

Académie d'Orléans –Tours
Université François-Rabelais

FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

Année 2015

N°

Thèse

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'Etat

Par

BERTHE Clotilde
Née le 13/07/1987 à Chartres (28)

Présentée et soutenue publiquement le 19 Octobre 2015

TITRE

L'AUTO-QUESTIONNAIRE PSYCHIATRIQUE COMME MOYEN D'AMELIORER
LA PRISE DE CONSCIENCE DE LA DEPRESSION.
ENQUÊTE EN MEDECINE GENERALE EN REGION CENTRE.

Jury

Président de Jury : Monsieur le Professeur Vincent CAMUS
Membres du jury : Monsieur le Professeur Nemat JAAFARI
Monsieur le Professeur Wissam EL HAGE
Madame le Docteur Stéphanie ROULLIER
Monsieur le Maître de Conférences Maël LEMOINE

UNIVERSITE FRANCOIS RABELAIS
FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

DOYEN

Professeur Patrice DIOT

VICE-DOYEN

Professeur Henri MARRET

ASSESSEURS

Professeur Denis ANGOULVANT, *Pédagogie*
Professeur Mathias BUCHLER, *Relations internationales*
Professeur Hubert LARDY, *Moyens – relations avec l'Université*
Professeur Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ, *Médecine générale*
Professeur François MAILLOT, *Formation Médicale Continue*
Professeur Philippe ROINGEARD, *Recherche*

SECRETAIRE GENERALE

Madame Fanny BOBLETER

DOYENS HONORAIRES

Professeur Emile ARON (†) – 1962-1966
Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962
Professeur Georges DESBUQUOIS (†)- 1966-1972
Professeur André GOUAZÉ - 1972-1994
Professeur Jean-Claude ROLLAND – 1994-2004
Professeur Dominique PERROTIN – 2004-2014

PROFESSEURS EMERITES

Professeur Alain AUTRET
Professeur Catherine BARTHELEMY
Professeur Jean-Claude BESNARD
Professeur Patrick CHOUTET
Professeur Etienne DANQUECHIN-DORVAL
Professeur Guy GINIES
Professeur Olivier LE FLOCH
Professeur Etienne LEMARIE
Professeur Chantal MAURAGE
Professeur Léandre POURCELOT
Professeur Michel ROBERT
Professeur Jean-Claude ROLLAND

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. Ph. ANTHONIOZ - A. AUDURIER – Ph. BAGROS - G. BALLON – P. BARDOS - J. BARSOTTI
A. BENATRE - Ch. BERGER – J. BRIZON - Mme M. BROCHIER - Ph. BURDIN - L. CASTELLANI
J.P. FAUCHIER - B. GRENIER – A. GOUAZE – M. JAN – J.-P. LAMAGNERE - F. LAMISSE – J. LANSAC – J.
LAUGIER - G. LELORD - G. LEROY - Y. LHUINTE - M. MAILLET - Mlle C. MERCIER – J. MOLINE - Cl.
MORAINE - J.P. MUH - J. MURAT - Ph. RAYNAUD – JC. ROLLAND – Ch. ROSSAZZA - Ph. ROULEAU - A.
SAINDELLE - J.J. SANTINI - D. SAUVAGE – J. THOUVENOT - B. TOUMIEUX - J. WEILL.

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

MM.	ALISON Daniel.....	Radiologie et Imagerie médicale
	ANDRES Christian.....	Biochimie et Biologie moléculaire
	ANGOULVANT Denis.....	Cardiologie
	ARBEILLE Philippe.....	Biophysique et Médecine nucléaire
	AUPART Michel.....	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
	BABUTY Dominique.....	Cardiologie
	BALLON Nicolas.....	Psychiatrie ; Addictologie
Mme	BARILLOT Isabelle.....	Cancérologie ; Radiothérapie
MM.	BERNARD Louis.....	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
	BEUTTER Patrice.....	Oto-Rhino-Laryngologie
	BINET Christian.....	Hématologie ; Transfusion
	BODY Gilles.....	Gynécologie et Obstétrique
	BONNARD Christian.....	Chirurgie infantile
	BONNET Pierre.....	Physiologie
Mme	BONNET-BRILHAULT Frédérique.....	Physiologie
MM.	BOUGNOUX Philippe.....	Cancérologie ; Radiothérapie
	BRILHAULT Jean.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
	BRUNEREAU Laurent.....	Radiologie et Imagerie médicale
	BRUYERE Franck.....	Urologie
	BUCHLER Matthias.....	Néphrologie
	CALAIS Gilles.....	Cancérologie ; Radiothérapie
	CAMUS Vincent.....	Psychiatrie d'adultes
	CHANDENIER Jacques.....	Parasitologie et Mycologie
	CHANTEPIE Alain.....	Pédiatrie
	COLOMBAT Philippe.....	Hématologie ; Transfusion
	CONSTANS Thierry.....	Médecine interne ; Gériatrie et Biologie du vieillissement
	CORCIA Philippe.....	Neurologie
	COSNAY Pierre.....	Cardiologie
	COTTIER Jean-Philippe.....	Radiologie et Imagerie médicale
	COUET Charles.....	Nutrition
	DANQUECHIN DORVAL Etienne.....	Gastroentérologie ; Hépatologie
	DE LA LANDE DE CALAN Loïc.....	Chirurgie digestive
	DE TOFFOL Bertrand.....	Neurologie
	DEQUIN Pierre-François.....	Thérapeutique ; médecine d'urgence
	DESTRIEUX Christophe.....	Anatomie
	DIOT Patrice.....	Pneumologie
	DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague.....	Anatomie & Cytologie pathologiques
	DUMONT Pascal.....	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
	EL HAGE Wissam.....	Psychiatrie adultes
	FAUCHIER Laurent.....	Cardiologie
	FAVARD Luc.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
	FOUQUET Bernard.....	Médecine physique et de Réadaptation
	FRANCOIS Patrick.....	Neurochirurgie
	FROMONT-HANKARD Gaëlle.....	Anatomie & Cytologie pathologiques
	FUSCIARDI Jacques.....	Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale ; médecine d'urgence
	GAILLARD Philippe.....	Psychiatrie d'Adultes
	GYAN Emmanuel.....	Hématologie ; thérapie cellulaire
	GOGA Dominique.....	Chirurgie maxillo-faciale et Stomatologie
	GOUDEAU Alain.....	Bactériologie -Virologie ; Hygiène hospitalière
	GOUPILLE Philippe.....	Rhumatologie
	GRUEL Yves.....	Hématologie ; Transfusion
	GUERIF Fabrice.....	Biologie et Médecine du développement et de la reproduction
	GUILMOT Jean-Louis.....	Chirurgie vasculaire ; Médecine vasculaire
	GUYETANT Serge.....	Anatomie et Cytologie pathologiques
	HAILLOT Olivier.....	Urologie
	HALIMI Jean-Michel.....	Thérapeutique ; médecine d'urgence (Néphrologie et Immunologie clinique)
	HANKARD Régis.....	Pédiatrie
	HERAULT Olivier.....	Hématologie ; transfusion
	HERBRETEAU Denis.....	Radiologie et Imagerie médicale
Mme	HOMMET Caroline.....	Médecine interne, Gériatrie et Biologie du vieillissement
MM.	HUTEN Noël.....	Chirurgie générale
	LABARTHE François.....	Pédiatrie
	LAFFON Marc.....	Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale ; médecine d'urgence
	LARDY Hubert.....	Chirurgie infantile
	LASFARGUES Gérard.....	Médecine et Santé au Travail
	LAURE Boris.....	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
	LEBRANCHU Yvon.....	Immunologie
	LECOMTE Thierry.....	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

- Clotilde BERTHE -

3

- Thèse de doctorat en médecine -

	LESCANNE Emmanuel	Oto-Rhino-Laryngologie
	LINASSIER Claude	Cancérologie ; Radiothérapie
	LORETTE Gérard	Dermato-Vénéréologie
	MACHET Laurent	Dermato-Vénéréologie
	MAILLOT François	Médecine Interne
	MARCHAND-ADAM Sylvain	Pneumologie
	MARRET Henri	Gynécologie et Obstétrique
	MARUANI Annabel	Dermatologie
	MEREGHETTI Laurent	Bactériologie-Virologie ; Hygiène hospitalière
	MORINIERE Sylvain	O.R.L.
	MULLEMAN Denis	Rhumatologie
	PAGES Jean-Christophe	Biochimie et biologie moléculaire
	PAINTAUD Gilles	Pharmacologie fondamentale, Pharmacologie clinique
	PATAT Frédéric	Biophysique et Médecine nucléaire
	PERROTIN Dominique	Réanimation médicale ; médecine d'urgence
	PERROTIN Franck	Gynécologie et Obstétrique
	PISELLA Pierre-Jean	Ophtalmologie
	QUENTIN Roland	Bactériologie-Virologie ; Hygiène hospitalière
	REMERAND Francis	Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale
	ROBIER Alain	Oto-Rhino-Laryngologie
	ROINGEARD Philippe	Biologie cellulaire
	ROSSET Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
	ROYERE Dominique	Biologie et Médecine du développement et de la Reproduction
	RUSCH Emmanuel	Epidémiologie, Economie de la Santé et Prévention
	SALAME Ephrem	Chirurgie digestive
	SALIBA Elie	Biologie et Médecine du développement et de la Reproduction
Mme	SANTIAGO-RIBEIRO Maria	Biophysique et Médecine Nucléaire
MM.	SIRINELLI Dominique	Radiologie et Imagerie médicale
	THOMAS-CASTELNAU Pierre	Pédiatrie
Mme	TOUTAIN Annick	Génétique
MM.	VAILLANT Loïc	Dermato-Vénéréologie
	VELUT Stéphane	Anatomie
	WATIER Hervé	Immunologie.

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

M.	LEBEAU Jean-Pierre	Médecine Générale
Mme	LEHR-DRYLEWICZ Anne-Marie	Médecine Générale

PROFESSEURS ASSOCIES

MM.	MALLET Donatien	Soins palliatifs
	POTIER Alain	Médecine Générale
	ROBERT Jean	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme	ANGOULVANT Théodora	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique : addictologie
M.	BAKHOS David	Physiologie
Mme	BERNARD-BRUNET Anne	Biostatistiques, Informatique médical et Technologies de Communication
M.	BERTRAND Philippe	Biostatistiques, Informatique médical et Technologies de Communication
Mme	BLANCHARD Emmanuelle	Biologie cellulaire
	BLASCO Hélène	Biochimie et biologie moléculaire
M.	BOISSINOT Éric	Physiologie
Mme	CAILLE Agnès	Biostatistiques, Informatique médical et Technologies de Communication
M.	DESOUBEAUX Guillaume	Parasitologie et mycologie
Mme	DUFOUR Diane	Biophysique et Médecine nucléaire
M.	EHRMANN Stephan	Réanimation médicale
Mme	FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie	Anatomie et Cytologie pathologiques
M.	GATAULT Philippe	Néphrologie
Mmes	GAUDY-GRAFFIN Catherine	Bactériologie - Virologie ; Hygiène hospitalière
	GOUILLEUX Valérie	Immunologie
	GUILLON-GRAMMATICO Leslie	Biostatistiques, Informatique médical et Technologies de Communication
MM.	HOARAU Cyrille	Immunologie
	HOURIOUX Christophe	Biologie cellulaire
Mmes	LARTIGUE Marie-Frédérique	Bactériologie - Virologie ; Hygiène hospitalière
	LE GUELLEC Chantal	Pharmacologie fondamentale ; Pharmacologie clinique
	MACHET Marie-Christine	Anatomie et Cytologie pathologiques

