
- VANDERMARCQ Guy, radiologie et imagerie médical

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur José GOMES :

Vous me faites l'honneur de présider cette thèse et de juger ce travail. Soyez assuré de ma sincère gratitude et de mon profond respect.

A Monsieur le Professeur Jean-Louis SENON :

Vous me faites l'honneur de siéger au sein de ce jury. Pour votre attention et l'appréciation de ce travail, soyez assuré de ma reconnaissance et de mes sincères remerciements.

A Madame le Professeur Marie-Christine PERAULT :

Vous me faites l'honneur de juger ce travail. Pour votre attention et l'appréciation de ce travail, soyez assuré de ma gratitude et de mes sincères remerciements.

A Monsieur le Docteur TUDREJ :

Je te remercie de m'avoir accompagné et encouragé durant les mois de réalisation de cette thèse. Tes conseils, ton expertise, ta disponibilité et ta bienveillance m'ont beaucoup aidé dans la réalisation de mon travail. Sois sûr de mon respect pour ton engagement dans l'enseignement de la Médecine Générale.

Aux Internes de Médecine Générale :

Pour m'avoir accordé de leur temps dans l'élaboration de ce travail.

A tous mes Maîtres de stages et les Médecins remplacés :

A tous, pour votre engagement dans l'enseignement, la formation, et la recherche en Médecine Générale, pour m'avoir transmis cette passion de la Médecine Générale et pour vos précieux conseils.

A mes Amis :

En particulier à Laure pour ton aide précieuse et à Marc pour tes notions d'Anglais. Merci à tous mes amis qui se reconnaîtrons et avec qui nous avons vécu ensemble ce parcours.

Pour votre accompagnement depuis déjà un grand nombre d'années, puisse cela durer !

A ma Famille :

A mes parents et à ma sœur qui sont toujours présents pour moi et me soutiennent dans les moments de doutes. Je vous dois beaucoup dans la réussite de mon parcours professionnel.

A Brigitte :

Un grand merci pour ton travail de relecture et pour tout le reste.

A Cécile :

Merci de m'avoir soutenu et rassuré durant la réalisation de ce travail. Tu connais déjà tout le bien que je pense de toi.

A Juliette et Emma :

A mes filles Juliette et Emma que j'aime de tout mon cœur et qui m'ont laissé un peu de temps pour rédiger ce travail. Vous faites ma fierté.

SOMMAIRE :

Liste des abréviations…….....13
I INTRODUCTION..……..14
II AVANT-PROPOS……...16
1 DEFINITION ET EPIDEMIOLOGIE DE LA DEPRESSION……16
1.1 Définition de la dépression……16
1.1.1 Définition clinique……16
1.1.1.1 Dysthymie……..17
1.1.1.2 Trouble unipolaire, trouble bipolaire……..18
1.1.2 Caractéristiques évolutives……18
1.1.2.1 Evolution favorable de l'épisode dépressif……...18
1.1.2.2 Résurgence des symptômes dépressifs……...18
1.1.2.3 Persistance de l'épisode dépressif…….....……19
1.1.3 Classifications Internationales……...19
1.1.3.1 La Classification Internationale des Maladies (CIM)……..19
1.1.3.2 Le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM)..21
1.1.4 Echelles Diagnostiques……..23
1.1.4.1 Les échelles d'évaluation spécifiques……..23
1.1.4.2 Les échelles de dépistage.....……..25
1.2 Prévalence et Facteurs de Risque de la Dépression……26
1.2.1 Enquêtes de prévalence……26
1.2.1.1 World Mental Health Survey (WMHS)……..26
1.2.1.2 Etude ESEMeD, Europe……27
1.2.2 Données de prévalence……27
1.2.3 Facteurs de risque ……28
1.2.3.1 Le sexe……..28
1.2.3.2 L'âge……..28
1.2.3.3 Le niveau socioprofessionnel……28
1.2.3.4 La situation familiale……..……29
1.2.3.5 Une sensibilité génétique……..……29
1.2.3.6 Une forte comorbidité……..……..29
1.2.4 La piste des nouveaux marqueurs……30
1.3 Répercussions individuelles et collectives……..31
1.3.1 Augmentation de la mortalité et du risque suicidaire……31
1.3.2 Augmentation de la morbidité……32
1.3.3 Altération du fonctionnement et de la qualité de vie……..32
1.3.4 Aspect économique……33
1.3.5 Moyens alloués à la dépression……35
1.4 La prise en charge de la dépression……35
1.4.1 Des patients qui s'ignorent……36
1.4.2 Le recours aux soins……...36
1.4.3 Une prise en charge non spécialisé..……..36
1.4.4 Un diagnostic difficile……..37
1.4.5 De nombreux patients non traités……37
2 THERAPEUTIQUE DE LA DEPRESSION……38
2.1 Un arsenal thérapeutique riche……38

2.1.1 La prise en charge psychologique……39
2.1.2 Les antidépresseurs……39
2.1.2.1 Mécanismes d'action……39
2.1.2.2 Indications des antidépresseurs……42
2.1.3 Le millepertuis ou St John's wort……43
2.1.4 L'électrothérapie convulsivante……43
2.2 Les recommandations de traitement……43
2.2.1 Choix de la prise en charge……43
2.2.2 Choix de l'antidépresseur……45
2.2.3 Variation thérapeutique……45
2.2.3.1 Appréciation de la réponse……45
2.2.3.2 Adaptation thérapeutique……46
2.2.4 Durée du traitement……47
2.2.5 Arrêt du traitement……47
2.3 Développement de la consommation des antidépresseurs……48
2.3.1 Majoration de la population traitée……48
2.3.2 Augmentation de la durée de traitement……48
2.3.3 Des patients traités non dépressifs……48
2.3.4 Une consommation accrue……49
3 FORMATION MEDICALE ACTUELLE……49
3.1 PACES : première année commune aux études de santé……49
3.2 Premier cycle des études médicales……49
3.3 Deuxième cycle des études médicales……50
3.4 Troisième cycle des études médicales……51
3.4.1 Enseignements théoriques……51
3.4.2 Enseignements pratiques……52
III MATERIEL ET METHODES……54
1 TYPE D'ETUDE……54
2 ECHANTILLONAGE……54
2.1 Population étudiée……54
2.1.1 Critères d'inclusion……54
2.2 Recrutement des participants……54
2.3 Questionnaire……55
2.3.1 Test de concordance de script……55
2.4. Questions ouvertes……56
2.4.1 Codage……56
2.4.2 Triangulation……56
IV RESULTATS……57
1 PARTIE QUANTITATIVE……57
1.1 Participants……57
1.2 Connaissances théoriques……58
1.3 Echelles d'évaluation de la dépression……59
1.4 Symptomatologie du patient dépressif……61
1.5 Thérapeutiques utilisées……63
1.5.1 Instauration d'antidépresseurs……64
1.5.2 Association d'anxiolytiques……65
1.5.3 Durée de prescription de l'antidépresseur……66
1.5.4 Choix de l'antidépresseur……67

1.5.4.1 Influence du choix……68
1.5.4.2 Efficacité……68
1.6 Arrêt de travail……70
1.7 Aisance dans la prise en charge du patient dépressif……70
1.8 Satisfaction de la formation……71
1.8.1 Pendant l'externat……71
1.8.2 Pendant l'internat……72
2 PARTIE QUALITATIVE……73
2.1 Formation dans la prise en charge du patient dépressif……73
2.1.1 Formation pratique……73
2.1.1.1 Externat……73
2.1.1.2 Internat……74
2.1.2 Formation théorique……74
2.1.2.1 Universitaire……74
2.1.2.2 Personnelle……74
2.1.2.2.1 Littérature……74
2.1.2.2.2 Web……74
2.1.2.2.3 Formation continue……74
2.2 Ressources utilisées dans la formation de la prise en charge de la dépression……75
2.2.1 Ressources humaines……75
2.2.1.1 Cours théoriques……75
2.2.1.2 Formation pratique……75
2.2.1.3 Echanges……75
2.2.2 Ressources internet……75
2.2.2.1 Recommandations……75
2.2.2.2 Classifications internationales……75
2.2.2.3 Autres sites Web……76
2.2.3 Littérature médicale……76
2.2.3.1 Littérature de l'externat……76
2.2.3.2 Revues médicales……76
2.2.3.3 Guides thérapeutiques……76
2.3 Ressources qui seront utilisées dans la formation de la prise en charge de la dépression……76
2.3.1 Ressources humaines……76
2.3.1.1 Formation pratique……76
2.3.1.2 Formation théorique……77
2.3.1.3 Echanges……77
2.3.2 Ressources internet……77
2.3.3 Littérature médicale……77
2.3.3.1 Revues Médicales……77
2.3.3.2 Aide de bonnes pratiques……77
2.4 Propositions d'amélioration de la formation médicale dans la prise en charge du patient dépressif par les IMG……78
2.4.1 Formation Théorique……78
2.4.1.1 Forme……78
2.4.1.1.1 GEAPI……78
2.4.1.1.2 Psychiatre……78

2.4.1.1.3 Groupes de pair……78
2.4.1.1.4 Formation continue……78
2.4.1.1.5 Vidéo……79
2.4.1.2 Contenu……79
2.4.2 Formation Pratique……79
2.4.2.1 Stage en Psychiatrie……79
2.5 Perception de la prise en charge du patient dépressif par les IMG……80
2.5.1 Rôle central……80
2.5.1.1 Premier recours……80
2.5.1.2 Coordination des soins……80
2.5.1.3 Travail en réseau……80
2.5.1.4 Relation de confiance……80
2.5.2 Chronophage……81
2.5.2.1 Fréquence……81
2.5.2.2 Temps de consultation et d'écoute ……81
2.5.2.3 Suivi……81
2.5.3 Recommandations……81
2.5.3.1 Médecin dépendante……81
2.5.3.2 Protocole et outils……82
2.5.4 Accès aux soins……82
2.5.5 Thérapeutique……82
2.5.5.1 Médicamenteuse……82
2.5.5.2 Psychothérapies……82
2.5.6 Formations et connaissances……82
V DISCUSSION……84
1 SYNTHESE DES PRINCIPAUX RESULTATS……84
1.1. Perception de la prise en charge du patient dépressif par IMG……84
1.2 Formation dans la prise en charge du patient dépressif……85
2 CONFRONTATION DES RESULTATS AVEC LA LITTERATURE……86
2.1 Symptomatologie du patient dépressif……86
2.2 Un tableau incomplet……86
2.3 Echelles psychométriques de la dépression……87
2.4 Thérapeutiques……89
2.4.1 Prise en charge médicamenteuse……89
2.4.2 Anxiolytiques……90
2.4.3 Efficacité thérapeutique……90
2.5 Prise en charge Non Médicamenteuse……91
2.5.1 Avis spécialisé……91
2.5.2 Psychothérapie……92
2.5.3 Arrêt de travail……92
2.6 Aisance et satisfaction……93
2.7 Place de la formation théorique……93
2.8 Formation pratique……95
3 IMPLICATIONS DE L'ETUDE……96
4 FORCES ET FAIBLESSES DE L'ETUDE……98
4.1 Forces de l'étude……98
4.2 Faiblesses de l'étude……98
5 PERSPECTIVES……99

VI CONCLUSION……100
VII BIBLIOGRAPHIE……102
Liste des tableaux et figures……..110
Annexe……112
Serment……115
Abstract……116
Résumé……118

LISTE DES ABREVIATIONS

AFSSAPS : Agence Française de Sécurité SAnitaire des Produits de Santé, remplacé depuis le 1er mai 2012 par l'ANSM.
AHR : American Health Research Center
ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé, regroupée au sein de l'HAS le 13 aout 2004.
ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament.
APA : American Psychiatric Association
BDNF sérique : Brain-Derived Neurotrophic Factor
CANMAT : Canadian Network for Mood and Anxiety Treatment
CépiDc : Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de Décès
CIM-10 : Classification Internationale des Maladies, 10ème révision.
CMP : Centre Médico-Psychologique
CNGE : Collège National des Généralistes Enseignants
DEPRES : DEPression Research in European Society
DES : Diplôme d'Etudes Spéciales
DMG : Département de Médecine Générale
Drees : Direction de la recherche, des études de l'évaluation et des statistiques
DSM-V : Diagnostic and Statistical Manual Vème révision
ECTS : European Credits Transfer System
EDC : Episode Dépressif Caractérisé
ESEMeD : European Study of Mental Disorder
FDA : Food and Drug Administration
FMC : Formation Médicale Continue
GEAPI : Groupe d'Echange et d'Analyse des Pratiques d'Internes
HAS : Haute Autorité de Santé
IMAO : Inhibiteurs des MonoAmine Oxydases
IMG : Interne en Médecine Générale
INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé
INSERM : Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale
IRSN : Inhibiteurs sélectifs de la Recapture de la Sérotonine et de la Noradrénaline
ISRS : Inhibiteurs sélectifs de la Recapture de la Sérotonine
MMPI : Minnesota Multiphasic Personality Inventory
MSU : Maître de Stage Universitaire
NICE : National Institute for Health and Clinical Excellence
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
ONDAM : Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie
PACES : Première Année Commune aux Etudes de Santé
PHQ : Patient Health Questionnaire
RSCA : Récits de Situations Complexes et Authentiques
SASPAS : Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoires Supervisé
STAI : State-Trait Anxiety Inventory
TCC : Thérapies Cognitivo-Comportementales
TCS : Tests de Concordance de Script
WFSBP : World Federation of Societies of Biological Psychiatry
WMHS : World Mental Health Survey

I- INTRODUCTION

La dépression constitue un problème majeur de santé publique du fait de sa fréquence, de ses conséquences médicales, sociales, et économiques. C'est une maladie largement distribuée dans la population générale, hautement débilitante et récurrente. Près de 20 millions de personnes adultes seraient affectées de dépression en Europe chaque année [1] et environ 5,6 millions en France [2].

La dépression est classée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) parmi les maladies les plus lourdes pour la société [3]. Elle fait payer un lourd tribut non seulement aux intéressés, mais aussi aux familles et à la société. Cependant peu de moyens financiers sont mis en œuvre pour lutter contre la dépression : les dépenses liées à la santé mentale ne représentent qu'une faible part des coûts de santé : 8% en France [4].

Les médecins généralistes sont à l'origine de 60 à 85% des prescriptions d'antidépresseurs que ce soit en initiation ou renouvellement [5 ; 6]. La majorité des personnes dépressives consultent leur médecin généraliste en premier recours [7].

La prescription des antidépresseurs a été multipliée par 7 de 1980 à 2001. Le coût estimé pour la collectivité est ainsi passé de 84 à 543 millions d'euros et cela tous régimes confondus, représentant en particulier une croissance de 6,1% des montants remboursés pour le seul régime général [8]. Ainsi, selon l'OMS, la dépression sera en 2020 au deuxième rang des maladies les plus sévères en termes de coût global (après les maladies cardiovasculaires), alors qu'elle était en 1990 au 4ème rang mondial [9].

De plus, il existe un débat ancien sur l'utilité des antidépresseurs dans le traitement de l'épisode dépressif majeur. En effet, l'efficacité des antidépresseurs était, sinon prouvée, admise avant que les premières études contrôlées randomisées ne soient conduites. Alors que les études contrôlées randomisées devenaient, du point de vue des autorités sanitaires, le "gold standard" pour l'évaluation des médicaments, il devenait nécessaire d'adopter des outils méthodologiques permettant de mesurer des critères de jugement et de tester si les antidépresseurs permettaient l'obtention d'une différence statistiquement significative par rapport au placebo [10].

La plupart du temps, le diagnostic d'Episode Dépressif Caractérisé (EDC) ainsi que la prescription d'antidépresseurs est relative au ressenti du Médecin Généraliste [11].

Une personne, de 15 à 75 ans, sur 5 aurait souffert d'un Episode Dépressif Caractérisé au cours de sa vie, et environ une sur 20 au cours des 12 derniers mois [12].

Le Consensus Mondial sur la Responsabilité Sociale des Facultés de Médecine insiste sur l'obligation des facultés à répondre aux besoins de la population en matière de santé [13].

Il existe des écarts importants de pratiques cliniques pour des problèmes médicaux similaires dans des populations semblables, ce qui conduit à s'interroger sur les raisons de ces écarts pour éviter une application aléatoire de la médecine. La dépression chez l'enfant, l'adolescent et la personne âgée, ainsi que les troubles dépressifs survenant en postpartum n'ont pas été abordés dans cette thèse. En effet, ce sont des cas particuliers dont la prise en charge diagnostique et thérapeutique est spécifique.

L’objectif principal de cette Thèse est d’évaluer la perception sur la prise en charge du patient dépressif, des Internes de Médecine Générale IMG) du Poitou-Charentes

L’objectif secondaire est d’établir un état des lieux et besoins ressentis par les internes de Médecine Générale du Poitou-Charentes concernant leur formation sur la prise en charge du patient dépressif.

II- AVANT-PROPOS

1 DEFINITION ET EPIDEMIOLOGIE DE LA DEPRESSION

1.1 Définition de la dépression

1.1.1 Définition clinique

La dépression est un trouble de l'humeur défini par la présence d'une constellation de plusieurs symptômes suffisamment intenses, nombreux et durables pour justifier ce diagnostic, et d'une souffrance cliniquement significative associée à une altération du fonctionnement social ou professionnel marquée.

Ces symptômes peuvent être :

- Une humeur triste (dépressive) : décrite comme plus intense que la douleur d'un deuil. Le malade est sans joie et opprimé, parfois incapable de percevoir tout sentiment. En général l'humeur est au pire le matin. Chez les enfants et adolescents, cela peut se manifester par une irritabilité accrue.

- Une anhédonie : diminution du plaisir ou de l'intérêt pour toutes activités, y compris celles qui procurent habituellement du plaisir. Les habitudes se modifient, les passe-temps sont délaissés, tout semble monotone et vide, y compris les activités habituellement gratifiantes.

- Une modification involontaire du poids : prise ou perte de 5% ou plus du poids habituel en un mois, éventuellement accompagné d'un trouble de l'appétit.

- Des troubles du sommeil : diminution (insomnie) ou augmentation (hypersomnie) du temps de sommeil.

- Des troubles de la concentration ou du processus de prise de décision.

- Des troubles du comportement : agitation ou ralentissement (bradypsychie) rapportée par l'entourage.

- Une asthénie : sensation de fatigue ou de diminution d'énergie.

- Des sentiments de culpabilité hypertrophiés, souvent injustifiés et liés à l'autodépréciation du patient.

- Des idées noires : volonté de mourir, idées suicidaires actives, avec ou sans plan spécifique, pouvant conduire à une tentative de suicide.

Chaque personne étant unique, les signes de dépression diffèrent considérablement d'une personne à l'autre, ainsi que l'ordre d'apparition des symptômes. Le premier signe est souvent constitué par la modification du comportement habituel. L'anhédonie et les troubles du sommeil viennent ensuite, suivis des troubles du comportement alimentaire.

Parfois, les personnes dépressives se plaignent de problèmes physiques en ignorant les facteurs de la dépression, et consultent pour douleurs chroniques, maux de tête, douleurs persistantes au dos ou à l'estomac inexpliqués, problèmes digestifs, de bouche sèche ou de constipation. Être constamment préoccupé, anxieux ou irritable peut aussi représenter d'éventuels signes « masqués » de dépression.

En dépit de troubles massifs et de la souffrance qui en résulte, la personne dépressive n'a quelquefois pas le sentiment d'être réellement malade, mais est accablée par les sentiments de culpabilité et se fait des reproches. Cette absence de sentiment réel de la maladie (Anosognosie) rend également le diagnostic difficile à établir.

1.1.1.1 Dysthymie

On appelle dysthymie, un trouble chronique de l’humeur moins intense que la dépression mais suffisant pour causer des perturbations significatives chez le patient. Les symptômes de la dysthymie sont similaires à ceux de la dépression caractérisée, bien qu'ils tendent à être moins intenses. Les symptômes peuvent s'accroitre et mener à une période de dépression caractérisée.

Cette situation est parfois appelée "double dépression" parce que la période de dépression intense se superpose au sentiment général d'humeur sombre. Les personnes atteintes de dysthymie ont un risque supérieur à la moyenne de développer une dépression majeure. Alors que l’épisode dépressif caractérisé (EDC) se déclare souvent par épisodes, la dysthymie est plus constante et durable, commençant parfois dès l'enfance, ayant pour

conséquence que la personne affectée par la dysthymie tend à croire que la dépression fait partie de sa personnalité.

1.1.1.2 Trouble unipolaire, trouble bipolaire

Le trouble dépressif unipolaire est un trouble dépressif caractérisé de l'humeur ne comportant qu'une symptomatologie dépressive, au contraire du trouble dépressif bipolaire, caractérisé par une alternance d'épisodes dépressifs caractérisés et d'épisodes maniaques (trouble bipolaire de type I), hypomaniaques (trouble bipolaire de type II) ou mixtes. Un trouble bipolaire peut démarrer par un épisode dépressif et être initialement diagnostiqué comme trouble unipolaire.

Il existe différents sous-types de dépression, soit psychotique, soit mélancolique en fonction des symptômes prédominants, mais la limite est parfois difficile à établir de façon claire.

1.1.2 Caractéristiques évolutives

La dépression peut se présenter comme un épisode dépressif caractérisé isolé et sans lendemain ou s'intégrer dans le cadre d'un trouble dépressif récurrent au cours duquel les épisodes se succèdent. L'existence d'au moins une récidive ou récurrence dépressive définit le trouble dépressif unipolaire récurrent.

1.1.2.1 Evolution favorable de l'épisode dépressif

La plupart des épisodes dépressifs évoluent vers une réponse ou une rémission totale ou partielle, surtout lorsqu'ils sont traités.

Une réponse correspond à une amélioration des symptômes par rapport à l'état initial, le patient répondant toujours aux critères diagnostiques de l'épisode dépressif caractérisé.

Une rémission partielle correspond à une amélioration d'un niveau tel que l'individu ne répond plus aux critères diagnostiques de l'épisode dépressif caractérisé, tout en conservant des symptômes dépressifs, nommés symptômes résiduels.

Une rémission complète correspond à une amélioration d'une qualité suffisante pour que l'individu soit considéré comme asymptomatique. En d'autres termes, cela correspond à une disparition des symptômes et à un retour à un fonctionnement normal de l'individu. Une rémission stable de 4 à 6 mois est considérée comme un rétablissement (« recovery » en Anglais).

1.1.2.2 Résurgence des symptômes dépressifs

On parle de rechute dépressive lorsque les symptômes dépressifs réapparaissent ou s'aggravent après rémission mais avant rétablissement (c'est-à-dire avant rémission stable de 4 à 6 mois) donc au cours du même épisode dépressif. Une récidive ou une récurrence dépressive correspond à la survenue d'un nouvel épisode dépressif, après rémission complète du précédent c'est-à-dire après un intervalle libre de tout symptôme d'au moins 6 à 12 mois [14].

Le taux de rechute peut atteindre 50% dans les 6 mois qui suivent la rémission, avec un fort taux dans les 2 premiers mois (jusqu'à un quart des patients), suggérant un risque élevé dans les premiers mois, qui par la suite ralentit. Les facteurs de risque de rechute sont notamment le nombre d'épisodes dépressifs antérieurs (plus de 3 épisodes), la sévérité des épisodes, la durée prolongée des épisodes, l'existence de caractéristiques psychotiques, l'existence d'un trouble bipolaire, l'existence de symptômes résiduels, la prise de benzodiazépines, et l'arrêt précoce du traitement antidépresseur [14].

1.1.2.3 Persistance de l'épisode dépressif

La durée d'un épisode dépressif varie. Non traité, l'épisode peut durer de quelques semaines à quelques années, environ 6 mois en moyenne.

On estime qu'environ 20% des dépressions évoluent sur un mode chronique, les critères diagnostiques persistant au-delà de 2 ans. On parle alors d'épisode dépressif chronique.

On parle de dépression résistante lorsque la réponse est insuffisante après deux traitements différents bien conduits, c'est-à-dire à posologies efficaces et pendant une durée suffisante, c'est-à-dire une durée de 6 semaines. 15 à 20 % des épisodes dépressifs caractérisés sont résistants au traitement [15].

1.1.3 Classifications Internationales

Il existe à l'heure actuelle deux classifications des troubles mentaux reconnues par les experts internationaux : la CIM-10 (Classification Internationale des Maladies, 10ème révision) et le DSM-V (Diagnostic and Statistical Manual Vème révision).

1.1.3.1 Classification Internationale des Maladies

À l'origine, la CIM-10 était une « classification des causes de décès ». La révision en a été confiée à l'OMS en 1945, qui a introduit la morbidité en 1948 pour en faire « une classification statistique internationale des maladies, traumatismes et causes de décès ».

La particularité de la CIM-10 est la classification des épisodes en épisode léger, modéré ou sévère selon le nombre et la sévérité des symptômes.

Un épisode est considéré comme léger (F32.0 : côte de la CIM-10) lorsque 2 ou 3 des symptômes exposés ci-dessous sont présents, et que le patient est perturbé par ces symptômes mais peut continuer la plupart de ses activités.

Un épisode est modéré (F32.1) lorsque le patient présente au moins 4 des symptômes exposés ci-dessous, et lorsqu'il est susceptible d'avoir des difficultés à continuer la plupart de ses activités.

Un épisode est sévère, sans symptôme psychotique (F32.2) ou avec (32.3), lorsque plusieurs des symptômes exposés ci-dessous sont marqués et perturbants, typiquement perte d'estime de soi et idées d'inutilité et de culpabilité. Les pensées suicidaires et tentatives de suicides sont alors fréquentes et un certain nombre de symptômes somatiques sont habituellement présents. L'épisode dépressif peut également être reporté comme atypique (F32.8) lorsque la dépression est masquée ou non spécifiée (F32.9).

Une dépression récurrente (F33) est caractérisée par la répétition d'épisodes lorsqu'il n'y a pas d'histoire d'épisode de manie (élévation de l'humeur et augmentation d'énergie). Elle est subdivisée en différents degrés de sévérité de la même façon que l'épisode dépressif.

Une catégorie supplémentaire, la dépression en phase de rémission (F33.4), lorsqu'un patient a présenté deux ou plusieurs épisodes dépressifs et ne souffre d'aucun symptôme dépressif depuis plusieurs mois.

Tableau 1. Critères diagnostiques d'un épisode dépressif caractérisé récidivant selon la CIM-10

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

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

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

1.1.3.2 Le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux

Le DSM a été créé en 1952 par l'APA (American Psychiatric Association). Il ne porte que sur les maladies mentales, et non sur l'ensemble des maladies. La classification est régulièrement révisée, comme pour la CIM, avec actuellement le DSM-V, disponible depuis mai 2013.

L'équivalent de l' « épisode dépressif » de la CIM-10 est l' « épisode dépressif caractérisé » dans le DSM-V. Le terme « majeur » est souvent utilisé à la place de « caractérisé », mais il est plus ambigu. En effet, le terme « majeur » introduit une ambivalence avec « sévère ». Or un épisode dépressif caractérisé peut être plus ou moins sévère. Par ailleurs, le terme « caractérisé » signifie que les symptômes sont assez prononcés et assez durables pour que l'état de la personne soit considéré comme pathologique. Nous utiliserons dans cette thèse le terme de « Episode dépressif caractérisé » ou EDC.

Publiée le 18 mai 2013, la cinquième édition du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM, de l'anglais Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) communément intitulée DSM-5 (connue sous le titre DSM-V) remplace la quatrième édition du DSM après consultation, révision et préparation.

La version française est sortie le 17 juin 2015 [16].

Tout syndrome dépressif constitué, quelles qu'en soient la cause et l'existence ou non de facteurs déclenchant, est appelé soit épisode dépressif caractérisé, soit dysthymie. Les critères du trouble dépressif caractérisé sont la présence d´au moins 5 des 9 symptômes exposés ci-après pour une durée d'au moins deux semaines, la plupart du temps, entraînant un changement dans le mode de fonctionnement habituel. Au moins l'un des deux critères essentiels que sont l'humeur triste et l'anhédonie doit être présent.

Tableau 2. Critères diagnostiques d'un épisode dépressif caractérisé selon le DSM-V

A. Au moins 5 des symptômes suivants doivent être présents pendant une même période d'une durée de deux semaines et avoir représenté un changement par rapport au fonctionnement antérieur.
Au moins un des symptômes est soit 1) une humeur dépressive, soit 2) une perte d'intérêt ou de plaisir. NB : Ne pas inclure les symptômes manifestement attribuables à une autre affection médicale.
1) Humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, presque tous les jours signalée par le sujet (ex. : se sent vide ou triste ou désespéré) ou observée par les autres (ex. : pleure ou est au bord des larmes). NB : Eventuellement irritabilité chez l'enfant ou l'adolescent. 2) Diminution marquée du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités pratiquement toute la journée, presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres). 3) Perte ou gain de poids significatif en l'absence de régime (ex : modification du poids corporel en 1 mois excédant 5 %) ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours. NB : Chez l'enfant, prendre en compte l'absence de l'augmentation de poids attendue. 4) Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours. 5) Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours (constatés par les autres, non limités à un sentiment subjectif de fébrilité ou de ralentissement intérieur). 6) Fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours. 7) Sentiments de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée (qui peut être délirante) presque tous les jours (pas seulement se faire grief ou se sentir coupable d'être malade). 8) Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres). 9) Pensées de mort récurrentes (pas seulement la peur de mourir), idées suicidaires récurrentes sans plan précis ou tentative de suicide ou plan précis pour se suicider.
B. Les symptômes induisent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel, ou dans d'autres domaines importants.
C. Les symptômes ne sont pas attribuables à l'effet physiologique d'une substance ou d'une autre affection médicale. NB : Les critères A à C caractérisent l'épisode dépressif majeur (ou épisode dépressif caractérisé). NB : La réaction à une perte significative (ex. : décès, ruine financière, perte secondaire à une catastrophe naturelle, affection médicale ou handicap sévères) peut inclure une tristesse intense, des ruminations au sujet de cette perte, une insomnie, une perte d'appétit et une perte de poids notées au niveau du critère A, et peut ressembler à un épisode dépressif. Bien que ces symptômes puissent être compréhensibles ou considérés comme adaptés face à cette perte, la présence d'un épisode dépressif caractérisé associé à la réponse normale à cette perte doit aussi être envisagée. Cette décision demande que le jugement clinique tienne compte de l'histoire individuelle et des normes culturelles concernant l'expression de la souffrance dans un contexte de perte.

Pour constituer un trouble dépressif majeur, les critères D et E doivent s'y ajouter :
D. L'occurrence de l'épisode dépressif caractérisé n'est pas mieux expliquée par un trouble schizoaffectif, une schizophrénie, un trouble schizophréniforme, un trouble délirant, ou un autre trouble psychotique.
E. Il n'y a jamais eu d'épisode maniaque ou hypomaniaque.

1.1.4 Echelles diagnostiques

L'évaluation clinique psychiatrique a toujours été basée sur l'entretien clinique et, pendant longtemps, il a été particulièrement difficile d'homogénéiser les données recueillies.

Galton, dès 1879, a proposé d'appliquer des méthodes quantitatives à l'évaluation clinique. Ces méthodes se sont progressivement imposées dans le but de poser un diagnostic, de sélectionner des échantillons homogènes de patients, et d'objectiver un effet thérapeutique. Loin de se substituer à l'évaluation clinique habituelle, ces outils se sont avérés un complément non négligeable, surtout dans différents domaines de recherche.

1.1.4.1 Les échelles d'évaluation spécifiques

Les échelles d'évaluation correspondent à des modalités d'évaluation codifiées du jugement clinique : les situations sont standardisées ou semi-standardisées, le comportement du sujet est analysé par un observateur (hétéro-questionnaire). Parfois, les questionnaires ne requièrent pas la présence d'un examinateur (auto-questionnaire). Quelle que soit leur modalité, ces outils doivent satisfaire à des exigences métrologiques spécifiques : validité, sensibilité, spécificité, fidélité inter-juge ou test-retest… Nous exposerons ici les échelles de dépression répondant à ces critères [17].

Hamilton propose en 1960, **la Psychiatric Rating Scale for Depression ou HAMD ou HDRS.** Cette échelle, utilisée de manière exhaustive dans la littérature internationale, permet d'évaluer de façon quantitative la sévérité d'un état dépressif et le changement sous traitement. Il ne s'agit, en aucun cas, d'un instrument à visée diagnostique. Plusieurs versions existent dont une, la version originale, à 21 items (Hamilton, 1960) et une à 17 items (Hamilton, 1967), traduite en français par Pichot, et recommandée par l'auteur lui-même. Elle repose sur un entretien d'environ 30 minutes concernant la semaine écoulée. Huit items sont cotés de 0 (absent) à 2 (manifeste ou sévère), 9 sont cotés de 0 (absent) à 4 (important). La note globale correspond à l'intensité de dépression (entre 0 et 52). Une note globale de 8 à 17 est caractéristique d'une dépression légère, de 18 à 25, d'une dépression modérée, et supérieure à 25, d'une dépression majeure. De façon consensuelle, en France, un score seuil de 18 ou plus définit un état dépressif franc. Si les caractères métrologiques sont particulièrement intéressants, la structure factorielle demeure instable (Hamilton, 1967). Cette évaluation nécessite un entraînement et l'auteur recommande même une double cotation.

Cet examen donne lieu à une cotation CCAM : Code = ALQP003. Tarif = 69,12 € applicable 1 fois par an et par patient, tous comme les échelles Beck, MMPI (test de personnalité avec 550 items), STAI (Auto-questionnaire explorant l'anxiété composé de 40 items), et du MADRS [72].

La **Montgomery and Asberg Depression Rating Scale ou MADRS** (Montgomery et Asberg, 1979) est l'une des échelles les plus utilisées en France et en Europe depuis 1980, traduite par Bobon et T. Lempérière. Elle est moins utilisée aux Etats-Unis. Cette échelle est particulièrement sensible au changement. Pour certains, la supériorité de la MADRS au changement par rapport à la HAMD à 17 items est manifeste. Elle privilégie les signes cliniques psychiatriques et est particulièrement intéressante en cas de troubles somatiques associés. Elle repose sur un entretien clinique soigneux. Son utilisation n'en demeure pas moins simple et rapide. La MADRS compte 10 items, extraits de la CPRS (Comprehensive Psychiatric Rating Scale). Les 10 items évaluent la tristesse apparente et exprimée, la tension intérieure, les troubles du sommeil, les pertes d'appétit, les difficultés de concentration, la lassitude, la perte de sentiment, l'anhédonisme, les idées suicidaires. Chaque item comporte une définition générale et six degrés de gravité (les degrés 0, 2, 4 et 6 étant spécifiés). Des consignes générales sont indiquées en début d'échelle. La note seuil est estimée à 15, mais, pour les essais thérapeutiques, une note seuil de 20 est retenue. Son principal écueil est de ne pas considérer le ralentissement et l'anxiété éventuellement présents.

Beck (1980) a proposé, en se basant sur l'échelle de dépression de Hamilton, la **BeckRafaelsen Melancolia Scale ou BRMES**, traduite en français par Chambon (1988). Contre toute attente, cette évaluation met en exergue différents niveaux de dépression. Il ne s'agit pas d'un outil diagnostique mais d'un instrument de mesure de l'état clinique actuel du patient, adapté à la recherche pharmacologique ou épidémiologique. Cet outil est constitué de 11 items, dont 6 issus de l'échelle de Hamilton. Le praticien est aidé par des consignes précises et un glossaire définissant le niveau de chacun des 11 items. L'entretien clinique, de 15 à 30 minutes, a lieu de préférence à heure fixe entre 8 et 9h30 du matin, et ne doit comporter aucune référence aux entretiens précédents. Chaque item est coté entre 0 et 4. Un score compris entre 0 et 5 note l'absence de dépression, entre 6 et 14, une dépression modérée et au-delà de 15, une dépression sévère.

Le Questionnaire sur la santé du patient (Patient Health Questionnaire ; PHQ-9) est, parmi ces outils diagnostiques, l'un des plus communs et des plus utilisés. Il est recommandé en soins primaires par l'ICSI, le département américain de la défense et le New Zealand Guidelines Group. Le PHQ-9 a fait preuve de sa validité en tant que test diagnostique depuis plusieurs années. Une des premières études en médecine de premier recours, retrouvait une spécificité de 94% et une sensibilité de 73%, ces valeurs restant toujours élevées dans les études ultérieures. En évaluant les neufs critères du DSM de 0 (=pas du tout) à 3 (=presque tous les jours), ce test permet également de mesurer la sévérité de l'épisode.

L'échelle de dépression gériatrique GDS-15 est sans doute la plus connue et la plus utilisée en gériatrie. Elle peut être remplie directement par le patient ou être renseignée par un soignant (psychologue, médecin, infirmier).

Si cette échelle fournit des indications précieuses sur l'état psycho- affectif du patient, elle ne permet toutefois pas, à elle seule, de faire un diagnostic de dépression. Par contre, c'est un excellent outil de suivi après la mise sous traitement antidépresseur chez des sujets non détériorés sur le plan intellectuel, afin de juger l'efficacité de ce dernier.

1.1.4.2 Les échelles de dépistage

Le PHQ-2, comprenant les 2 premiers points du PHQ-9, se renseigne sur le degré auquel un individu a connu une humeur dépressive et une anhédonie au cours des deux dernières semaines. Son but est de dépister la dépression. L'utilisation du PHQ-2 a été validée dans 3 études dans lesquelles il a montré une grande variabilité de la sensibilité [18].

Un test à 2 questions, PRIME-MD, Ce test PRIME-MD a été proposé par Whooley en 1997 [19], suite à une évaluation auprès d'un échantillon de 590 patients.

Il est composé de deux questions :

Au cours du dernier mois,

- avez-vous ressenti un désintérêt ou une absence de plaisir à accomplir les choses de la vie (anhédonie) ?

- vous êtes-vous senti abattu, déprimé, ou désespéré ?

Ce test est considéré comme positif s'il est répondu oui à une des deux questions. Les patients ont également été évalués au moyen d'autres échelles telles CES-D, CES-D-courte, le Beck Depression Iventory, le Symprom Druven Diagnostic System for Primary Care, Le Médical Outcomes Study, le National Institute of Mental Health Quick Diagnostic Interview Shedule. Le PRIME-MD a une sensibilité de 96% et une spécificité de 57%. Cela ne peut être qu'un test de dépistage induisant un bilan complémentaire en cas de positivité.

Le MINI (Mini International Neuropsychiatric Interview) à 4 questions. Un travail français [53] permet le repérage des patients potentiellement déprimés grâce aux 4 questions du MINI. Il a été proposé à 1100 personnes de la cohorte GAZEL (cohorte multi professionnelle d'agents EDF-GDF). Le test est positif si un sujet répond oui à l'une des 4 affirmations suivantes : - j'ai des troubles du sommeil - je me sens fatigué tout le temps - je me sens nerveux, tendu - j'ai du mal à faire face aux évènements. Parmi les personnes déprimées selon les critères du MINI, mais non prises en charge de façon spécifique, 83% pourraient être dépistées par ce test. Dans cette étude de cohorte 77,4% des sujets déprimés n'ont bénéficié d'aucune prise en charge. Ce test a des propriétés similaires au CES-D version française. Il est d'une utilisation plus simple et devrait s'intégrer plus aisément dans une consultation de médecine générale. A signaler un biais d'échantillonnage : la cohorte est une population particulière, les agents EDF-GDF. Elle n'est pas représentative de

l'ensemble de la population, ni des consultants en médecine générale. Comme test de repérage ou de dépistage, il mérite d'être réévalué en consultation de médecine générale.

1.2 Prévalence et facteurs de risque de la dépression

1.2.1 Enquêtes de prévalence

Toutes les enquêtes épidémiologiques réalisées en population générale adulte rapportent des chiffres de prévalence élevés bien que très variables d'une étude à l'autre. Cette variabilité s'explique par des approches différentes (conduisant à une représentativité plus ou moins fiable) ou des critères diagnostiques différents, certains reposant sur le DSM-III ou III-R et IV, qui recouvrent des définitions différentes des troubles, la grande différence existant surtout entre DSM-III et les suivantes (dans ces dernières, les manifestations symptomatiques doivent générer soit une souffrance subjective, soit un retentissement sur le fonctionnement socioprofessionnel).

Une enquête récente permet de pallier à ces différences de méthodologie, il s'agit de la World Mental Health Survey (WMHS).

1.2.1.1 World Mental Health Survey (WMHS)

La WMHS est une vaste enquête conduite sous l'égide de l'OMS dans de nombreux pays afin de déterminer la prévalence, la sévérité et l'impact au niveau fonctionnel des troubles psychiatriques ainsi que leur traitement. Les précédentes enquêtes avaient montré une prévalence élevée des troubles psychiatriques (en général plus d'une personne sur 3 présentant au cours de sa vie un symptôme de trouble mental selon le Composite International Diagnostic Interview -CIDI), et montraient également que seule une faible proportion de ces personnes était traitée. L'étude WMHS a donc été développée afin de mieux cerner la problématique de prévalence / accès au soin, en contournant les limites des précédentes évaluations. D'une part, l'objectif principal de l'étude, centrée sur l'évaluation de la sévérité et de l'impact fonctionnel des différents troubles mentaux, permettait d'obtenir une meilleure puissance d'analyse. D'autre part, le développement d'un outil spécifique adressant de façon systématique la sévérité des troubles et les traitements reçus permettaient une évaluation plus fiable et une comparaison entre les pays. Enfin, l'inclusion de pays développés et sous-développés permettait une meilleure généralisation des résultats.

L'étude a donc été initiée dans 28 pays, dans les années 2000. Elle a été implémentée dans un premier temps dans 6 pays développés d'Europe sous le nom d'ESEMeD. La composante américaine de l'étude est plus connue sous le nom de NCS-R.

De par ses limites, et notamment le manque de comparabilité dans l'approche entre les différents pays, les résultats de la partie ESEMeD qui ont été implémentés de façon

homogène et ceux de l'étude américaine (NCS-R) font office de référence dans l'évaluation des troubles de santé mentale.

1.2.1.2 Etude ESEMeD, Europe

L'étude ESEMeD (European Study of the Epidemiology of Mental Disorders, étude européenne de l'épidémiologie des troubles mentaux) est la composante Européenne [2] de l'étude épidémiologique WMHS présentée plus haut [20].

Il s'agit d'une étude transversale conduite entre 2001 et 2003 en population générale, chez 21425 sujets de 18 ans et plus, non institutionnalisés, et ayant un domicile fixe. Six pays européens ont participé à cette enquête : Allemagne (n = 3 555 sujets inclus), Belgique (n = 2 419), Espagne (n = 5 473), France métropolitaine (n = 2 894), Pays-Bas (n = 2 372) et Italie (n= 4 712).

Cette étude permet de préciser la fréquence des troubles "sévères", définis par la présence d'au moins un des critères suivants : trouble bipolaire type I, dépendance aux substances avec un syndrome de dépendance physiologique, tentative de suicide, retentissement sévère sur le fonctionnement psychosocial.

1.2.2 Données de prévalence

Les résultats disponibles à ce jour montrent que l'ensemble des troubles de l'humeur sont très fréquents dans les différents pays concernés, notamment en Europe et en Amérique.

Les troubles anxieux sont les plus fréquents suivis des troubles de l'humeur [20]. Ils affectent 4,2% de la population (en Europe) [2].

D'après la publication de la DREES, la dépression est l'une des maladies psychiques les plus répandues en France. La dépression concernerait plus de 3 millions de personnes. Sa prévalence est estimée entre 5 % et 12 % selon les sources et les outils de mesure utilisés. Près de 1,5 millions de personnes sont concernées par des épisodes d'intensité sévère [8]. Près de 8 millions de Français ont vécu ou vivront une dépression au cours de leur vie [11 ; 21]. L'institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) a publié une enquête en 2012 « La dépression en France (2005-2010) » [12]. Selon cette enquête, en 2010, 7,5 % des Français âgés de 15 à 85 ans ont souffert de dépression au cours des 12 derniers mois. La prévalence de la dépression est présentée dans le tableau 3 ci-après.

Tableau 3. Prévalence de l'épisode dépressif caractérisé (EDC) en population générale en France à partir des Baromètres santé 2005 et 2010 [12] :

2010	Ensemble (en %)	Hommes (en %)	Femmes (en %)
Total 15-75 ans	7,8%	5,6%	10,0%
15-19 ans	6,4%	3,7%	9,3%
20-34 ans	10,1%	7,0%	13,2%
35-54 ans	9,0%	7,3%	10,7%
55-75 ans	4,7%	6,2%	6,6%

Cette prévalence est environ deux fois plus importante chez les femmes que chez les hommes [22].

1.2.3 Facteurs de risque

1.2.3.1 Le sexe

Même si les prévalences globales varient d'une étude à l'autre, la prévalence des troubles dépressifs est toujours plus élevée chez les femmes que chez les hommes. Dans toutes les études épidémiologiques, il apparaît clairement que les femmes sont beaucoup plus touchées par la dépression que les hommes dans toutes les tranches d'âge [22]. Dans l'étude ESEMeD par exemple, cette probabilité que les femmes présentent un trouble dépressif est d'environ 2 (OR 1,97 [1,60 – 2,42]) [2].

1.2.3.2 L'âge

La maladie dépressive débute souvent chez les patients jeunes puisque la moitié des premiers épisodes se situent entre 19 et 38 ans avec une moyenne autour de 30 ans. La prévalence est la plus faible (3.1%) chez les 20-24 ans puis augmente progressivement avec un taux important entre 50 et 64 ans (11,7%). La prévalence diminue après 65 ans, elle est de 4.8% chez les 65-75 ans [12].

1.2.3.3 Le niveau socioprofessionnel

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

Baromètre Santé le risque de trouble dépressif diminue lorsque le niveau de diplôme augmente. Toutes choses égales par ailleurs, le risque d'avoir un épisode dépressif est de 1,3 à 1,4 fois plus élevé chez un titulaire du seul baccalauréat que chez un diplômé du supérieur. L'écart est du même ordre entre une personne sans diplôme et un bachelier. Situation professionnelle et niveau social sont donc étroitement liés au risque d'épisode dépressif [12 ; 22].

1.2.3.4 La situation familiale

Le risque d'épisode dépressif est fortement corrélé à la situation conjugale. Les personnes les moins exposées sont celles qui vivent en couple, et à fortiori les personnes mariées. En France, la prévalence à 12 mois des troubles dépressifs chez les mariés (5,6%) est inférieure à celle des précédemment mariés (8,6%) ou des jamais mariés (9,7%) [23]. La rupture pourrait accroître la vulnérabilité face aux troubles dépressifs, lorsqu'elle conduit à un isolement non désiré et auquel la personne se sent inadaptée. Ainsi, une personne se déclarant célibataire est moins exposée aux troubles dépressifs qu'une personne vivant seule et se déclarant divorcée, séparée ou veuve.

1.2.3.5 Une sensibilité génétique

Depuis une soixantaine d'années, plusieurs études montrent que certaines personnes présentent une vulnérabilité génétique par rapport à la dépression. Un lien familial a été établi. Des études montrant que les personnes ayant une histoire familiale de dépression présentaient un risque supérieur de développer elles-mêmes une dépression [24]. Le risque accru peut provenir d'un lien familial ou d'une exposition aux mêmes facteurs environnementaux, mais ces études portaient notamment sur des jumeaux homozygotes et des jumeaux hétérozygotes qui furent adoptés par des familles différentes ou bien sur des enfants adoptés issus de parents biologiques atteints ou non d'une dépression ou d'un trouble bipolaire.

1.2.3.6 Une forte comorbidité

Les comorbidités sont des associations nosographiques sans lien de causalité affirmé. Chez les patients dépressifs, les plus fréquemment retrouvées sont deux autres pathologies psychiatriques : les troubles anxieux et les addictions. Dans l'enquête ESEMeD [25], 38% des sujets présentant un trouble dépressif avaient également un trouble anxieux ou un trouble lié à l'alcool. Nous reprenons ici les chiffres de l'enquête SMPG pour dresser un tableau comparatif des comorbidités de l'EDC [26].

Tableau 4. Comorbidités de l'épisode dépressif - Enquête SMPG :

Colonne1	Parmi les personnes ayant un épisode dépressif	En population générale
Troubles anxieux	57,9	21,8
Anxiété généralisée	31	13
Troubles paniques	16,4	4,2
Phobie sociale	12,1	4,2
Agoraphobie	7,4	2
Addictions	13,1	6,2
Alcool	9,7	4,4
Drogue	5,8	2,6
Troubles anxieux et addictions	8,9	2,3

Lecture : 57,9% des personnes ayant un épisode dépressif souffrent d'un trouble anxieux. Dans l'ensemble, 21,8% de la population souffre d'un trouble anxieux.

En France, c'est environ un quart (25,7%) des patients présentant un trouble dépressif au cours des 12 derniers mois qui avait au moins un trouble anxieux (OR de 10,2 [8,2 – 12,7]) [2].

1.2.4. La piste des nouveaux marqueurs

Les troubles de l'humeur sont diagnostiqués sur la base de critères cliniques, à partir des symptômes présentés par le patient, et non sur la base de tests de laboratoire. La recherche de marqueurs biologiques de la dépression est ainsi liée au besoin de trouver des outils diagnostiques complémentaires non subjectifs. Une recommandation de 2007 sur ces marqueurs biologiques permet de faire le point sur leur réel intérêt [27]. En résumé, parmi la pléthore de marqueurs biologiques potentiels de la dépression caractérisée (comprenant des facteurs neurotrophiques, des marqueurs biochimiques et immunologiques), certains ressortent comme plus robustes, comme la diminution de l'expression du récepteur sérotonique 5-HT1a ; la diminution du BDNF sérique (brain-derived neurotrophic factor), molécule impliquée dans la croissance des cellules, et l'hypersécrétion de cortisol. Cependant, aucun de ces marqueurs ne s'est avéré suffisamment spécifique pour permettre de l'inclure dans les manuels diagnostiques de la dépression caractérisée. De nombreuses recherches actuelles se concentrent sur le BDNF. L'étude de Sartorius [28] révèle que mesurer les taux de BDNF sérique permettrait de surveiller les altérations neuronales du tissu cérébral. Pour étudier la vulnérabilité à la dépression, l'équipe de Jean-Jacques Benoliel s'est appuyée sur un modèle reproduisant un stress social intense chez le rat [29]. Ce protocole induisait une modification de la structure des neurones de certaines régions du cerveau, en particulier dans l'hippocampe. Les prélèvements révélaient un taux de BDNF fortement diminué dans cette région mais également dans le sang. Quelques semaines après l'épisode de stress, la moitié des animaux stressés avait retrouvé leur état normal, tandis que l'autre moitié avait conservé les modifications neuronales et un faible taux de

BDNF. A la suite d'un nouveau stress de plus faible intensité, les symptômes dépressifs ne sont apparus que chez ce second groupe, l'identifiant comme population vulnérable. La mesure du taux de BDNF dans le sang serait donc utilisable comme marqueur biologique de la prédisposition à la dépression. Beaucoup de recherches sont encore à prévoir pour parvenir à des résultats applicables en pratique clinique. Dans ce domaine de la neurobiologie, de nombreuses implications ont déjà été mises en évidence, mais beaucoup d'éléments restent à découvrir. Ces modifications biologiques sont-elles la cause ou bien la conséquence de la dépression ? Les recherches futures nous éclaireront probablement davantage dans ce défi de la compréhension des mécanismes neurobiologiques sous-tendant la dépression.

Dix-sept variations génétiques liées à la dépression à 15 sites (loci) du génome ont été identifiées par les chercheurs de Harvard et du Massachusetts General Hospital, de l'Institut américain Human Genome Research (NHGRI/NIH) qui ont analysé les données génétiques d'un très grand nombre de participants soit 75.607 personnes diagnostiquées ou traitées pour la dépression et 231.747 témoins sains. Des variations sur des gènes impliqués dans la régulation de l'expression génique et la neurogenèse dans la dépression ont été recensées, mais aussi dans d'autres maladies mentales dans cette étude publiée en Aout 2016. Si ces sites génomiques identifiés ne représentent qu'une petite partie du risque génétique de dépression, ils peuvent ouvrir de nouvelles perspectives de compréhension de cette pathologie voire de nouvelles thérapeutiques [30].

1.3 Répercussions individuelles et collectives

Le retentissement à long terme des troubles dépressifs est au moins aussi important que celui d'affections somatiques chroniques comme le diabète ou les maladies cardio-vasculaires. Il concerne l'individu en premier lieu, mais aussi la société de façon indirecte.

1.3.1 Augmentation de la mortalité et du risque suicidaire

La mortalité des patients souffrant d'un trouble dépressif est supérieure à celle de la population générale. Les personnes âgées déprimées ont un taux de mortalité supérieur aux personnes âgées non déprimées [31].

Selon les données de l'Institut national de la statistique et des études économiques [32], au sein de l'Europe, la France se situe dans le groupe des pays à fréquence élevée de suicide avec un taux standardisé global de 14,7 pour 100 000 habitants, soit nettement au-dessus de la moyenne de l'Union européenne (10,2 pour 100 000 habitants). En 2011, 10 359 décès par suicide ont été enregistrés en France métropolitaine [33]. Alain Philippe, spécialiste du suicide à l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm), fait une analyse des statistiques épidémiologiques officielles sur le suicide, analyse fondée sur l'exploitation

des certificats de décès réunis au sein du Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDc). Il rapporte que globalement, le suicide compte pour 1,9% des décès en 2008 avec 2,8% des décès masculins et 1,1% des décès féminins [34]. Exprimé en années potentielles de vie perdue (calcul qui ne prend en compte que les décès survenant avant 70 ans), le suicide est la troisième cause de décès (9,4%), plus que les accidents de la circulation (6%), après les maladies cardiovasculaires (12,3%) et les cancers (35,9%). La tranche d'âge la plus affectée par les suicides est celle des 25-34 ans. À cet âge, les suicides constituent la première cause de mortalité pour les hommes (24% des décès), et la deuxième pour les femmes (16% des décès), derrière les cancers.

1.3.2 Augmentation de la morbidité

Les dépressions induisent également une augmentation de la morbidité somatique et psychiatrique et des phénomènes de chronicisation des pathologies notamment somatiques [35].

La dépression est un facteur de risque pour de nombreuses maladies non transmissibles, comme l'accident vasculaire cérébral, les cardiopathies coronariennes et le diabète de type 2.

Le risque relatif de dépression est multiplié par trois chez le diabétique comparativement à la population générale, et les complications diabétiques plus fréquentes [36].

Il existe une interdépendance entre la dépression et la santé physique. Par exemple, une maladie cardio-vasculaire peut entraîner une dépression et vice versa [3].

La dépression est donc un facteur aggravant et affecte également l'observance des traitements concernant d'autres maladies tel que le diabète.

1.3.3 Altération du fonctionnement et de la qualité de vie

Les troubles psychiatriques sont associés avec une altération du fonctionnement quotidien et de la qualité de vie dans les domaines familial et socio-professionnel [23].

Il a été établi que les programmes de prévention permettaient de restreindre la dépression. Les approches communautaires efficaces en la matière comprennent des programmes scolaires de prévention tendant à renforcer chez l'enfant et l'adolescent un modèle de pensées positives [3]

Les symptômes de la dépression peuvent être cognitifs (par exemple une concentration réduite), comportementaux (par exemple un isolement social), et physique (par exemple une douleur). Il existe donc de nombreuses manifestations de handicap fonctionnel lié à la dépression. La dépression réduit les activités du quotidien à la maison, au travail ou à l'école et peut aboutir à un dysfonctionnement irréversible. Lorsque la dépression est associée à un problème fonctionnel au niveau occupationnel, cela se traduit par une perte de productivité au travail, et conduit à l'absentéisme (jours d'absence au travail), voire à la perte d'un emploi ou au licenciement des patients [37].

Ainsi, par comparaison aux autres types de pathologie, la dépression engendre davantage de jours de travail perdus que les maladies cardiovasculaires.

Si l'on se réfère à l'étude NCS-R, la dépression engendre en moyenne 27 ± 5 jours de travail perdus par an (18 sous forme de présentéisme, et 9 sous forme d'absentéisme) [37].

D'après les dernières données disponibles provenant de l'étude de l'OMS sur la charge mondiale de morbidité, la dépression est la troisième cause d'années de vie perdues, corrigées du facteur invalidité dans la Région européenne de l'OMS, et représente à elle seule 13,7 % des années vécues avec une invalidité liée à une pathologie (ce qui en fait la première cause) [3].

1.3.4 Aspect économique

Le poids économique de la dépression est porté par un certain nombre de facteurs, incluant la prévalence de la dépression, le taux de traitement, et le handicap qu'elle génère. Un changement dans l'un ou l'autre de ces facteurs influence le poids économique de la pathologie.

D'une façon générale, les conséquences économiques de la dépression, qui concernent les patients mais également leur entourage, s'expriment tant en termes de coûts directs (ensemble des soins médicaux et paramédicaux) que de coûts indirects (perte de productivité par exemple) et de coûts associés à la prévention et à la détection des troubles. La dépression influence également le recours au système de soins. Les patients déprimés ont des dépenses de santé beaucoup plus importantes que les patients non déprimés. Par exemple, ils ont recours à leur médecin généraliste pour des plaintes somatiques trois fois plus souvent que les patients non déprimés [38].

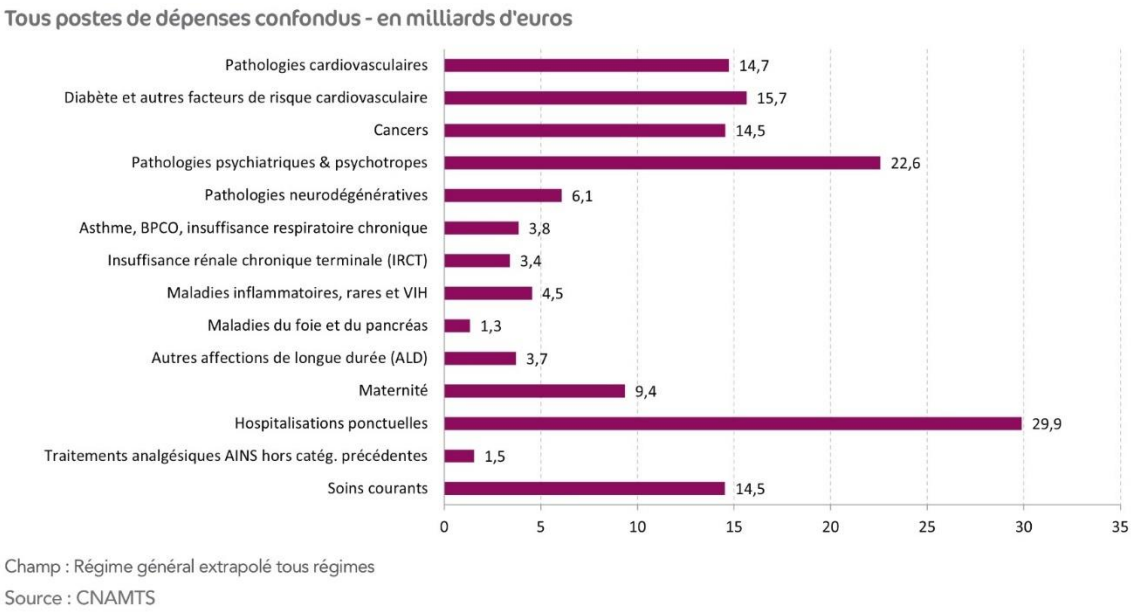
En Europe, le coût de la dépression a été évalué sur la base d'un modèle intégrant des données économiques et des données épidémiologiques pour l'année 2004. Dans les 28 pays d'Europe, c'est-à-dire une population de 466 millions d'habitants, environ 21 millions de personnes seraient affectées d'un trouble dépressif. Le coût total de la dépression a été estimé à 118 milliards d'euros, c'est-à-dire à 253 euros par habitant. Les coûts directs s'élevaient à 42 milliards d'euros (35%) et les coûts indirects à 76 milliards d'euros. Les coûts directs étaient liés aux consultations pour 22 milliards, aux traitements pour 9 milliards et aux hospitalisations pour 10 milliards [1]. Rappelons que selon les estimations, la dépression concerne 350 millions de personnes dans le monde [4].

En France, l'ONDAM (Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie) opère une répartition par natures de dépenses calquée sur la structuration de l'offre de soins : soins hospitaliers, soins de ville, médecins, dentistes, infirmiers, médicaments...

L'analyse menée à partir des données de remboursement des soins permet de cartographier les dépenses d'assurance maladie en fonction des pathologies prises en

charge et d'analyser les problèmes de santé sous-jacents et les enjeux épidémiologiques, ainsi que la répartition des prises en charge en fonction des différents secteurs d'offre de soins.

Figure 1. Montant des dépenses remboursées par pathologie en France en 2011 [39] :



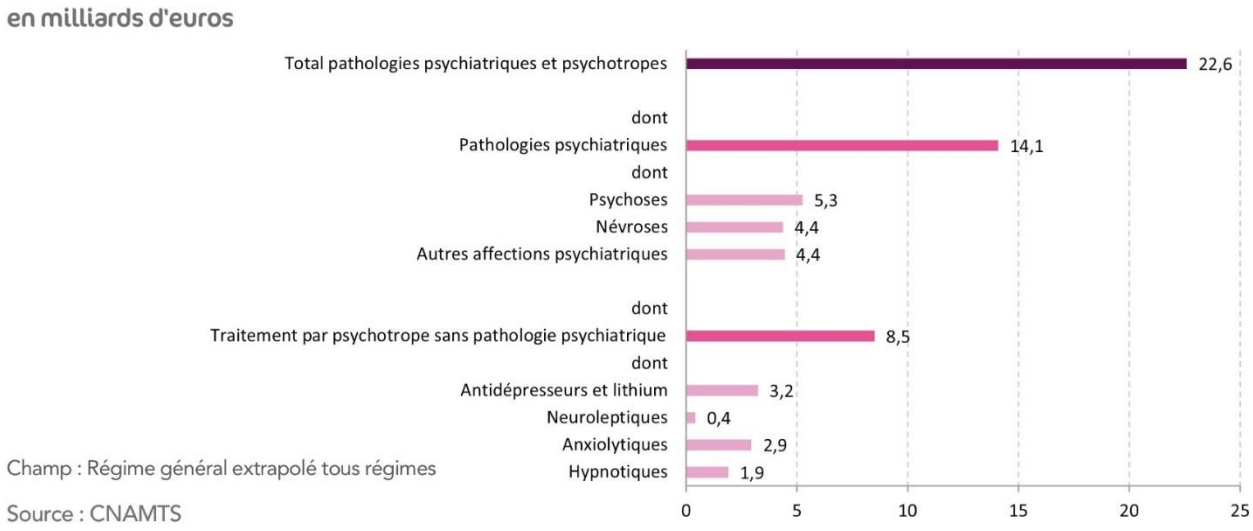
Avec 22,6 milliards d'euros, la santé mentale mobilise des ressources importantes. Il faut néanmoins préciser que sous ce terme sont inclus des problèmes de santé de nature très différente :

- D'une part des pathologies psychiatriques pour lesquelles un diagnostic peut être établi, et dont la sévérité a motivé une hospitalisation ou une prise en charge en ALD ; elles représentent 14,1 milliards d'euros, 60 % de ce poste et 10 % des dépenses totales.

- Et d'autre part des troubles qui n'ont pas entraîné d'hospitalisation ni d'ALD, mais qui ont amené les individus à une consommation régulière de médicaments psychotropes (antidépresseurs, anxiolytiques, hypnotiques, neuroleptiques). Les dépenses correspondantes s'élèvent à 8,5 milliards d'euros (6 % des dépenses totales) [39].

Rappelons que les dépenses du secteur médico-social ne sont pas comprises dans ces sommes (notamment la prise en charge dans les structures pour personnes handicapées).

Figure 2. Répartition des dépenses des pathologies psychiatriques et des psychotropes en France en 2011 [39] :



1.3.5 Moyens alloués à la dépression

Malgré cela, les ressources allouées aujourd'hui à la santé mentale ne sont pas à la mesure du poids que représentent les troubles mentaux.

- Les 24 pays de la Région européenne pour lesquels on dispose de données consacrent en moyenne 5,7 % de leur budget national ou fédéral de la santé à la santé mentale, alors que les troubles mentaux représentent 20 % de la charge de morbidité [4].

- La dépression, en particulier, est la pathologie du cerveau la plus onéreuse en Europe. Elle est à l'origine de 6,2 % de la charge totale de morbidité, mais elle ne représente que 1 % du PIB de l'Europe [1].

1.4 La prise en charge de la dépression

La dépression représente un coût important pour l'individu et pour la société. L'accès aux soins est considéré insuffisant et la dépression reste souvent non-traitée ou mal traitée [20].

Le recours au soin est, et demeure un obstacle important à une prise en charge optimale du patient. Cet obstacle se situe à plusieurs niveaux.

1.4.1 Des patients qui s'ignorent

Tout d'abord, nombre de déprimés n'ont pas vraiment pris conscience de leur maladie. Ainsi, dans une enquête menée en France entre 1996 et 1997, parmi les 15 % de déprimés identifiés par un outil diagnostic, plus de la moitié ignoraient leur trouble : pour 8,1% la dépression était révélée par l'étude et pour 0,5 % par leur consommation d'antidépresseurs [40].

1.4.2 Recours aux soins

Lorsque les patients ont identifié leur malaise, beaucoup n'envisagent pas de recourir au système de soins.

Dans l'étude ESEMeD, environ 60% des patients n'ont pas eu recours à un service de soin formel pour leur trouble [41]. Dans une autre enquête européenne réalisée en 1997, l'étude DEPRES [38], cette proportion était encore plus faible (jusqu'à 40%) et il est intéressant de noter que la moitié, soit environ 20% des patients, n'avaient même pas évoqué leurs problèmes avec un proche.

Les raisons avancées étaient multiples : le sentiment d'être assez « fort » pour surmonter ces difficultés, ou que la dépression est incurable et qu'il ne faut attendre aucune aide du corps médical, la crainte de ce que penserait l'entourage, la peur d'être hospitalisé, la peur de l'éventuel traitement.

L'étude ESEMeD a montré que l'absence de recours aux soins n'était pas liée à l'insuffisance de l'offre. Cette étude, dont l'un des objectifs était de comparer l'utilisation des services de santé dans les différents pays de l'étude, et d'établir une relation entre le degré de recours aux soins et l'offre, n'a pas mis en évidence de relation systématique entre l'utilisation des services et leur offre [42]. L'étude ESEMeD a montré que l'utilisation des services n'est pas nécessairement améliorée par une offre plus importante, mais devrait l'être par une meilleure allocation des ressources disponibles.