- Thèse de doctorat en médecine -

MM.	PIVER Eric	Biochimie et biologie moléculaire
	ROUMY Jérôme	Biophysique et médecine nucléaire in vitro
Mme	SAINT-MARTIN Pauline	Médecine légale et Droit de la santé
MM.	SAMIMI Mahtab	Dermatologie
	TERNANT David	Pharmacologie – toxicologie
Mme	VALENTIN-DOMELIER Anne-Sophie	Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière
M.	VOURC'H Patrick	Biochimie et Biologie moléculaire

MAITRES DE CONFERENCES

Mme	ESNARD Annick	Biologie cellulaire
M.	LEMOINE Maël	Philosophie
Mme	MONJAUZE Cécile	Sciences du langage - Orthophonie
M.	PATIENT Romuald	Biologie cellulaire

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE

Mmes	HUAS Caroline	Médecine Générale
	RENOUX-JACQUET Cécile	Médecine Générale

CHERCHEURS INSERM - CNRS - INRA

M.	BOUAKAZ Ayache	Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
Mmes	BRUNEAU Nicole	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
	CHALON Sylvie	Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
MM.	CHARBONNEAU Michel	Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 7292
	COURTY Yves	Chargé de Recherche CNRS – UMR INSERM 1100
	GAUDRAY Patrick	Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 7292
	GILOT Philippe	Chargé de Recherche INRA – UMR INRA 1282
	GOUILLEUX Fabrice	Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 7292
Mmes	GOMOT Marie	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
	GRANDIN Nathalie	Chargée de Recherche CNRS – UMR CNRS 7292
	HEUZE-VOURCH Nathalie	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
MM.	KORKMAZ Brice	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
	LAUMONNIER Frédéric	Chargé de Recherche INSERM - UMR INSERM 930
	LE PAPE Alain	Directeur de Recherche CNRS – UMR INSERM 1100
Mme	MARTINEAU Joëlle	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
MM.	MAZURIER Frédéric	Directeur de Recherche INSERM – UMR CNRS 7292
	MEUNIER Jean-Christophe	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 966
	RAOUL William	Chargé de Recherche INSERM – UMR CNRS 7292
Mme	RIO Pascale	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 1069
M.	SI TAHAR Mustapha	Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Pour la Faculté de Médecine

Mme	BIRMELE Béatrice	Praticien Hospitalier (<i>éthique médicale</i>)
M.	BOULAIN Thierry	Praticien Hospitalier (<i>CSCT</i>)
Mme	CRINIERE Lise	Praticien Hospitalier (<i>endocrinologie</i>)
M.	GAROT Denis	Praticien Hospitalier (<i>sémiologie</i>)
Mmes	MAGNAN Julie	Praticien Hospitalier (<i>sémiologie</i>)
	MERCIER Emmanuelle	Praticien Hospitalier (<i>CSCT</i>)

Pour l'Ecole d'Orthophonie

Mme	DELORE Claire	Orthophoniste
MM.	GOUIN Jean-Marie	Praticien Hospitalier
	MONDON Karl	Praticien Hospitalier
Mme	PERRIER Danièle	Orthophoniste

Pour l'Ecole d'Orthoptie

Mme	LALA Emmanuelle	Praticien Hospitalier
M.	MAJZOUB Samuel	Praticien Hospitalier

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Vincent CAMUS,

Professeur des Universités en Psychiatrie à la Faculté de Médecine de Tours

Chef de service de la Clinique Psychiatrique Universitaire

Je vous remercie d'avoir accepté d'être le Président du Jury de cette thèse.

Je vous remercie pour votre disponibilité et vos conseils, dont j'ai pu profiter lors de mon choix de spécialité, ainsi que tout au long de mon internat.

Je vous remercie d'avoir su mêler rigueur et humanité dans l'enseignement de la psychiatrie que j'ai reçu durant ces quatre années.

Veillez trouver ici l'expression de mon plus profond respect et de ma gratitude.

A Monsieur le Professeur Nemat JAAFARI,

Professeur des Universités en Psychiatrie à la Faculté de Médecine de Poitiers

Je vous remercie d'avoir accepté de juger ce travail.

Je vous remercie pour la qualité de vos enseignements lors des regroupements régionaux du DES de psychiatrie à Rennes. Je vous remercie également pour vos conseils dans l'élaboration du protocole de thèse, ainsi que de m'avoir partagé vos dernières réflexions de recherche sur l'insight lors du CPNLF de Tours.

Veuillez trouver ici le témoignage de mon plus profond respect et de ma sincère reconnaissance.

A Monsieur le Professeur Wissam EL HAGE,

Professeur des Universités en Psychiatrie à la Faculté de Médecine de Tours

Je vous remercie d'avoir accepté de diriger cette thèse, malgré un sujet risqué.

Je vous remercie d'avoir rendu ce travail possible, et de m'avoir guidée tout au long de ce parcours.

Lors de mon externat, vous aviez déjà su m'impressionner par cet art de mêler humour et rigueur de travail, duo très appréciable qui vous est propre. Je vous remercie de m'avoir fait profiter durant l'internat de la diversité de vos connaissances, de vos compétences diagnostique et thérapeutique, et de votre esprit de synthèse. Je vous remercie de m'avoir laissée abuser de ces qualités tout au long de la réalisation de cette thèse. Je vous remercie pour votre grande disponibilité, pour la rapidité de vos réponses, pour vos conseils avisés et pour votre patience durant l'année.

Veillez trouver ici le témoignage de mon plus profond respect et de ma gratitude.

A Madame le Docteur Stéphanie ROULLIER,

Docteur en médecine générale et ostéopathe en cabinet libéral à Tours

Je vous remercie d'avoir accepté de participer au jury de cette thèse.

Je vous remercie de m'avoir fait profiter, lors de nos échanges de cette année de TCC, de votre ouverture d'esprit concernant la pratique médicale, et de la diversité de vos connaissances aux horizons variés.

Veillez recevoir ici le témoignage de mon plus profond respect et de ma gratitude.

A Monsieur le Maître de Conférences Maël LEMOINE,

Maître de conférences en philosophie des sciences biomédicales à la Faculté de Médecine de Tours

Je vous remercie d'avoir accepté de participer au jury de cette thèse.

C'est grâce à votre proposition d'UERSH de « philosophie des neurosciences » que mon choix d'internat s'est fixé à Tours. Je vous remercie pour cette approche philosophique originale du monde scientifique, pour vos séminaires de philosophie et d'histoire de la psychiatrie. Je vous remercie pour votre capacité à avoir rendu accessibles des concepts philosophiques qui ne l'étaient pas toujours, à avoir suscité le questionnement et accompagné la progression de pensées naissantes, ainsi que de m'avoir permis d'élargir ma réflexion sur une discipline qui va être la mienne de nombreuses années.

Veillez trouver ici le témoignage de mon plus profond respect et de ma gratitude.

A l'ensemble de mes maîtres de stage pendant ces quatre années d'internat

Aux Docteurs **Bertrand MICHEL** et Laurence JOLY, psychiatres de l'équipe de liaison au CHR d'Orléans, *stage qui fut la révélation de mon internat. Par votre passion et vos compétences respectives (TCC, approche mère-bébé), vos conseils, votre supervision, vous avez su me redonner confiance. Merci de m'avoir encouragée dans l'élaboration de cette thèse, dès la naissance de son sujet durant mon stage, puis tout au long de cette laborieuse année.*

Au Docteur **Eric BOISSICAT**, chef du service de psychiatrie de Blois, *sans qui je n'aurai pas découvert aussi tôt la notion d'insight, la maîtrise des injections d'antipsychotiques LP, ou encore la Thérapie-Inter-Personnelle! Merci pour la confiance que tu fais à tes jeunes internes.*

Aux Docteurs **Antoine FONTAINE**, Nathalie GISBERT, Laetitia ALBERTINI, psychiatres de la clinique institutionnelle de Saumery, *qui m'ont permis de goûter à l'originalité de cette approche psychiatrique enrichissante, avec ses joies et ses conflits.*

Au Docteur **Emmanuelle PAPAZOGLU**, seule pédopsychiatre de l'Indre, *avec le mérite de savoir garder un dynamisme et une compétence à toute épreuve.*

Au Docteur **Elisabeth MOUNIER**, Aurélie WEISS, Didier LEPEYTRE, addictologues à Morancez, *qui m'ont soutenue dans mes débuts de thèse.*

Aux Docteurs **Vincent ROUYER**, Anne-Laure CHAMPAGNE, Pierre STEHLE, pédopsychiatres au CMP de Châteaudun, *qui m'ont encouragée dans les chemins tortueux de la fin de thèse, et la transition vers mes nouvelles fonctions d'assistante.*

Aux équipes de chacun de mes stages : *infirmières, secrétaires, cadres, aides-soignantes, ASH, psychologues, psychomotriciens, ergothérapeutes, musicothérapeutes, assistantes sociales, enseignants... toutes ces rencontres dont j'ai beaucoup reçu, tant humainement que professionnellement. La bienveillance de Ronsard en psy D pour mon 1^{er} semestre, à Blois : la remarquable persévérance de Belle-Île et les fou-rires de Ouessant, les « monsieur-madame » de la CPU, le Club de Saumery, la riche diversité des petits-moyens-ados de Châteauroux, les « jeunes, vifs et dynamiques » Estelle et Arnaud de psy de liaison, la mémorable ambiance de Morancez, les CMP de Blois et de Nogent, la grande équipe de Châteaudun avec toutes mes petites mamans... Merci pour l'énergie que vous déployez au quotidien pour le soin de ces patients en souffrance et pour leur famille.*

A l'ensemble des personnes ayant contribué à cette thèse : tous les internes de

médecine générale de Tours et les médecins de la région Centre, pour leur précieuse aide sans laquelle ce projet n'aurait jamais pu aboutir. Au Dr VALERY du D.I.M. du CHRO, pour avoir pris le temps de réexpliquer les bases statistiques à la novice que j'étais. Au Pr MAILLOT et au Dr HUGUET, pour m'avoir ouvert des portes grâce aux « jeudis du généraliste ». A toutes ces rencontres de patients sans lesquelles l'idée de ce sujet ne me serait pas venue, et aux patients ayant accepté de participer à l'étude.

A mes co-internes

A mes acolytes de la grande aventure du CNIPsy 2013: Charlotte, Julie, Marion, mes idoles de pertinence, d'organisation et de calme .

A mes co-galériens de thèse : Guillaume, la Jeanoche, Toinac, Vivien, Benoît, Adrien, Anaïs, Diane, et bientôt Marco et Alex... Et à chacun d'entre vous, de quelques années mes aînés ou mes cadets, pour ces moments passés ensemble à découvrir les paysages variés de notre spécialité si riche, moments qui vont se poursuivre encore avec plaisir !

A mes co-internes somaticiens sans qui l'internat d'Orléans et Châteauroux n'aurait pas eu autant de peps. A Cécilia, ses MMS de soutien et son soleil du Sud.

A l'équipe du service de psychiatrie D, les Docteurs Jérôme GRAUX, P-G BARBE, Sandrine COGNET, Antoine BRAY, pour votre confiance pour les deux ans à venir.

A ma famille

A mon père, ma mère, mes deux frères Benoît et Vianney, vous qui m'avez toujours soutenue dans cette persévérante épopée, souvent orageuse, qu'ont été ces dix ans de médecine. La future psychiatre que je suis ne peut que vous remercier de m'avoir transmis l'héritage de vos qualités, si complémentaires, et si nécessaires au métier : l'attention envers les plus faibles de papa, et le bon sens de maman.

A l'ensemble de ma famille. Merci pour vos encouragements depuis les débuts.

A la famille St Jean, toutes ces grandes amitiés rencontrées au festival depuis 14 ans qui m'ont donné le goût du dépassement, ainsi qu'au CODOR 2015 qui m'a entourée de son soutien durant toute l'année. A « la filiation » fHM, Mathilde, Agathe, pour cette solide amitié qui nous unit. A mes filleules, Louise et Elisandre.

A toutes les surprises de la vie qui vont encore arriver...

Soli Deo Gloria.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté,
de mes chers condisciples
et selon la tradition 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.

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS	6
SERMENT D'HIPPOCRATE	13
RESUME / ABSTRACT.....	17
MOTS-CLEFS / KEYWORDS	19
LISTE DES ABREVIATIONS	20
INTRODUCTION	22
MATERIEL ET METHODES	27
1. PARTICIPANTS.....	28
1.1 RECRUTEMENT.....	28
1.1.1 <i>Mode de recrutement des patients.....</i>	<i>28</i>
1.1.1.1 > Critères de sélection :	28
1.1.1.2 > Critères de non inclusion :	28
1.1.1.3 > Taille de l'échantillon :	28
1.1.2 <i>Lieu et durée du recrutement.....</i>	<i>29</i>
1.1.3 <i>Mode de recrutement des praticiens.....</i>	<i>29</i>
1.1.3.1 > Les internes :	29
1.1.3.2 > Les praticiens formateurs :	30
1.1.3.3 > Des médecins généralistes de FMC :	30
2 METHODES.....	31
2.1 DESIGN DE L'ETUDE.....	31
2.1.1 <i>Déroulement.....</i>	<i>31</i>
2.1.2 <i>Les « Fiches Duo ».....</i>	<i>31</i>
2.1.2.1 > Fiche médecin :	32
2.1.2.2 > Fiche patient :	32
2.1.3 <i>Catégorisation en zone urbaine</i>	<i>33</i>
2.1.4 <i>Analyse des motifs de consultation.....</i>	<i>33</i>
2.1.4.1 > Consultations avec motifs psychologiques :	33
2.1.4.2 > L'ensemble des motifs de consultation:	34
2.2 LES ECHELLES D'EVALUATION.....	34
2.2.1 <i>PHQ9.....</i>	<i>35</i>
2.2.2 <i>EN de moral</i>	<i>37</i>
2.2.3 <i>Ecart de mesure : EN estimée-EN attendue</i>	<i>39</i>
2.2.4 <i>SUMD.....</i>	<i>41</i>
2.2.5 <i>PHQ2.....</i>	<i>42</i>
3 STATISTIQUES	43
4 ACCORD DU COMITE D'ETHIQUE.....	43
RESULTATS	45
1 CARACTERISTIQUES DE L'ECHANTILLON	46
1.1 RECRUTEMENT.....	46
1.2 CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES.....	46
1.3 ANTECEDENTS PSYCHIATRIQUES ET SOURCES DE CONNAISSANCES.....	47
1.4 MOTIFS DE CONSULTATION	47
1.5 LES SIGNES DEPRESSIFS.....	48
1.6 HETERO-EVALUATION DE L'INSIGHT : SUMD	49
2 EFFETS DE L'AUTO-QUESTIONNAIRE DE DEPRESSION	50
2.1 RESULTATS AUX ECHELLES : EN ET PHQ9	50
2.2 LES CHANGEMENTS D'ESTIMATION : EN-A ≠ EN-B	52
2.2.1 <i>Description des changements.....</i>	<i>52</i>

2.2.2	Caractéristiques cliniques de la sous-population C+.....	52
2.3	CORRELATION ENTRE ESTIMATION SUBJECTIVE ET SEVERITE OBJECTIVE.....	53
2.4	REVELATION D'ELEMENTS DEPRESSIFS.....	56
2.4.1	Les idées suicidaires.....	56
2.4.2	Les symptômes sévères et très sévères.....	56
2.5	SYNTHESE	58
3	L'INSIGHT DES PATIENTS ATTEINTS DE DEPRESSION EN MEDECINE GENERALE	59
3.1	DESCRIPTION DE LA POPULATION CIBLE : LES PATIENTS EDC+	59
3.2	L'HETERO-EVALUATION DE L'INSIGHT : SUMD	62
3.3	TROIS TROUBLES DE L'INSIGHT.....	63
3.3.1	Le cas des dépressions masquées (EDC+ $\supset$ P-).....	63
3.3.2	Les erreurs de jugement initial (EDC+ $\supset$ ErjI+)	64
3.3.3	Les erreurs de jugement final (EDC+ $\supset$ ErjF+)	64
3.4	SYNTHESE	65
4	DEPISTAGE DE LA DEPRESSION.....	67
4.1	RESULTATS AU PHQ2.....	67
4.2	PROPOSITION DU NOUVEAU TEST DE DEPISTAGE	68
4.2.1	Test de dépistage utilisant seulement l'EN.....	68
4.2.2	Test de dépistage associant EN et conséquences fonctionnelles.....	68
4.2.2.1	> Validité intrinsèque :	69
4.2.2.2	> Validité extrinsèque :	70
4.2.2.3	> Enoncé du test :	70
	DISCUSSION	71
1	L'IMPACT DE L'AUTO-QUESTIONNAIRE DE DEPRESSION	72
1.1	PRENDRE CONSCIENCE	72
1.1.1	La baisse de l'humeur	72
1.1.2	Les cas de dépression masquée.....	76
1.1.3	Eviter les suicides.....	79
1.2	DETECTER LES SYMPTOMES.....	80
2	UN NOUVEAU TEST DE DEPISTAGE.....	83
3	L'INSIGHT DANS LA DEPRESSION	87
4	LIMITES DE L'ETUDE.....	92
	CONCLUSION	93
	ANNEXES	97
	BIBLIOGRAPHIE.....	113
	ANNEXE 1- « FICHES DUO ».....	97
	ANNEXE 2- NOTICE D'INFORMATION DESTINEE AU PATIENT.....	105
	ANNEXE 3- ZONAGE EN AIRES URBAINES DE LA REGION CENTRE	106
	ANNEXE 4- CRITERES D'UN EPISODE DEPRESSIF MAJEUR, DSM-IV-TR.....	107
	ANNEXE 5- AVIS DU COMITE D'ETHIQUE POUR LES RECHERCHE NON INTERVENTIONNELLES (CERNI) TOURS-POITIERS	108
	ANNEXE 6- CATEGORISATION DES MOTIFS DE CONSULTATION AMENES PAR LES PATIENTS SUR L'ENSEMBLE DE L'ECHANTILLON.....	109
	ANNEXE 7- CATEGORISATION DES MOTIFS DE CONSULTATION REPERES PAR LES MEDECINS SUR L'ENSEMBLE DE L'ECHANTILLON.....	110
	ANNEXE 8- ENONCES PRECIS DES MOTIFS DE CONSULTATION AMENES PAR LES PATIENTS ET REPERES PAR LES MEDECINS, REPERTOIRES DANS LES CATEGORIES DE SYMPTOMES.	111
	ANNEXE 9- NOMBRE DE CONSULTATIONS PRESENTANT OU NON UN MOTIF D'ORDRE PSYCHOLOGIQUE	112

TABLE DES ILLUSTRATIONS

TABLEAUX :

TABEAU I- TABLEAU DE CORRESPONDANCE ENTRE SEVERITE DU SCORE AU PHQ9 ET RESULTAT ATTENDUE A L'EN	40
TABEAU II- CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES DE L'ECHANTILLON.....	46
TABEAU III- ANTECEDENTS PSYCHIATRIQUES ET CONNAISSANCES DE L'ECHANTILLON	47
TABEAU IV- CLASSEMENT HIERARCHISE DES MOTIFS DE CONSULTATION.....	48
TABEAU V- CLASSEMENT DES SYMPTOMES DEPRESSIFS SELON LE MODE DE DETECTION	49
TABEAU VI- DETAILS DES RESULTATS EN-A, PHQ9, ET DES ERREURS DE JUGEMENT INITIAL DANS L'ECHANTILLON	51
TABEAU VII- TABLEAU DE CORRELATIONS ENTRE EN ET PHQ9 DANS L'ECHANTILLON	54
TABEAU VIII- CARACTERISTIQUES DES PATIENTS AVEC DIAGNOSTIC DE DEPRESSION CONFIRME	59

FIGURES:

FIGURE 1- SCHEMATISATION DU PROTOCOLE DE L'ETUDE.....	44
FIGURE 2- RESULTATS DE L'ECHANTILLON AUX ITEMS DU PHQ9	48
FIGURE 3- DIAGRAMME DE DISPERSION EN-B/PHQ9 DE L'ECHANTILLON	53
FIGURE 4- COMPARAISON DU NOMBRE DE SYMPTOMES DEPRESSIFS DETECTES PAR LES PATIENTS, LES MEDECINS, LE PHQ9	57
FIGURE 5- COMPARAISON DES PROFILS DEPRESSIFS ENTRE EDC+ ET EDC-	62
FIGURE 6- DIAGRAMME DE CORRELATION ENTRE LE RESULTAT AU PHQ2 ET LE RESULTAT AU PHQ9 DANS L'ECHANTILLON	68
FIGURE 7- DIAGRAMME DE CORRELATION ENTRE LE SCORE EN-A+CF ET LE RESULTAT AU PHQ9 DANS L'ECHANTILLON ...	69

RESUME

INTRODUCTION : Les médecins généralistes manquent de moyens pour faire face à l'inflation de dépressions, souvent atypiques et sous-diagnostiquées. L'un des obstacles à la prise en charge est le manque de reconnaissance des symptômes par les patients. Le but de cette étude est d'observer l'impact de la passation d'un auto-questionnaire sur la prise de conscience des patients suspectés en dépression.

MATERIEL ET METHODES : Etude observationnelle quantitative. Des internes et des médecins de la région Centre ont été sollicités pour inclure en cabinet de médecine générale, pendant 3 mois, des patients de 18 à 65 ans suspectés de dépression au cours d'une consultation. Le patient remplissait une fiche incluant une échelle numérique de moral (EN : 0= pire moral imaginable, et 10= meilleur moral), puis un auto-questionnaire de dépression (le PHQ9 : 9 items dépressifs du DSM-IV). Enfin, en fonction de l'impact des éléments découverts à l'auto-questionnaire, le patient pouvait modifier ou pas son estimation initiale du moral. Une hétéro-évaluation du niveau de conscience des patients face à leur trouble était faite parallèlement par les praticiens (SUMD).

RESULTATS : Inclusion de 43 patients. L'auto-questionnaire de dépression a eu un impact sur un quart de l'échantillon ($n=11$, 26%). Il a permis d'améliorer l'adéquation de l'échantillon entre la sévérité subjective estimée à l'EN et la sévérité objective mesurée au PHQ9 (*NS*), avec un coefficient de corrélation final fort ($r=-0,75$, $p<0,001$). L'auto-questionnaire révèle des symptômes dépressifs non évoqués par les patients : des idées suicidaires (30%, $n=13$, $p<0,01$), et plusieurs symptômes très sévères ($p<0,05$). L'hétéro-évaluation du niveau de conscience des patients déprimés ($n=21$, 49%) était bon (SUMD=3,9/15), mais la corrélation finale entre l'EN et le PHQ9 était faible ($r=-0,56$, $p<0,01$), résultat à partir duquel nous décrivons 3 types d'erreurs d'estimation. A l'issue de ces observations nous proposons un nouveau test de dépistage basé seulement sur 2 questions : estimation du moral et de son retentissement (Se=85% et Sp=90%).