1.4.3 Une prise en charge non spécialisée

De façon générale, quand ils consultent, les patients ont plus souvent recours à un médecin généraliste et moins souvent à un spécialiste.

En Europe (ESEMeD), une proportion de 20,8% consultent un psychiatre. Si l'on considère les patients qui consultent des généralistes en parallèle, la proportion augmente à 29%, ou les professionnels de santé mental, jusqu'à 40% [41].

Les médecins généralistes jouent un rôle primordial dans la prise en charge des troubles dépressifs. Le médecin généraliste voit la majorité des patients en premier lieu, mais bien souvent, garde la main : lorsqu'un généraliste est consulté en premier, le patient est adressé

à un psychiatre dans seulement 22,2% des cas en France, mais dans 55,1% (et 52,8% des cas respectivement en Italie et aux Pays-Bas [41].

Par ailleurs, des enquêtes ont montré qu'environ 70% des patients qui consultent un médecin généraliste présentent des symptômes dépressifs [43]. Mais le plus souvent, le médecin généraliste est consulté pour un autre motif.

1.4.4 Un diagnostic difficile

Un obstacle important à une prise en charge optimale repose sur le manque de reconnaissance du patient dépressif.

Les facteurs associés à cette non-reconnaissance de la dépression sont multiples, à commencer par la prise en charge majoritaire par un médecin généraliste ou non spécialisé en santé mentale. Au-delà de cet aspect, les facteurs peuvent être [38] :

• L'intensité de la dépression : seules 7,5 % des dépressions sévères ne sont pas diagnostiquées.

• L'absence de traitement antidépresseur antérieur.

• L'existence de plaintes somatiques : en médecine générale, 26 % des sujets déprimés ont pour motif de consultation une souffrance ou des difficultés psychologiques, alors que 34 % consultent pour « douleurs » et les autres pour diverses plaintes somatiques.

• L'absence de détresse psychologique exprimée : 78 % des patients de médecine générale présentant une plainte d'ordre psychologique seront identifiés comme tels.

• L'existence d'une pathologie somatique associée : à intensité et symptomatologie comparables, le sujet ayant une pathologie somatique associée sera 2 fois moins souvent considéré comme déprimé.

• Le niveau d'études : la dépression est moins souvent diagnostiquée chez le sujet ayant fait des études supérieures.

• L'âge : la dépression est moins souvent reconnue chez le sujet jeune.

• Le sexe masculin : la dépression est moins souvent reconnue chez l'homme.

• L'absence de comorbidité anxieuse.

• L'absence de retentissement sur le fonctionnement socioprofessionnel.

Tous ces éléments font que lorsqu'un patient se présente chez le médecin généraliste, de surcroit, la proportion de patients diagnostiqués sera faible.

1.4.5 De nombreux patients non traités

Malgré une amélioration de la part de patients traités par antidépresseurs, il reste encore une part non négligeable de patients non traités.

Les données provenant des six pays d'Europe de l'étude ESEMeD ont permis d'établir les faits suivants [2] :

• Parmi les personnes ayant cherché de l'aide dans le secteur de la santé, un cinquième n'a bénéficié d'aucun traitement.

• L'utilisation de psychotropes était généralement peu répandue parmi les personnes atteintes de troubles mentaux (32,6 %).

• Parmi les personnes atteintes de dépression grave, 21,2 % uniquement ont été soignées avec des antidépresseurs ; le recours exclusif aux antidépresseurs était encore moins élevé (4,6 %) et davantage de patients prenaient uniquement des anxiolytiques (18,4 %).

• La psychothérapie était utilisée encore moins souvent que la pharmacothérapie.

• Le facteur prédictif le plus important pour la prise d'un antidépresseur était le recours au soin pour raison « émotionnelle ou de santé mentale » (OR de 13,6). Un autre facteur important était l'âge élevé (OR de 6,52), ainsi que la présence d'un trouble dépressif ou anxieux (OR de 5,0 et 2,1).

Cette dernière information est intéressante car elle souligne que la prescription d'antidépresseurs peut être davantage suscitée par une demande ou une attente du patient que par le diagnostic de dépression lui-même.

2 THERAPEUTIQUE DE LA DEPRESSION

Les médecins ont, pour traiter la dépression, un arsenal thérapeutique riche, qui allie prise en charge psychologique et/ou pharmacologique, voire d'autres interventions dans les cas plus difficiles.

Afin d'optimiser l'approche thérapeutique, les autorités de santé et experts de tous les pays ont rédigés des recommandations de prise en charge.

2.1 Un arsenal thérapeutique riche

Le traitement de la dépression a un double objectif : prévenir un geste suicidaire et abréger la durée de l'accès en évitant la survenue de rechutes précoces.

Dans la grande majorité des cas, le traitement peut s'effectuer en ambulatoire, moyennant un rythme de consultations initial suffisamment soutenu pour permettre une surveillance attentive.

Le choix du traitement initial dépend du type de dépression mais aussi de l'âge et de l'état somatique du patient.

2.1.1 La prise en charge psychologique

De nombreux modèles explicatifs et thérapeutiques ont été proposés durant ces 2 derniers siècles, ainsi que de nombreuses formes de psychothérapie, puisqu'on répertorie plus de 250 écoles...

Quatre mouvements ont été particulièrement créatifs en termes de théorie, de recherche, et de pratique clinique chez des patients dépressifs :

• Le modèle psychanalytique, fondé sur une théorie et une pratique de l'inconscient pulsionnel, et sur l'hypothèse que la dépression résulte du retournement contre soi de l'agressivité inconsciente destinée à un objet (une autre personne) intériorisé.

• Le modèle interpersonnel, fondé sur l'hypothèse centrale que la dépression résulte des interactions négatives avec les autres et des conflits interpersonnels. Il focalise sur les pertes, les défauts d'image de soi, les déficits de comportements sociaux... La thérapie interpersonnelle a pour but d'en faciliter la reconnaissance et le deuil. Il n'a encore que peu de pratique réelle en France.

• Le modèle comportemental considère que la dépression relève d'un déficit des processus de renforcement qui maintiennent l'activité du sujet. On considère que la dépression présente un régime de pensées négatives auto-entretenu et que le fait de s'opposer à ce cycle permet une rémission. La thérapie comportementale vise donc à identifier les modèles de pensée négatifs et à fournir au patient des méthodes pour les contrer.

• Le modèle cognitif considère que la dépression dérive d'un traitement erroné de l'information et résultent en croyances irrationnelles et pensées négatives envers soi, l'environnement, et l'avenir. Les thérapies cognitives se donnent donc pour objectif de corriger ces croyances et attitudes.

Une approche souvent utilisée, la psychothérapie cognitivo-comportementale combine les 2 derniers modèles. Cette approche a prouvé son efficacité dans le traitement de la dépression au cours d'essais randomisés en double aveugle, contre placebo [44]. Elle peut être utilisée en monothérapie ou en complément des traitements antidépresseurs.

2.1.2 Les antidépresseurs

2.1.2.1 Mécanismes d'action

Les antidépresseurs commercialisés ont été développés selon l'hypothèse qu'un mauvais fonctionnement du circuit de neurotransmetteurs tels que la noradrénaline, la sérotonine ou à un moindre degré la dopamine, contribue à la survenue de la dépression chez certains individus [45]. Plusieurs phénomènes peuvent être à l'origine de ce changement, parmi lesquels un dysfonctionnement de la recapture présynaptique des monoamines (qui serait trop forte et créerait ainsi un manque de ces neurotransmetteurs), une activité accrue des monoamines oxydases (les enzymes détruisant les monoamines pendant leur traversée entre les synapses), une anomalie du nombre des récepteurs post-synaptiques (qui autorégulent la transmission d'influx post-synaptique).

Les antidépresseurs ont été classés en grandes familles selon leur mécanisme d'action plus spécifique.

- Inhibiteurs des MonoAmine Oxydases, IMAO (ou MAOI en anglais) soit irréversibles non sélectifs (agissant sur la MAO-A et la MAO-B), soit sélectifs de la MAO-A, augmentent la concentration en noradrénaline en inhibant les monoamines oxydases (ou MAO) chargées de sa dégradation. Ces antidépresseurs sont efficaces mais assortis de nombreuses précautions d'emploi liées à leur mode d'action qui imposent des restrictions d'associations médicamenteuses et des restrictions alimentaires. Ils ne doivent en aucun cas être associés aux inhibiteurs de la recapture de sérotonine ISRS, au risque de déclencher un syndrome sérotoninergique avec un pronostic vital en jeu. Parmi les IMAO, on compte essentiellement la sélégiline, le moclobémide, l'isocarboxazide, la tranylcypromine...

- Les imipraminiques tricycliques ou non, appelés ici TCA (de l'anglais tricyclic antidepressant) empêchent la recapture de divers neurotransmetteurs, y compris la sérotonine, la noradrénaline et la dopamine en inhibant leur recapture. Ce mécanisme, peu sélectif, permet une action efficace, néanmoins accompagnée de nombreux effets indésirables de par leur effets réceptoriels post-synaptiques anticholinergiques, adrénolytiques alpha1 et anti-histaminiques H1 qui sont responsables d'une mauvaise tolérance au traitement. Ces produits sont donc efficaces mais de tolérance limitée. Parmi les TCA on trouve l'imipramine, l'amitryptiline, la clomipramine, la nortriptyline...

- Les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine, ISRS (ou SSRI en anglais) augmentent la concentration de sérotonine dans la synapse en empêchant de façon spécifique sa recapture dans le neurone récepteur en bloquant le site de recapture situé en amont de la fente synaptique. Ils sont efficaces et également bien tolérés du fait de leur mode d'action spécifique. Parmi les ISRS, on compte la fluoxétine, la paroxétine, la sertraline, le citalopram, l'escitalopram.

- Les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline, IRSN (ou SNRI en anglais) augmentent la concentration de sérotonine et de noradrénaline dans la synapse en empêchant sa recapture dans le neurone récepteur, en bloquant le site de recapture situé en amont de la fente synaptique. Certains auteurs soutiennent qu'une activité sur plusieurs récepteurs renforcerait l'efficacité, mais en contrepartie, la tolérance pourrait en être légèrement affectée. Ces produits sont donc plus difficiles à manier que les ISRS. Parmi les IRSN, on compte essentiellement la venlafaxine et la duloxetine.

• Dernièrement arrivée sur le marché, l'agomélatine a été développée dans les années 1990 et 2000. L'agomélatine agit en agoniste des récepteurs mélatoninergiques 1 et 2, et en antagoniste des récepteurs de sérotonine. Elle n'a pas d'effet sur la recapture de monoamine et aucune affinité pour les récepteurs adrénergiques alphas et bêtas, histaminergiques, cholinergiques, dopaminergiques et de benzodiazépines. Les avis sur l'agomélatine divergent au sein de la communauté médicale. Lors de la dernière réévaluation de ce médicament, le 26 septembre 2014, les autorités de santé européennes ont réaffirmé le rapport bénéfice / risque positif de l'agomélatine [46].

En février 2015, la revue Prescrire a fait figurer l'agomélatine dans sa liste des 71 médicaments à écarter : « Risques d'hépatites et de pancréatites, de suicides et d'agressions, d'atteintes cutanées graves (dont des syndromes de Stevens-Johnson) » [47].

• Les autres antidépresseurs, agissent selon différents modes d'action. Parmi les autres antidépresseurs, on trouve le bupropion, qui inhibe le transporteur à la noradrénaline et à la dopamine et est souvent efficace en cas de non-réponse aux ISRS et IRSN.

Tableau 5. Indications des différents antidépresseurs (source ANSM [6]) :

FAMILLE	DCI	INDICATIONS de l'AMM
Imipraminiques	**Clomipramine** Anafranil®	- Episodes dépressifs majeurs (c'est-à-dire caractérisés). - Troubles obsessionnels compulsifs. - Prévention des attaques de panique avec ou sans agoraphobie (uniquement pour la forme comprimé). - Certains états dépressifs apparaissant lors des schizophrénies, en association avec un traitement neuroleptique (uniquement pour la forme comprimé).
	Amoxapine Défanyl®	Episodes dépressifs majeurs (c'est-à-dire caractérisés).
	Amitriptyline Elavil® Laroxyl®	Episodes dépressifs majeurs (c'est-à-dire caractérisés).
	Maprotiline Ludiomil®	Episodes dépressifs majeurs (c'est-à-dire caractérisés).
	Dosulépine Prothiaden®	Episodes dépressifs majeurs (c'est-à-dire caractérisés).
	Doxépine Quitaxon®	Episodes dépressifs majeurs (c'est-à-dire caractérisés).
	Trimipramine Surmontil®	Episodes dépressifs majeurs (c'est-à-dire caractérisés).
	Imipramine Tofranil®	Episodes dépressifs majeurs (c'est-à-dire caractérisés).
ISRS (Inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine)	**Citalopram** Séropram®	- Episodes dépressifs majeurs (c'est-à-dire caractérisés). - Prévention des attaques de panique avec ou sans agoraphobie (uniquement pour les formes comprimé et solution buvable).
	Escitalopram Seroplex®	- Traitement des épisodes dépressifs majeurs (c'est-à-dire caractérisés). - Traitement des attaques de panique avec ou sans agoraphobie. - Traitement du trouble anxiété sociale (phobie sociale). - Traitement du trouble anxiété généralisée.
	Fluoxétine Prozac®	- Episodes dépressifs majeurs (c'est-à-dire caractérisés). - Troubles obsessionnels compulsifs.
	Fluvoxamine Floxyfral®	- Episode dépressif majeur (c'est-à-dire caractérisé). - Troubles obsessionnels compulsifs.

FAMILLE	DCI	INDICATIONS de l'AMM
ISRS (suite)	**Paroxétine** Deroxat® Divarius®	- Episodes dépressifs majeurs (c'est-à-dire caractérisés). - Prévention des attaques de panique avec ou sans agoraphobie. - Troubles obsessionnels compulsifs. - Trouble anxiété sociale (phobie sociale). - Anxiété généralisée, évoluant depuis au moins 6 mois. - Etat de stress post-traumatique.
	Sertraline Zoloft®	Chez l'adulte : - Episodes dépressifs majeurs (c'est-à-dire caractérisés). - Prévention des récidives dépressives chez des patients présentant un trouble unipolaire. - Troubles obsessionnels compulsifs. Chez l'enfant de 6 à 17 ans : - Troubles obsessionnels compulsifs.
IRSN (Inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline)	**Milnacipran** Ixel®	Traitement des épisodes dépressifs majeurs de l'adulte.
	Venlafaxine Effexor®	- Episodes dépressifs majeurs (c'est-à-dire caractérisés). Remarque : La venlafaxine a prouvé son efficacité dans le traitement de formes sévères d'épisodes dépressifs majeurs au cours d'études cliniques comparatives, randomisées et conduites en double aveugle. - Prévention des récidives dépressives chez les patients présentant un trouble unipolaire.
	Venlafaxine Effexor LP®	- Episodes dépressifs majeurs (c'est-à-dire caractérisés). - Prévention des récidives dépressives chez les patients présentant un trouble unipolaire. - Anxiété généralisée, évoluant depuis au moins 6 mois. - Trouble anxiété sociale (phobie sociale).
	Duloxétine Cymbalta® / Xeristar® *(non commercialisé en France)*	- Episodes dépressifs majeurs (c'est-à-dire caractérisés).
IMAO non sélectif	**Iproniazide** Marsilid®	- Episodes dépressifs majeurs (c'est-à-dire caractérisés). En raison de l'intervalle à observer en cas d'échec avant de passer à un autre antidépresseur, les IMAO ne sont habituellement pas prescrits en première intention.
sélectif A	**Moclobémide** Moclamine®	Episodes dépressifs majeurs (c'est-à-dire caractérisés).
« Autres antidépresseurs »	**Miansérine** Athymil®	Episodes dépressifs majeurs (c'est-à-dire caractérisés).
	Mirtazapine Norset®	Episodes dépressifs majeurs (c'est-à-dire caractérisés).
	Tianeptine Stablon®	Episodes dépressifs majeurs (c'est-à-dire caractérisés).

* Les spécialités listées ici sont les spécialités princeps ; celles-ci sont citées à titre didactique et ne doivent pas occulter la possibilité et l'intérêt économique de prescrire un médicament générique.

2.1.2.2 Indications des antidépresseurs

De nombreuses études ont comparé de façon directe ou indirecte l'efficacité des antidépresseurs entre eux [48 ; 49]. Il en ressort des différences d'ordre statistique, la difficulté résidant dans la détermination d'une différence cliniquement significative. La principale différence entre les antidépresseurs repose donc sur leur profil de tolérance, lié largement à leur profil pharmacologique. A ce niveau, les différences sont appréciées au niveau du prescripteur qui choisit le traitement adapté en fonction du profil et de l'histoire de son patient.

Les antidépresseurs sont indiqués également dans le trouble panique, l'anxiété généralisée ou sociale et enfin d'autres indications pour certains d'entre eux tels que les troubles obsessionnels chroniques (TOC), la boulimie, le stress post-traumatique etc.

2.1.3 Le millepertuis ou St John’s wort (en anglais)

Les extraits et préparations phytothérapiques connus et commercialisés sous le nom de « millepertuis », sont tirés de l'espèce Hypericum perforatum. Ils sont connus traditionnellement pour agir sur les troubles de l’humeur et ont également montré leur efficacité dans la dépression dans des essais randomisés en double aveugle contre placebo ou même d’autres antidépresseurs dans la dépression légère à modérée [50 ; 51].

2.1.4 L’électrothérapie convulsivante

L’électrothérapie convulsivante vise à reproduire une crise convulsive (épileptique). Elle consiste à administrer, sous anesthésie générale et sous ventilation assistée après administration d'un relaxant musculaire, un bref courant électrique au niveau d'un ou des deux lobes temporaux. Le mécanisme d'action est encore aujourd'hui mal compris, mais l’efficacité à court terme de l’électrothérapie convulsivante versus thérapie médicamenteuse dans la dépression a été démontrée [52].

L’effet adverse le plus fréquemment rencontré est la perte de mémoire. En raison du côté traumatisant de cette intervention et de ses effets secondaires, elle n’est réservée que pour certains cas résistants.

2.2. Les recommandations de traitement

Compte tenu de la diversité de l’arsenal thérapeutique et des besoins d’optimisation de l’approche thérapeutique, plusieurs groupes d’experts se sont réunis afin de définir des recommandations de bonne pratique : la World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP), en France, la Haute Autorité de Santé (HAS) [53] , le NICE au Royaume Uni et aux Etats-Unis, l’American Psychiatric Association (APA), l’American Health Research Center (AHR) ou le Canadian Network for Mood and Anxiety Treatment (CANMAT). Une analyse de Davidson datant de 2010 montre que les différents groupes d’experts d’Europe de l’Ouest et d’Amérique du Nord sont d’accord sur les principes de base des traitements de la dépression par antidépresseur [54].

2.2.1 Choix de la prise en charge

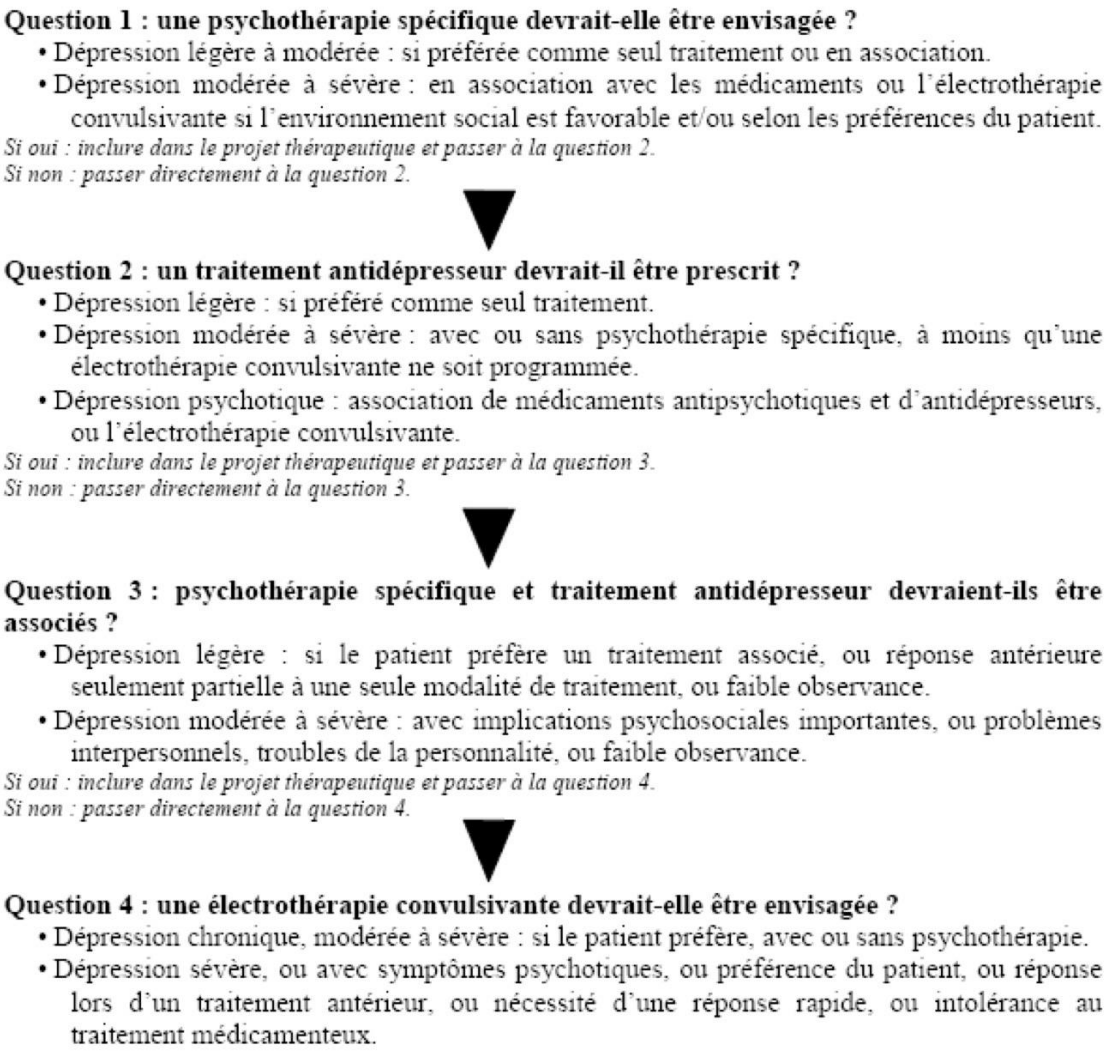
Il est recommandé de choisir le mode de traitement en fonction de la sévérité des symptômes cliniques et des préférences du patient.

La prise en charge par psychothérapie cognitivo-comportementale est recommandée comme seule thérapie en traitement initial des épisodes légers à modérés si le patient en exprime la préférence, ou dans les épisodes sévères en combinaison avec un traitement par antidépresseur.

La prise en charge par antidépresseur est recommandée dans les épisodes modérés à sévères, voire légers si telle est la préférence du patient.

La durée totale de traitement recommandée doit être de 4 à 9 mois, en incluant la période de diminution des posologies.

Figure 2. Choix des modalités de traitement de l'épisode dépressif caractérisé (adapté de l'APA, 2000 [55]) :



2.2.2 Choix de l'antidépresseur

Dans les dépressions légères à modérées, en ambulatoire, il est recommandé de choisir l'antidépresseur le mieux toléré, le moins dangereux en cas d'absorption massive, et le plus simple à prescrire à dose efficace.

Les facteurs à prendre en considération sont :

• l'utilisation d'un profil d'effets secondaires spécifique (par exemple, recherche de sédation, d'anxiolyse, ou de stimulation) ;

• l'indication préférentielle d'une classe thérapeutique dans certaines comorbidités psychiatriques, par exemple les ISRS pour les troubles obsessionnels ;

• le respect des contre-indications (comorbidités organiques) et des risques d'interactions médicamenteuses selon les résumés des caractéristiques des produits.

En France ou aux Etats-Unis par exemple, comme dans beaucoup de pays, ce sont les antidépresseurs récents (ISRS, IRSN et autres antidépresseurs non imipraminiques non IMAO) qui sont recommandés en première intention puisqu'ils obéissent le mieux à ces exigences pour une prise en charge ambulatoire, alors que chez les patients hospitalisés pour une dépression sévère quand la recherche de l'efficacité maximale est au premier plan, les imipraminiques (surtout amitriptyline) ou la venlafaxine à une dose de 150 mg ou plus seront préférés aux ISRS ou aux IMAO [6].

Il est nécessaire de rechercher l'existence d'épisodes dépressifs antérieurs, ainsi que l'efficacité et la tolérance des traitements antidépresseurs antérieurement administrés, voire l'existence de syndrome de sevrage lors de l'arrêt antérieur de ces traitements.

Même si cette stratégie thérapeutique a été insuffisamment évaluée, il est recommandé, pour un sujet donné, de choisir préférentiellement un antidépresseur qui s'est avéré efficace et bien toléré lors d'un épisode antérieur [6 ; 55].

2.2.3 Variation thérapeutique

Il est recommandé de surveiller l'efficacité d'un traitement de façon rapprochée dans la phase initiale du traitement. De manière générale, après 8 semaines de traitement bien conduit [6 ; 55] :

• un tiers des patients déprimés traités par antidépresseurs a une réponse complète au traitement avec rémission des symptômes,

• un tiers des patients a une réponse partielle ou insuffisante au traitement,

• un tiers des patients ne répond pas au traitement.

2.2.3.1 Appréciation de la réponse

Si 2 mois en moyenne sont nécessaires pour obtenir une disparition des symptômes dépressifs, un tel délai peut être difficile pour des patients suivis en ambulatoire.

Selon l'ANSM, un minimum de 2 à 3 semaines de traitement à posologie active est nécessaire avant de conclure à une inefficacité et d'envisager un changement thérapeutique (sauf en cas d'aggravation) [6].

Ainsi, après la mise en route du traitement antidépresseur, il est recommandé de réévaluer le patient au cours des deux premières semaines pour évaluer l'évolution clinique, l'observance et notamment dépister une aggravation possible de la symptomatologie dépressive et à 4 semaines pour évaluer l'efficacité.

Poser la question d'une non-réponse suppose que le diagnostic d'épisode dépressif est correct, que le traitement a été prescrit à dose suffisante, et suffisamment longtemps, avec une bonne observance de la part du patient.

Cette appréciation est l'un des critères décisionnels pour passer d'une étape à l'étape suivante du traitement, l'autre critère étant l'appréciation de la tolérance médicamenteuse.

2.2.3.2 Adaptation thérapeutique

En cas de réponse non satisfaisante ou d'intolérance au produit, plusieurs alternatives sont proposées [6] :

• augmentation des doses d'antidépresseurs pour ceux dont l'action est dose-dépendante,

• substitution de médicament,

• association avec une psychothérapie,

• adjonction d'autres traitements (soit un autre antidépresseur, soit d'autres produits tels le lithium, les stabilisateurs de l'humeur, la tri-iodothyronine voire les antipsychotiques),

• électrothérapie convulsivante.

Il n'existe pas de consensus clair sur le choix d'un traitement de seconde intention en cas de résistance au médicament initialement prescrit et le choix repose sur l'expérience et la pratique de chacun. Ainsi, l'étude STAR*D a été développée pour tester différentes alternatives, mais n'a pas conclu à la prééminence d'une alternative sur une autre [56].

La substitution vers un autre antidépresseur est une stratégie simple et souvent recommandée par rapport à la combinaison avec une autre molécule [6]. L'avantage de cette approche est qu'elle réduit la poly-pharmacie et de ce fait, n'a pas d'impact négatif sur la toxicité ou les interactions médicamenteuses. Cela résulte en moins d'effets indésirables qu'une combinaison et de ce fait, peut améliorer la tolérance du patient. Cette approche induit également moins de coûts liés aux traitements. Cependant, lorsqu'on interrompt le traitement initial pour lui en substituer un autre, on perd le bénéfice de l'efficacité, même partielle, obtenue avec le premier traitement, et l'on ajoute le délai nécessaire au développement de l'activité antidépressive du second traitement.

L'adjonction d'une psychothérapie est efficace dans le cadre d'une dépression résistante [53].

2.2.4 Durée du traitement

Trois étapes successives doivent être envisagées dans le traitement d'un épisode dépressif :

• La phase initiale de traitement : Les 4 à 8 premières semaines de traitement ont pour objectif d'obtenir la diminution voire la rémission des symptômes dépressifs. Au cours de cette phase, le patient doit être bien suivi et sa réponse et tolérance au traitement doivent être évaluées.

• La phase de consolidation : A la phase initiale doit s'ajouter une phase de consolidation de 16 à 20 semaines après la rémission dont l'objectif est de maintenir et consolider la phase de rémission, pour empêcher les rechutes.

La durée totale de traitement doit donc être de 4 à 9 mois, en incluant la période de diminution des posologies.

• La phase de maintenance : En fonction de l'histoire du patient, une phase supplémentaire de traitement est préconisée, afin de prévenir les récidives de dépression. On dispose à ce jour d'études à long terme qui montrent l'intérêt du maintien du traitement après la phase de consolidation pendant une durée de 12 mois, 18 mois, et même jusqu'à 5 ans [6].

Pour certains patients qui récidivent régulièrement lorsqu'ils interrompent ou diminuent le traitement de maintenance, même après des années, un traitement de très longue durée, sinon « à vie », peut être nécessaire [55].

En conclusion, la durée du traitement doit être d'autant plus prolongée que les épisodes antérieurs ont été nombreux, sévères, qu'il existe des pathologies associées et des antécédents familiaux de troubles dépressifs [6].

2.2.5 Arrêt du traitement

Au terme d'un traitement bien conduit, l'arrêt du traitement doit être envisagé avec le patient, en l'informant des différents paramètres disponibles, en particulier du risque de rechute ou récidive symptomatique.

Il est recommandé de diminuer les posologies progressivement de façon à prévenir la survenue d'un syndrome de sevrage, également appelé syndrome d'arrêt.

L'arrêt doit donc s'accompagner d'une augmentation de la fréquence des consultations, afin de rechercher les signes précoces d'une rechute ou d'une récurrence dépressive.

La période de diminution des posologies sera d'autant plus prolongée que la durée de traitement aura été longue.

Elle sera généralement comprise entre 1 mois et 6 mois, par exemple :

- traitement < 1 an : Arrêt en quelques semaines, en diminuant par exemple toutes les semaines la posologie journalière ;

- traitement > 1 an : Arrêt en quelques mois, en diminuant par exemple tous les mois la posologie journalière.

Après la phase de maintenance, plusieurs auteurs recommandent de diminuer la dose d'un quart toutes les 4 à 6 semaines sur une période de 2 à 3 mois, ou de la diminuer progressivement sur 6 mois [6].

2.3 Développement de la consommation des antidépresseurs

2.3.1 Majoration de la population traitée

En France, on note l'augmentation sensible du nombre d'utilisateurs d'antidépresseurs depuis trente ans. Les taux sont, en effet, passés de 2 % environ dans les années 1980 à plus de 3 % dans les années 1990 et à 6 % en 2002 [25]. Ce dernier taux, estimé dans l'étude ESEMeD est, cependant, inférieur à celui de 9 % issu de l'enquête menée en 2000 à partir des remboursements de médicaments prescrits [57]. Ceci est probablement lié au fait que les médicaments achetés ne sont pas consommés. La dernière étude est basée sur des données objectives (remboursement) alors que les précédentes sont rapportées par les patients et donc susceptibles d'être affectées par un biais de rappel. Les populations des enquêtes peuvent différer également. Les deux études montrent une augmentation importante, avec l'âge, de l'usage de toutes les classes de psychotropes.

2.3.2 Augmentation de la durée de traitement

On assiste à une prise de conscience de la nécessité de traiter les patients plus longtemps. Cela s'est traduit au niveau des guidelines qui recommandent d'instaurer en plus de la phase aigüe, (c'est-à-dire un traitement de 4 à 6 semaines, 10 semaines au maximum) un traitement sur 4 à 12 mois afin d'éviter les rechutes et finalement un traitement de maintien pour éviter les récurrences [55]. La durée de la phase de maintien ainsi que les patients qui devraient en bénéficier font l'objet de discussions. On a pu montrer que la durée de traitement augmente au fil des années de façon significative, qu'il s'agisse des ISRS ou des TCA, bien que la tendance soit plus importante pour les premiers [58].

2.3.3 Des patients traités non dépressifs

L'accroissement de la consommation s'est également traduit par une part importante de personnes non déprimées traitées.

Ainsi, dans l'étude ESEMeD, sur les 4,4% de la population européenne interrogée qui rapportait avoir consommé un antidépresseur dans les 12 mois précédents l'enquête, 2,6% n'avait jamais présenté de dépression [59].

2.3.4 Une consommation accrue

L'augmentation de la consommation des antidépresseurs reflète donc plusieurs phénomènes dont certains, telle la part plus importante de la population dépressive traitée et / ou traitée plus longtemps, sont favorables.