CONCLUSION : La promotion des auto-questionnaires de dépression en médecine générale doit être poursuivie du fait de leur utilité multiple, et la diffusion de questionnaires brefs de dépistage encouragée.

ABSTRACT

TITLE: PSYCHIATRIC SELF-ASSESSMENT QUESTIONNAIRE AS A MEANS OF ENHANCING AWARENESS OF DEPRESSION: GENERAL MEDICINE SURVEY IN FRENCH REGION OF CENTRE.

INTRODUCTION: General Practitioners (GPs) lack capacity to affront the increase in cases of depression, frequently atypical and underdiagnosed. One of the obstacles to care is the lack of recognition of symptoms by patients. The purpose of this study is to observe the impact of a self-report questionnaire on the awareness of patients suspected of depression.

MATERIAL AND METHODS: Quantitative observational study. Interns and GPs of the French region of Centre, were requested to include 18 to 65 years old patients suspected of depression for primary care consultation for 3 months. The patient completed a form incorporating a numerical scale of the mood (EN: 0= worst imaginable mood, 10= best mood), and a depression self-report scale (PHQ9: 9 items depressive DSM-IV). Finally, depending on the impact of the elements discovered at the self-report scale, the patient had the possibility to amend or not his initial estimate of his mood. A hetero-assessment of the level of consciousness of patients concerning their disorder was made concurrently by GPs (SUMD).

RESULTS: Inclusion of 43 patients. The self-report questionnaire of depression had an impact on one quarter of the sample ($n=11$, 26%). It improved the adequacy between the estimated subjective severity to the EN and objective severity measured PHQ9 (*NS*) of the sample group, with a strong final correlation coefficient ($r=-0.75$, $p<0.001$). The self-report questionnaire revealed depressive symptoms not mentioned by patients: suicidal thoughts (30%, $n=13$, $p<0.01$), and very severe symptoms ($p<0.05$). The hetero-assessment of the level of consciousness of depressed patients ($n=21$, 49%) was good (SUMD=3.9/15), but the final correlation between EN and PHQ9 was weak ($r=-0.56$, $p<0.01$), results from which we described three types of estimation errors. Following these observations, we proposed a new screening test based only on 2 questions: estimation of mood and an estimate of its impact (Se = 85% and Sp = 90%).

CONCLUSION: Promoting self-report questionnaires for depression must be pursued in primary care because of its multiple use, and the dissemination of a brief screening test should be encouraged.

MOTS-CLEFS

- dépression
- insight
- conscience
- dépistage
- médecine générale
- auto-questionnaire
- PHQ9
- SUMD

KEYWORDS

- depression
- insight
- awareness
- screening
- primary care
- self-assessment
- PHQ9
- SUMD

LISTE DES ABREVIATIONS

CF : Conséquences fonctionnelles
CREDES : Centre de Recherche, d'Etude et de Documentation en Economie de la Santé
DES : Diplôme d'Etude spécialisée
DSM : Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux
EDC : Episode Dépressif Caractérisé
EN : Echelle Numérique
EN-A : estimation initiale du moral à l'EN avant la passation de l'auto-questionnaire
EN-B : estimation finale du moral à l'EN après la passation de l'auto-questionnaire
ErJ : Erreur de Jugement
ErJl : Erreur de Jugement Initial
ErjF : Erreur de Jugement Final
FMC : Formation Médicale Continue
FMI : Formation Médicale Initiale
HAS : Haute Autorité de Santé
INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé
NICE : National Collaborating Centre for Mental Health (UK)
NS : Non Significatif
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
PHQ9 : Patient Health Questionnaire 9 (auto-questionnaire de dépression)
PTSD : Syndrome de Stress Post Traumatique
SASPAS : Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoires Supervisé
Se : Sensibilité
Sp : Spécificité

« *Connais-toi toi-même* »

Socrate

(Vème siècle avant J-C)

*citation du plus ancien des trois préceptes
gravés sur le fronton du temple d'Apollon à Delphes
au VIIème siècle avant J-C :*

« *γνῶθι σεαυτόν* »

INTRODUCTION

L'alerte est donnée depuis de nombreuses années par les plus hautes instances de la santé mondiale: le trouble dépressif fait des dégâts sur la planète. Doit-on parler d'une épidémie mentale internationale (Pignarre, 2012)? Sa morbi-mortalité est en effet majeure: répercussions multiples sur la vie affective, sociale, professionnelle, et principale cause de suicide (Dumesnil et al., 2012). Quel est donc ce trouble mental que l'OMS prévoit devenir la première cause d'incapacité mondiale en 2030 ? Les chercheurs en psychiatrie ont donc du pain sur la planche pour comprendre au plus vite ce trouble ravageur et trouver pour leurs collègues praticiens des outils pour aider à le dépister et le traiter sur le terrain.

En effet, bien qu'appartenant au spectre des « troubles mentaux », ce n'est pas la psychiatrie qui est amenée à diagnostiquer la majorité des dépressions, mais bien la médecine générale, qui est au contact direct de la population générale, avec l'avantage d'être moins stigmatisée que la psychiatrie. Avec une prévalence entre 5 à 12% selon les études (Coldefy and Nestrigue, 2013) 67% des médecins généralistes disent être confrontés chaque semaine à des patients déprimés (Kerr et al., 1995) pouvant alors constituer leur troisième cause de consultation (Gilbody et al., 2006), et 88,8% d'entre eux disent les prendre en charge sans avoir recours aux spécialistes de santé mentale (Dumesnil et al., 2012).

Malgré cela, nombreuses, encore, sont les dépressions qui ne sont pas repérées. En 2010, 39% des personnes ayant présenté un trouble dépressif dans l'année n'a eu recours à aucun dispositif de soins selon l'INPES (Beck and Guignard, 2012).

De plus, une fois repérées, les dépressions deviennent des prises en charge compliquées pour les praticiens. 71,4% d'entre eux considèrent ces patients comme lourds à gérer, avec, comme plus grosse hantise : le risque suicidaire, et 30% jugent qu'ils n'ont pas assez de moyens à disposition pour les aider (Kerr et al., 1995).

Parmi les outils de dépistage dont peuvent disposer les médecins généralistes, se trouvent les questionnaires psychiatriques. Ils permettent d'objectiver un diagnostic de trouble dépressif, d'en établir la sévérité, ainsi que d'en suivre l'évolution au cours du temps. Leur extension se fait d'ailleurs croissante dans la pratique psychiatrique courante, grâce à l'application de ces outils en psychothérapie cognitivo-comportementale, largement reconnue pour son efficacité prouvée dans la prise en charge des dépressions notamment. Cependant, des études constatent des barrières à l'utilisation de ces questionnaires pour les médecins généralistes français en 2014 (durée des échelles, rupture relationnelle (Morvan, 2014)).

L'autre difficulté à laquelle doivent faire face les praticiens est la durée du suivi de prise en charge d'un trouble dépressif. La dépression se soigne, nous le savons. De nombreuses molécules prouvent leur entière efficacité. Mais pour atteindre cette guérison complète, 6 à 12 mois de suivi sont nécessaires après l'obtention de la rémission clinique (selon les dernières recommandations (ANAES, 2002)). Le risque d'un traitement mal conduit c'est la chronicité du trouble dépressif avec rechutes, récurrences, symptômes résiduels (HAS, 2009). Maintenir une bonne observance sur cette durée est donc primordiale et nécessite une alliance thérapeutique de qualité.

Dépistage et observance sont donc deux cibles à viser pour tenter de réduire l'épidémie dépressive. Mais comment aider ces personnes qui ne consultent pas à reconnaître ce trouble pour accéder à des soins efficaces? Comment aider les praticiens, submergés de consultations, à repérer la dépression parmi tant de symptômes à gérer au quotidien? Comment améliorer l'alliance thérapeutique avec ces patients déprimés pour maximiser leur observance et donc leur chance de guérison ?

En partant de la définition d'observance de Haynes comme l' « adéquation entre le comportement du patient et les recommandations de son médecin concernant un programme thérapeutique » (Haynes and Sackett, 1979), un moyen pour favoriser l'observance serait d'optimiser cette adéquation, c'est-à dire, chercher à améliorer la conscience clinique du patient vis à vis de ses propres symptômes.

Cette notion de « prise de conscience d'un trouble », est appelée également l'« insight ». Ce concept complexe aux définitions conflictuelles fait partie des vastes champs de travaux et de débats des chercheurs en neuropsychiatrie depuis ces vingt dernières années (Markovà and Jaafari, 2009). En fonction des spécialités de chacun, le concept peut-être vu selon 3 angles. D'un coté, les neurologues considèrent l'insight comme la capacité du patient à percevoir un déficit neurologique (son absence est alors appelée « anosognosie »). D'un autre coté, l'insight des psychiatres se résume en 3 éléments : la conscience des symptômes, la conscience du besoin du traitement et la conscience de la conséquence de la maladie. Enfin, l'insight des psychanalystes, ne considère pas le jugement sur un trouble, mais le niveau de connaissance de Soi, et, dans une vision psychodynamique, la capacité du patient à modifier son jugement à partir d'éclairages extérieurs apportés sur ses processus inconscients (Markovà and Jaafari, 2009; Widlöcher, 2002). En psychiatrie, ce concept d'insight fut d'abord largement développé aux contacts des psychoses. Mais les études actuelles tentent maintenant d'en comprendre les mécanismes en l'élargissant à l'ensemble des troubles mentaux (bipolarité (Bressi et al., 2012), TOC (Belin et al., 2011), addictions (De Sousa et al., 2011), suicides (Vilaplana et al., 2015)...). Peu d'études sont encore décrites concernant le manque d'insight dans le trouble dépressif unipolaire de l'humeur. Le peu qui existent sont faites en milieu psychiatrique (Bourgeois et al., 2002; Masson et al., 2001), avec des dépressions hospitalisées non représentatives de la majorité des dépressions de la population générale (du fait de la sévérité, ou du risque suicidaire, ou d'éléments psychotiques). Deux constats: ces patients ont une meilleure insight que dans les autres pathologies mentales (Masson et al., 2001), mais n'améliorent pas forcément leur insight après rémission clinique de certains types de dépressions (Ghaemi et al., 1997).

Or, la pratique clinique courante de la dépression nous confronte souvent à ces patients déprimés qui ont tendance à sous-estimer ou surestimer une impression de mal-être subjectif global. C'est aussi l'expérience de la population française qui, dans une enquête, se révèle à 15% d'accord avec l'idée que des personnes en dépression puissent ne pas avoir conscience de leur état (DRASS, 2009). Quel est le profil d'insight des patients de population générale présentant un trouble dépressif? Par quel moyen tenter d'améliorer l'insight des patients qui en ont moins ?

OBJECTIF PRINCIPAL DE LA THESE :

- Evaluer l'effet d'un auto-questionnaire de dépression validé, sur une estimation subjective simple de moral, chez des patients présentant un trouble dépressif en médecine générale.

OBJECTIFS SECONDAIRES :

- Décrire l'insight de patients déprimés, diagnostiqués en médecine générale. Identifier ceux qui présentent des altérations d'insight.
- Proposer aux médecins généralistes, des outils de dépistage de la dépression adaptés au contexte de la consultation ambulatoire.

MATERIEL ET METHODES

1. Participants

1.1 Recrutement

1.1.1 Mode de recrutement des patients

Les patients ont été recrutés en cabinet de médecine générale. L'étude pouvait être proposée à tout patient venant consulter et qui était repéré par le praticien comme susceptible de présenter un Episode Dépressif Caractérisé (EDC). Patient et médecin complétaient chacun un questionnaire au cours d'une consultation (« Fiches Duo », Annexe 1). La passation du questionnaire devait se faire au début de la prise en charge pour suspicion d'EDC (1^{ère} ou 2^{ème} consultation).

1.1.1.1 > Critères de sélection :

L'étude était proposée, au cours d'une consultation usuelle, à tout nouveau patient (âge compris entre 18 et 65 ans) pour lequel le praticien suspectait un EDC, évoluant depuis plus de 14 jours.

1.1.1.2 > Critères de non inclusion :

Ne devaient pas être inclus les patients :

- Pris en charge par un psychiatre au moment de l'inclusion ;
- Ayant une dépendance à l'alcool ou au cannabis ;
- Souffrant d'une schizophrénie ou d'un autre trouble psychotique ;
- Avec des antécédents d'épisode maniaque, mixte ou hypomaniaque ;
- Traités par antidépresseur depuis plus d'un mois. En effet, ces patients qui ont déjà accepté un traitement antidépresseur au long cours n'appartiennent plus à la population cible de notre étude car leur dépression n'est plus suspectée mais confirmée et traitée.

1.1.1.3 > Taille de l'échantillon :

Aucune étude n'ayant été retrouvée sur ce sujet, aucun calcul de taille d'effectif n'a pu être réalisé. Nous avons souhaité recruter un minimum de 30 sujets, en proposant le questionnaire à un maximum de patients satisfaisant les critères d'inclusion.

1.1.2 Lieu et durée du recrutement

L'étude s'est déroulée en cabinets de médecine générale de la région Centre, de Février 2015 à mi-Juin 2015.

1.1.3 Mode de recrutement des praticiens

Les praticiens recrutés pour participer à l'étude étaient :

- Des internes de médecine générale de la région Centre en stage chez le praticien pendant les semestres de Novembre 2014 et Mai 2015,
- Des médecins généralistes chez qui ces internes effectuaient leur stage,
- Des médecins généralistes ayant participé à une soirée de Formation Médicale Continue (FMC) à Tours.

1.1.3.1 > Les internes :

Nous avons contacté 117 internes ayant participé aux choix des stages chez le praticien le 8 Octobre 2014 et le 31 Mars 2015 à la Faculté de Médecine de Tours. A cette occasion, nous avons fait une présentation orale du projet de l'étude à l'ensemble des internes de médecine générale.

Nous avons recontacté 87 internes par téléphone pour réexpliquer le protocole de l'étude, son objectif, ses critères d'inclusion et d'exclusion, et leur demander un accord oral pour la participation.

Sur les 87 recrutés, 59 internes étaient en stage de niveau 1 (1^{er} stage en médecine générale ambulatoire) proposant dans la plupart des cas des consultations en présence du praticien référent, et 28 internes étaient en stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée (SASPAS), 2^{ème} stage chez le praticien ne s'adressant qu'aux internes de 5^{ème} ou 6^{ème} semestre sur les 6 stages validant la maquette du DES de médecine générale.

A l'issue de l'appel téléphonique, chaque interne recevait par courrier postal entre 1 à 10 questionnaires selon leur motivation (en moyenne 3 questionnaires par interne), accompagnés d'enveloppes timbrées pour le retour des fiches remplies.

Chacun des internes a été recontacté par SMS tous les 10 jours pour les inciter à faire passer le questionnaire.

1.1.3.2 > Les praticiens formateurs :

Au cours du stage chez le praticien, chaque interne était rattaché à 2 ou 3 médecins généralistes d'un des départements de la région Centre. Chacun des praticiens exerçait dans l'une des trois zones de proximité : zone urbaine, semi-rurale, ou rurale. La plupart des 87 internes recrutés avaient accepté de présenter l'étude à leurs praticiens référents (stage de niveau 1) ou superviseurs (SASPAS) et de leur transmettre un questionnaire afin qu'ils le fassent également passer à leurs patients. (Certains médecins ont refusé par manque de temps pendant leur consultation, un praticien a transmis son refus par écrit par manque d'intérêt pour les échelles psychométriques dans sa pratique personnelle).

1.1.3.3 > Des médecins généralistes de FMC :

Une soixantaine de médecins généralistes de la région Centre ont reçu chacun deux questionnaires avec des enveloppes retours timbrées, après une présentation orale du projet de l'étude, lors d'une soirée de FMC proposée par la Faculté de Médecine de Tours le 16 Avril 2015.

2 Méthodes

2.1 Design de l'étude

C'est une étude observationnelle quantitative sur un échantillon représentatif de la population générale (via la consultation tout venant en médecine générale). Chaque patient était son propre témoin, avec comme facteur de changement : la passation d'un auto-questionnaire de dépression pendant un rendez-vous médical (le PHQ9).

2.1.1 Déroulement

Lorsqu'au cours d'une consultation un praticien suspectait une dépression (soit parce que les plaintes du patient étaient clairement évocatrices de difficultés psychologiques de type dépressives, soit parce qu'il le décelait au cours de l'entretien pour tout autre motif de consultation), les praticiens étaient invités à utiliser des questionnaires (« Fiches Duo »).

Les dépressions suspectées pouvaient être soit un premier épisode, une rechute dépressive, ou la récurrence d'une dépression. Les consultations de suivi de traitement antidépresseur n'étaient pas prises en compte par l'étude.

L'utilisation au cours de la consultation des « Fiches duo » comportait une partie réservée au médecin et une autre pour le patient : pendant que le patient remplissait sa partie, le médecin remplissait la sienne. L'utilisation des « Fiches Duo » pouvait se faire durant cette consultation de suspicion ou lors d'une deuxième consultation, si la durée de la première ne l'avait pas permise.

2.1.2 Les « Fiches Duo »

Chaque « Fiches Duo » était numérotée et comprenait : une fiche médecin, une fiche patient, une fiche d'introduction rappelant le protocole de l'étude avec des consignes de passation ainsi qu'une notice d'information pour le patient (Annexe 2).

Chaque praticien recevait, avec les Fiches Duo, une notice d'information concernant les objectifs de l'étude avec un formulaire de consentement à retourner signé.

Le patient pouvait accepter ou refuser de remplir le questionnaire en cochant l'item correspondant en haut de sa fiche.

La « Fiche Duo » se remplissait en une fois, au cours d'une consultation de médecine générale. La durée de passation était entre 7 et 15 minutes selon les retours des différents praticiens.

2.1.2.1 > Fiche médecin :

La fiche médecin permettait de qualifier le praticien investigateur (interne ou médecin généraliste), le lieu de passation du questionnaire (tampon du cabinet), de connaître les motifs de consultation repérés par le praticien, ainsi que des renseignements cliniques. Le praticien qualifiait la dépression suspectée selon la classification DSM-IV-TR, avec une définition du DSM sous chaque classe : premier épisode dépressif caractérisé, rechute dépressive, récurrence, dépression chronique ; la présence de certaines comorbidités psychiatriques et d'un traitement antidépresseur en cours. Il se terminait par un questionnaire d'hétéro-évaluation où le praticien devait évaluer la conscience que le patient pouvait percevoir de son trouble (échelle SUMD).

2.1.2.2 > Fiche patient :

La fiche patient était anonyme. Elle permettait de renseigner des éléments sociodémographiques (année de naissance, statut marital, niveau d'étude), le motif de consultation, connaître l'état des connaissances du patient sur la dépression (TV, presse, radio, entourage proche, expérience personnelle) ainsi que ses contacts passés avec la psychiatrie (hospitalisation, suivi plus de 3 séances avec un psychiatre, rencontre avec un psychiatre) et des antidépresseurs. Chaque patient devait également évaluer à 2 reprises son moral sur une Echelle Numérique (EN, de 0 à 10 points) avant et après (EN-A et EN-B) la passation de l'auto-questionnaire de dépression validé choisi pour l'étude (le PHQ9). Nous observions ensuite la différence entre ces deux notes EN-A et EN-B afin d'évaluer l'impact de cet auto-questionnaire de dépression sur la conscience que le patient se fait de la sévérité de son moral.

2.1.3 Catégorisation en zone urbaine

Pour l'analyse statistique, afin de catégoriser les différents sites urbains des lieux de passation des « Fiches Duo », nous avons choisi de nous appuyer sur le nom de la commune inscrite sur le tampon du praticien sur la fiche médecin, avec la typologie Z.A.U. 2010 (nouveau Zonage en Aires Urbaines) définie par l'Insee.

Le Z.A.U. décrit l'influence des villes sur le territoire, sans pour autant en établir une partition entre urbain et rural comme dans la précédente typologie Z.A.U.E.R. de 1999 (Zonage en Aires Urbaines et Aires d'Emploi de l'Espace Rural). La méthode est la même et le seuil fixé a été conservé, dans les versions précédentes du zonage, à 40% d'actifs pour définir l'attraction de ces pôles. La géographie communale est celle en vigueur au 1er janvier 2011. Nous avons utilisé les caractéristiques de Z.A.U. proposées pour chaque commune via une carte interactive mise en ligne sur le site de l'Observatoire des territoires (animé par le CGET, Commissariat Général à l'Egalité des Territoires) (Annexe 3).

Nous définissons 3 catégories de sites :

- **Site urbain** : comprenant grands pôles, couronnes des grands pôles ;
- **Site semi-urbain** : comprenant communes multi-polarisées des grandes aires urbaines, pôles moyens, couronnes des pôles moyens ;
- **Site rural** : comprenant petits pôles, couronnes des petits pôles, autres communes multi-polarisées, communes isolées hors influence des pôles.

2.1.4 Analyse des motifs de consultation

2.1.4.1 > Consultations avec motifs psychologiques :

L'analyse qualitative de l'ensemble des motifs présentés par un patient sur sa consultation nous permettra de rechercher la présence d'au moins une plainte pouvant renvoyer à une difficulté psychologique (mal-être, manifestations anxieuses ou dépressives, épuisement professionnel...). En l'absence d'au moins un motif en rapport avec une difficulté de ce genre, les patients seront considérés comme venant consulter sans plainte psychologique (P-, voir Figure 1).

2.1.4.2 > *L'ensemble des motifs de consultation:*

Les motifs de consultation présentés par les patients et détectés par les médecins seront répartis en plusieurs catégories (avec plus ou moins de sous-catégories selon la pertinence des motifs qui seront retrouvés). Un patient peut avoir plusieurs motifs entrant dans une même catégorie, mais qu'un seul motif de ses motifs dans une sous-catégorie

Chaque médecin va pouvoir également repérer des motifs de consultations multiples, qui seront catégorisés selon le même principe que les patients.

L'analyse statistique des catégories ne s'intéressera qu'aux effectifs de motifs retrouvés dans chacune d'elles. Alors que l'analyse statistique des sous-catégories sera faite par rapport à un effectif de patients retrouvés dans ces dernières.