En effet, une plus longue durée de traitement permet d'éviter les rechutes et récurrences et est en cela conforme aux recommandations de bonne pratique [6 ; 55]. Néanmoins, un traitement au long cours n'est pas forcément positif pour tous les patients. De même, une utilisation excessive d'antidépresseurs chez des patients dont la condition ne justifie pas forcément un tel traitement doit se faire avec précaution. Il est important ici de souligner que la prise d'antidépresseurs n'est pas anodine et ces produits, comme tout médicament, sont associés à un certain nombre d'effets indésirables.

Le risque majeur associé à la dépression et / ou la prise d'antidépresseur est le risque suicidaire.

3 FORMATION MEDICALE ACTUELLE

3.1 PACES : première année commune aux études de santé

La Première année commune aux études de Santé est organisée en deux semestres, sur le principe du schéma LMD (Licence-Master-Doctorat). L'acquisition des 60 ECTS (European Credits Transfer System) valide la PACES mais n'implique pas l'admission aux études de santé qui sont soumises à un examen classant. Elle autorise l'accès à d'autres licences.
l'UE 7 intitulé « Santé, société, humanité » permet d'appréhender la dimension humaine dans le domaine de la santé.

3.2 Premier cycle des études médicales

Le diplôme de formation générale en sciences médicales sanctionne le premier cycle. Il comprend six semestres de formation validés par l'obtention de 180 crédits européens correspondant au niveau licence.
Les deux premiers semestres sont ceux de la première année commune aux études de santé.

3.3 Deuxième cycle des études médicales

Au second cycle des études de médecine correspondant de la 4ème jusqu'à la sixième année des études médicales préparant à l'Examen National Classant (ENC), la dépression est abordée de manière théorique au sein du module de psychiatrie. Il nous est appris à diagnostiquer la dépression et à éliminer les autres pathologies psychiatriques.

Les programmes théoriques actuels sont nationaux et fixés par décret : En deuxième partie du second cycle des études médicales, socle de l'apprentissage des pathologies du diagnostic au traitement, l'item du programme en vigueur concernant la dépression est formulé comme suit :

N° 285. Troubles de l'humeur. Troubles bipolaires

- Diagnostiquer un trouble de l'humeur et /ou des troubles bipolaires.

- Identifier les situations d'urgence et planifier leur prise en charge.

- Décrire les principes de la prise en charge au long cours.

Son intitulé évoluera à partir de 2016 :

N° 64. Diagnostiquer :

Un trouble dépressif, un trouble anxieux généralisé, un trouble panique, un trouble phobique, un trouble obsessionnel compulsif, un état de stress post-traumatique, un trouble de l'adaptation (de l'enfant à la personne âgée), un trouble de la personnalité. Argumenter l'attitude thérapeutique et planifier le suivi aux différents âges et à tous les stades de ces différents troubles [60]

Nous effectuons aussi au cours de ce deuxième cycle un stage en psychiatrie. Il s'agit d'un stage de trois mois (1/2 journée) où les étudiants suivent des psychiatres ou internes dans un service d'hospitalisation ou de consultation de psychiatrie. Une réforme a permis récemment de proposer des stages à temps pleins permettant aux étudiants de mieux s'investir dans le service en question.

Un stage de découverte et de sensibilisation à la Médecine Générale a été rendu obligatoire par l'arrêté du 23 novembre 2006 pris en application de l'article 8 de l'arrêté du 8 avril 2013 [61].

3.4 Troisième cycle des études médicales

A partir du troisième cycle d'études de Médecine Générale, l'enseignement passe en majeure partie par les stages hospitaliers et ambulatoires, et de manière complémentaire par les enseignements théoriques à la faculté.

Le Département de Médecine Générale de Poitiers a adopté une pédagogie fondée sur les apprentissages, dans une approche par compétences. Basée sur les travaux de recherche en pédagogie et en neurosciences cognitives, cette approche conduit à mettre en place des stratégies adaptées pour développer les compétences des internes, nécessaires à l'exercice de leur future profession.

A partir des connaissances antérieures, l'IMG (Interne en Médecine Générale) en formation va apprendre à mobiliser des ressources qui lui permettront de répondre de façon efficiente aux situations professionnelles auxquelles il est confronté, dites situations cliniques authentiques. Le rôle facilitateur de l'enseignant ou maître de stage doit permettre à l'IMG de construire de façon autonome des processus de résolution de problèmes complexes.

Plusieurs outils pédagogiques en découlent :

- L'écriture de situations cliniques complexes et authentiques vécues par l'IMG, les Récits de situations complexes et authentiques (RSCA).
- La tenue du cahier d'auto-évaluation.
- La réalisation de divers travaux ou tâches dans les différents stages ou groupes d'échange restitués sous forme de traces d'apprentissage.

La concrétisation de cette pédagogie est formalisée dans le Dossier d'apprentissage. Il s'agit d'un « échantillon de preuves sélectionnées par l'étudiant dans le but de rendre compte fidèlement de ses apprentissages… » tout au long de son internat. Afin d'aider l'IMG dans ce concept, il est institué un accompagnement pédagogique obligatoire, le tutorat. Le tuteur, médecin généraliste et maître de stage universitaire (MSU) formé à cette mission pédagogique, accompagnera l'IMG tout au long de son cursus de 3e cycle [62].

3.4.1 Enseignements théoriques

La Filière Universitaire de Médecine Générale a pris de l'ampleur avec la création du D.E.S. de Médecine générale en 2004. Le concept d'apprentissage par compétences a fait son apparition dans les orientations pédagogiques des facultés de médecine et se développe aujourd'hui encore dans l'objectif de former des professionnels compétents capables de dispenser des soins de qualité.

L'enseignement du D.E.S. de médecine générale a évolué et s'articule autour d'une approche par compétences selon la définition de la WONCA (World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians).

Le CNGE a rédigé en 2009 un référentiel des compétences organisé autour de huit axes :

- Les soins primaires.
- Le raisonnement spécifique.

- La prise en charge globale.
- La structure et les outils d'exercices.
- L'aspect relationnel.
- Le rôle de santé publique.
- La compétence clinique.
- L'axe professionnel.

Parmi ces enseignements, un séminaire a été rendu obligatoire au premier semestre depuis 2008 au sein de la faculté de Poitiers. Il s'agit du séminaire " relation médecin malade ". Il existe une autoformation et des rencontres théoriques lors du troisième cycle des études médicales [63 ; 64]. Cela est abordé indirectement dans le séminaire S3 (la démarche appliquée, avec la notion de modèle bio-psycho-social, et le diagnostic de situation), le séminaire S4 (relation médecin patient), le GEAPI 3 (le patient derrière son symptôme) et le GEAPI 9 (le patient qui ne s'améliore pas).

En 2009, a été lancée au sein du Département de Médecine Générale de la Faculté de Médecine de Poitiers, une révision complète des programmes d'enseignement du troisième cycle. A partir d'un dispositif centré sur la pédagogie d'apprentissage qui avait été mis en place en 2004, il a été choisi de repenser l'intégralité des enseignements théoriques et pratiques par le biais d'une approche par compétences. Sur la base du référentiel métier conçu par le CNGE (Collège National des Généralistes Enseignants), il a été reconduit une partie des séminaires qui abordaient les notions théoriques, et introduit une nouvelle technique pédagogique plus centrée sur l'étudiant, destinée à susciter la réflexivité et à développer les compétences : GEAPI [65].

Le GEAPI est une technique pédagogique en soi bien codifiée centrée sur l'apprenant et qui cherche à développer l'auto analyse et l'auto formation.

3.4.2 Enseignements pratiques

La formation pratique et théorique complémentaire des enseignements repose sur 6 stages semestriels obligatoires dont un semestre auprès d'un médecin généraliste, praticien agréé-maître de stage universitaire (stage de niveau 1) et un semestre, selon le projet professionnel de l'interne de médecine générale, effectué en dernière année d'internat, soit en médecine générale ambulatoire (sous la forme d'un stage autonome en soins primaires ambulatoires supervisé (SASPAS ou stage de niveau 2), soit dans une structure médicale agréée dans le cadre d'un projet personnel validé par le coordonnateur du DES de médecine générale du DMG.

De plus, dans l'ensemble du cursus, des temps de formation à la prise en charge psychologique et psychiatrique des patients sont obligatoires. Ils sont réalisés à l'occasion des stages effectués dans les services et structures, y compris ambulatoires, agréés pour la formation des IMG et, de fait, habilités pour cette formation [62].

Le stage de niveau 1 peut être défini comme un stage de découverte de la médecine générale où l'interne en début d'internat suit et échange avec le médecin généraliste pendant 6 mois. Selon le degré d'adaptation, l'interne en médecine générale pourra être

amené à effectuer des consultations seul auprès de patients s'il a l'accord de son maître de stage et s'il se sent apte.

Dans le Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée dit SASPAS, l'interne en fin d'internat est directement autonome et consulte seule. En fin de journée, il débriefe de l'ensemble de ses consultations avec son maître de stage.

III- MATERIEL ET METHODES

1 TYPE D'ETUDE

Nous avons réalisé une étude quantitative et qualitative prospective sous forme de questionnaire de 15 questions à choix simples ou multiples et 5 questions ouvertes, menée auprès des internes en médecine générale du Poitou-Charentes.

Le recueil des réponses au questionnaire s'est déroulé du 02 Juin 2016 au 30 Juin 2016

Cette étude n'a pas fait l'objet d'une demande d'autorisation au comité d'éthique car elle était non interventionnelle.

2 ECHANTILLONNAGE

2.1. Population étudiée

Notre étude a été conduite auprès des internes en médecine générale du Poitou-Charentes en stage de niveau 1 ou en Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée dit SASPAS.

2.1.1 Critères d'inclusion

Les critères d'inclusion étaient :

- Les Internes en Médecine Générale du Poitou-Charentes en stage chez le praticien pour le semestre en cours de Mai à Novembre 2016 :
  - En stage niveau 1.
  - Ou en SASPAS.

2.2 Recrutement des participants

La liste des internes en médecine générale du Poitou-Charentes en stage chez le praticien a été fournie par la Faculté de Médecine de Poitiers.

Chaque interne éligible s'est vu attribuer un numéro aléatoire. Le tirage au sort a été effectué par un logiciel de génération de chiffres aléatoires.

Chaque participant a été contacté par téléphone dans son lieu de stage afin de lui présenter ce travail, récupérer son adresse email et le solliciter dans les réponses au questionnaire.

2.3. Le questionnaire

Le questionnaire a été établi en fonction des recherches bibliographiques et des rencontres auprès du directeur de thèse et du Docteur Girardeau responsable des enseignements théoriques de la faculté de Médecine de Poitiers.

Le questionnaire a été réalisé avec le support Google Form® et était par la suite envoyé par courrier électronique. Il est constitué de 15 questions à choix multiples ou unique et 5 questions ouvertes (ANNEXE 1 : QUESTIONNAIRE).

Le temps estimé pour répondre à ce questionnaire était évalué à 5 minutes.

2.3.1 Test de concordance de script

La quatrième question de ce questionnaire est un test de concordance de script. Les tests de concordance de script (TCS) sont des outils standardisés qui permettent d'évaluer le raisonnement clinique du professionnel qui le réalise et notamment sa capacité à prendre des décisions pertinentes dans des cas complexes, ou en situations d'« incertitude », en les confrontant aux avis d'un panel d'experts. Ils ont comme avantage, par rapport aux méthodes d'évaluation classiques (plus ciblées vers le contrôle des connaissances), d'être plus proches de la pratique réelle des professionnels [66].

Les TCS sont basés sur une théorie cognitive, la théorie des scripts, qui se focalise sur les réseaux de connaissance qu'utilisent les individus en situation de résolution de problème. Elle postule que les individus traitent les données liées à une situation complexe à résoudre en activant des réseaux de connaissance acquis, organisés pour la résolution de tâches : Les scripts. Or un élément important de la compétence des professionnels réside justement dans cette capacité à agir en situation d'incertitude et à mobiliser les ressources décisionnelles nécessaires [67].

Ces TCS utilisent des vignettes courtes (qui décrivent des situations cliniques posant problème et choisies en fonction du raisonnement que l'on veut évaluer chez le participant). Ces vignettes sont suivies par des propositions d'options ou d'hypothèses possibles. Pour chacune d'elles, une nouvelle information est alors proposée, et les professionnels doivent décider si elle augmente, diminue ou est sans conséquence sur la pertinence de cette option. Les réponses sont recueillies selon une échelle de Likert (de – 2 à + 2 par exemple). Les questions posées peuvent être du domaine diagnostique, pronostique ou thérapeutique. L'idée est de placer le professionnel devant une situation complexe, la plus proche possible de son activité réelle, et pour laquelle il existe une variabilité dans les réponses des experts.

Le panel d'expert a été composé de 5 médecins généralistes thésés.

2.4. Questions ouvertes

2.4.1 Codage

L'analyse était basée sur les principes de la « Grounded theory » ou théorisation ancrée, avec un premier codage ouvert, réorganisé par la suite pour faire émerger différents thèmes. La démarche était inductive sans code défini avant l'analyse des verbatims [69].

Dans un premier temps, plusieurs lectures des réponses aux questions 16 à 20 étaient effectuées afin d'appréhender le contenu général des verbatims. Les codes et les verbatims ont été transcrits dans le logiciel EXCEL®.

A l'issue du codage ouvert, un codage thématique ou axial a été réalisé. Pour cela, les codes ouverts ont été réarrangés, permettant de définir plusieurs thèmes et sous thèmes répondant à la problématique.

2.4.2 Triangulation

Trois personnes dont un interne de médecine générale, un médecin généraliste et une personne non issue du milieu médical, ont réalisé un codage thématique des verbatims. La confrontation des codes ouverts et axiaux a permis d'obtenir une nouvelle grille de codage. Un codage définitif a été établi.

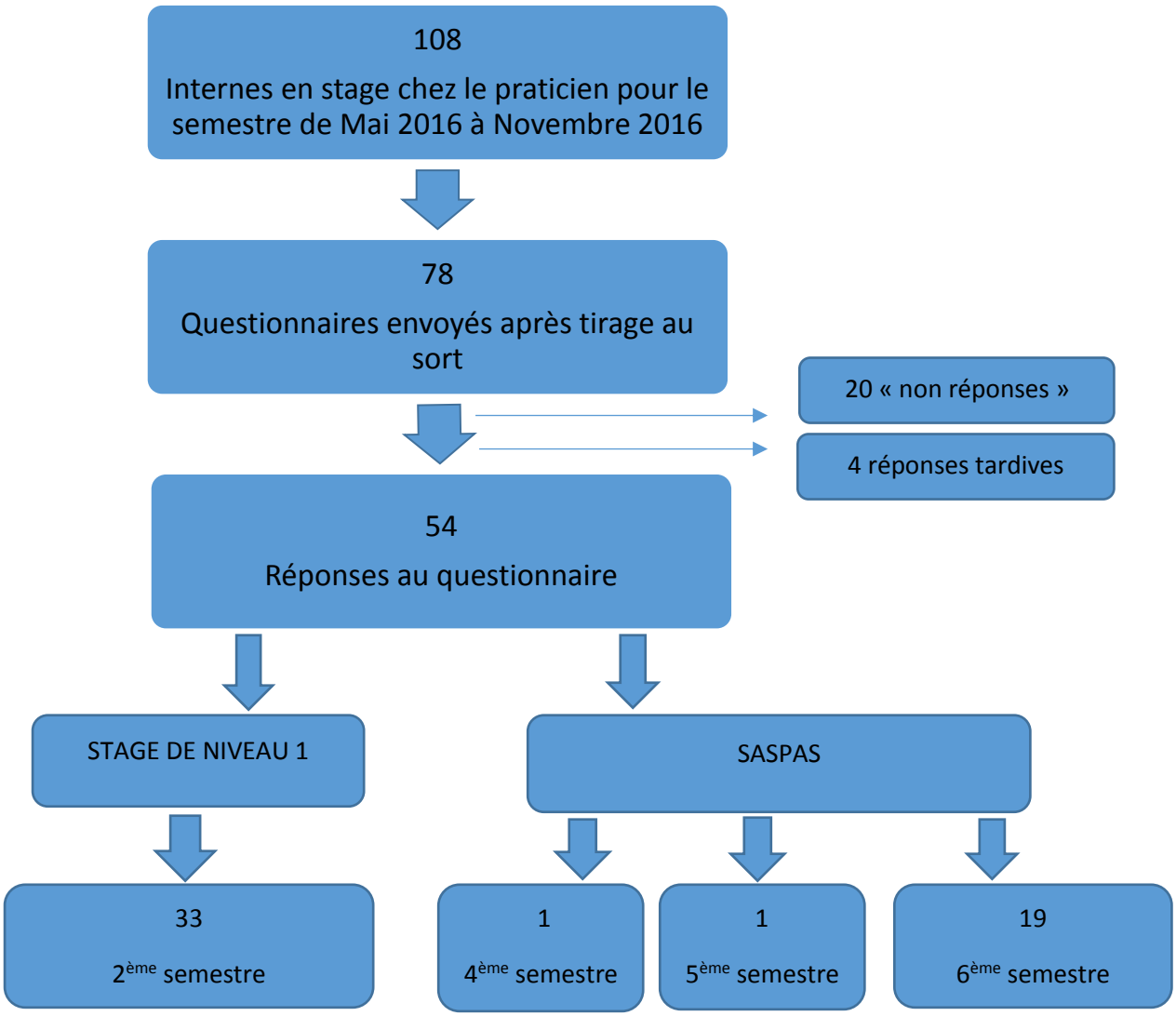
IV- RESULTATS

1 PARTIE QUANTITATIVE

1.1 Participants

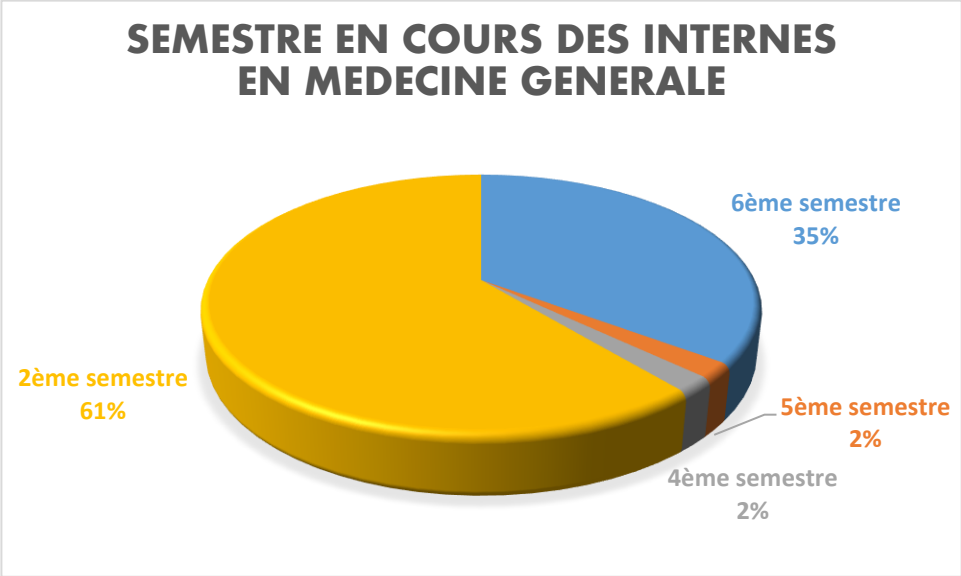
78 questionnaires ont été envoyés et il y a eu 54 réponses de la part des étudiants, soit un taux de réponse de 69,2%.

Figure 3. Organigramme du recueil de données de l'étude :



Sur les 54 internes ayant répondu, 61.1% (n=33) sont de 2ème semestre d'internat de médecine générale, 1,9% (n=1) de 4ème semestre, 1,9% (n=1) de 5ème semestre et 35.2% (n=19) de 6ème semestre.

Figure 4. Semestre en cours des 54 internes en Médecine Générale ayant répondu au questionnaire :



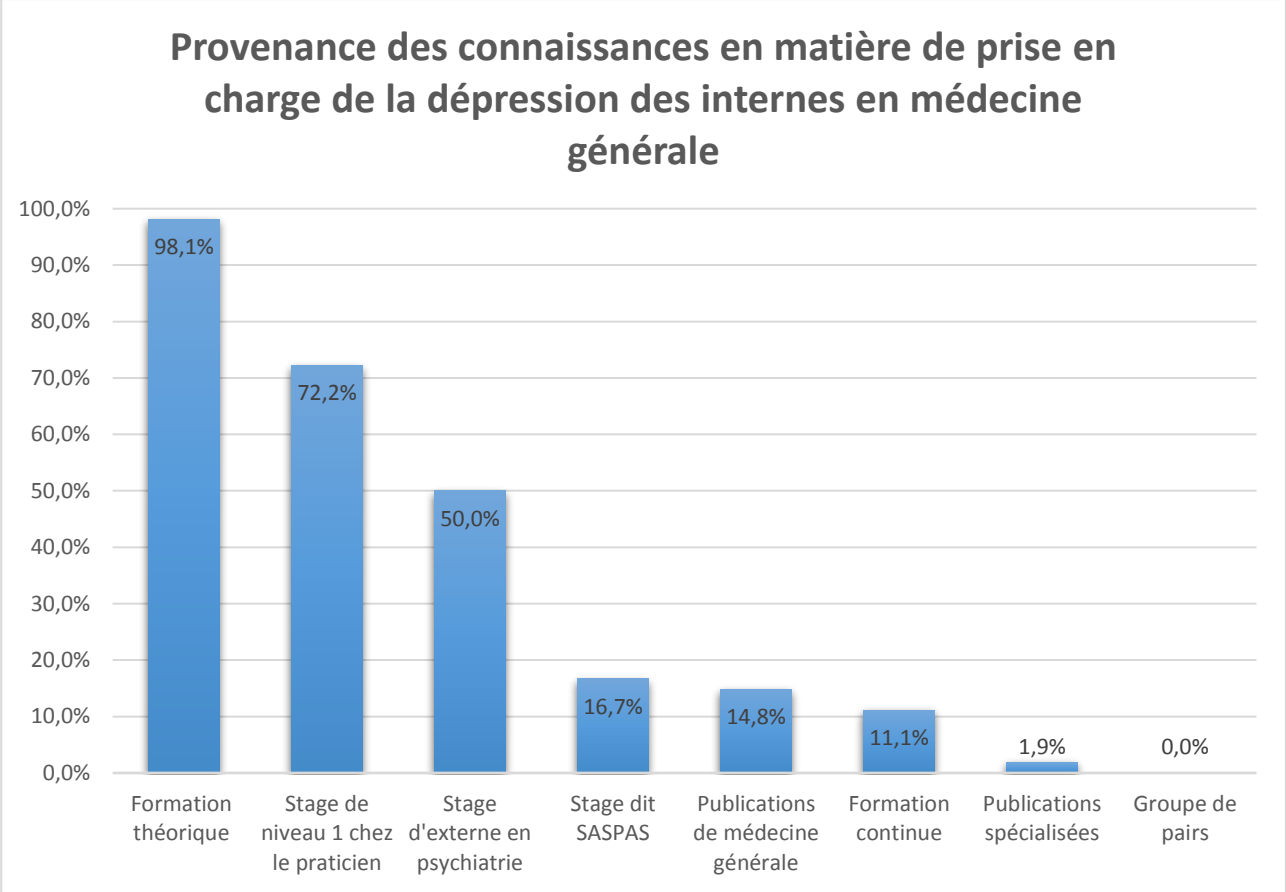
1.2 Connaissances théoriques

Leurs connaissances proviennent de leur formation théorique à 98,1% (n=53). En second, leurs connaissances proviennent du stage chez le praticien de niveau 1 à 74.1% (n=40).

Viennent ensuite, le stage d'externat en psychiatrie pour 50% (n=27), le stage en milieu hospitalier pour 31,5% (n=17), les publications de médecine générale pour 14,8% (n=8), la formation continue pour 7,4% (n=4), et les publications spécialisées pour 1,9% (n=1). Dans la case « autres », on comptabilise 3 réponses, à savoir : vie personnelle, stage mère-enfant et formation personnelle.

Dix internes ont répondu que leurs connaissances provenaient de leur stage chez le praticien dit SASPAS sur les 21 internes actuellement dans ce type de stage (interne en 4ème et 5ème semestre inclus) soit 47,6%, les autres ne l'ayant pas encore effectué.

Figure 5. Provenance des connaissances en matière de prise en charge de la dépression des internes en médecine générale :



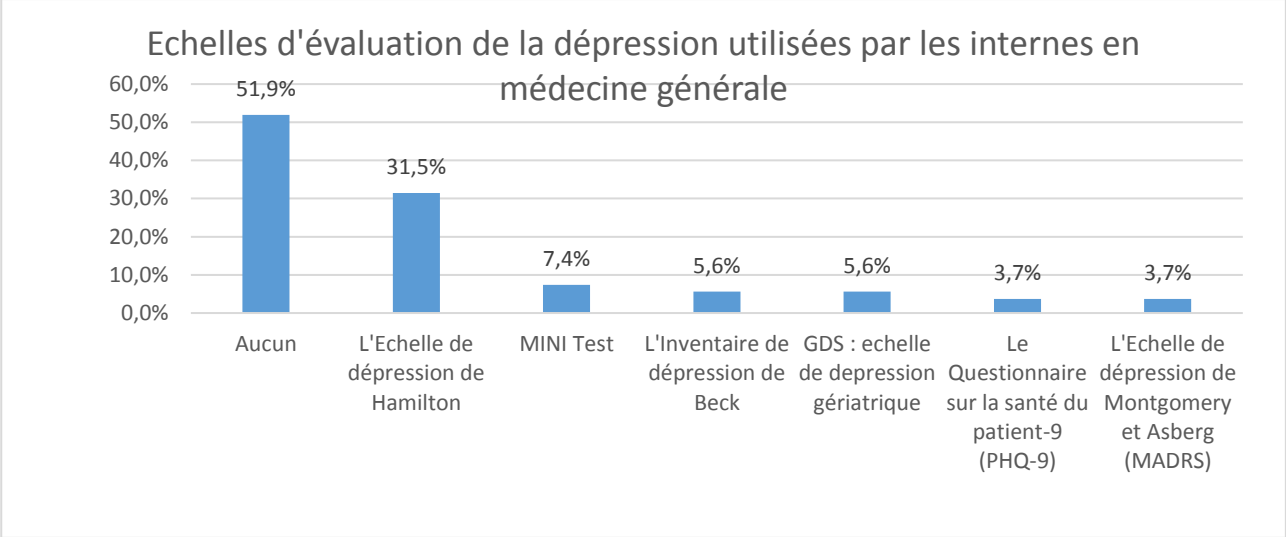
1.3 Echelles d'évaluation de la dépression

Dans 51,9% (n=28) des cas, aucun test d'évaluation de la dépression n'est utilisé.

31,5% (n=17) disent utiliser l'échelle de Hamilton, 7.4% (n=4) le MINI Test, 5,6% (n=3) l'inventaire de dépression de Beck, 5,6% le GDS ou echelle de dépression gériatrique, 3,7% (n=2) le questionnaire sur la santé du patient-9, et 3,7% l'échelle MADRS de Montgomery et Asberg.

Le MINI test et le GDS étaient mentionnés dans la case « autres ».

Figure 6 : Echelles d'évaluation de la dépression utilisées par les internes en médecine générale :



Sur les 51.9% internes n'utilisant pas d'échelle, 19 sont de 2ème semestre, 1 de 4ème semestre, 1 de 5ème semestre et 6 de 6ème semestre. 61,1% des internes en stage de niveau 1 n'utilisent pas d'échelles d'évaluation contre 38% des étudiants en SASPAS.

Tableau 6. Semestre des internes n'utilisant aucune échelle d'évaluation de la dépression :

Aucune échelle utilisée	2ème semestre	4ème semestre	5ème semestre	6ème semestre	TOTAL
Yes	19	1	1	6	27
% Ligne	70,4	3,7	3,7	22,2	100
% Col	57,6	100	100	31,6	50
No	14	0	0	13	27
% Ligne	51,9	0	0	48,1	100
% Col	42,4	0	0	68,4	50
TOTAL	33	1	1	19	54
% Ligne	61,1	1,9	1,9	35,2	100
% Col	100	100	100	100	100

52% (n=11/21) des internes en SASPAS utiliseraient l'échelle de HAMILTON contre 27,3% (n=9/33) des internes en stage de niveau 1.

Seul les internes de 6ème semestre ont évoqué le MINI Test, non présent dans les items de réponses du questionnaire.

Les internes de 2ème semestre ont évoqué pour 9.4% (n=3) d'entre eux le GDS Test, échelle de dépression Gériatrique.

1.4 Symptomatologie du patient dépressif

La question 4 est composée de la manière suivante : Vous revoyez en consultation un patient vu une semaine auparavant pour un épisode dépressif caractérisé et vous constatez qu'il présente :

A- Une humeur triste.

B- Une diminution de l'intérêt ou du plaisir pour des activités normalement agréables.

C- Une réduction de l'énergie, ainsi qu'une augmentation de la fatigabilité.

D- Une perte de confiance en soi, une dévalorisation, une culpabilité excessive ou inappropriée.

E- Une durée des symptômes de plus de 2 semaines.

F- Des idées noires.

G- Une agitation ou un ralentissement psychomoteur.

H- Un trouble de la concentration.

I- Un antécédent d'épisode dépressif caractérisé.

J- Des troubles du sommeil de type insomnie.

K- Une Anorexie ou une prise de poids importante.

L- Des idées suicidaires.

Pour les différents critères notés de : A à L, il était demandé de juger la valeur diagnostique allant de -2 à +2.

–2 : rend l'hypothèse diagnostique beaucoup moins probable,

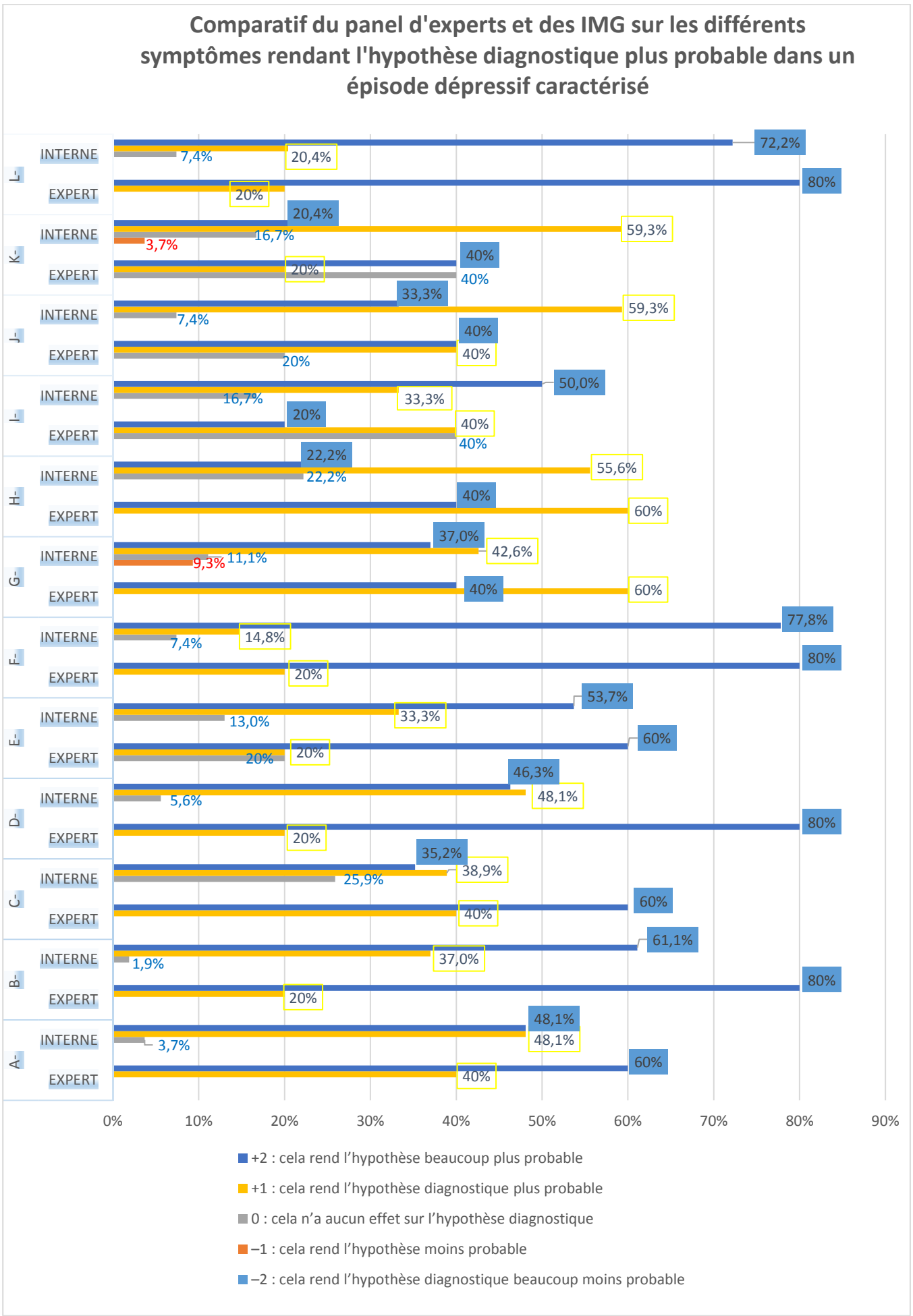
-1 : rend l'hypothèse moins probable,

0 : n'a aucun effet sur l'hypothèse diagnostique,

+1 : rend l'hypothèse diagnostique plus probable,

+2 : rend l'hypothèse beaucoup plus probable.

Figure 7. Comparatif du panel d'experts et des IMG sur les différents symptômes rendant l'hypothèse diagnostique plus probable dans un épisode dépressif caractérisé :


Comparatif du panel d'experts et des IMG sur les différents symptômes rendant l'hypothèse diagnostique plus probable dans un épisode dépressif caractérisé
L-
INTERNE
EXPERT
7,4%
20,4%
72,2%
20%
80%
K-
INTERNE
EXPERT
20,4%
16,7%
59,3%
3,7%
40%
20%
40%
J-
INTERNE
EXPERT
33,3%
59,3%
7,4%
40%
40%
20%
I-
INTERNE
EXPERT
50,0%
16,7%
33,3%
20%
40%
40%
H-
INTERNE
EXPERT
22,2%
55,6%
22,2%
40%
60%
G-
INTERNE
EXPERT
37,0%
42,6%
9,3%
11,1%
40%
60%
F-
INTERNE
EXPERT
77,8%
14,8%
7,4%
80%
20%
E-
INTERNE
EXPERT
53,7%
33,3%
13,0%
60%
20%
20%
D-
INTERNE
EXPERT
46,3%
48,1%
5,6%
80%
20%
C-
INTERNE
EXPERT
35,2%
38,9%
25,9%
60%
40%
B-
INTERNE
EXPERT
61,1%
37,0%
1,9%
80%
20%
A-
INTERNE
EXPERT
48,1%
48,1%
3,7%
60%
40%
0%
10%
20%
30%
40%
50%
60%
70%
80%
90%
+2 : cela rend l'hypothèse beaucoup plus probable
+1 : cela rend l'hypothèse diagnostique plus probable
0 : cela n'a aucun effet sur l'hypothèse diagnostique
–1 : cela rend l'hypothèse moins probable
–2 : cela rend l'hypothèse diagnostique beaucoup moins probable

Concernant l'item C « Une réduction de l'énergie, ainsi qu'une augmentation de la fatigabilité » : 25.9% des internes estiment que cela n'a aucun effet sur l'hypothèse diagnostique d'épisode dépressif caractérisé, est plus probable à 38.9% et beaucoup plus probable à 35.2%. Comparativement aux Médecins, ces derniers trouvent que cet item rend l'hypothèse diagnostique plus probable à 40% et beaucoup plus probable à 60%.

L'item G « Une agitation ou un ralentissement psychomoteur » montre également qu'une partie des internes trouvent l'item n'ayant aucun effet sur l'hypothèse diagnostique à 11.1% et rend l'hypothèse moins probable à 9.3%. Les autres internes trouvent que cela rend l'hypothèse plus probable à 42.6% et beaucoup plus probable à 37%. Les médecins trouvent que cet item rend l'hypothèse diagnostique plus probable à 60% et beaucoup plus probable à 40%.

L'item H « Un trouble de la concentration » montre 22.2% des internes ne trouvant aucun effet sur l'hypothèse diagnostique, 55.6% la rendant plus probable et 22.2% la rendant beaucoup plus probable. Les Médecins la trouvent plus probable à 60 % et beaucoup plus probable à 40%.

L'item I « Un antécédent d'épisode dépressif caractérisé » se différencie dans les résultats car ce sont les Médecins qui le considèrent comme n'ayant aucun effet sur l'hypothèse diagnostique à 40 %, plus probable à 40% et beaucoup plus probable à 20%. Les internes ne lui trouvent aucun effet sur l'hypothèse diagnostique à 16.7%, plus probable à 33.3% et beaucoup plus probable à 50%.

L'item K « Une Anorexie ou une prise de poids importante » montre également un plus grand désintérêt de la part des Médecins qui trouvent à 40% que cela n'a aucun effet sur l'hypothèse diagnostique d'épisode dépressif caractérisé, plus probable à 20% et beaucoup plus probable à 40%. Les internes considèrent que cet item rend l'hypothèse d'épisode dépressif caractérisé moins probable à 3.7%, n'ayant aucun effet à 16.7%, plus probable à 59.3% et beaucoup plus probable à 20.4%.

Les autres items sont sensiblement comparables entre internes et médecins du panel d'experts.

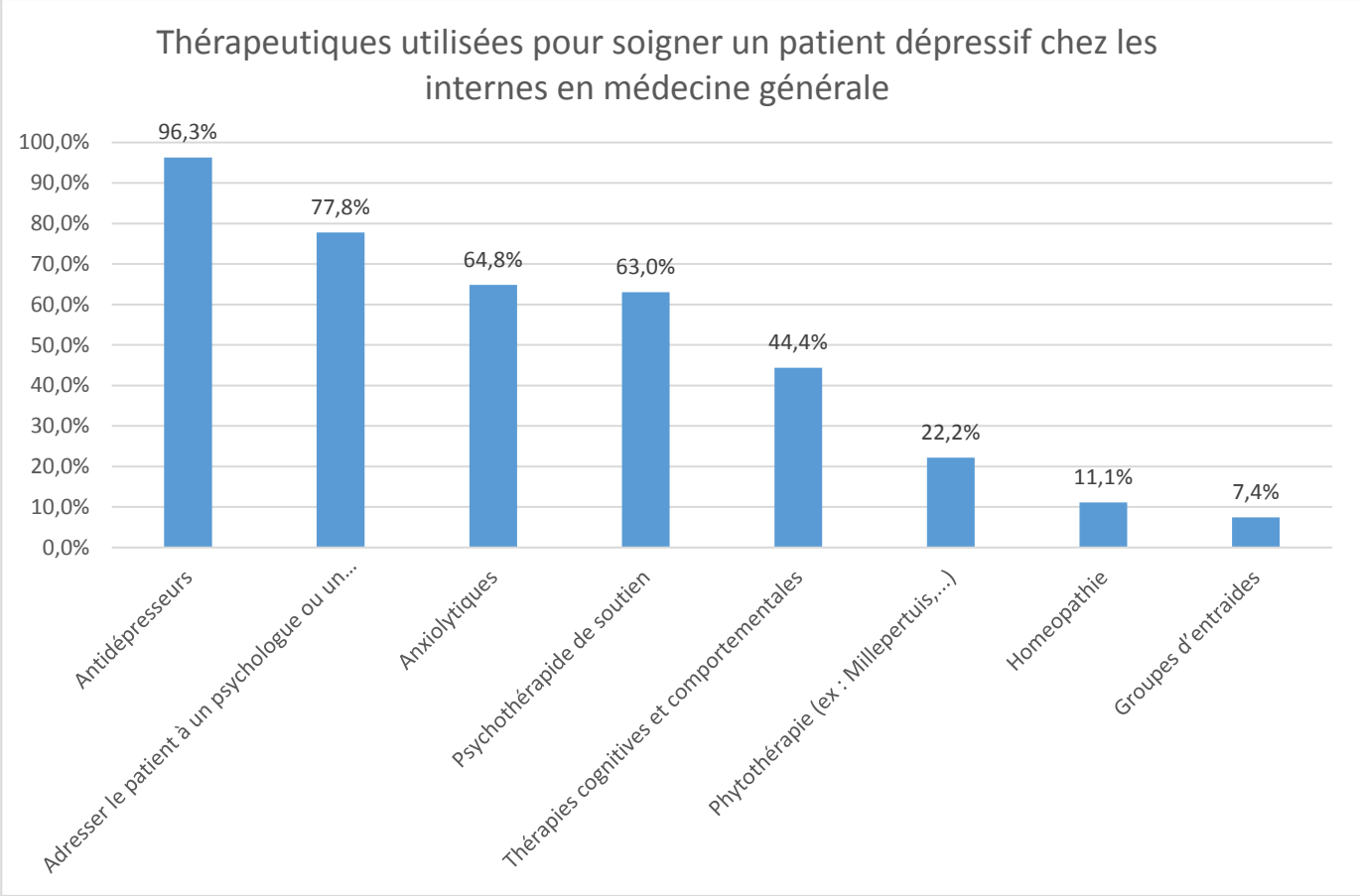
1.5 Thérapeutiques utilisées

Les internes en médecine générale en stage chez le praticien seraient 96,3% (n=52) à utiliser ou vouloir utiliser un antidépresseur pour soigner un patient dépressif. 77,8% (n=42) adresseraient le patient à un psychologue ou un psychiatre, 64,8% (n=35) utiliseraient des anxiolytiques, 63% (n=34) une psychothérapie de soutien et 44,4% (n= 24) les thérapies cognitives et comportementales.

22,2% (n=12) utiliseraient la phytothérapie, 11,1% (n=6) l'homéopathie.

Les groupes d'entraides seraient employés par 7,4% des internes (n=4).

Figure 8. Thérapeutiques utilisées pour soigner un patient dépressif chez les internes en médecine générale :



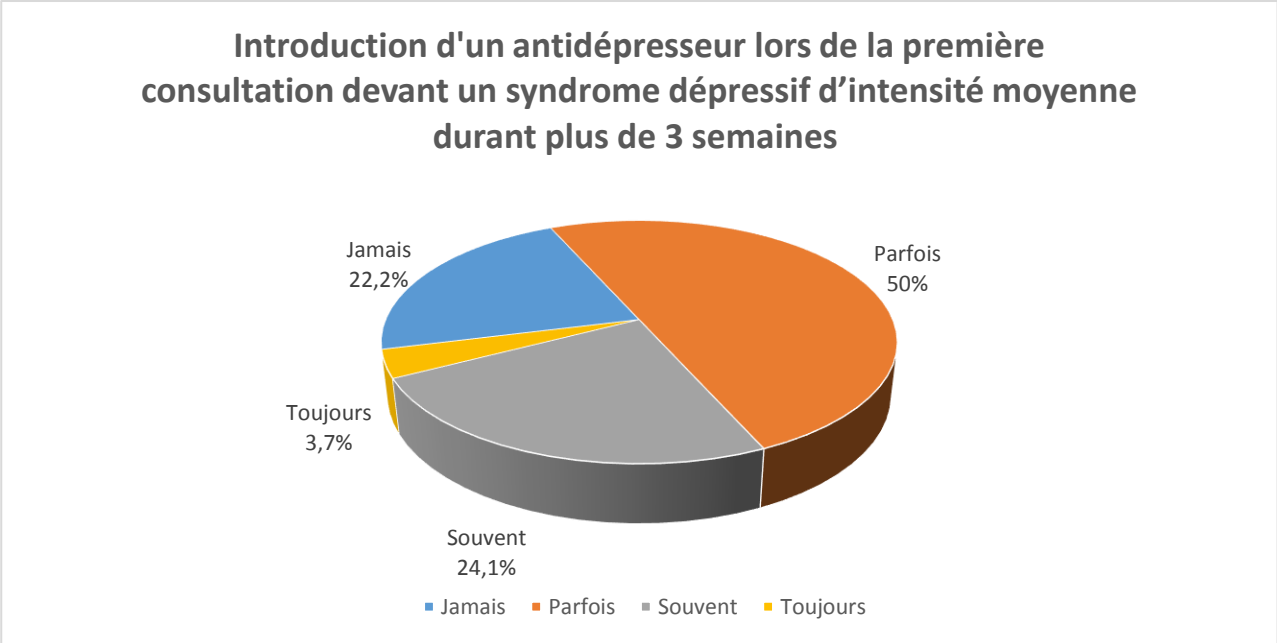
71% des internes en SASPAS ont répondu qu'ils utilisent des anxiolytiques pour soigner un patient dépressif contre 60,6% des internes en stage de niveau 1. Il n'y a pas de différence significative entre les semestres sur les autres types de thérapeutiques utilisées. En revanche 70% des internes en stage de niveau 1 utiliseraient la psychothérapie de soutien contre 57% des IMG en SASPAS.

1.5.1 Instauration d'antidépresseurs

Devant un syndrome dépressif d'intensité moyenne durant plus de 3 semaines, 3,7% (n=2) des internes interrogés introduiraient toujours un antidépresseur lors de la première consultation, souvent dans 24,1% des cas(n=13), parfois pour 50% (n=27), et jamais pour 22,2% (n=12).

Les 2 internes qui introduiraient toujours un antidépresseur sont de 2ème semestre.

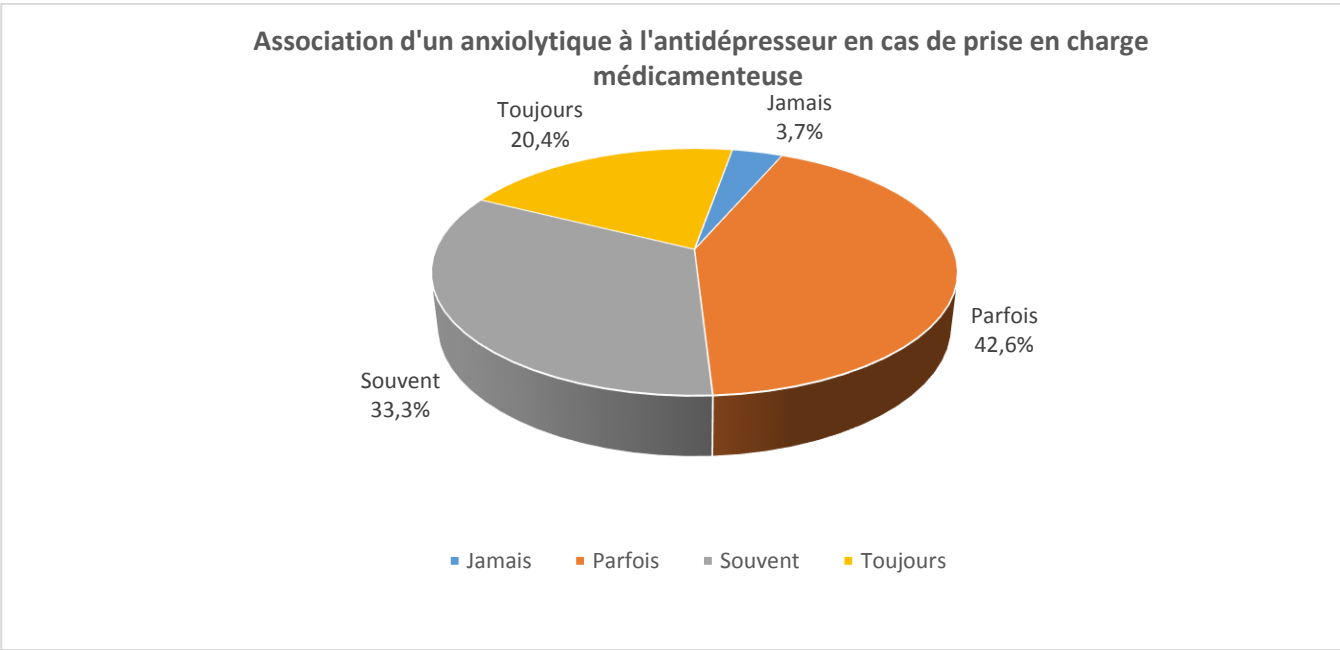
Figure 9. Introduction d'un antidépresseur lors de la première consultation devant un syndrome dépressif d'intensité moyenne durant plus de 3 semaines :



1.5.2 Association d'anxiolytiques

Un traitement anxiolytique serait toujours associé à l'antidépresseur dans 20,4% (n=11) des cas, souvent dans 33,3% des cas (n=18), parfois dans 42,6% (n=23), et jamais pour 3,7% (n=2).

Figure 10. Association d'un anxiolytique à l'antidépresseur en cas de prise en charge médicamenteuse :

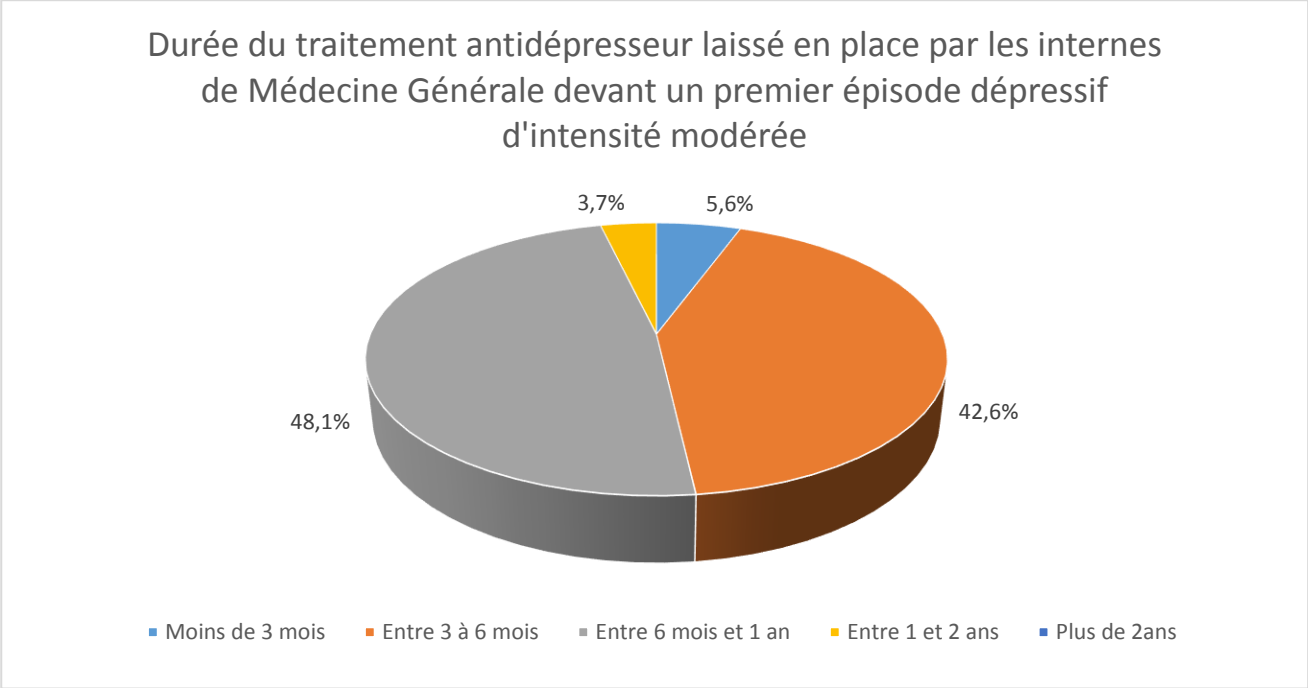


Il n'y a pas de différence significative entre les semestres concernant l'association d'un anxiolytique.

1.5.3 Durée de prescription de l'antidépresseur

Devant un premier épisode dépressif d'intensité modérée, si un traitement antidépresseur était prescrit il serait laissé moins de 3 mois par 5,6% (n=3), entre 3 mois et 6 mois par 42,6% (n=23), entre 6 mois et 1 an par 48,1% (n=26) et entre 1 an et 2 ans par 3,7% (n=2).

Figure 11. Durée du traitement antidépresseur laissé en place par les internes de Médecine Générale devant un premier épisode dépressif d'intensité modérée :



Les internes qui laisseraient moins de 3 mois un antidépresseur instaurer sont de 2ème semestre. Entre 3 à 6 mois, ils sont à 69.6% de 2ème semestre, 4.3% de 5ème semestre et 26.1% de 6ème semestre. Entre 6 mois et 1 an, 53,8% de 2ème semestre, 3.8% de 4ème semestre et 42,3% de 6ème semestre. Enfin, entre 1 et 2 ans, 2 internes en 6ème semestre ou 10,5 % des internes en 6ème semestre.

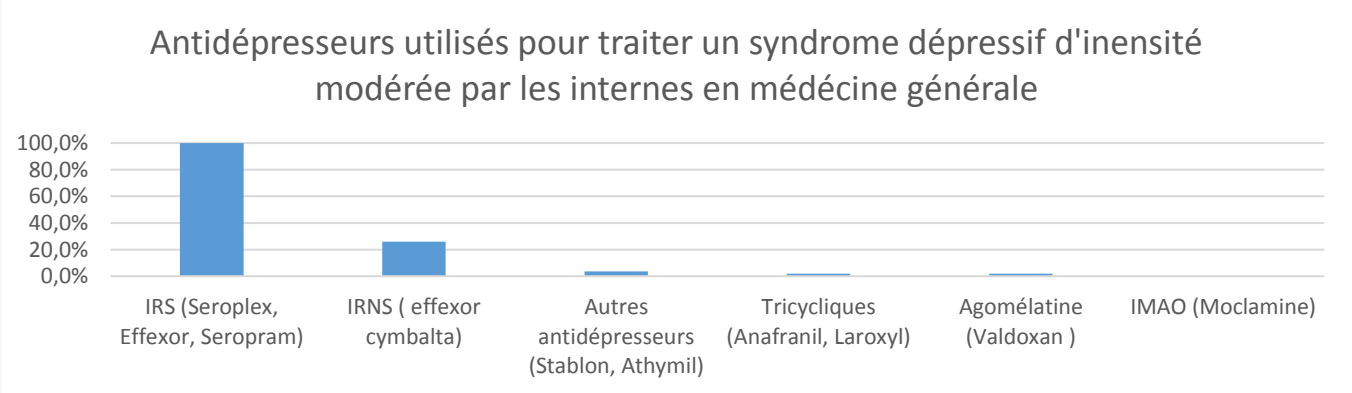
Tableau 7. Comparatif du temps de traitement de l'antidépresseur en fonction du semestre en cours de l'étudiant :

Durée du traitement antidépresseur laissé en place	2ème semestre	4ème semestre	5ème semestre	6ème semestre	TOTAL
Entre 1 et 2 ans	0	0	0	2	2
% Ligne	0	0	0	100	100
% Col	0	0	0	10,5	3,7
Entre 3 à 6 mois	16	0	1	6	23
% Ligne	69,6	0	4,3	26,1	100
% Col	48,5	0	100	31,6	42,6
Entre 6 mois et 1 an	14	1	0	11	26
% Ligne	53,8	3,8	0	42,3	100
% Col	42,4	100	0	57,9	48,1
Moins de 3 mois	3	0	0	0	3
% Ligne	100	0	0	0	100
% Col	9,1	0	0	0	5,6
TOTAL	33	1	1	19	54
% Ligne	61,1	1,9	1,9	35,2	100
% Col	100	100	100	100	100

1.5.4 Choix de l'antidépresseur

Dans le choix de l'antidépresseur, **100% (n=54) des internes utiliseraient un inhibiteur de la recapture de la sérotonine dit ISRS pour traiter un syndrome dépressif d'intensité modéré.** 25,9% (n=14) utiliseraient également les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline ISRN. 3,7% (n=2) utiliseraient également d'autres antidépresseurs de type Tianeptine (Stablon®) ou Mianserine (Athymil®) ; 1,9% (n=1) utiliseraient l'agomelatine (Valdoxan®) et 1,9% un tricyclique.

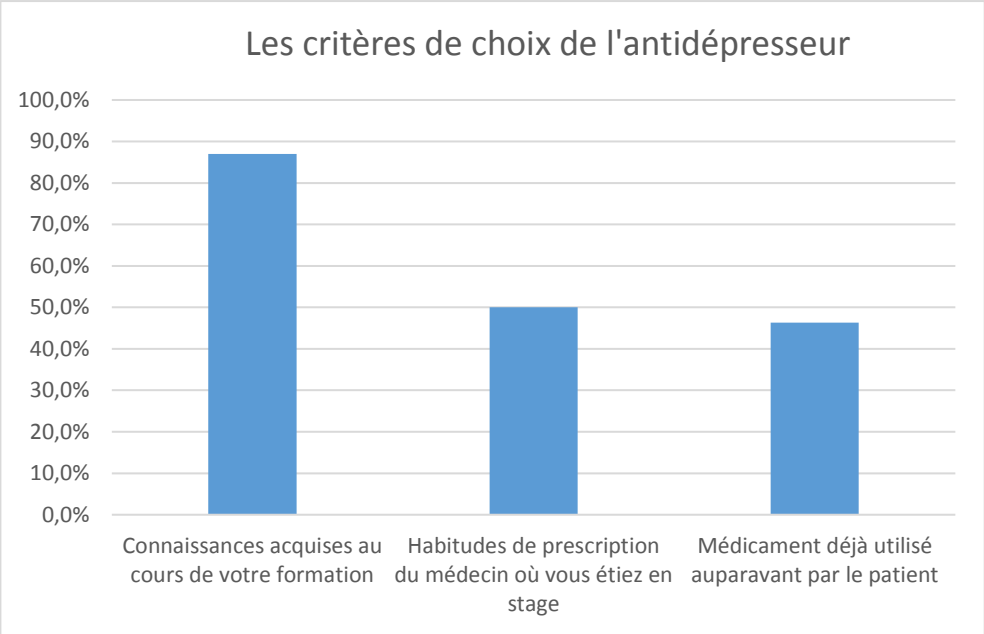
Figure 12. Antidépresseurs utilisés pour traiter un syndrome dépressif d'intensité modéré par les internes en médecine générale :



1.5.4.1 Influence du choix

Le choix de l'antidépresseur reposerait à 87% (n=47) sur les connaissances acquises au cours de la formation médicale. **A 50% (n=27) sur les habitudes de prescription du médecin où il était en stage.** Pour 46,3% (n=25) d'entre eux, le choix de l'antidépresseur dépendra également de la prise antérieure de ce médicament.

Figure 13. Les critères de choix du traitement antidépresseur :

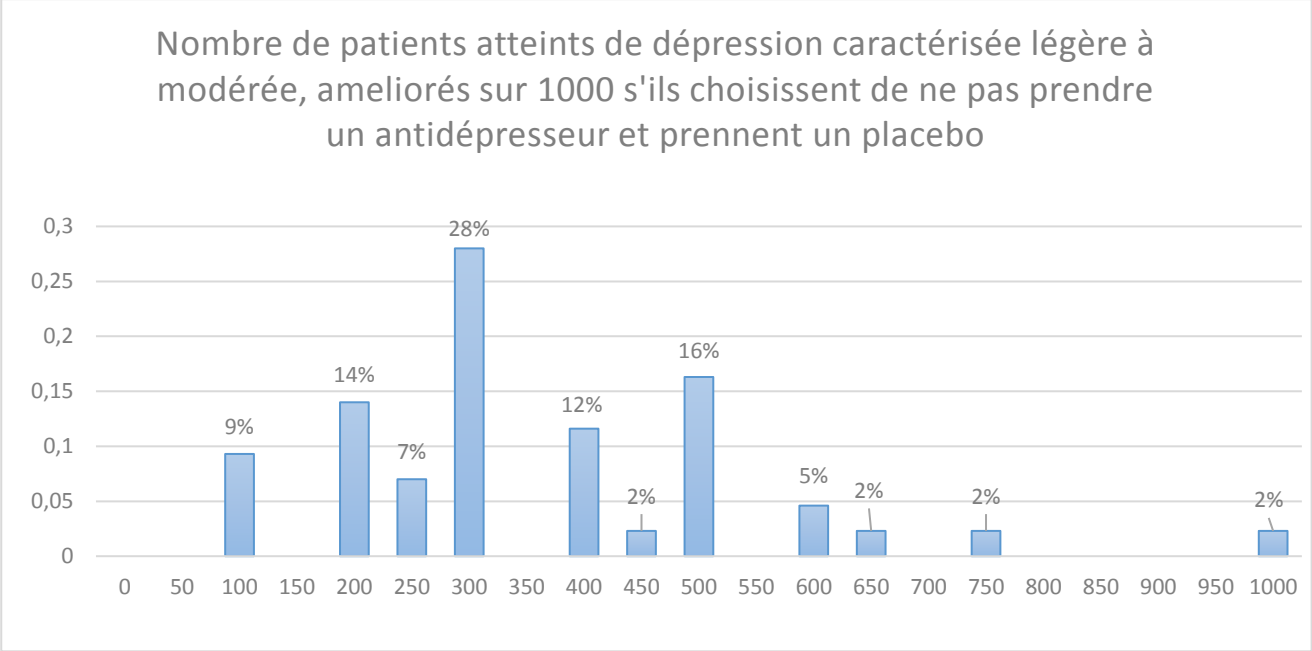


1.5.4.2 Efficacité

Vous discutez de la prise d'un antidépresseur avec 1000 patients atteints de dépression caractérisée légère à modérée, combien seront améliorés après 8 à 12 semaines, s'ils choisissent :

A - de ne pas prendre un antidépresseur (et prennent un placebo)

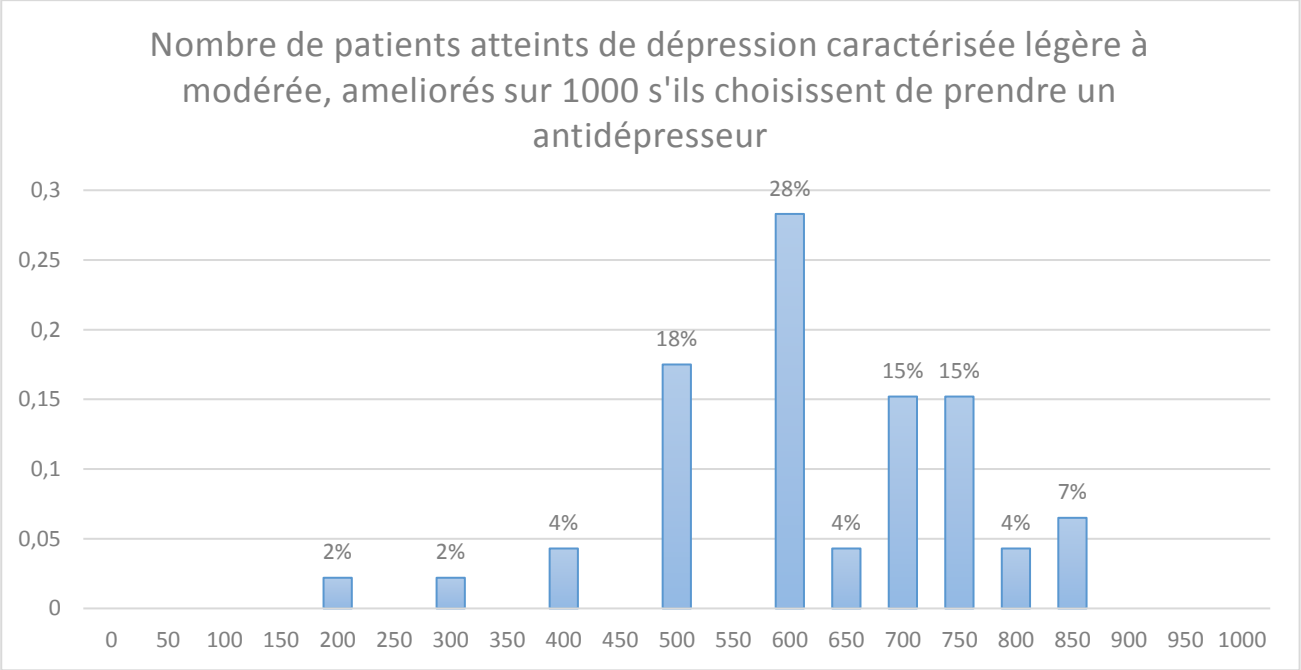
Figure 14. Nombre de patients atteints de dépression caractérisée légère à modérée, améliorés sur 1000 s'ils choisissent de prendre un placebo :



La moyenne de l'estimation du nombre de patients atteints de dépression caractérisée légère à modérée améliorés par Placebo sur 1000 est de **360** (100 à 1000).

B - de prendre un antidépresseur

Figure 15. Nombre de patients atteints de dépression caractérisée légère à modérée, améliorés sur 1000 s'ils choisissent de prendre un antidépresseur :

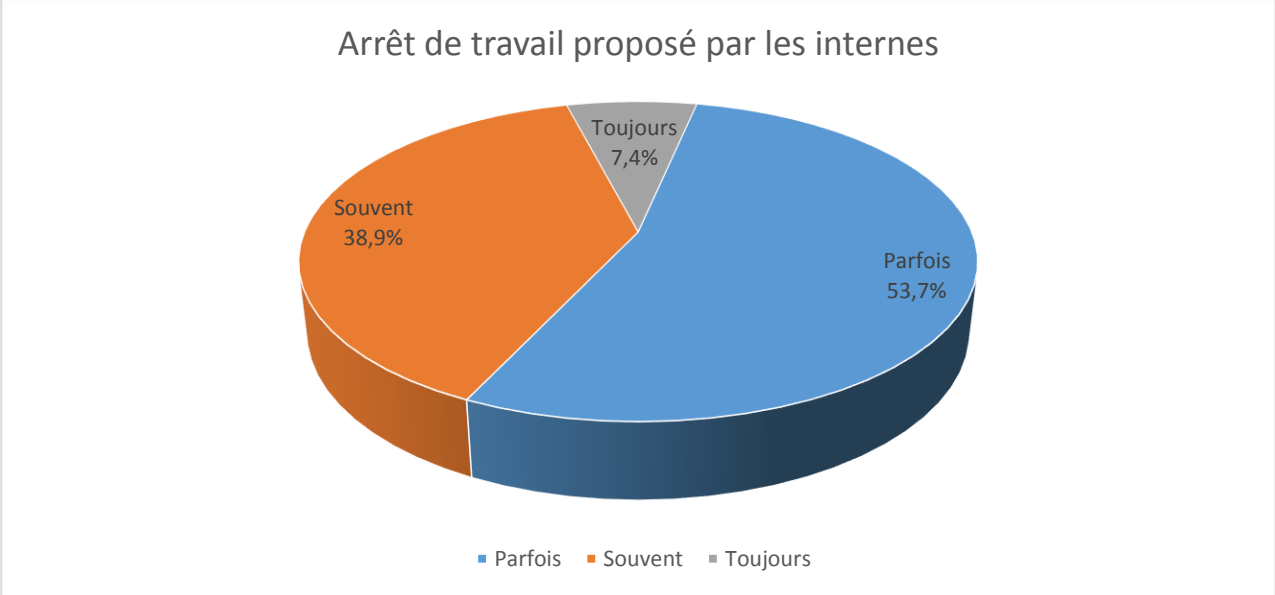


La moyenne de l'estimation du nombre de patients atteints de dépression caractérisée légère à modérée améliorés par antidépresseur sur 1000 est de **624** (200 à 850).