2.2 Les échelles d'évaluation

Nous avons choisi 4 questionnaires validés pour leur pertinence en situation de soins ambulatoires :

- **le PHQ9** (Patient Health Questionnaire 9) : échelle d'auto-évaluation de dépression (Kroenke et al., 2001) ;
- **l'EN** (Echelle Numérique) : échelle d'évaluation de l'intensité du moral (utilisée dans l'évaluation de la douleur, Jensen et al., 1986). Nous avons établi un système d'évaluation de l'écart de mesure à l'EN comme adéquation subjectif/objectif ;
- **la SUMD** (Scale to assess Unawareness of Mental Disorder) : échelle d'hétéro-évaluation de l'absence de conscience des troubles du patient (Amador et al., 1993) ;
- **le PHQ2** (Patient Health Questionnaire 2) : échelle de dépistage de dépression à 2 items (Kroenke et al., 2003).

2.2.1 PHQ9

L'objectif du PHQ9 est de diagnostiquer une dépression et d'en évaluer l'intensité par le remplissage d'un auto-questionnaire.

Parmi les nombreux auto-questionnaires validés de dépression qui existent, le choix s'est porté vers une échelle validée en français, simple et très rapide (moins de 5 minutes, Rozefort and Bélanger, 2012) pour répondre aux modalités contraignantes d'une durée de consultation de médecine générale. Ce questionnaire est d'ailleurs largement utilisé au niveau international en soins ambulatoires, pour la brièveté de sa passation entre autres (Gilbody et al., 2007). Sa version française est très répandue dans les recherches canadiennes et suisses et par les praticiens de ce pays dans le dépistage des EDC en médecine ambulatoire (Brawand-Bron and Guillaibert, 2010; Rozefort and Bélanger, 2012).

L'origine du PHQ9 est le questionnaire de santé du patient (Patient Health Questionnaire, PHQ) qui correspond à une partie de la version auto-administrée de l'instrument PRIME-MD (Spitzer et al., 1999). Le PHQ évalue les troubles mentaux courants (humeur, anxiété, troubles somatoformes, alcool, troubles alimentaires).

La cotation des 9 items de l'échelle de dépression du PHQ donne 4 possibilités d'intensité pour chacun des 9 critères de dépression du DSM-IV (Annexe 4), avec un score de 0 à 3 pour chaque item, selon leur fréquence sur les 14 derniers jours : 0= « pas du tout », 1= « plusieurs jours », 2= « plus de la moitié du temps », et 3= « presque tous les jours ».

Les intitulés de chaque symptôme dépressif exploré par le PHQ9 sont les suivants :

1. Anhédonie : « une diminution marquée d'intérêt ou de plaisir dans vos activités ? » (PHQ9-1).
2. Tristesse: « un sentiment d'abattement, de dépression ou de perte d'espoir ? » (PHQ9-2).
3. Troubles du sommeil: « des difficultés à vous endormir, à rester endormi(e) ou au contraire une tendance à trop dormir. » (PHQ9-3).
4. Asthénie: « une sensation de fatigue ou de manque d'énergie ? » (PHQ9-4).
5. Troubles de l'appétit: « un manque ou un excès d'appétit ? » (PHQ9-5).
6. Idées de culpabilité, dévalorisation: « une mauvaise opinion de vous-même :

- l'impression que vous êtes un(e) raté(e) ou que vous vous êtes laissé(e) aller ou que vous avez négligé votre famille ? » (PHQ9-6).
7. Troubles de la concentration: « de la peine à vous concentrer, par ex. pour lire ou regarder la télévision ? » (PHQ9-7).
 8. Ralentissement ou agitation: « l'impression de parler ou de vous déplacer si lentement que cela se remarquait, ou au contraire une fièvre ou agitation telle que vous ne tenez plus en place ? » (PHQ9-8).
 9. Idées suicidaires: « pensez-vous que vous préféreriez être mort(e) ou pensez à vous faire du mal ? » (PHQ9-9).

Le diagnostic d'EDC selon le DSM-IV peut être confirmé par le PHQ9, soit par une analyse algorithmique des réponses aux items soit par une lecture quantitative continue du score total au PHQ9 (Gilbody et al., 2007) .

L'analyse algorithmique est établie à partir de la définition même du DSM-IV (Annexe 4) présence d'au moins 5 items sur les neuf plus de la moitié du temps pendant 14 jours incluant l'un des 2 symptômes capitaux (avoir 5 items avec un score de 2 ou 3/3 incluant au moins PHQ9-1 ou PHQ9-2). **D'« autres troubles dépressifs »** seront à considérer si 2 à 4 items sont présents plus de la moitié du temps (score de 2 ou 3) incluant au moins l'un des deux premiers items.

L'analyse quantitative du PHQ9 se fait sur une mesure continue de sévérité de la dépression (somme des scores des 9 items). Ce résultat peut aller de 0 à 27. Le score a été catégorisé selon la sévérité. Le seuil de chaque catégorie a été choisi de manière empirique, dans un esprit pragmatique de simplicité de mémorisation (5, 10, 15, 20). La courbe ROC du PHQ9 révèle une bonne capacité de discrimination pour les patients avec ou sans dépression (aire sous la courbe à 0,95). L'analyse de la catégorie [10-15[, dite « zone grise » pour le dépistage de la dépression, a permis de déterminer qu'un **PHQ9 ≥ 10/27** avait les meilleures sensibilité et spécificité pour le repérage de la dépression (Kroenke et al., 2001) (sensibilité =88%, spécificité=93%, rapport de vraisemblance positif à 2,6). Le PHQ9 se montre donc parmi les tests les plus performants en soins primaires. Dans une étude comparant 9 auto-questionnaires utilisés pour le dépistage des EDC, l'ensemble des instruments montraient une sensibilité à 84% et une spécificité à 72% (Mulrow et al., 1995).

L'analyse de sévérité du trouble dépressif :

- 1 à 4 : dépression minime ou rémission,
- 5 à 9 : dépression légère,
- 10 à 14 : dépression modérée,
- 15 à 19 : dépression modérément grave,
- 20 à 27 : dépression grave.

Une évaluation du retentissement fonctionnel des symptômes sur le quotidien du patient est nécessaire pour la confirmation du trouble mental (item C des critères diagnostique de dépression du DSM-IV). Elle se fait par une dernière question sur le PHQ9 s'intéressant au retentissement professionnel, social, ou dans les tâches au domicile. Son résultat n'entre pas dans le score total du PHQ9. Cet item peut coter 0 à 3 ce retentissement avec 0= « pas du tout difficile(s) », 1= « assez difficile(s) », 2= « très difficile(s) », et 3= « extrêmement difficile(s) ».

L'évolution clinique sous traitement peut se poursuivre par l'utilisation régulière du PHQ9 afin d'ajuster la prise en charge au résultat total.

2.2.2 EN de moral

L'objectif de l'EN de moral était d'amener le patient de façon implicite à prendre conscience de son état intérieur thymique et d'estimer l'intensité de son ressenti subjectif grâce à cette échelle.

Le terme « moral » a été utilisé afin de permettre à tout patient de médecine générale d'accéder facilement à l'objet de cette prise de conscience, en remplacement du mot « thymie » moins connu. Deux définitions du mot « moral » sont présentées par le dictionnaire Larousse : « ensemble des facultés mentales, de la vie psychique », « état psychologique de quelqu'un qui lui permet d'affronter les événements, les difficultés, les problèmes etc. ». Ce mot, bien qu'imprécis, a été choisi pour son utilisation répandue dans la population générale ciblant globalement bien la notion de thymie dans le langage courant, sans se focaliser sur un symptôme dépressif particulier comme aurait pu le faire l'utilisation du mot « tristesse ». Cette utilisation courante se retrouve d'ailleurs dans plusieurs expressions usuelles recouvrant la notion de thymie, comme « avoir le moral » qui signifie « être optimiste, gai » d'après le dictionnaire Larousse, ou encore « avoir le moral au beau fixe », « j'ai le moral à zéro », etc.

Une échelle graduée imprimée sur la fiche patient (Annexe 1) permettait de coter cette EN. Elle était graduée au dixième, et numérotée de 0 à 10 avec des intervalles à 0,5. Le patient devait y placer une croix au niveau de moral qui correspondait le mieux à son ressenti depuis ces 14 derniers jours.

L'interprétation de l'EN de moral se base sur le même principe que l'EN de douleur (mais avec une interprétation inverse des valeurs numériques) :

- 0/10 = pire moral imaginable (tout s'écroule dans votre vie, vous êtes complètement épuisé, avec plus envie de rien, et incapable de ne plus rien faire au quotidien, au point que vous ayez envisagé de mourir) ;
- 10/10 = meilleur moral imaginable (tout va pour le mieux dans votre vie, vous vous sentez complètement heureux, épanoui, et en pleine forme dans tous les domaines de votre vie).

La simplicité d'utilisation de l'EN, ainsi que la connaissance répandue de ce système d'évaluation subjective par la population générale (très utilisée depuis une trentaine d'années (Jensen et al., 1986) pour la prise en charge de la douleur dans l'ensemble des institutions médicales (Berthier et al., 1998)) ont été des critères de choix pour l'utilisation cet outil dans l'étude.

La validité de l'EN s'est faite dans le cadre de la prise en charge de la douleur. Dans ce contexte l'EN est connue pour obtenir une mesure de la douleur au moment de la consultation mais également de façon rétrospective, et ce, de façon fiable (ANAES, 1999). L'évaluation de l'intensité se fait par l'affectation d'une valeur ou d'un pourcentage à l'intensité douloureuse : le patient choisit un chiffre entre 0 (absence de douleur) et 10 ou 100 (la pire douleur imaginable). L'EN peut-être écrite ou orale. Le principe est le même que celui de la réglette EVA de douleur (Echelle Visuelle Analogique : ligne horizontale de 100 mm sans qu'aucune indication numérique ne soit visible par le patient), mais avec l'avantage de ne pas nécessiter un support matériel. Elle est d'ailleurs souvent employée en cas de difficultés de compréhension de l'EVA (ANAES, 1999). Les EN de douleur à 101 niveaux n'apportent pas plus d'information que les échelles à 11 ou 21 niveaux (ANAES, 1999) mais elles présentent une sensibilité moindre du fait du nombre plus faible de réponses possibles (Berthier et al., 1998). La sensibilité de l'EN pour l'évaluation de la douleur se situe donc entre celle de l'EVA et celle de l'EVS (Echelle Visuelle Simple : 5 descripteurs par ordre croissant d'intensité de douleur).

En médecine, l'EN n'est pas l'apanage de la douleur. En effet, ce système d'évaluation a été validé pour d'autres critères, comme le fonctionnement (dans l'échelle d'Evaluation Globale du Fonctionnement, EGF), ou encore la gêne occasionnée par un symptôme sur différents items: l'humeur, la capacité à marcher, le travail habituel, la relation avec les autres, le sommeil, le goût de vivre (dans l'échelle du retentissement de la douleur sur le comportement quotidien).

En psychothérapie, l'EN est également largement utilisée en tant qu'outil d'auto-observation. Elle sert en Thérapie Cognitivo-Comportementale (TCC, pour la prise en charge des phobies, en demandant au patient de donner une intensité d'anxiété sur 10 à plusieurs situations phobogènes, afin de constituer une liste hiérarchisée, pour le programme d'exposition progressive), en Thérapie Interpersonnelle (TIP, pour coter l'humeur sur 10 au début chaque séance, ligne de base permettant au patient de suivre l'évolution de sa dépression), pour la technique d'entretien motivationnel (permettre au patient de coter sur 10 l'importance à changer et le sentiment de capacité personnelle au changement), etc.