1.6 Arrêt de travail

Un arrêt de travail serait toujours proposé dans 7,4% (n=4) des cas, souvent dans 38,9% (n=21) et parfois à 53,7% (n=29). **La réponse « jamais » n'a été cochée par aucun interne.**

Figure 16. Arrêt de travail proposé par les internes :



Il n'existe pas de différences significatives entre les semestres.

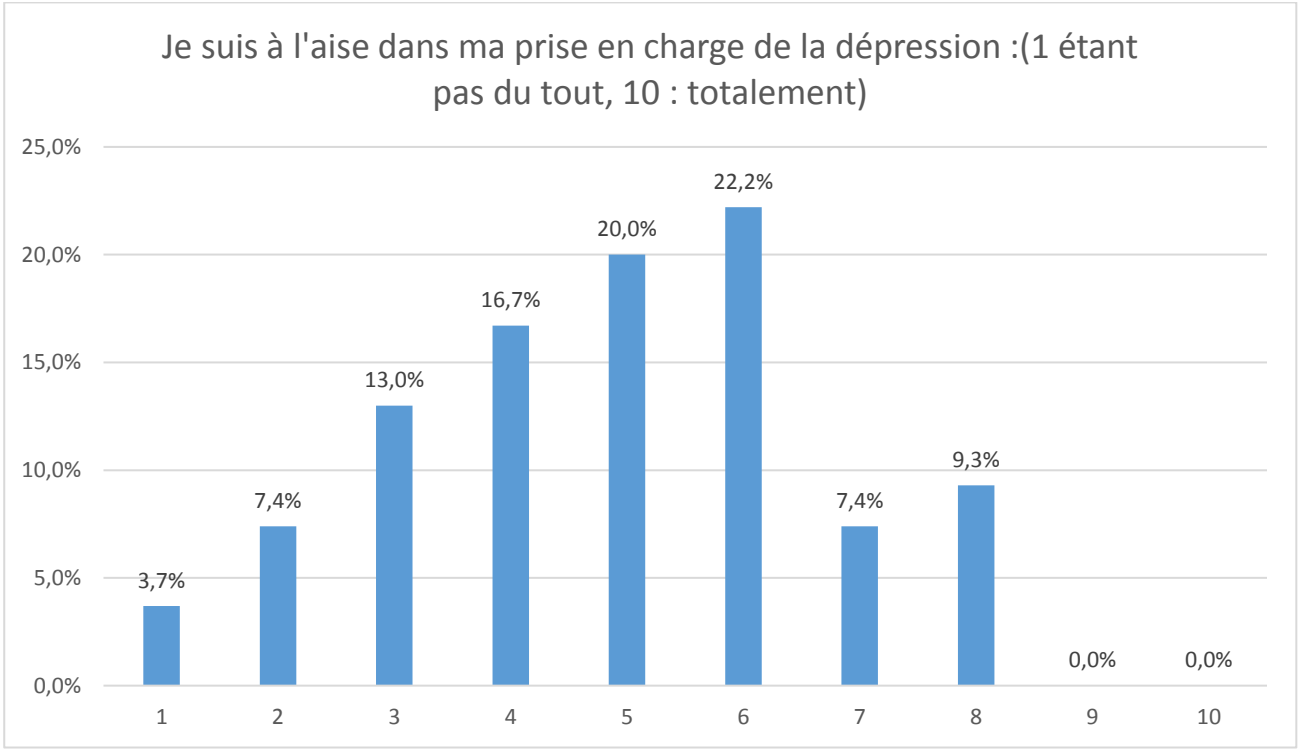
1.7 Aisance dans la prise en charge du patient dépressif

Sur une échelle de 1 à 10, il était demandé d'évaluer son aisance dans la prise en charge de la dépression. **Les réponses oscillaient entre 1 et 8 pour une moyenne de 4,85 et une médiane à 4,5.**

Tableau 8. Statistiques descriptives de l'aisance de la prise en charge du patient dépressif versus semestre en cours :

	Nombre	Total	Moyenne	Variance
2ème semestre	33	151	4,5758	33
4ème semestre	1	6	6	1
5ème semestre	1	8	8	1
6ème semestre	19	97	5,1053	19

Figure 17. Aisance dans la prise en charge de la dépression :



1.8 Satisfaction de la formation

1.8.1 Pendant l'externat

Sur une échelle de 1 à 10, il était demandé d'évaluer la satisfaction de sa formation au cours de l'externat dans la prise en charge de la dépression. **Les réponses oscillaient entre 1 et 7 pour une moyenne de 4,22 et une médiane à 6.5.**

1.8.2 Pendant l'internat

Sur une échelle de 1 à 10, il était demandé d'évaluer la satisfaction de sa formation au cours de **l'internat** dans la prise en charge de la dépression. **Les réponses oscillaient entre 1 et 9 pour une moyenne de 4,54 et une médiane de 4.**

Nous pouvons observer que les histogrammes de satisfaction de formation de l'externat et de l'internat sont superposables. La formation de l'internat dans la prise en charge de la dépression est légèrement préférée à celle de l'externat pour une moyenne de 4.54 et 4.22 respectivement.

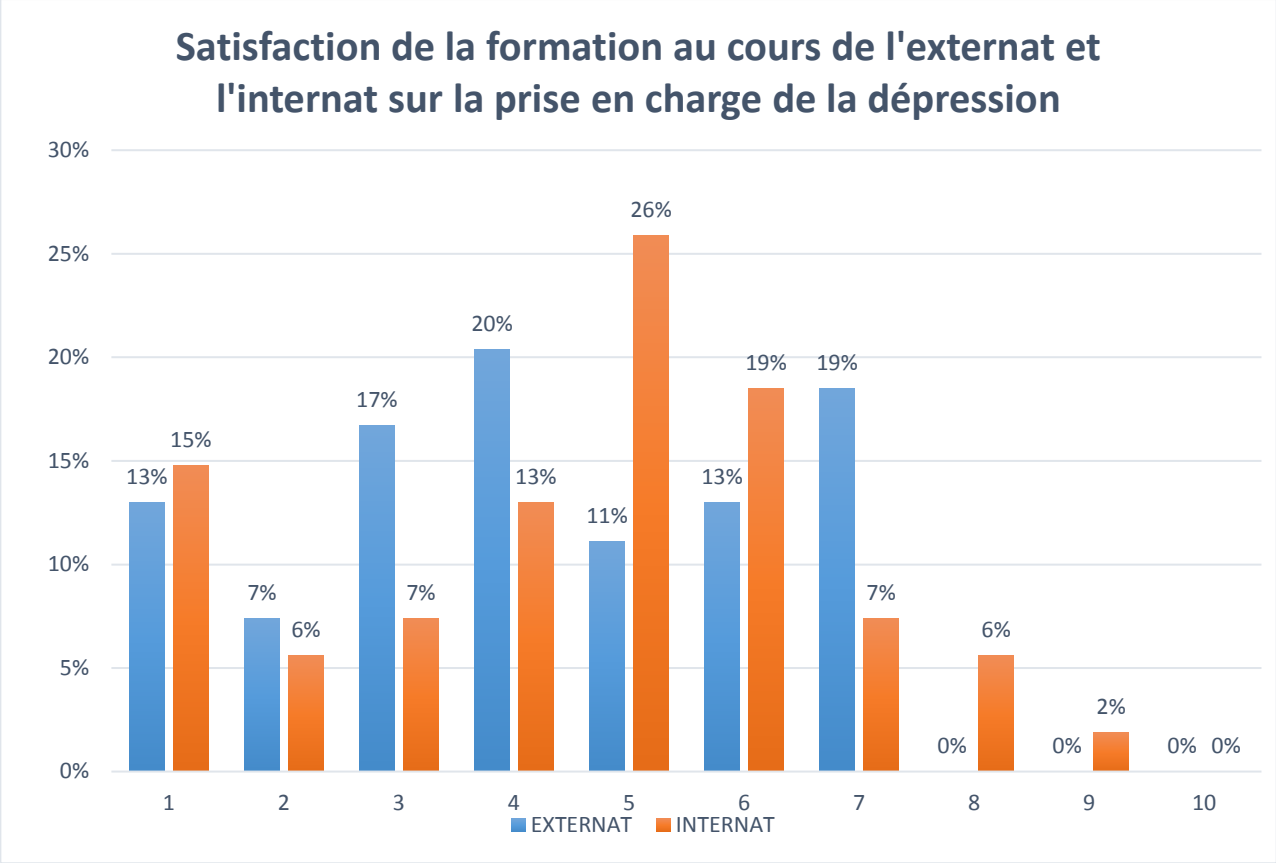
Tableau 9. Statistiques descriptives de la formation au cours de l'externat versus semestre en cours :

	Nombre	Total	Moyenne	Variance
2ème semestre	33	138	4,1818	4,2159
4ème semestre	1	7	7	0
5ème semestre	1	3	3	0
6ème semestre	19	81	4,2632	3,3158

Tableau 10. Statistiques descriptives de la formation au cours de l'internat versus semestre en cours :

	Nombre	Total	Moyenne	Variance
2ème semestre	33	146	4,4242	4,1269
4ème semestre	1	3	3	0
5ème semestre	1	8	8	0
6ème semestre	19	92	4,8421	4,1404

Figure 18. Satisfaction de sa formation au cours de l'externat et l'internat dans la prise en charge de la dépression :



2 PARTIE QUALITATIVE

2.1 Formation dans la prise en charge du patient dépressif

2.1.1 Formation pratique

2.1.1.1 Externat

Les internes disent se former pour la prise en charge du patient dépressif dans les stages hospitalo-universitaires pendant l'externat en stage de Psychiatrie, Gériatrie et des Urgences. Au sein du stage de Psychiatrie, existent différentes unités : « *Unité de soins mobiles* », « *Consultations de spécialistes* », « *Hospitalisations* », ou encore « *Entretien avec les infirmières psychiatres* ».

2.1.1.2 Internat

Durant l'internat, il est évoqué les Stages de niveau 1 et de SASPAS. La formation se fait auprès du médecin : *« Rapports et Débriefing avec les maîtres de stage »*, *« Médecin pratiquant la thérapie cognitivo-comportementale »*, *« Habitudes du praticien »*, mais également auprès du patient : *« L'expérience acquise auprès du patient », « dans le dossier du patient ».*

Un autre interne évoque sa formation en médecine scolaire dans la *« Dépression de l'adolescent »*.

2.1.2 Formation théorique

2.1.2.1 Universitaire

Les cours théoriques pendant l'externat et leurs supports sont évoqués pour la formation de la prise en charge du patient dépressif : *« Cours de la faculté pendant l'externat », « Livre de psychiatrie spécial ECN », « Cas cliniques et conférences pré-ECN ».*

2.1.2.2 Personnelle

2.1.2.2.1 Littérature

Les internes de médecine générale utilisent les revues de médecine générale ainsi que pour certains les articles spécialisés (2 internes). Il est également souligné l'intérêt pour les Recommandations HAS et le Collège des Enseignants de Psychiatrie.

2.1.2.2.2 Web

Sous la forme Web, les Recommandations HAS et le Collège des Enseignants de Psychiatrie sont également consultés ainsi que certains Sites de faculté et d'hôpitaux.

2.1.2.2.3 Formation continue

Un interne a évoqué : *« les journées de Formation Continue »*.

2.2 Ressources utilisées dans la formation de la prise en charge de la dépression

2.2.1 Ressources humaines

2.2.1.1 Cours théoriques

Les cours théoriques durant l'externat sont des ressources dans la formation de la prise en charge de la dépression : *« Cours de psychiatrie à la faculté », « Cours ECN ».*

2.2.1.2 Formation pratique

Les ressources utilisées dans la formation de la prise en charge de la dépression de façon pratique le sont surtout durant l'internat : *« Enseignement reçu par les Maîtres de stage », « RSCA », « Journée à enseignements libres », « FMC ».*

2.2.1.3 Echanges

Les échanges contribuent à la formation qu'ils soient entre interne, avec les séniors ou les patients : *« Collègue ayant été en stage en Psychiatrie », « Grilles de cotation et discussions avec mes seniors », « Discussion avec mes pairs », « Discussion avec les patients atteints de dépression », « Le retour des patients ».*

2.2.2 Ressources internet

2.2.2.1 Recommandations

Les *« Recommandations HAS »* sont évoqués par 12 internes. Certains utilisent *« Vidal Reco »* ou le site de *« L'ANSM »* depuis 2012, anciennement AFSSAPS, pour l'utilisation des antidépresseurs et plus principalement évalue le risque sanitaire des médicaments.

2.2.2.2 Classifications internationales

Les classifications internationales citées sont le *« DSM IV »* et le *« DSM V ».* La CIM 10 n'a pas été citée comme ressource par les internes.

2.2.2.3 Autres sites Web

L'Agence Nationale de Sécurité du Médicament *« ANSM »* est utilisée pour l'appréciation des différentes classes thérapeutiques. Les *« sites internet universitaires »* sont également utilisés tout comme les sites hospitaliers notamment le site de l'hôpital de Genève *« Site web hug-ge.ch »* recensé par un interne.

2.2.3 Littérature médicale

2.2.3.1 Littérature de l'externat

De nombreux manuels de l'externat ont été évoqués dans les ressources utilisées comme : *« les polycopiés de Psychiatrie de l'externat », « KB de Psychiatrie », « Intermémo de Psychiatrie », « PrepECN ».*

2.2.3.2 Revues médicales

Les revues de Médecine Générale sont surtout utilisées comme : *« Prescrire »,* cité 6 fois, *« Revue du praticien » et « le quotidien du Médecin »*, cités 1 fois. *« L'encyclopédie EMC Masson »* est également citée 2 fois.

2.2.3.3 Guides thérapeutiques

La littérature spécifique à l'aide thérapeutique est citée et utilisée de façon quotidienne par ordre de fréquence : *« Vidal reco »,* le livre *« Thérapeutique en Médecine Générale »* et le *« Dorosz »* qui est un guide pratique des médicaments.

2.3 Ressources qui seront utilisées dans la formation de la prise en charge de la dépression

2.3.1 Ressources humaines

2.3.1.1 Formation pratique

De multiples façons de se former sont envisagées en pratique sur les terrains de stage : *« Stages chez le praticien », « Passage chez un psychiatre au cours du stage de niveau 1 chez le médecin généraliste »,* ou encore le *« Stage en Psychiatrie ».*

2.3.1.2 Formation théorique

Les ressources théoriques qui pourraient être utilisées en enseignement par un sénior pour améliorer les compétences dans la prise en charge de la dépression seraient la *« FMC », « Les journées de formation continue »* et les *« DU »* sur le sujet. Il existe des DU et DIU accessibles aux Médecins Généralistes. Les Diplômes Universitaire (DU) et Diplômes Inter Universitaire sont propres à chaque faculté puisque enseignés par les Professeurs rattachés à l'Université.

2.3.1.3 Echanges

Les échanges semblent être un bon moyen pour améliorer ses compétences dans la prise en charge du patient dépressif, notamment ceux acquis auprès du praticien : *« chercher une pratique qui me semble juste à travers le stage chez mes 3 prats… », « avis de mes confrères », « discussion avec les praticiens de Médecine Générale ».* D'autres échanges peuvent être utilisés comme *« l'aide de confrères psychologues ou psychiatres »*. Un interne a également évoqué l'échange avec *« les visiteurs médicaux ».*

2.3.2 Ressources internet

La ressource la plus évoquée est celle des *« Recommandations HAS »,* par 14 internes. D'autres utiliseraient *« Vidal Reco ».* Le *« collège de psychiatrie »,* les *« grilles diagnostiques »*, la *« banque de données Thériaque »,* ont été cité.

2.3.3 Littérature médicale

2.3.3.1 Revues Médicales

Les revues médicales qui seraient lues sont *« Prescrire », « la revue du praticien »*. *« Connaissances et pratiques de Médecine Générale d'Elsevier Masson »* regroupant l'ensemble des items du Diplôme d'Etude Spécialisé de Médecine Générale.

2.3.3.2 Aide de bonnes pratiques

Trois internes écrivent vouloir utiliser *« Vidal Reco »* existant sous format papier et web. Un interne mentionne la *« SFMG »* probablement pour évoquer le Dictionnaire de Résultats de Consultation (DRC) qui est un outil utilisé en consultation de Médecine Générale pour gérer l'incertitude diagnostique. La correspondance des définitions du DRC est faite avec la Classification Internationale des Maladies CIM-10.

2.4 Propositions d'amélioration de la formation médicale dans la prise en charge du patient dépressif par les IMG

2.4.1 Formation Théorique

2.4.1.1 Forme

2.4.1.1.1 GEAPI

Pour cette thématique, **27 internes sur 54 proposent l'instauration de cours théoriques durant l'internat**. La formation peut être intégrée dans les séminaires et GEAPI : *« 1 à 2 journées de formation sous forme de séminaire ou GEAPI », « une intervention au cours d'un GEAPI pour mieux cadrer les choses », « séminaires en petits groupes ».* D'autres internes verraient cette formation sous forme de journée à thèmes : *« Une journée de formation pour l'IMG, un cours spécifique lors de l'internat car très important ».*

2.4.1.1.2 Psychiatre

Des cours théoriques *« par des médecins spécialistes psychiatres sur des cas cliniques concrets, pas forcément compliqués mais qui donneraient la conduite à tenir typique devant cette situation ».*

2.4.1.1.3 Groupes de pair

D'autres formulent une formation par Groupe de pair : *« Groupe de pair durant l'internat, une fois que l'on a déjà été confronté à la prise en charge de ces patients, leurs comportements, leurs réactions au traitement ».*

2.4.1.1.4 Formation continue

La Formation Médicale Continue ou FMC se révèle être un outil indispensable pour l'actualisation des connaissances et des compétences. Elle s'effectue de manière

individuelle ou collective sous forme de cours théoriques par un médecin spécialiste du sujet évoqué. La plupart du temps, une FMC par cours spécialisés est débutée dès l'internat de médecine validé. 3 Internes ont évoqué cette forme pour appréhender la prise en charge du patient dépressif durant l'internat : *« Une formation continue concrète avec adaptation des traitements selon les troubles psychiatriques décrits et selon l'efficacité particulière de chaque traitement ».*

2.4.1.1.5 Vidéo

Un interne propose la diffusion de vidéos dans la formation dans ce domaine.

2.4.1.2 Contenu

Certains internes sont désireux d'améliorer leurs compétences en communication : *« Comment aborder la consultation d'un patient dépressif ? », « cours sur la communication avec le patient ».*

Ils demandent également des *« recommandations sur le sujet âgé ».*

La demande la plus recensée est sur la thérapeutique, sa façon de l'instaurer, de la choisir, de le renouveler et de l'arrêter : *« A quelle posologie initier l'antidépresseur ? », « A quel rythme l'augmenter ? », « Y a-t-il une posologie cible ? », « au bout de combien de temps peut-on essayer de l'arrêter ? Ce sont ces questions qui sont sans réponse à la fin de l'internat », « Arbre décisionnel thérapeutique du choix de l'antidépresseur en fonction du symptôme prédominant ».*

Le délai de traitement est évoqué tout comme la fréquence de consultation du patient atteint de dépression : *« Quand revoir le patient ? ».*

L'amélioration de la prise en charge d'accompagnement est formulée ainsi que le désir de formation en *« psychothérapie de soutien ».*

2.4.2 Formation Pratique

2.4.2.1 Stage en Psychiatrie

Un stage en Psychiatrie est formulé par 9 internes de courte durée pour améliorer les compétences dans le domaine de la prise en charge du patient dépressif. La durée s'échelonne d'un jour à 2 semaines : *« 1 journée de stage en Psychiatrie », « faire une formation pratique 1 à 2 semaines en Psychiatrie », « journée ou demi-journée avec un Psychiatre ».*

Les unités *d'Hospitalisation* ne sont pas mentionnées. Les internes préfèreraient un stage *« en consultations », « aux Urgences »* ou encore *« en unités mobiles »,* soit *« un stage en Psychiatrie adapté à la Médecine Générale ».*

Un interne propose un stage *« obligatoire durant l'externat en Psychiatrie ».*

2.5 Perception de la prise en charge du patient dépressif par les Internes de Médecine Générale

2.5.1 Rôle central

2.5.1.1 Premier recours

Plusieurs internes ont pris conscience du rôle de premier recours du Médecin Généraliste dans la prise en charge du patient dépressif : *« rôle important de premier recours », « on est presque toujours à l'origine du diagnostic », « première ligne pour le suivi ».*

2.5.1.2 Coordination des soins

Dans ce rôle de premier recours, il y a également ce rôle central de coordination des soins évoqué par quelques internes : *« le Médecin Généraliste est celui qui est au cœur de la prise en charge », « la coordination des soins (psychiatre, pharmacienne, famille, aidants…), « rôle central du Médecin Généraliste ».*

2.5.1.3 Travail en réseau

La prise en charge du patient dépressif est perçu de façon pluridisciplinaire par les internes de Médecine Générale faisant suite à la coordination des soins : *« Une prise en charge qui doit faire intervenir un maximum d'acteurs de santé (Psychologue, CMP, groupe de parole, l'entourage, …) », « prise en charge pluridisciplinaire »*

2.5.1.4 Relation de confiance

La prise en charge du patient dépressif est bien perçue lorsque *« le patient a confiance en son médecin »,* ou lorsque le médecin connait son patient : *« connaissance plus approfondie du patient, de son histoire », « prise en charge au cas par cas dans un contexte de suivi avec une reconnaissance des signes plus rapide ».*

2.5.2 Chronophage

2.5.2.1 Fréquence

La fréquence de consultation de cette pathologie en Médecine Générale est citée à plusieurs reprises : *« pathologie fréquente », « demande de plus en plus importante ».*

2.5.2.2 Temps de consultation et d'écoute

Le manque de temps est perçu par de nombreux internes lors de la consultation d'un patient dépressif : *« malheureusement manque de temps par consultation (difficile pendant les 15-20 minutes imparties à la consultation de prendre le temps d'aborder la souffrance ou le mal-être du patient) », « il manque du temps pour discuter et soutenir les patients », « consultations longues ».*

La prise en charge inclus un temps d'écoute important durant la consultation pour l'adaptation thérapeutique : *« plus d'écoute du patient, meilleure connaissance de son histoire ».*

2.5.2.3 Suivi

Les internes en Médecine Générale évoquent en plus du caractère « long » de la consultation un suivi fréquent et rapproché : *« manque de temps pour les revoir plus régulièrement », « suivi rapproché et systématique », « nécessité de suivi au long cours de ces patients », « travail de longue durée ».*

2.5.3 Recommandations

2.5.3.1 Médecin dépendante

La prise en charge du patient dépressif est vu comme « variable » à chaque Médecin Généraliste par 14 internes : *« Praticien dépendante », « Très variable selon les médecins », « Plutôt dépendante de chaque médecin et de leurs habitudes que des recommandations actuelles », « chacun gère à sa sauce », « différences selon le vécu et la sensibilité qu'on peut avoir en fonction de la douleur morale exprimée par le patient ».*

2.5.3.2 Protocole et outils

La subjectivité du diagnostic et de l'évaluation rapportée par plusieurs internes interpelle quant à la conduite à tenir. Certains estiment qu'il n'y a *« pas vraiment de consensus »,* que la prise en charge *« n'est pas assez protocolisée ».* D'autres sont en demande d'*« un score diagnostic universalisé »* et *« pour évaluer l'intensité, à refaire à distance ».*

2.5.4 Accès aux soins

Le recours aux psychologues et psychiatres est considéré comme difficile : *« accès de plus en plus difficile aux Psychiatres et Psychologues, peu de groupes de soutien disponibles », « Psychiatre difficilement accessible pour avis », « difficulté d'accès aux spécialistes ».* La notion de coût est également recensée : *« orientation vers un psychologue difficile du fait de l'absence de remboursement ».*

Le recours aux spécialistes n'est pas considéré comme systématique lors de dépressions dites « légères », mais nécessaire pour *« gérer les dépressions plus graves et majeures ».*

Deux internes évoquent dans ce contexte le cas de *« refus d'hospitalisation »* de la part du patient.

2.5.5 Thérapeutique

2.5.5.1 Médicamenteuse

La prise en charge médicamenteuse du patient dépressif est selon certains internes trop systématisée et au dépourvu du patient : *« trop de médicaments et surtout trop d'anxiolytiques », « souvent très pharmaco-basée (rôle de renouvelleur de prescription sans réévaluation) », « ne pas se résoudre à proposer un médicament pour éviter d'approfondir la cause ou les conséquences », « une prescription d'antidépresseur, d'anxiolytiques et hypnotiques souvent facile ».*

2.5.5.2 Psychothérapies

Les psychothérapies, de soutien ou de type cognitivo-comportementale, paraissent nécessaires mais avec un défaut d'utilisation : *« psychothérapie de soutien nécessaire mais pas assez appliquée en Médecine Générale », « pas beaucoup de Thérapie Cognitivo-Comportementale prescrit ».*

2.5.6 Formations et connaissances

10 internes expriment : *« un manque de formation »* sur l’aide au soutien du patient et la thérapeutique. On constate également un souci *« de mettre à jour ses connaissances insuffisantes ».*

V- DISCUSSION

1 SYNTHESE DES PRINCIPAUX RESULTATS

L'objectif principal de cette étude était d'évaluer la perception sur la prise en charge du patient dépressif, des Internes de Médecine Générale du Poitou-Charentes.

L'objectif secondaire était d'établir un état des lieux et besoins ressentis par les Internes de Médecine Générale du Poitou-Charentes concernant leur formation sur la prise en charge du patient dépressif.

Les 54 internes ayant répondu au questionnaire ont permis d'analyser leur perception dans ce domaine et d'évaluer leurs attentes dans l'apprentissage de la prise en charge du patient dépressif.

1.1. Perception de la prise en charge du patient dépressif par les internes de Médecine Générale

Concernant la perception de la prise en charge du patient dépressif, les grands points qui ressortent de cette étude sont :

- Les internes de l'étude sont conscients du rôle central et de premier recours du Médecin Généraliste dans la prise en charge du patient dépressif. Il est celui qui coordonne les soins et travail en réseau.

- La prise en soin est perçue de façon positive quand il existe une relation de confiance Médecin-Malade. Cependant l'interne dans sa position d'« étudiant » a des difficultés à acquérir cette « relation de confiance ».

- La prise en charge de la pathologie dépressive est considéré comme chronophage dans son ensemble, en raison de l'augmentation de la fréquence de la pathologie, du temps de consultation et d'écoute ainsi que du suivi rapproché du patient.

- Les internes soulignent une pratique « Médecin-dépendante » qui est donc considérée comme « variable » et subjective.

- Un interne sur deux n'utilise pas d'échelles psychométriques de la dépression.

- Bien que 96.3% des IMG utiliseraient des antidépresseurs, la thérapeutique médicamenteuse apparaît trop systématisée voire au dépourvu du patient notamment avec les anxiolytiques.

- On constate une temporisation à l'instauration des antidépresseurs devant un syndrome dépressif d'intensité moyenne durant plus de 3 semaines.

- S'il existe une instauration d'un antidépresseur, ce sera un ISRS en dehors de cas particuliers.

- Les IMG estiment que les antidépresseurs sont efficaces. Dans la prise en charge de patients atteints de dépression caractérisée légère à modérée, ils considèrent en moyenne que 624/1000 seront améliorés après 8 à 12 semaines de traitement contre 360/1000 en moyenne pour le placebo.

- Les psychothérapies, de soutien ou de type cognitivo-comportementale, sont estimées nécessaires mais avec un défaut d'utilisation.

- Le recours aux spécialistes bien que difficile n'est pas considéré comme systématique lors de dépressions dites « légères », mais nécessaire pour *« gérer les dépressions plus graves et majeures »*.

- Leur aisance dans la prise en charge du patient dépressif est estimée en moyenne à 4,85/10.

1.2 Formation dans la prise en charge du patient dépressif

Concernant la formation de la prise en charge du patient dépressif, les grands points qui ressortent de cette étude sont :

- La moitié des internes de notre étude sont en attente de cours théoriques sur le sujet.

- Plusieurs formes interventionnelles sont proposées. Le contenu de certains GEAPI pourrait mettre en avant la prise en soin du patient dépressif. D'autres l'intégreraient dans des journées à thèmes de type Formation Médicale Continue (FMC).

- L'interprofessionalisme est aussi une proposition évoquée par les intervenants.

- L'étude montre un attrait pour un stage en psychiatrie allant d'une demi-journée à 1 semaine, adaptée à la pratique de la Médecine Générale pouvant s'intégrer dans le stage chez le praticien.

- Durant l'internat, la formation dispensée est évaluée à 4,5/10 dans la prise en charge du patient dépressif.

2 CONFRONTATION DES RESULTATS AVEC LA LITTERATURE

2.1 Symptomatologie du patient dépressif

La quatrième question de notre questionnaire énumérait les symptômes provenant du DSM-V, relatif au diagnostic d'un épisode dépressif caractérisé (EDC). Les deux critères majeurs ressortent comme rendant l'hypothèse d'EDC plus ou beaucoup plus probable dans notre étude. Le panel d'expert composé de Médecins Généralistes met ces 2 symptômes légèrement plus en avant.

Les idées suicidaires et noires qui ont été dissociées dans la question arrivent en première position pour affirmer le diagnostic d'EDC. Elles ont un taux de réponses comparables entre experts et IMG.

Les autres items sont sensiblement comparables entre internes et médecins du panel d'expert. De fines disparités sont constatées sur les symptômes « réduction de l'énergie, ainsi qu'une augmentation de la fatigabilité », « agitation ou ralentissement psychomoteur » et « trouble de la concentration » respectivement item C, G et H, légèrement plus considéré pour le diagnostic d'EDC par le panel d'expert mais de façon non significative.

Les IMG considèrent en plus grande majorité qu'un antécédent d'EDC apporte une plus grande probabilité d'hypothèse d'EDC, que le panel d'experts. De plus, la notion de durée des symptômes est plus importante pour les internes interrogés que les experts.

En effet, plus de cinquante pour cent des patients ayant présenté un premier épisode dépressif en présenteront un second, et 80% à 90% des patients qui ont présenté un second épisode dépressif en présenteront un troisième [69]. Une récidive survient en général dans les 5 premières années qui suivent l'épisode initial et on estime à environ 4 à 5 le nombre d'épisodes moyen par patient récidivant. L'existence de trois épisodes antérieurs permet de prédire la survenue de récurrences multiples, de délais de plus en plus brefs entre les épisodes, d'épisodes de plus en plus sévères et de plus en plus difficiles à traiter, et donc d'intervalles libres de moins en moins nombreux [69].

Les recommandations rapportent que dans le cadre de la prévention des récidives, la durée du traitement est d'autant plus prolongée que les épisodes antérieurs ont été nombreux, sévères, et qu'il existe des pathologies associées et des antécédents familiaux de troubles dépressifs [6].

2.2 Un tableau incomplet

Nous constatons que malgré l'existence de critères diagnostiques d'un épisode dépressif caractérisé selon les classifications internationales, les symptômes ne sont pas toujours francs, ils apparaissent sous forme de tableau incomplet ou de manifestations somatiques. Dans une méta analyse de 2009 comprenant 41 études, sur 50 731 patients, les médecins

généralistes ont correctement identifié un EDC dans 47,3% des cas avec une sensibilité de 50% et une spécificité de 85% [70].

L'étudiant ou le médecin est peu souvent confronté à un tableau clinique typique. La difficulté des IMG est la relation de confiance interne-malade, complexe dans la prise en charge du patient dépressif, qui s'étoffera cependant avec l'expérience.

Un défaut de reconnaissance de la maladie est rapporté pour 50 à 70% des sujets déprimés qui ne sont pas reconnus comme tels lors de la première consultation [53].

L'IMG se trouve confronté à une double contrainte :

- Établir un diagnostic et initier une prise en charge précoce des troubles dépressifs.
- Ne pas faire de diagnostic par excès en « psychiatrisant » des problèmes existentiels ou sociaux qui aboutiraient à une prescription abusive de psychotropes.

Cela peut clairement expliquer l'aspect de temporisation à l'introduction d'un traitement antidépresseur, que l'IMG préfèrerait déléguer au médecin traitant qui a une relation différente avec le patient suivi.

2.3 Echelles psychométriques de la dépression

Les échelles d'évaluation correspondent à des modalités d'évaluation codifiées du jugement clinique. Les situations sont standardisées ou semi-standardisées, le comportement du sujet est analysé par un observateur (hétéro-questionnaire). Parfois, les questionnaires ne requièrent pas la présence d'un examinateur (auto-questionnaire).

Environ 1 interne sur 2 n'utilise pas d'échelles psychométriques de la dépression. 59.4% des internes en stage de niveau 1 n'utilisent pas d'échelles d'évaluation contre 30% des étudiants en SASPAS. Nous pouvons en déduire que plus l'interne est avancé dans ses études, plus il tend à utiliser des échelles d'évaluation bien que l'enquête n'évalue pas leur application en pratique courante.

Un tiers des IMG disent utiliser l'échelle de Hamilton. 50% (n=11/22) des internes en SASPAS utiliseraient **l'échelle de HAMILTON** contre 28.1% (n=9/32) des internes en stage de niveau 1.

Cette échelle, utilisée de manière exhaustive dans la littérature internationale, permet d'évaluer de façon quantitative la sévérité d'un état dépressif et le changement sous traitement. Il ne s'agit, en aucun cas, d'un instrument à visée diagnostique.

Les internes ayant évoqué l'utilisation de l'échelle de dépression gériatrique **GDS-15** sont de second semestre et seraient tentés de l'utiliser en Médecine libérale.

Dans notre étude, 4 étudiants, tous de 6ème semestre, ont soumis l'échelle du **MINI-test**, non proposée dans le questionnaire, qui est un outil de dépistage, et paraît effectivement plus appropriée lors d'une consultation libérale car elle favorise l'échange et l'écoute avec le patient, comme le stipule l'ANAES [53].

La longueur de l'outil est un élément en sa défaveur. Les consultations de médecine générale sont souvent courtes et ne laissent pas la place à l'utilisation d'un outil qui

nécessiterait un long temps d'utilisation. L'Assurance Maladie en a déjà pris la mesure et propose une cotation « ALQP003 – Test d'évaluation d'une dépression » rémunérée 69.12€, prévoyant l'utilisation du MADRS, Hamilton, Beck, MPAI ou STAI, au moment du diagnostic et une fois par an et par patient [71].

Le diagnostic de la dépression est beaucoup plus qu'une simple liste de critères cliniques à amonceler lors d'un interrogatoire. L'exercice se révèle extrêmement lié à la qualité de la relation médecin-patient et à la connaissance holistique qu'a le médecin généraliste de celui-ci comme le soulignent les internes de notre étude dans leur perception de la prise en charge du patient dépressif.

En France, en 2002, la recommandation de l'ANAES sur l'EDC signale l'intérêt potentiel d'utiliser en pratique courante un test de dépistage pour le repérage des sujets à risque, en attendant une validation par des études sur de larges populations et en attendant l'actualisation des recommandations de bonne pratique de l'HAS entrant dans le programme pluriannuel relatif à la psychiatrie et à la santé mentale de la HAS : orientations 2013-2016 [53].

Depuis, plusieurs études ont abordé ce sujet. Une revue Cochrane de 2006 (basée sur plus de 6000 patients) conclut que la pratique du dépistage se traduit par une légère augmentation du taux de diagnostic de dépression [72]. Cependant l'évolution de la pathologie sur six à douze mois n'en est pas améliorée. Une méta analyse de 2008 montre que, utilisé seul, un questionnaire de dépistage a peu ou pas d'impact sur la qualité de prise en charge de la dépression par les médecins [73].

Ces résultats seront corroborés l'année suivante par une revue systématique de la littérature [74]. Cette dernière établit que les programmes de dépistage de la dépression par les médecins de famille n'ont de résultats que s'il existe une prise en charge médicale susceptible d'assurer, outre une vérification du diagnostic, un suivi individualisé du patient ainsi que des possibilités de thérapies et de soins ultérieurs.

Une étude s'est attachée à comprendre pourquoi les médecins généralistes ne se basaient pas que sur les éléments d'« evidence based medecine » pour prendre des décisions, comme par exemple utiliser un outil validé [75]. Il en ressort que la pratique des médecins généralistes est très influencée par de nombreux facteurs :

- L'expérience personnelle du médecin.
- La qualité de la relation qu'il a instaurée avec le patient, y compris l'apport de l'expérience personnelle du patient ou la vision que porte le médecin sur le patient.
- Ses difficultés relationnelles avec les professionnels de second recours pratiquant une médecine jugée différente.
- Le choix des mots en consultation.
- Les problèmes logistiques du médecin, dont le temps de la consultation et la nécessité de répéter les consultations.
- Les problèmes logistiques liés au patient tel que sa faculté à comprendre ou son lieu de vie (l'éloignement par rapport au cabinet ou en milieu rural notamment).

Ce sont autant d'éléments qui vont influer sur la décision médicale au-delà des seules recommandations de bonne pratique. **L'ensemble de ces points ont été évoqués (mise à part les problèmes logistiques liées au patient) dans les questions ouvertes par les IMG de l'étude.**

A la lumière des débats sur l'intérêt et la faisabilité du dépistage en médecine générale, il est difficile de concevoir un dépistage systématique en soins primaires sans l'appui d'études de grande envergure validées.

Cependant, tout test de dépistage positif doit entrainer la réalisation d'un test diagnostique utilisant les critères standards diagnostiques du DSM-V ou de la CIM-10. Ainsi, une réponse positive à l'une des deux questions du PHQ-2 par exemple, nécessite ensuite d'effectuer un test diagnostique [76]. Les plus couramment utilisés sont le questionnaire PHQ-9 (Patient Health Questionnaire), l'échelle de Beck, l'échelle HDRS (Hamilton Depression Rating Scale), l'échelle MADRS (Montgomery and Asberg Depression Rating Scale).

La littérature médicale revient sur la nécessité d'une formation spécifique à l'utilisation de ces outils [77].

2.4 Thérapeutiques

2.4.1 Prise en charge médicamenteuse

96,3% des IMG de notre étude utiliseraient des antidépresseurs pour soigner un patient dépressif. 100% d'entre eux utiliseraient un ISRS et un quart ont évoqué utiliser un IRSN. Effectivement, en cas d'épisode dépressif caractérisé d'intensité modérée à sévère en ambulatoire, sauf cas particulier, il est recommandé en première intention de prescrire un ISRS, un IRSN ou éventuellement un antidépresseur appartenant à la classe des « autres antidépresseurs » en raison de leur meilleure tolérance. La prescription d'un imipraminique ou d'un IMAO se fera en deuxième ou troisième intention [6].

Les critères de choix de l'antidépresseur reposent sur les connaissances acquises au cours de la formation dans 87% des cas et pour 1 interne sur 2 sur les habitudes de prescription du praticien auprès duquel ils ont effectué leur stage pratique. Les échanges avec le praticien semblent être un bon moyen pour améliorer leurs compétences dans la prise en charge du patient dépressif tout en gardant un esprit critique.

Dans notre étude, il existe également une réticence des internes de médecine générale à l'instauration des antidépresseurs devant un syndrome dépressif d'intensité moyenne durant plus de 3 semaines. La prise en charge médicamenteuse du patient dépressif est selon certains internes trop systématisée et au dépourvu du patient. La majorité des internes temporise donc avant de débuter un traitement antidépresseur. Une stratégie appelée « Watchful Waiting » qui consiste à observer le patient avant de débuter un traitement est partagée également par la plupart des médecins de l'étude de la Dress [8].

Nous avons vu plus haut que cela peut-être une stratégie de temporisation pour que ce soit le médecin traitant, connaissant « mieux » son patient, qui instaure le traitement antidépresseur et assure le suivi également.

2.4.2 Anxiolytiques

20,4% des IMG associeraient toujours un anxiolytique au traitement antidépresseur soit 1 interne sur 5.

Une prescription concomitante de benzodiazépine (ou apparenté) ne doit pas être systématique du fait des effets indésirables des benzodiazépines. Elle peut être justifiée en début de traitement lorsqu'existent une insomnie et/ou une anxiété invalidantes. Pour éviter le risque de dépendance, il est recommandé d'utiliser la dose minimale efficace et d'interrompre le traitement dès que l'anxiété et/ou l'insomnie se sont amendées du fait de l'effet de l'antidépresseur [6].

2.4.3 Efficacité thérapeutique

Nous avons demandé aux étudiants dans notre étude d'estimer le taux de patients atteints de dépression caractérisée légère à modérée sur 1000 qui serait améliorés après 8 à 12 semaines de traitement par placebo. La moyenne de ce taux retrouvée chez les internes en Médecine Générale est de 360. Concernant le traitement par antidépresseur, il est de 624/1000 avec une augmentation de l'amélioration de 264/1000.

Dans l'étude de Bergeron Marie-Eve, sur la perception par les médecins généralistes des bénéfices et risques d'interventions courantes auprès de 265 médecins, ce taux était estimé à 440 pour le placebo et 510 pour l'antidépresseur. Nous pouvons déduire que les internes trouvent un bénéfice à l'utilisation des antidépresseurs dans la prise en charge du patient dépressif caractérisé léger à moyen.

Il est à noter que l'utilisation d'une base de 1000 et non pas de 100 a perturbé certains participants.

L'efficience des antidépresseurs est depuis quelques années remise en cause. La méta-analyse de Kirsch en 2008 montre que la supériorité des antidépresseurs sur le placebo n'est explicite que dans les dépressions moyennes à sévères [78], résultat corroboré par une autre méta analyse en 2010 [79].

Boussageon et Gilbert publient en 2012 une revue de la littérature sur l'efficacité des antidépresseurs [10]. L'efficience de ces molécules est faible et n'est cliniquement significative que pour les dépressions les plus sévères. En évaluant l'efficacité des antidépresseurs, incluant les données non publiées dans la littérature, l'équipe de Turner révèle que parmi les 74 études enregistrées par la Food and Drug Administration (FDA), 31% n'ont pas été publiées. Le critère commun de ces études non publiées étant leurs résultats négatifs [80]. Dans leur méta analyse, pour chacune des douze molécules étudiées, l'efficacité basée sur les études publiées était plus importante que celle calculée à partir des données de la FDA, avec une augmentation moyenne de 32%. Face à ce biais de publication majeur, Turner conclut : « La publication sélective de résultats d'essais cliniques pourrait avoir des conséquences néfastes pour les chercheurs, les participants aux études, les professionnels de santé, et les patients ».

Boussageon et Gilbert soulèvent en outre plusieurs problèmes intervenant dans l'évaluation de l'efficacité de ces traitements [10]. Indépendamment du biais de publication, le choix du critère d'efficacité et la durée de ces études sont discutables. En effet, l'efficacité pourrait être jugée par des mesures brutes comme l'impact sur la mortalité, le taux de suicide, ou les arrêts de travail. En pratique, c'est très rarement le cas dans les études. La dépression est une donnée subjective d'intensité variable et les seuils d'efficacité retenus sont critiquables. La durée moyenne de suivi des études sur les antidépresseurs est de 8 semaines. Elles étudient la phase aiguë d'obtention de la rémission symptomatique. Des études de longue durée et dépourvues de conflits d'intérêt devraient être menées et systématiquement publiées quels que soient leurs résultats.

2.5 Prise en charge Non Médicamenteuse

2.5.1 Avis spécialisé

77,8% (n=42) des IMG adresseraient le patient à un psychologue ou un psychiatre bien qu'ils en considèrent l'accès difficile. Le recours aux spécialistes n'est pas considéré par les IMG comme systématique lors de dépressions dites « légères », mais nécessaire pour *« gérer les dépressions plus graves et majeures ».*

<u>Une consultation psychiatrique est recommandée :</u>

- Quand la situation nécessite un avis psychiatrique, notamment s'il existe une possible incidence médico-légale, en cas de contexte familial difficile, de comorbidité psychiatrique, ou si la dépression est sévère ou avec des caractéristiques psychotiques.
- Quand il n'est pas possible d'instaurer une véritable alliance thérapeutique.
- En cas de réponse insuffisante au traitement dans les huit à douze semaines, ou plus tôt selon la sévérité des symptômes.
- À n'importe quel moment de la prise en charge si le patient le souhaite [53].

Cependant, l'accès au spécialiste n'est pas si simple en pratique. D'une part, il faut souligner la réticence des patients à consulter un psychiatre et d'autre part, leur confort à être suivi par un médecin généraliste [81].

Les relations entre généralistes et psychiatres s'avèrent très souvent vécues comme difficiles. Seulement 40 % des médecins généralistes se déclarent satisfaits de la qualité de leur coopération avec les secteurs de psychiatrie. Les obstacles à cette collaboration sont multiples [82]. Certains sont liés à des facteurs « organisationnels » : par exemple, les problèmes de démographie médicale (insuffisance de psychiatres dans certains secteurs), le changement fréquent des consultants dans les hôpitaux, les délais de rendez-vous ou le manque d'informations claires sur les missions et services proposés par les secteurs. D'autres sont plus spécifiques au champ de la psychiatrie comme la difficulté de contacter ces professionnels en cas de besoin ou l'absence habituelle (de l'ordre de 80% dans

certaines études) de retour de la part du spécialiste au médecin généraliste, ressentie par ce dernier et son patient comme un abandon.

Les patients expriment une plus grande satisfaction quand leur médecin traitant continue à assurer une partie de la prise en charge, ce qui est important pour favoriser une meilleure adhésion au traitement. Quand le suivi ambulatoire est structuré en partenariat avec le médecin, on constate moins de ré-hospitalisations dans le cours évolutif des patients [81].

Ces données plaident en faveur du développement du partenariat entre médecin généraliste et psychiatre, qui est au cœur des efforts en France où l'adressage du médecin généraliste au psychiatre est le plus faible selon l'enquête ESEMeD [2].

2.5.2 Psychothérapie

Le soutien psychologique (aussi appelé « psychothérapie de soutien » par les médecins généralistes) pourrait être utilisé dans 63% (n=34) des cas par les internes en médecine générale et 44,4% (n= 24) pour les thérapies cognitives et comportementales. Les psychothérapies, de soutien ou de type cognitivo-comportementale, paraissent nécessaire à l'interne mais avec un défaut d'utilisation.

Les psychothérapies constituent un traitement à part entière de la dépression et leur efficacité dans cette indication a été largement démontrée [83]. Elles sont indiquées en première intention dans le traitement des épisodes légers de dépression. Elles peuvent également être mises en place en complément des antidépresseurs dans les cas sévères.

Pendant un épisode dépressif, la psychothérapie permet d'apprendre à gérer la maladie, de réduire ses symptômes et leurs conséquences, de prendre conscience des facteurs favorisant la dépression et de pouvoir envisager de nouveaux projets.

Les psychothérapies dispensées dans les établissements du secteur public psychiatrique (Centres médico-psychologiques, hôpitaux de jour, etc.) sont prises en charge par l'Assurance Maladie. Les psychothérapies dispensées par des psychologues ou des psychothérapeutes non médecins en cabinet privé ne sont pas remboursées, mais certaines mutuelles prennent en charge une partie des frais.

Ceci est conforme aux recommandations de l'HAS qui conseille la psychothérapie dans la prise en charge de la dépression [53]. Dans l'étude de la Dress, les médecins conseillaient fréquemment la psychothérapie mais elle était presque toujours associée à un traitement médicamenteux [8].

Le remboursement des psychothérapies faites par des psychologues est une des solutions proposées pour faciliter l'accès des patients à la prise en charge aux thérapies par les médecins de notre étude et de l'étude de Cogneau [84]. Si cette proposition semble effectivement une solution pour faciliter l'accès des patients aux psychothérapies, il reste encore à définir quels psychothérapeutes et quels types de psychothérapies l'Assurance Maladie pourrait rembourser étant donnée la diversité des thérapeutes et thérapies proposées en secteur privé notamment.

2.5.3 Arrêt de travail

Les IMG de notre étude ne sont pas fermés à l'utilisation de l'arrêt de travail puisque la réponse « jamais » n'a été cochée par aucun d'entre eux. La durée d'un arrêt de travail dépend de multiples facteurs notamment du degré de sévérité et de chronicité de la dépression comme le souligne le baromètre santé de l'INPES [12].

2.6 Aisance et satisfaction

L'aisance dans la prise en charge du patient dépressif chez l'Interne en Médecine Générale est comparable que l'interne soit en 2ème ou 6ème semestre, pour une moyenne respective de 4,59 et 5,05. La moyenne globale sur 10 étant de 4,85.

Cela nous laisse penser qu'il existe des pistes d'amélioration notamment dans la formation voire l'aide à l'autoformation dans ce domaine.

La formation lors de l'internat dans la prise en charge de la dépression est légèrement préférée à celle de l'externat.

2.7 Place de la formation théorique

Les connaissances sur la prise en charge du patient dépressif par l'IMG dans notre étude proviennent à 98,1% (n=53) de la formation théorique.

Les connaissances théoriques en matière de prise en charge du patient dépressif semblent acquises par la majeure partie des IMG. L'étude montre cependant des difficultés dans la mise en pratique.

Le problème du manque de formation sur la prise en charge des troubles psychiques soulevé par les internes de notre étude est évoqué dans plusieurs autres études [8 ; 84]. L'étude de la DRESS montre que même si la majorité des médecins (84 %) s'estiment suffisamment formés sur le diagnostic ou le traitement de la dépression, ils sont également demandeurs de formations complémentaires sur les différents types de psychothérapie et leurs indications (82 %), la pratique de la psychothérapie de soutien (78 %), l'orientation des personnes souffrant de dépression (76 %) et la gestion des demandes de médicaments psychotropes des patients (76 %) [8].

Dans l'ensemble, la formation dispensée est évaluée à 4,5/10 dans la prise en charge du patient dépressif.

Les IMG se sont formés par les cours magistraux de spécialités dispensés dans leur faculté durant l'externat. Les clés ont été données pour l'autoformation notamment la recherche de bonnes pratiques et recommandations.

La Moitié des IMG de notre étude sont en attente de cours théoriques sur le sujet.

Le contenu attendu de cette formation serait :

- L'amélioration des compétences en communication avec l'abord du patient dépressif, le déroulement d'une consultation type, les points essentiels à rechercher, la communication à avoir avec le patient dépressif.

- Au niveau thérapeutique avec l'initiation d'un antidépresseur, sa durée, son arrêt.

- La fréquence des consultations.

- Techniques et apprentissages des différentes psychothérapies.

- Différences d'attitudes en fonction de la population : adolescent, sujet âgé.

Il en ressort que les formations théoriques ne font pas écho à la prise en charge de la personne dépressive car arrivant peut-être trop tôt au cours de la formation. En même temps, cette formation permet une approche de cette mesure thérapeutique. Il semblerait intéressant de réitérer ce même type de formation au cours d'un stage en ambulatoire, le lien entre formation théorique et pratique devant être mis en avant. Les ateliers dispensés au cours du SASPAS pourraient être le lieu de ce transfert de connaissances et d'approfondissement de mise en pratique.

L'acquisition de la pédagogie du Département de Médecine Générale n'est pas intégrée pour tous. Le passage des cours théoriques de l'externat à l'autoformation et acquisition de compétences personnelles reste complexe dans le domaine de la Psychiatrie.

Les étudiants ont acquis un certains nombres d'habiletés intégrant des connaissances déclaratives. Ces habiletés doivent évoluer en compétences : « un savoir-agir complexe, en lien avec le contexte d'apprentissage ou d'exercice, qui intègre plusieurs types de ressources et qui permet, à travers une famille de situations, non seulement l'identification de problèmes, mais également leur résolution par une action efficace et adaptée à un moment donné » [85].

La conférence de consensus de Toronto affirme dans sa conclusion, la nécessité de la formation des médecins à une communication de qualité [86].

La formation de 3e cycle à la médecine générale se doit d'être professionnalisante. Pour cette raison, a été fait le choix d'une option pédagogique privilégiant l'approche par compétences. Dans la profession médicale, nous devons pouvoir adapter nos connaissances théoriques et leurs applications pratiques au contexte de la relation patient-médecin. En effet, chaque situation de soin est unique, il n'y a donc pas de protocole universel. Le principe des compétences est de pouvoir adapter le savoir, savoir-faire, savoir-être à chaque consultation.

L'exigence croissante de la société pour une meilleure qualité de soins entraine une reconsidération des compétences médicales en particulier celle de la prise en charge globale du patient avec une part essentielle de l'approche centrée sur le patient. L'empathie cognitive et émotionnelle doit être transmise au cours des études de médecine et plus particulièrement en médecine de soins primaires [87].

Plusieurs formes interventionnelles sont proposées. Le contenu de certains GEAPI pourrait mettre en avant la prise en charge du patient dépressif. Cela est déjà le cas, mais dépend

de l'orientation clinique abordée par les étudiants et de la médiation des intervenants au sein de la thématique du GEAPI.

Comme le signale Mme OLARIU Vanessa dans sa thèse sur le ressenti des internes de médecine générale sur la responsabilité sociale universitaire, la formation de la faculté de médecine prodiguée à Poitiers est appréciée des internes notamment dans l'apprentissage par compétences et la démarche réflexive instaurée par les différents cours et travaux demandés. Cependant, ils signalent la nécessité d'un minimum de cours pratiques afin de transmettre un savoir-faire de pairs en pairs qui répondraient mieux aux besoins de la population que certains thèmes vus au cours des GEAPI [88].

D'autres l'intègreraient dans des journées à thèmes de type Formation Médicale Continue (FMC). Ces dernières pourraient intervenir comme outil pédagogique supplémentaire dont les thèmes pourraient être choisis par les étudiants eux-mêmes.

Les groupes de pairs existent pendant l'internat de médecine générale et sont facultatifs. Ils restent un bon outil dans l'apprentissage des connaissances et recommandations et devraient être développés et proposés lorsque l'interne effectue son stage chez le praticien. Rappelons qu'il permet également d'alimenter le portfolio de l'étudiant pour son mémoire de Troisième cycle des études de médecine générale.

Cette démarche de formation s'inscrit dans **l'arrêté du 22 septembre 2004** fixant la liste et la réglementation des diplômes d'études spécialisées de médecine, consolidée le 11 Octobre 2016 [89] qui stipule :

« Dans l'ensemble du cursus, des temps de formation à la prise en charge psychologique et psychiatrique des patients sont obligatoires. Ils sont réalisés à l'occasion de stages effectués dans les services et structures, y compris ambulatoires, agréés pour la formation des internes et habilités pour cette formation ».

2.8 Formation pratique

Les internes de notre étude en stage chez le praticien, ont tous insisté sur la contribution des échanges que ce soit avec le maître de stage, le patient ou les différents interlocuteurs intervenant dans la prise en charge du patient dépressif. 47.6% ont affirmé que leurs connaissances sur le sujet provenaient du stage SASPAS effectué seulement depuis 6 semaines lors du recueil de données.

Pour la personne en formation, la possibilité de se référencer et de partager avec une personne dont ils peuvent apprendre, représente une possibilité de réfléchir à son expérience en y incluant son vécu émotionnel. Les supervisions réalisées au cours de la formation semblent détenir une position privilégiée.

Le premier auteur qui proposa une supervision à partir des comportements professionnels observables des thérapeutes fut Carl Rogers (1968), le fondateur de la thérapie non directive et centrée sur « le client ». Rogers a souligné que l'apprentissage de la thérapie centrée sur le client ne pouvait pas se faire par la voie du cours magistral.

Dans l'apprentissage professionnel, le dispositif doit présenter des situations d'apprentissage cohérentes avec le contexte de pratique professionnelle et doit permettre à l'étudiant d'activer ses connaissances antérieures sur le sujet. Il s'agit du concept de transfert des apprentissages à savoir la transformation d'informations en connaissances viables et transférables et en l'intégration des connaissances dans des schémas cognitifs. Ce travail demande un investissement de la part des professeurs mais aussi de l'étudiant. Ce dernier détient une part active dans sa formation et doit s'investir et effectuer un travail d'introspection afin d'évoluer. Cependant la motivation de l'apprenant est en partie déterminée par sa perception de la valeur de la tâche.

Sur une enquête nationale sur le vécu des internes lors du semestre de SASPAS, la grande majorité des étudiants interrogés notait une acquisition de compétences, en général associée à la qualité de la supervision, beaucoup plus qu'au nombre d'actes effectués par jour. Ces derniers déclaraient que leurs remplacements post SASPAS ont été plus agréables car ils avaient acquis une meilleure maitrise de leur pratique et une confiance en eux [90].

D'autres études montrent que la majorité des jeunes médecins généralistes estimaient que leurs stages pratiqués en médecine générale ambulatoire avaient été une formation utile lors de leur D.E.S. concernant l'acquisition de compétences [91 ; 92].

L'interprofessionalisme est une proposition évoquée par les intervenants de notre étude. En effet, une ou plusieurs journées de formation en milieu psychiatrique ou chez un Psychiatre voire même chez un psychothérapeute ou CMP (Centre Médico-Psychologique) pourraient être intégré dans les stages ambulatoires. Cela favoriserait certainement l'échange entre Médecin Généraliste et Psychiatre décrié par plusieurs études [82].

3 IMPLICATIONS DE L'ETUDE

Le faible effectif de notre étude ne nous permet pas d'être représentatif de l'avis de l'ensemble des IMG. Néanmoins, certains constats sur leurs pratiques et les suggestions d'amélioration dans cette étude, nous permet d'émettre un certain nombre de propositions.

La formation apparaît comme un point essentiel à développer.

Les internes de l'étude expriment le besoin de formation sur la prise en charge du patient dépressif où le passage de la théorie à la pratique est complexe. En effet, la subjectivité évoquée du diagnostic ou de la prise en charge, considérée comme médecin dépendante perturbent la conduite à tenir des étudiants. Le débat est également alimenté par une remise en question de l'efficacité des antidépresseurs dans l'épisode dépressif caractérisé léger à moyen [10].

Tout d'abord, au niveau de la formation initiale des IMG, il semblerait intéressant de proposer des modules sur l'attitude thérapeutique du médecin et les bases théoriques des différentes psychothérapies pour pouvoir mieux conseiller les patients. Pour ce qui est du contenu, la plupart des IMG ont évoqué l'ajout de thèmes plus « médicaux » ou plus de cours théoriques, mais la technique d'enseignement du GEAPI ne correspond pas à cette volonté.

Dans l'étude de VINCENT Nelly, certains IMG de Poitiers proposaient de rajouter des thèmes qui leur ont manqué dans leur formation au sein des GEAPI :

- Déroulement d'un remplacement.
- Rédaction des différents certificats.
- Règles de base de la prescription médicamenteuse.
- Grandes pathologies de Médecine Générale.

D'autres évoquent une Formation Médicale Continue (FMC) qui pourraient également aider les internes et futurs médecins pendant l'internat. Des formations courtes de type « journées à thèmes » sur les psychothérapies brèves ou la psychothérapie de soutien semblent aussi être une solution pour améliorer la prise en charge des patients par les médecins généralistes en attendant une prise en charge plus spécialisée et spécifique si nécessaire.

Il pourrait également être intéressant de valoriser la pratique des groupes de pairs, sorte de supervision entre confrère avec travaux sur les recommandations et bonnes pratiques concernant une consultation effectuée en stage.

La collaboration entre médecins généralistes et spécialistes de santé mentale nécessite aussi des améliorations.

L'accès aux consultations et aux avis psychiatriques sont deux points qui pourraient être améliorés pour aider les futurs médecins généralistes dans leur prise en charge.

La mise en place d'un numéro réservé aux médecins pour obtenir un avis psychiatrique rapide, proposée dans d'autres études, semble être une piste pour améliorer les échanges entre hôpital psychiatrique et médecins généralistes. Ce dispositif a déjà été mis en place dans d'autres spécialités, par exemple au niveau du pôle de cancérologie du CHU de Poitiers [94].

Les courriers entre psychiatres et médecins généralistes pourraient être d'avantage systématiques, dans les 2 sens, et ce dès l'internat de médecine générale et de Psychiatrie.

La facilitation de l'accès aux psychologues.

La favorisation de l'accès aux psychologues par le remboursement de leur thérapie semble être utopique pour le moment. Un travail préalable serait nécessaire pour définir quel type de thérapie et de thérapeutes rembourser, étant donné leurs diversités.

4 FORCES ET FAIBLESSES DE L'ETUDE

4.1 Forces de l'étude

Aucune étude n'a été effectuée sur le ressenti des IMG, Médecins Généralistes de demain, dans la prise en charge du patient dépressif, problème de santé publique majeur.

Les Internes de Médecine Générale passent de l'apprentissage théorique à la mise en pratique dans ce domaine complexe qu'est la dépression.

Le Ministère de l'éducation et de l'enseignement supérieur affirme dans l'arrêté relatif à la réglementation des diplômes d'études spécialisées de médecine générale [89] qu'il doit obligatoirement exister : « Des temps de formation à la prise en charge psychologique et psychiatrique des patients ».

Il nous apparaissait donc pertinent de recueillir l'avis des étudiants concernés sur le sujet et de les questionner sur leur formation pour éventuellement aboutir à des propositions.

Le recueil des internes a été effectué par tirage au sort par un logiciel avec respect des attributions. Le tirage au sort permettait d'être le plus représentatif possible de la population étudiante de troisième cycle en stage chez le praticien. De plus, elle nous permettait de juger de la nécessité de majorer l'échantillon en fonction de l'évolution des codages des questions ouvertes, qui paraissaient saturées.

4.2 Faiblesses de l'étude

Biais de sélection :

Nos critères d'inclusion étaient d'effectuer un stage chez le praticien niveau 1 ou SASPAS.

Les 54 internes de Médecine Générale ayant répondus au questionnaire ne sont pas représentatifs de l'ensemble des étudiants en formation du troisième cycle des études de Médecine Générale.

Cependant la saturation des données semble avoir été obtenue en ce qui concerne l'analyse des résultats des questions ouvertes.

De plus, le recueil s'est déroulé du 02 Juin 2016 au 30 Juin 2016, soit entre la 5ème et 9ème semaine de stage chez le praticien.

Puissance de l'étude :

Une des limites de notre étude est la taille de l'échantillon.

Biais d'interprétation lié à l'analyse des données :

La première analyse des verbatims, le codage ouvert ont été réalisés en aveugle par un médecin généraliste, une personne non inscrite dans le parcours médical et moi-même.

En revanche, la réorganisation des thèmes et sous thèmes entre eux n'a pas fait l'objet d'une triangulation.

Biais de méthodologie :

Une étude qualitative par entretien semi dirigés a été évoquéee et discuté au préalable dans cette étude. Cette méthode paraissait adaptée. Cependant, nous avons préféré recueillir les informations par auto questionnaire afin d'évaluer les internes dans la prise en charge du patient dépressif et la formation universitaire.

Biais d'interprétation :

Il peut exister un biais d'interprétation notamment dans l'interprétation de certaines questions, en particulier l'utilisation d'échelles psychométriques et des traitements. Le fait de les avoir coché n'est pas toujours le reflet de leur application pratique en situation réelle.

5 PERSPECTIVES

L'intérêt de cette étude est de trouver des pistes aidant le futur médecin généraliste à appliquer ses connaissances théoriques en pratique et se sentir à l'aise dans les différentes situations de la prise en charge du patient dépressif.

Nous constatons que l'IMG a de bonnes connaissances théoriques, mais que leur application en pratique est jugé complexe dans le domaine de la psychiatrie de par son aspect multifactoriel.

La demande des IMG d'intégrer des cours théoriques peut-être possible, mais s'écarte de la pédagogie d'apprentissage actuelle de la faculté de Médecine de Poitiers.

Le Ministère de l'éducation et de l'enseignement supérieur préconise dans le DES de médecine générale des temps de formation à la prise en charge psychologique et psychiatrique des patients à l'occasion de stages effectués dans les services et structures, y compris ambulatoires [89].

Les étudiants en troisième cycle du DES de médecine générale du Poitou-Charentes proposent des ouvertures comme une journée sur ce thème, l'intégration dans les différents GEAPI, ou même une Formation Médicale Continue. L'élaboration d'une journée thématique sur la dépression et sa prise en charge ainsi que le recueil des impressions de cette journée à posteriori pourrait être une étude intéressante dans la formation des IMG.

Une étude qualitative par entretiens semi-dirigées pourrait avoir sa place dans la représentation de la prise en charge du patient dépressif par les internes de Médecine Générale.

VI- CONCLUSION

La dépression est un enjeu de santé publique majeur. Au niveau mondial, l'Organisation mondiale de la santé considère qu'en 2020, la dépression sera l'affection qui après les maladies cardiovasculaires, entrainera les plus gros coûts de santé et sera la première cause d'incapacité en 2030.

De nombreuses études ont été réalisées auprès des médecins généralistes concernant le thème de la prise en charge du patient dépressif en France mais rares sont celles auprès des étudiants, moins confrontés par ce type de prise en charge bien qu'omniprésente.

Il paraissait nécessaire et pertinent de comprendre le vécu et les attentes des internes de médecine générale vis-à-vis de leurs acquisitions de compétences dans le domaine de la dépression. Le passage de la théorie à la pratique est un exercice complexe où l'étudiant doit devenir un acteur actif de sa formation au fil de sa pratique en fonction de ses besoins et de sa sensibilité.

Cette étude met en évidence que la perception globale de la prise en charge du patient dépressif des internes de médecine générale du Poitou-Charentes est comparable à celle des médecins généralistes en activité. Les demandes de formation sur le sujet sont superposables à celles des médecins généralistes.