2.2.3 Ecart de mesure : EN estimée-EN attendue

Certaines études sur l'insight peuvent utiliser un système d'écart de mesure pour évaluer la conscience qu'un patient a de ses troubles (Markovà and Jaafari, 2009; Sherer et al., 1998). Ce principe se base sur la confrontation de 2 résultats d'un même auto-questionnaire d'insight concernant un même patient, mais rempli d'une part par le patient (réponses subjectives), d'autre part par l'entourage du patient: soignants ou famille (réponses censées être plus objectives). Egalement appelé « mesure de divergence », c'est l'adéquation des réponses du patient à celles de l'entourage qui est ensuite utilisée pour juger l'insight du patient.

L'évaluation d'une adéquation subjectif/objectif va être réalisée dans cette étude. Trois mesures d'un questionnaire vont être utilisées chez un même patient, deux mesures avant-après d'une même échelle, une mesure d'une seconde échelle. Ces deux échelles vont s'intéresser au même phénomène interne, l'une de manière brève, globale et subjective, l'autre d'une manière plus longue, détaillée et plus objective. La première échelle s'intéresse en une question à la perception subjective que le patient a de son moral (l'EN de moral), la seconde propose au patient un travail d'introspection plus complet, concernant les 9 expériences dépressives standardisées possibles pouvant

expliquer objectivement et de manière validée sa baisse de moral (le PHQ9). Ces 2 échelles mobilisent à chaque fois l'insight du patient, par un travail d'estimation d'intensité de diverses expériences psychiques et somatosensorielles (Belin et al., 2011).

Une erreur de jugement (ErJ) va pouvoir être mise en évidence chez certains patients en faisant correspondre les différentes sévérités de dépression objectivées au PHQ9 à une note théorique attendue à l'EN en regard de la sévérité du trouble. Sera alors mesurée la divergence entre l'EN estimée et l'EN attendue en fonction de la sévérité objective de son trouble au PHQ9 (Tableau I).

Les seuils d'EN choisis ici pour correspondre aux seuils de sévérité objectivée de la dépression au PHQ9 se sont basés sur les seuils d'EN utilisés dans la prise en charge de l'intensité de la douleur (pour le choix des paliers d'antalgiques en fonction des scores de douleur <6/10, <3/10 (ANAES, 1999)). Ils ont été également choisis sous un angle pragmatique, estimant que « 6/10 » est un seuil à partir duquel un moral peut être considéré par la plupart comme commençant à devenir « mauvais » ou « bon ».

Tableau I- Tableau de correspondance entre sévérité du score au PHQ9 et résultat attendue à l'EN

PHQ9	Sévérité de l'EDC	EN attendue
1 à 9	Rémission, minime ou légère	$\geq 6/10$
10 à 19	Modérée, modérément grave	<6 et $\geq 3/10$
20 à 27	Grave	$<3/10$

L'observation de 2 types d'insight va pouvoir être ainsi faite :

- **Une *insight initiale*** (comparaison EN-A estimée / EN-A attendue), qui correspond à « un phénomène d'insight en lien avec un état mental subjectif » d'un sujet (Markovà and Jaafari, 2009). Une bonne insight initiale sera considérée comme étant la capacité à donner une estimation globale initiale en adéquation avec un état objectif. Nous détecterons les patients faisant une erreur de jugement initial (ErJI+, voir Figure 1).
- **Une *insight modifiée***, après qu'on ait proposé au sujet de réfléchir sur une construction diagnostique pouvant expliquer son état (par le biais de l'auto-questionnaire PHQ9). Il correspondrait au « phénomène d'insight en lien avec la construction diagnostique » (décrit par Markovà, 2009) comme « structure composite

constituée de l'insight liée aux états subjectifs, et des jugements basés sur les connaissances/ perspectives » (intégration de la culture du sujet, ses souvenirs d'expériences passées ainsi que ses connaissances passées, et l'intégration de nouvelles informations par l'intermédiaire de l'auto-questionnaire de dépression). Une bonne insight serait la capacité à adapter l'estimation globale de son vécu subjectif à une information objective émanant de l'auto-évaluation concernant la gravité du trouble (EN-B estimée - EN-B attendue). Nous détecterons les patients faisant une erreur de jugement final (ErjF+, voir Figure 1).

2.2.4 SUMD

La SUMD, appelée échelle d'évaluation de l'absence de conscience des troubles ou The Amador Scale to assess Unawareness of Mental Disorder, a pour objectif d'évaluer l'insight à partir d'une échelle d'hétéro-évaluation conçue depuis une vingtaine d'années (Amador et al., 1993). Elle repose en grande partie sur la représentation que le patient a de lui-même et de ses troubles mentaux. Elle se fonde sur une conception multidimensionnelle et quantitative de l'insight.

La SUMD se présente sous la forme d'une échelle standardisée s'appuyant sur un entretien direct d'hétéro-évaluation avec le patient. Sa traduction française a été validée en 2010 (Paillot et al., 2010). Cette échelle comprend trois items généraux (G1, G2, G3, appelés dans l'étude respectivement SUMD-1, SUMD-2, SUMD-3) et 17 items symptomatiques. Uniquement **les 3 items généraux** ont été choisis dans cette étude, pour une raison de pertinence clinique en rapport avec le trouble dépressif, de facilité d'utilisation, et de réduction du temps de passation adapté à la durée d'une consultation de médecine générale. Cette utilisation abrégée du SUMD avec les 3 critères généraux a montré sa validité et sa fiabilité dans l'évaluation globale clinique de l'insight (Paillot et al., 2011).

- SUMD-1 : « *Conscience des troubles mentaux : dans son sens le plus général, est-ce que le patient croit qu'il a un trouble mental, un problème psychiatrique, des difficultés émotionnelles, etc. ?* »,
- SUMD-2 : « *Conscience de l'effet thérapeutique des médicaments : que pense le patient des effets des médicaments ? Est-ce que le sujet pense que les médicaments ont diminué l'intensité et la fréquence de ses symptômes ? (Si c'est applicable)* »,

- SUMD-3 : « *Conscience des conséquences sociales des troubles mentaux : quelles sont les croyances du patient au sujet des raisons qui l'ont poussé à être emmené à l'hôpital, involontairement hospitalisé, arrêté, expulsé, blessé, etc. ?* ».

Le degré d'insight des items est évalué par l'examineur à partir d'une échelle graduée de 0 à 5, avec des indications sur certains niveaux. Par exemple pour le SUMD-1:

- 0 = absence de cotation (l'item ne peut pas être évalué faute d'informations ou parce qu'il ne s'applique pas au sujet) ;
- 1 = bonne insight (le patient croit fermement qu'il a un trouble mental) ;
- 3 = insight intermédiaire (il doute sur le fait d'avoir un trouble mental mais peut accepter cette idée) ;
- 5 = absence totale d'insight (il croit ne pas avoir de maladie mentale).

Le score total d'un sujet au SUMD se présente entre 0 et 15, sachant que plus le score est élevé, moins le patient a conscience de son trouble mental.

Dans notre étude, le SUMD se trouvait à la fin de la fiche médecin. Ce test était censé évaluer l'insight du patient après qu'il ait rempli l'auto-questionnaire de dépression. Son but initial était de faire une hétéro-évaluation de l'impact de cet auto-questionnaire sur le patient.

2.2.5 PHQ2

L'objectif de cet auto-questionnaire de dépistage bref de la dépression à 2 items, validé (Kroenke et al., 2003) et utilisé au niveau mondial, est d'améliorer le dépistage précoce des dépressions dans le cadre de consultations de routine en soins primaires.

Les 2 items du PHQ2 sont 2 premiers items du PHQ9 qui correspondent aux critères capitaux de la dépression. Les patients évaluent la fréquence de chacun des 2 symptômes sur les 14 derniers jours (pas du tout, plusieurs jours, plus de la moitié du temps, presque tous les jours). Son résultat peut s'étendre de 0 à 6.

Les caractéristiques psychométriques du PHQ2 se font à partir de l'analyse des données de l'étude sur la validité du PHQ sur une population de 3000 patients. Le score optimal de dépistage de la dépression a été déterminé à 3/6, avec une sensibilité à 83%, une spécificité à 90%, et un rapport de vraisemblance positif à 2,9 (Kroenke and Spitzer, 2002). Une autre étude sur 1619 patients comparant le PHQ2 au Structured Clinical

Interview for DSM-IV (SCID) permet d'obtenir une sensibilité à 87% et une spécificité à 78% pour les EDC (Löwe et al., 2005).

Les guidelines britanniques et français le recommandent aux praticiens pour le dépistage de la dépression en soin primaire (les 2 « questions de Whooley », (ANAES, 2002; NICE, 2010; Whooley et al., 1997)).

3 Statistiques

Les statistiques descriptives ont été réalisées par le logiciel XLSTAT.

Les statistiques comparatives ont été faites par le logiciel R mis à disposition par l'interface proposée sur le site de biostatistiques en ligne (<http://marne.u707.jussieu.fr/biostatgv/>). Le seuil de significativité retenu correspond à un risque $\alpha=0,05$. Les comparaisons de pourcentages ont été calculées, pour la plupart, par le test exact de Fisher du fait des faibles effectifs. Lorsque, dans les tableaux de contingence, l'un des effectifs théoriques dépassait $n=5$, un test du Chi2 a été réalisé.

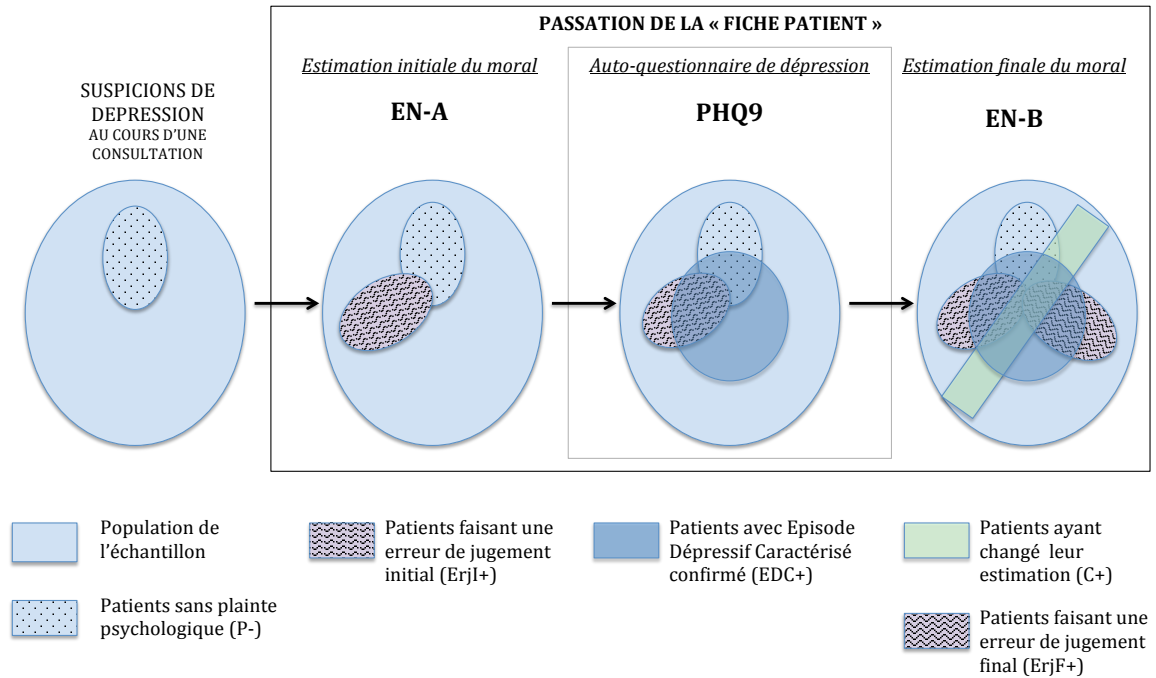
Nous avons également utilisé des tests de corrélation de Pearson.