Le caractère « subjectif » et « médecin-dépendant » de la pratique est constaté notamment dans la démarche diagnostique, et de ce fait dans son apprentissage, bien que des recommandations existent.

Au vu de la prévalence de l'épisode dépressif caractérisé, la qualité de la prise en charge de la dépression devrait être renforcée, ce d'autant que les médecins généralistes sont de premiers recours, que la pathologie est chronophage et que la majeure partie des patients sera suivie uniquement par le médecin traitant.

Ce constat est renforcé par l'arrêté du 22 septembre 2004 fixant la liste et la réglementation des diplômes d'études de médecine générale spécifiant que « dans l'ensemble du cursus, des temps de formation à la prise en charge psychologique et psychiatrique des patients sont obligatoires. Ils sont réalisés à l'occasion de stages effectués dans les services et structures, y compris ambulatoires, agréés pour la formation des internes et habilités pour cette formation ».

Concernant le contenu des formations, les internes sont en demande de formation sur la communication avec le patient dépressif, la thérapeutique notamment la manipulation des antidépresseurs, le suivi et la psychothérapie, également évoqué dans d'autres études.

Le Consensus Mondial sur la Responsabilité Sociale des Facultés de Médecine insiste sur l'obligation des facultés à répondre aux besoins de la population en matière de santé. La Faculté de Médecine de Poitiers a adopté une pédagogie fondée sur les apprentissages, dans une approche par compétences. L'acquisition de la pédagogie du Département de Médecine Générale n'est pas intégrée pour tous bien qu'appréciée. Le passage de l'externat à l'autoformation et acquisition de compétences personnelles reste complexe

dans le domaine de la Psychiatrie où la moitié des IMG de notre étude est en demande de cours théoriques.

Il serait intéressant de confronter les formations organisées auprès des internes de médecine générale de différentes facultés dans le domaine de la dépression afin de savoir si elles répondent aux attentes des étudiants dans leur futur exercice.

VII- BIBLIOGRAPHIE

[1] Sobocki P, Jonsson B, Angst J et al. Cost of depression in Europe. J Ment Health Policy Econ. 2006;9:87-98.

[2] Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S et al. Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. Acta Psychiatr Scand Suppl. 2004;(420):21-7.

[3] Organisation Mondiale de la Santé. Conférence ministérielle européenne de l'OMS sur la santé mentale, Déclaration sur la santé mentale pour l'Europe, Helsinki, 12-15 janvier 2005. [En ligne] Consulté le 25 Juin 2016 sur :

http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/88596/E85446.pdf

[4] Organisation Mondiale de la Santé. Atlas 2014 de la santé mentale. [En ligne] Consulté le 28 Aout 2016 sur :

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204409/1/9789241565011_fre.pdf?ua=1

[5] Olié JP, El Omari F, Spadone C et al. Résultats d'une enquête sur l'usage des antidépresseurs en population générale française. Encéphale. 2002;28:411-7.

[6] Lépine JP. Bon usage des médicaments antidépresseurs dans le traitement des troubles dépressifs et des troubles anxieux de l'adulte. Octobre 2006. [En ligne] Consulté le 18 Juillet 2016 sur :

http://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/9698d423c76ea69ed0a2678ff7a2b2b3.pdf

[7] Ministère chargé de la Santé. Plan psychiatrie et Santé mentale 2011-2015. [En ligne] Consulté le 15 Juillet 2016 sur :

http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_Psychiatrie_et_Sante_Mentale_2011-2015.pdf

[8] Dumesnil H, Cortaredonas S, Cavillon M, et al. La prise en charge de la dépression en médecine générale de ville. Études et résultats. DRESS. 2012;810. [En ligne] Consulté le 12 Juin 2016 sur :

http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er810.pdf

[9] Murray CJ, Lopez AD. Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020: Global Burden of Disease Study. Lancet. 1997;349:1498-504.

[10] Boussageon R, Gilbert D. Traitement de la dépression de l'adulte en médecine générale. Les antidépresseurs sont-ils efficaces ? Une revue de la littérature. Médecine. 2012;8:203.

[11] Dascotte J. Les déterminants de la prescription des antidépresseurs en médecine générale : enquête qualitative réalisée auprès de 10 médecins généralistes de Nice et sa région. Thèse de médecine. Université de Nice-Sophia Antipolis Faculté de médecine; 2011.

[12] Chan Chee C, Beck F, Sapinho D, et al. La dépression en France. Saint-Denis : INPES, coll. Études santé, 2009 : 208 p.

[13] Consensus Mondial sur la Responsabilité Sociale des Facultés de Médecine, 2010. [En ligne] Consulté le 20 Septembre 2016 sur :

http://healthsocialaccountability.sites.olt.ubc.ca/files/2011/06/11-06-03-gcsa-french-pdf-style.pdf

[14] Stahl SM. Depression and Bipolar Disorder : Stahl's Essential Psychopharmacology, 3 ed. Cambrigde University Press; 2008 ;3 :141-26.

[15] Berlim MT, Turecki G. Definition, assessment, and staging of treatment-resistant refractory major depression: a review of current concepts and methods. Can J Psychiatry. 2007;52:46-54.

[16] Cabut S. Maladies mentales : la classification DSM-5 en VF [En ligne] Consulté le 28 Juin 2016 sur :

http://www.lemonde.fr/sciences/article/2015/07/06/maladies-mentales-la-classification-dsm-5-en-vf_4672803_1650684.html

[17] Poirot I. Syndromes dépressifs et échelles d'évaluation. Médecine du sommeil. 2005;5:38-41.

[18] Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The Patient Health Questionnaire-2: validity of a two-item depression screener. Med Care. 2003;41:1284–92.

[19] Whooley MA, Avins AL, Miranda J, Browner WS. Case-finding instruments for depression. Two questions are as good as many. J Gen Intern Med. 1997;12:439-45.

[20] Demyttenaere K, Bruffaerts R, Posada-Villa J, et al. Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. JAMA. 2004;291:2581-90.

[21] European Commission. The State of Mental Health in the European Union. 2004. [En ligne] Consulté le 3 Juillet 2016 sur :

http://ec.europa.eu/health/ph_projects/2001/monitoring/fp_monitoring_2001_frep_06_en.pdf

[22] Beck F, Guignard R. La dépression en France (2005-2010) : prévalence, recours au soin et sentiment d'information de la population. Santé Homme. 2012;(421):43-5.

[23] Kessler RC, Berglund P, Demler O, et al. The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). JAMA. 2003;289:3095-10.

[24] Sullivan PF, Neale MC, Kendler KS. Genetic epidemiology of major depression: review and meta-analysis. Am J Psychiatry. 2000;157:1552-62.

[25] Lépine J-P, Gasquet I, Kovess V, et al. Prévalence et comorbidité des troubles psychiatriques dans la population générale française : résultats de l'étude épidémiologique ESEMeD/MHEDEA 2000. Encéphale. 2005;31:182-94.

[26] Morin T. Episodes dépressifs : des situations multiples. Etudes et résultats. DREES. 2008;661. [En ligne] Consulté le 3 Juillet 2016 sur :

http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er661.pdf

[27] Mossner R, Mikova O, Koutsilieri E, et al. Consensus paper of the WFSBP Task Force on Biological Markers: biological markers in depression. World J Biol Psychiatry. 2007;8:141-74.

[28] Sartorius A, Hellweg R, Litzke J et al. Correlations and discrepancies between serum and brain tissue levels of neurotrophins after electroconvulsive treatment in rats. Pharmacopsychiatry. 2009;42:270-6. Epub 2009 Nov 18.

[29] Blugeot A, Rivat C, Bouvier E et al. Vulnerability to depression: from brain neuroplasticity to identification of biomarkers. J Neurosci. 2011;31:12889-99.

[30] Hyde CL, Nagle MW, Tian C et al. Identification of 15 genetic loci associated with risk of major depression in individuals of European descent. Nat Genet. 2016;48:1031-6. Epub 2016 Aug 1.

[31] Murphy JM, Burke JD Jr, Monson RR et al. Mortality associated with depression: a forty-year perspective from the Stirling County Study. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2008;43:594-601.

[32] Institut national de la statistique et des études économiques. Etat des lieux du suicide en France. [En ligne] Consulté le 29 Septembre 2016 sur :

http://social-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-mentale-et-psychiatrie/article/etat-des-lieux-du-suicide-en-france

[33] INSERM. Institut National de la Santé et de la recherche médicale. Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès. [En ligne] Consulté le 29 Septembre 2016 sur :

http://www.cepidc.inserm.fr/site4/

[34] Philippe A. Epidémiologie du suicide. La Revue du praticien. 2011;61:175.

[35] Martens EJ, de Jongue P. Developing depression after a myocardial infarction increases risk of cardiac mortality but pre-existing depression does not. Evid Based Ment Health. 2009;12:8.

[36] Anderson RJ, Freedland KE, Clouse RE, Lustman PJ. The prevalence of comorbid depression in adults with diabetes: a meta-analysis. Diabetes Care. 2001;24:1069-78.

[37] Kessler RC, Merikangas KR, Wang PS. The prevalence and correlates of workplace depression in the national comorbidity survey replication. J Occup Environ Med. 2008;50:381-90.

[38] Lepine JP, Gastpar M, Mendlewicz J, Tylee A. Depression in the community: the first pan-European study DEPRES (Depression Research in European Society). Int Clin Psychopharmacol. 1997;12:19-29.

[39] CNAMTS (2013). Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses : propositions de l'Assurance maladie pour 2014, Rapport au ministère chargé de la Sécurité

sociale et au Parlement sur l'évolution des charges et des produits de l'Assurance maladie au titre de 2014. [En ligne] Consulté le 01 Septembre 2016 sur :

http://www.ameli.fr/rapport-charges-et-produits-2014/data/catalogue.pdf

[40] Le Pape A, Lecomte T. Prévalence et prise en charge médicale de la dépression. France 1996-1997. CREDES; 1999. [En ligne] Consulté le 02 Aout 2016 sur :

http://www.irdes.fr/Publications/Rapports1999/rap1277.pdf

[41] Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S et al. Use of mental health services in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. Acta Psychiatr Scand Suppl. 2004;(420):47-54.

[42] Kovess-Masfety V, Alonso J, Brugha TS, Angermeyer MC, Haro JM, Sevilla- Dedieu C. Differences in lifetime use of services for mental health problems in six European countries. Psychiatr Serv. 2007;58:213-20.

[43] Montano CB, Montano MB. A New Paradigm for Treating Depression in the Primary Care. [En ligne] Consulté le 15 Juin 2016 sur :

www.medscape.com/viewprogram/2022_pnt.

[44] Driessen E, Hollon SD. Cognitive behavioral therapy for mood disorders: efficacy, moderators and mediators. Psychiatr Clin North Am. 2010;33:537-55.

[45] Bymaster FP, McNamara RK, Tran PV. New approaches to developing antidepressants by enhancing monoaminergic neurotransmission. Expert Opin Investig Drugs. 2003;12:531-43.

[46] European Medicines Agency. EMA confirms positive benefit-risk for antidepressant Valdoxan/Thymanax (agomelatine). [En ligne] Consulté le 15 Juin 2016 sur :

http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/Press_release/2014/09/WC500173636.pdf

[47] Pour mieux soigner, des médicaments à écarter : bilan 2015. Revue Prescrire. 2015;35:144-51.

[48] Barbui C, Cipriani A, Furukawa TA et al. Making the best use of available evidence: the case of new generationantidepressants: a response to: are all antidepressants equal? Evid Based Ment Health. 2009;12:101-4.

[49] Cipriani A, Furukawa TA, Salanti G et al. Comparative efficacy and acceptability of 12 new-generation antidepressants: a multiple-treatments meta-analysis. Lancet. 2009;373:746-58.

[50] Rahimi R, Nikfar S, Abdollahi M. Efficacy and tolerability of Hypericum perforatum in major depressive disorder in comparison with selective serotonin reuptake inhibitors: a meta-analysis. Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry. 2009;33:118-27.

[51] Shelton RC. St John's wort (Hypericum perforatum) in major depression. J Clin Psychiatry. 2009;70 Suppl 5:23-7.

[52] UK ECT Review Group. Efficacy and safety of electroconvulsive therapy in depressive disorders: a systematic review and meta-analysis. Lancet. 2003;361:799-808.

[53] Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES). Prise en charge d'un épisode dépressif isolé de l'adulte en ambulatoire. Recommandations avril 2002. [En ligne] Consulté le 08 aout 2016 sur :

http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_608233/prise-en-charge-d-un-episodedepressif-isole-de-l-adulte-en-ambulatoire

[54] Davidson JR. Major depressive disorder treatment guidelines in America and Europe. J Clin Psychiatry. 2010;71 Suppl E1:e04.

[55] American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with major depressive disorder (revision). Am J Psychiatry. 2000;157:1-45.

[56] Howland RH. Sequenced Treatment Alternatives to Relieve Depression (STAR*D). Part 1&2: Study outcomes. J Psychosoc Nurs Ment Health Serv. 2008;46:21-4.

[57] Lecadet J, Vidal P, Paris B. Médicaments psychotropes : consommation et pratiques de prescription en France métropolitaine. Données nationales, 2000. Rev Med Assu Mal. 2010;34:75-83.

[58] Meijer WE, Heerdink ER, Leufkens HG, Herings RM, Egberts AC, Nolen WA. Incidence and determinants of long-term use of antidepressants. Eur J Clin Pharmacol. 2004;60:57-61.

[59] Demyttenaere K, Bonnewyn A, Bruffaerts R et al. Clinical factors influencing the prescription of antidepressants and benzodiazepines: results from the European study of the epidemiology of mental disorders (ESEMeD). J Affect Disord. 2008;110:84-93.

[60] Haute Autorité de Santé. UE 3 : Maturation - Vulnérabilité - Santé mentale - Conduites addictives (53-78). [En ligne] Consulté le 25 Septembre 2016 sur :

http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2608438/fr/ue-3-maturation-vulnerabilite-sante-mentale-conduites-addictives-q53-78

[61] Légifrance. Arrêté du 8 avril 2013 relatif au régime des études en vue du premier et du deuxième cycle des études médicales. [En ligne] Consulté le 12 Aout 2016 sur :

https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000027343762&categorieLien=id

[62] Faculté de Médecine et de Pharmacie, Université de Poitiers. Programme du DES de Médecine Générale. Années universitaires 2015-2017. [En ligne] Consulté le 03 Octobre 2016 sur :

http://medphar.univ-poitiers.fr/formation/medecine-generale/3eme-cycle/

[63] Houcke F, Leonard D. Evaluation de l'enseignement théorique du Diplôme d'Etudes Spécialisées de Médecine Générale de la Faculté de médecine de Lille au cours de l'année 2005.

[64] Marion E, Tattevin-Fablet F. Evaluation de la formation théorique au DES de médecine générale à Rennes. 2011.

[65] Girardeau S. Implantation et Validation des GEAPI dans le cursus du 3e cycle des études de Médecine Générale. Mémoire DIU Pédagogie. Université Tours Poitiers Limoges ; 2010.

[66] Charlin B, Kazi-Tani D, Gagnon R, Thivierge R. Le test de concordance comme outil d'évaluation en ligne du raisonnement des professionnels en situation d'incertitude. Revue internationale des technologies en pédagogie universitaire. 2005;2:22-7.

[67] Fournier JP, Demeester A, Charlin B. Script concordance tests: guidelines for construction. BMC Med Inform Decis Mak. 2008;8:18.

[68] Hennebo N. Guide de l'analyse par théorisation ancrée, 2009. [En ligne] Consulté le 18 Juin 2016 sur :

http://www.theorisationancree.fr/guide.pdf

[69] Burcusa SL, Iacono WG. Risk for recurrence in depression. Clin Psychol Rev. 2007;27:959-85.

[70] Mitchell AJ, Vaze A, Rao S. Clinical diagnosis of depression in primary care: a meta-analysis. Lancet. 2009;374:609-19.

[71] Assurance Maladie. Classification Commune des Actes Médicaux 2015. [En ligne] Consulté le 3 Octobre 2016 sur :

http://www.ameli.fr/accueil-de-la-ccam/trouver-un-acte/fiche-abregee.php?code=ALQP003

[72] Gilbody S, Sheldon T, Wessely S. Should we screen for depression? BMJ. 2006;332:1027-30.

[73] Gilbody S, Sheldon T, House A. Screening and case-finding instruments for depression: a metaanalysis. CMAJ. 2008;178:997-1003.

[74] O'Connor EA, Whitlock EP, Beil TL, et al. Screening for Depression in Adult Patients in Primary Care Settings: A Systematic Evidence Review. Ann Intern Med. 2009;151:793-803.

[75] Freeman AC, Sweeney K. Why general practitioners do not implement evidence: qualitative study. Brit Med J. 2001;323:1100-2.

[76] De Meyere M. Un questionnaire ultra court de dépistage de la dépression valide en première ligne de soins? Minerva. 2008;7:26-7.

[77] Morvan M. Barrières à l'utilisation des outils de diagnostic de la dépression en médecine de famille. Etude qualitative par entretiens individuels semi-directifs auprès de médecins généralistes du Nord-Finistère. Thèse de Médecine. Université de Brest, Faculté de médecine;2014.

[78] Kirsch I, Deacon BJ, Huedo-Medina TB, Scoboria A, Moore TJ, Johnson BT. Initial severity and antidepressant benefits: a meta-analysis of data submitted to the Food and Drug Administration. PLoS Med. 2008;5:e45.

[79] Fournier JC, DeRubeis RJ, Hollon SD, et al. Antidepressant drug effects and depression severity: a patient-level meta-analysis. JAMA. 2010;303:47-53.

[80] Turner EH, Matthews AM, Linardatos E, Tell RA, Rosenthal R. Selective publication of antidepressant trials and its influence on apparent efficacy. N Engl J Med. 2008;358(3):252-60.

[81] Collège National pour la Qualité des Soins en Psychiatrie. Les courriers échangés entre médecins généralistes et psychiatres lors d'une demande de première consultation par le médecin généraliste pour un patient adulte présentant un trouble mental avéré ou une souffrance psychique. Recommandation de bonne pratique 2010. [En ligne] Consulté le 23 Aout 2016 sur :

http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1050358/fr/les-courriers-echanges-entre-medecins-generalistes-et-psychiatres-lors-d-une-demande-de-premiere-consultation-par-le-medecin-generaliste-pour-un-patient-adulte-presentant-un-trouble-mental-avere-ou-une-souffrance-psychique

[82] Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann-Coblentz L, Zerr P. La consultation du patient à risque suicidaire en médecine générale. Généralistes et psychiatres: une relation compliquée. Médecine. 2008;6:279-83.

[83] INSERM. Psychothérapie. Trois approches évaluées. Paris : INSERM, 2004. p.49-69.

[84] Cogneau J, Liard F, Pouchain D. Amélioration de la prise en charge des patients déprimés, l'apport de tables rondes de médecins généralistes. La Revue du Praticien. 2009;59:16-22.

[85] ISNAR IMG. Guide de l'apprentissage dans une logique par compétences ou comment mieux appréhender les évaluations du D.E.S. de médecine générale, 2013. [En ligne] Consulté le 25 Septembre 2016 sur :

http://www.isnar-img.com/wp-content/uploads/apprentissage-par-competences-le-guide.pdf

[86] Simpson M, Buckman R, Stewart M, et al. Doctor-patient communication: the Toronto consensus statement. BMJ. 1991;303:1385-87.

[87] Dehning S, Gasperi S, Krause D, et al. Emotional and cognitive empathy in first-year medical students. ISRN Psychiatry. 2013;2013:801530.

[88] Olariu V, Responsabilité sociale de la faculté médecine de Poitiers : le ressenti des internes de médecine générale, 2013. [En ligne] Consulté le 29 Septembre 2016 sur :

http://theseimg.fr/1/sites/default/files/th%C3%A8se%20Vanessa%20Olariu.pdf

[89] Arrêté fixant la liste et la réglementation des diplômes d'études spécialisées de médecine;2004. [En ligne] Consulté le 11 Octobre 2016 sur :

https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000807238

[90] Mari-Turret C. SASPAS: enquête nationale sur le vécu des internes de médecine générale en stage de novembre 2003 à avril 2004. Thèse de Médecine. Université de Brest, Faculté de médecine;2004.

[91] Manjarrès C, Renard V. Influence du stage ambulatoire en soins primaire en autonomie supervisée (SASPAS) sur la formation et sur les compétences des jeunes médecins

généralistes, étude comparative. Thèse de Médecine. Université de Paris-Est Créteil, Faculté de médecine;2012.

[92] Bammert T. Evolution des compétences après un stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée : étude des perceptions des étudiants en médecine générale par la méthode du focus. Thèse de médecine. Université d'Angers, Faculté de médecine;2008.

[93] Vincent N. Evaluation du ressenti des internes de TCEM 3 de la Faculté de Médecine De Poitiers par rapport aux GEAPI. Thèse de médecine. Université de Poitiers, Faculté de médecine;2014

[94] Kannas S. La lettre de la Mission Nationale d'Appui en santé Mentale. Quelle coopération entre médecins généralistes et secteurs de psychiatrie ?. [En ligne] Consulté le 8 Septembre 2016 sur :

https://planpsy2011.wordpress.com/2011/12/21/quelle-cooperation-entre-medecins-generalistes-et-secteurs-de-psychiatrie-mission-nationale-dappui-en-sante-mentale/

[95] Briffault X, Caria A, Finkelstein C et al. INPES. La dépression, en savoir plus pour en sortir. [En ligne] Consulté le 25 Septembre 2016 sur :

http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1057.pdf

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1. Critères diagnostiques d'un épisode dépressif caractérisé récidivant selon la CIM-10.
Tableau 2. Critères diagnostiques d'un épisode dépressif caractérisé selon le DSM-V.
Tableau 3. Prévalence de l'épisode dépressif caractérisé (EDC) en population générale en France à partir des Baromètres santé 2005 et 2010.
Tableau 4. Comorbidités de l'épisode dépressif - Enquête SMPG.
Tableau 5. Indications des différents anti dépresseurs : source ANSM.
Tableau 6. Semestre des internes n'utilisant aucune échelle d'évaluation de la dépression.
Tableau 7. Comparatif du temps de traitement de l'antidépresseur en fonction du semestre en cours de l'étudiant.
Tableau 8. Statistiques Descriptives de l'aisance de la prise en charge du patient dépressif versus semestre en cours.
Tableau 9. Statistiques Descriptives de la formation au cours de l'externat versus semestre en cours.
Tableau 10. Statistiques Descriptives de la formation au cours de l'internat versus semestre en cours.

LISTE DES FIGURES

Figure 1. Montant des dépenses remboursées par pathologie en France en 2011.
Figure 2 : Choix des modalités de traitement de l'épisode dépressif caractérisé (adapté de l'APA, 2000).
Figure 3. Organigramme du recueil de données de l'étude.
Figure 4. Semestre en cours des 54 internes en médecine générale ayant répondu au questionnaire.
Figure 5. Provenance des connaissances en matière de prise en charge de la dépression des internes en médecine générale.
Figure 6 : Echelles d'évaluation de la dépression utilisée par les internes en médecine générale.
Figure 7. Comparatif du panel d'experts et des IMG sur les différents symptômes rendant l'hypothèse diagnostique plus probable dans un episode dépressif caractérisé.
Figure 8. Thérapeutiques utilisées pour soigner un patient dépressif chez les internes en médecine générale.
Figure 9. Introduction d'un antidépresseur lors de la première consultation devant un syndrome dépressif d'intensité moyenne durant plus de 3 semaines.
Figure 10. Association d'un anxiolytique à l'antidépresseur en cas de prise en charge médicamenteuse.
Figure 11. Durée du traitement antidépresseur laissé en place par les internes de médecine générale devant un premier épisode dépressif d'intensité modérée.
Figure 12. Antidépresseurs utilisés pour traiter un syndrome dépressif d'intensité modéré par les internes en médecine générale.
Figure 13. Les critères de choix du traitement antidépresseur

Figure 14. Nombre de patients atteints de dépression caractérisée légère à modérée, améliorés sur 1000 s'ils choisissent de prendre un placebo.
Figure 15. Nombre de patients atteints de dépression caractérisée légère à modérée, améliorés sur 1000 s'ils choisissent de prendre un antidépresseur.
Figure 16. Arrêt de travail proposé par les internes.
Figure 17. Aisance dans la prise en charge de la dépression.
Figure 18. Satisfaction de sa formation au cours de l’externat et l’internat dans la prise en charge de la dépression.

ANNEXE 1 : QUESTIONNAIRE :

Questionnaire comprenant 15 questions à choix multiples sur la prise en charge de la dépression et 5 questions ouvertes :

1) Etes-vous interne de Médecine Générale en :
a- 1er semestre
b- 2ème semestre
c- 3ème semestre
d- 4ème semestre
e- 5ème semestre
f- 6ème semestre

2) Votre connaissance de la prise en charge de la dépression provient :
(Plusieurs réponses possibles.)
a- Formation théorique lors de l'externat et/ou l'internat
b- Stage d'externe en psychiatrie
c- Stage d'interne en psychiatrie
d- Stage de niveau 1 chez le praticien
e- stage dit SASPAS
f- stage d'interne en milieu hospitalier
g- DU
h- Publications de médecine générale
i- Publications spécialisées
j- Formation continue
k- Groupe de pairs
l- Visiteurs médicaux
j- autres :

3) Quel(s) test(s) d'évaluation de la dépression utilisez-vous ?
(Plusieurs réponses possibles.)
a- Le Questionnaire sur la santé du patient-9 (PHQ-9)
b- L'Inventaire de dépression de Beck
c- L'Echelle de dépression de Hamilton
d- L'Echelle de dépression de Montgomery et Asberg (MADRS)
e- Aucun
Autre :

4) Vous revoyez en consultation un patient vu une semaine auparavant pour un épisode dépressif caractérisé et vous constatez qu'il présente :
A- Une humeur triste :
–2 : cela rend l'hypothèse diagnostique beaucoup moins probable
–1 : cela rend l'hypothèse moins probable
0 : cela n'a aucun effet sur l'hypothèse diagnostique
+1 : cela rend l'hypothèse diagnostique plus probable
+2 : cela rend l'hypothèse beaucoup plus probable
B- Une diminution de l'intérêt ou du plaisir pour des activités normalement agréables
C- Une réduction de l'énergie, ainsi qu'une augmentation de la fatigabilité
D- Une perte de confiance en soi, une dévalorisation, une culpabilité excessive ou inappropriée
E- Une durée des symptômes de plus de 2 semaines
F- Des idées noires

G- Une agitation ou un ralentissement psychomoteur
H- Un trouble de la concentration
I- Un antécédent d'épisode dépressif caractérisé
J- Des troubles du sommeil de type insomnie
K- Une Anorexie ou une prise de poids importante
L- Des idées suicidaires

5) Quelles thérapeutiques utilisez-vous pour soigner un patient dépressif ?
a- Homeopathie
b- Phytothérapie (ex : Millepertuis,...)
c- Antidépresseurs
d- Anxiolytiques
e- Psychothérapie de soutien
f- Thérapies cognitives et comportementales
g- Adresser le patient à un psychologue ou un psychiatre
h- Groupes d'entraides
i- Autres :

6) Devant un syndrome dépressif d'intensité moyenne durant plus de 3 semaines, introduisez-vous un antidépresseur lors de la première consultation ?
a- Jamais
b- Parfois
c- Souvent
d- Toujours

7) En cas de prise en charge médicamenteuse, associez-vous à l'antidépresseur un anxiolytique ?
a- Jamais
b- Parfois
c- Souvent
d- Toujours

8) Devant un premier épisode dépressif d'intensité modérée, combien de temps laisserez-vous le traitement antidépresseur prescrit à priori ? (Une seule réponse possible)
a- Moins de 3 mois
b- Entre 3 à 6 mois
c- Entre 6 mois et 1 an
d- Entre 1 et 2 ans
e- Plus de 2ans

9) Quel(s) antidépresseur(s) utilisez-vous pour traiter un syndrome dépressif d'intensité modéré ?
a- Tricycliques (Anafranil®, Laroxyl®)
b- IMAO (Moclamine®)
c- IRS (Seroplex®, Effexor®, Seropram®)
d- IRNS (Effexor®, Cymbalta®)
e- Agomélatine (Valdoxan®)
f- Autres antidépresseurs (Stablon®, Athymil®)
g- autres :

10) Sur quel(s) critère(s) repose(nt) votre choix d'antidépresseur ?
a- Médicament déjà utilisé auparavant par le patient
b- Habitudes de prescription du médecin où vous étiez en stage
c- Connaissances acquises au cours de votre formation

d- autres :

11) Vous discutez de la prise d'un antidépresseur avec 1000 patients atteints de dépression majeure légère à modérée, combien seront améliorés après 8 à 12 semaines, s'ils choisissent :

A-de ne pas prendre un antidépresseur (et prennent un placebo) ?
B-de prendre un antidépresseur ?

12) Proposez-vous systématiquement un arrêt de travail ?
a- Jamais
b- Parfois
c- Souvent
d- Toujours

13) Je suis à l'aise dans ma prise en charge de la dépression :
(1 étant pas du tout, 10 : totalement)

14) Je suis satisfait de ma formation au cours de l'externat sur la prise en charge de la dépression :
(1 étant pas du tout, 10 : totalement)

15) Je suis satisfait de ma formation au cours de l'internat sur la prise en charge de la dépression :
(1 étant pas du tout, 10 : totalement)

Partie qualitative :

16 - Qu'est-ce qui vous a permis de vous former dans la prise en charge de la dépression ?

17- Qu'elles sont les ressources que vous avez utilisées pour vous former dans la prise en charge de la dépression ?

18- Quelles ressources utiliserez-vous pour améliorer vos compétences dans la prise en charge de la dépression ?

19- Qu'elles seraient vos propositions pour améliorer la formation dans la prise en charge du patient dépressif ?

20- Comment percevez-vous la prise en charge de la dépression en médecine libérale ?

UNIVERSITE DE POITIERS

Faculté de Médecine et de Pharmacie

SERMENT

⌘⌖⌘⌖⌘

En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

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

⌘⌖⌘⌖⌘

ABSTRACT

Introduction : Depression is a major and growing public health problem. The global consensus on social accountability of medical schools stresses that it is the duty of medical faculties to answer such medical needs of the society.

Aim of the study : Evaluate the perception of the handling of depressive patients, establish its state of the art, and identify the educational needs reported by medical students in training for general practice in the French region of Poitou-Charentes.

Method : Qualitative and quantitative prospective study in the form of a poll consisting of 15 multiple choice questions and 5 open questions, conducted among 54 medical interns in training at doctor's practices in Poitou-Charentes.

Results and Discussion : Students in final training of general practice (so-called *third cycle* in France) underline variable, subjective, and therefore practitioner dependent patient care, although supervisions conducted during training seem to be privileged. Their reported self-confidence in handling this pathology was 4.85/10 in average. Half of the interns of this panel pointed the need for theoretical courses during the educational third cycle while the current training is based on skills learning. New ways to improve education in depressive patient care are here proposed, including thematic awareness days, continuous medical training, short internships in psychiatric units, and increasing the importance given to the topic in exchange and analysis groups for intern practices. The educational needs of general practice interns already compare to those of established physicians.

Conclusions : In light of the prevalence of the major depressive disorder, the quality of its handling ought to be reinforced during internship already, especially since general practitioners are of primary care, since the pathology is time consuming, and since the majority of patients will be handled by the family doctor alone.

Keywords : Depression, Education, Students, General Practice

RESUME

Introduction : La dépression est un problème de santé publique majeur croissant. Le Consensus Mondial sur la Responsabilité Sociale des Facultés de Médecine insiste sur l'obligation des facultés à répondre aux besoins de la population en matière de santé.

Objectif de l'étude : Evaluer la perception sur la prise en charge du patient dépressif et établir un état des lieux et besoins ressentis en termes de formation par les internes de médecine générale du Poitou-Charentes.

Méthode : Etude quantitative et qualitative prospective sous forme d'un questionnaire de 15 questions à choix simples ou multiples et 5 questions ouvertes, menée auprès de 54 internes en médecine générale en stage chez le praticien du Poitou-Charentes.

Résultats et discussion : Les étudiants de troisième cycle des études de médecine générale soulignent une pratique variable, subjective et donc « médecin-dépendante » pour traiter la dépression bien que les supervisions réalisées au cours de la formation semblent détenir une position privilégiée. La moyenne de leur aisance dans ce domaine est ainsi estimée à 4,85/10. La moitié des internes de notre étude sont en demande de cours théoriques pendant le troisième cycle bien que la pédagogie actuelle soit fondée sur les apprentissages, dans une approche par compétences. Des pistes ont été proposées dans la formation de la prise en soin du patient dépressif. Les journées à thèmes, la formation médicale continue, les stages cours en psychiatrie ou encore une place plus conséquente du sujet en groupe d'échange et d'analyse des pratiques d'internes en font partie. Les besoins en formation dès l'internat de médecine générale sont comparables à ceux des médecins généralistes en activité.

Conclusion : Au vu de la prévalence de l'épisode dépressif caractérisé, la qualité de la prise en charge de la dépression devrait être renforcée dès l'internat, d'autant que les médecins généralistes sont de premiers recours, que la pathologie est chronophage et que la majeure partie des patients sera suivie uniquement par le médecin traitant.

Mots clés : Dépression, Formation, Etudiants, Médecine générale.