4 Accord du comité d'éthique

L'étude est enregistrée auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) via le CHRU de Tours (dossier n°2015_001).

Le Comité d'Éthique pour les Recherches Non Interventionnelles (CERNI) Tours-Poitiers a donné son avis favorable pour le protocole de l'étude le 10 mars 2015 (dossier n°2015-02-01) (Annexe 5).

Figure 1- Schématisation du protocole de l'étude



RESULTATS

Nos résultats se présentent en quatre parties. D'abord nous décrirons les caractéristiques de l'échantillon. Ensuite, nous évaluerons les effets de l'auto-questionnaire PHQ9 sur les estimations de moral à l'EN, ainsi que sur la détection de symptômes dépressifs. En découlera une troisième catégorie de résultat concernant les troubles d'insight repérés chez des patients déprimés et l'origine possible de ces phénomènes. Enfin, l'ensemble de ces résultats nous a amenés à proposer un nouveau test de dépistage bref de la dépression.

1 Caractéristiques de l'échantillon

1.1 Recrutement

54 fiches duo ont été renvoyées. 11 patients ne remplissaient pas les critères d'inclusion : prise d'antidépresseur depuis plus d'un mois (n=6), âge (n=4), comorbidités psychiatriques complexes (n=1).

Les **43 patients inclus** ont été recrutés dans les six départements de la région Centre, principalement en Indre-et-Loire (44%, n=19), et par des internes de médecine générale (72%, n=31, dont 4 par des internes en stage de niveau 1 et 27 par des internes en SASPAS). Les cabinets de recrutement étaient situés majoritairement en zone urbaine (n=23, 53%), puis en zone semi-urbaine (n=9, 21%), en zone rurale (n=2, 5%), avec 9 données manquantes (DM=21%).

La passation des fiches incluses a été faite entre le 5 mars et le 12 juin 2015.

1.2 Caractéristiques sociodémographiques

Tableau II- Caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon

Patients inclus	n = 43
Age, Années	
Moyenne $\pm$ écart-type	42 $\pm$ 10,5
Médiane (étendue)	42 (20-63)
Sexe, n (%)	
Hommes	9 (21%)
Femmes	34 (79%)
Situation maritale, n (%)	
En couple	26 (60%)
Seul(e)	10 (24%)
Données manquantes	7 (16%)

Niveau d'étude, n (%)	
≤CAP, BEP	19 (43%)
≤Bac +4	18 (42%)
≥ Bac +5	6 (14%)

1.3 Antécédents psychiatriques et sources de connaissances

Alors que le plupart n'avait jamais eu de contact avec la psychiatrie, le Tableau III nous présente les différentes sources d'informations des patients sur la dépression.

Tableau III- Antécédents psychiatriques et connaissances de l'échantillon

Patients inclus	n = 43
Antécédents psychiatriques, n (%)	
Aucun suivi	22 (51%)
Prise d'antidépresseur	13 (30%)
Suivi ambulatoire	11 (25%)
Hospitalisation	2 (5%)
Connaissances sur la dépression, n (%)	
Médias (TV, radio, presse)	27 (63%)
Entourage	20 (47%)
Expérience personnelle	17 (39%)

1.4 Motifs de consultation

Une analyse qualitative des motifs de consultation permet de retrouver six catégories de plaintes (Annexe 6 Annexe 7 et Annexe 8) :

- les plaintes immédiatement indentifiables comme signes cliniques de dépression, avec la distinction des neuf critères du DSM-IV (Annexe 4) ;
- les plaintes en rapport avec des troubles anxieux, distinguant les anxiétés diffuses des angoisses;
- les plaintes associées à des difficultés professionnelles de tout type ;
- les plaintes en rapport avec une souffrance somatique;
- les requêtes administratives, qu'elles soient des renouvellements d'ordonnance ou des arrêts de travail ;
- les plaintes psychologiques floues (en précisant que cette catégorie peut aussi servir de «non-diagnostic », c'est-à-dire d'une plainte résiduelle inclassable).

Spontanément, les 43 patients ont présenté 77 motifs soit 1,8 motifs par patient (entre 1 et 4 motifs par patient). Les médecins ont identifié 92 motifs, soit 2,1 en

moyenne (entre 1 et 6 motifs par patient). Même si les médecins sont évidemment plus « sensibles » que les patients à identifier les plaintes, en réalité ils ne font que révéler ces dernières, car la répartition des motifs de consultation des médecins est cohérente à celle des patients.

Notons que la plainte la plus fréquemment retrouvée est toujours en rapport avec un signe dépressif (32% des motifs patients, 37% des motifs médecins) (Tableau IV).

Enfin, plus d'un tiers de la patientèle venait consulter sans aucune plainte évocatrice d'une difficulté psychologique (motifs de consultation purement somatiques ou administratifs, $n=16$, 37%, $p=0,03$) (Annexe 9).

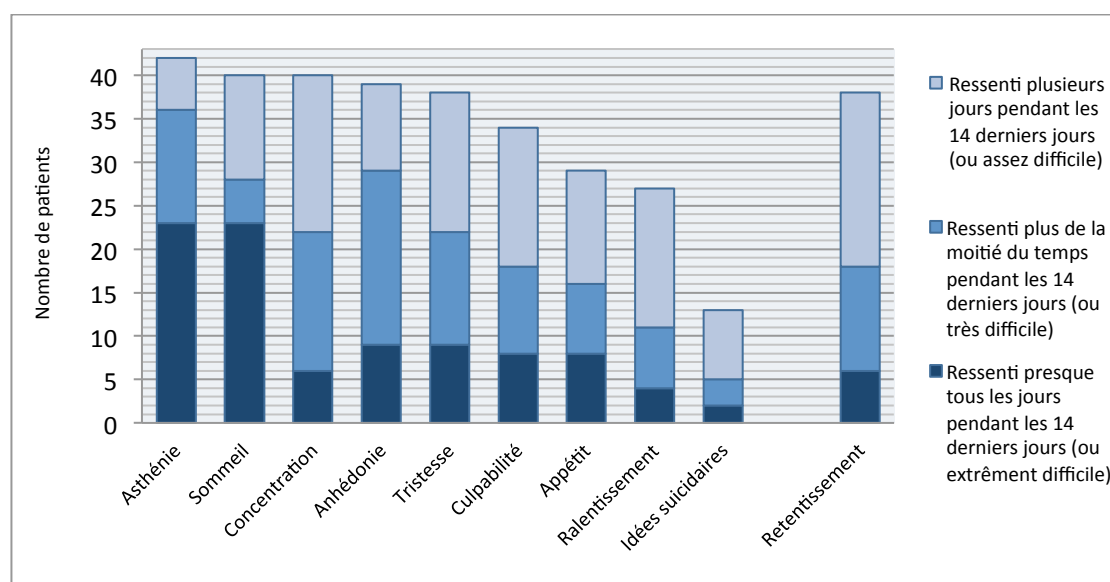
Tableau IV- Classement hiérarchisé des motifs de consultation.

Motifs de consultation patients (m=77)				Motifs de consultation médecins (m=92)			
		m=	%			m=	%
n°1	Symptômes dépressifs précis	25	32%	n°1	Symptômes dépressifs précis	34	37%
n°2	Symptômes anxieux	14	18%	n°2	Symptômes somatiques	20	22%
n°3	Symptômes somatiques	13	17%	n°3	Symptômes anxieux	15	16%
n°4	Demandes administratives	10	13%	n°4	Difficultés professionnelles	10	11%
n°5	Plaintes psychologiques floues	8	10%	n°5	Demandes administratives	9	10%
n°6	Difficultés professionnelles	7	9%	n°6	Plaintes psychologiques floues	4	4%

1.5 Les signes dépressifs

Le PHQ9 a permis à l'ensemble des patients inclus d'auto-évaluer l'intensité des neuf symptômes dépressifs du DSM. Dès lors nous pouvons présenter les caractéristiques cliniques des profils dépressifs de l'échantillon (Figure 2).

Figure 2- Résultats de l'échantillon aux items du PHQ9



Nous pouvons ainsi nous attarder sur les trois signes cliniques de dépression majoritaires, qui se révèlent être les trois mêmes selon les différentes origines d'évaluation (que ce soient les motifs de consultations des patients, les évaluations cliniques médicales, et ceux retrouvés au PHQ9) : l'asthénie, les troubles du sommeil, la tristesse de l'humeur (Tableau V).

Tableau V- Classement des symptômes dépressifs selon le mode de détection

Signes cliniques : n°1 n°2 n°3	Evoqués spontanément par les patients n(%)	Repérés par les médecins n(%)	Détectés au PHQ9 n(%)		
			Plusieurs jours	La moitié du temps	Presque tous les jours
Asthénie	8 (19%)	7 (16%)	42 (98%)	36 (84%)	23 (53%)
Troubles du sommeil	4 (9%)	7 (16%)	40 (93%)	28 (65%)	23 (53%)
Tristesse	9 (21%)	15 (35%)			10 (23%)
Anhédonie			39 (91%)	29 (67%)	9 (21%)
Troubles attentionnels		2 (5%)	40 (93%)		
Ralentissement		2 (5%)			

1.6 Hétéro-évaluation de l'insight : SUMD

L'évaluation du SUMD par les praticiens révèle un bon insight général. En effet, le SUMD moyen est à 4,2/15, (IC95% {3,3-5,1}) (rappelons que plus le SUMD est bas, meilleur est l'insight). Le meilleur item d'insight concerne les conséquences sociales des troubles, avec une moyenne à 1/5. Ensuite, l'effet des médicaments est bien critiqué avec une moyenne à 1,2/5. Enfin, c'est la conscience du trouble qui est la moins bien critiquée des trois, avec une moyenne à 2/5.

Hélas, ces résultats sont à pondérer par un certain nombre de réponses nulles (cotées 0/5). On en trouve 15 dans la « conscience sociale » (35%), 18 pour les traitements (sachant que la plupart des patients n'en avait pas) (42%), heureusement une seule dans la « conscience du trouble » (2%). Ainsi, le résultat global est très certainement sous-évalué. La moyenne la plus fiable, est celle de la conscience du trouble, évaluée à 2/5. Nous sommes donc face à une difficulté d'interprétation inhérente aux questions du SUMD qui s'est révélé peu adapté pour ce type de situation clinique.

2 Effets de l'auto-questionnaire de dépression

La passation de l'auto-questionnaire PHQ9 a apporté trois types d'effets bénéfiques, que nous allons décrire dans cette seconde partie: d'abord des modifications de l'estimation du moral pour un certain nombre de patients, ensuite une amélioration de l'adéquation entre estimation subjective et sévérité objective (différente selon les sous-groupes de patients), et enfin la mise en évidence de certains signes cliniques masqués.

2.1 Résultats aux échelles : EN et PHQ9

Concernant la **sévérité de la symptomatologie dépressive** des patients suspectés, les scores du PHQ9 indiquent qu'elles étaient principalement modérées (n=15 soit 35%) et modérément graves (n=13 soit 30%), puis légères (n=9 soit 21%), et enfin graves (n=5 soit 12%), ou minimales (n=1 soit 5%).

En terme de moyenne, **l'estimation initiale du moral** des patients est en cohérence avec cette sévérité au PHQ9. En effet, le coefficient de corrélation entre ces deux valeurs est modérément fort, et ce, avant même la passation de l'auto-questionnaire de dépression ($r=-0,69$, $IC95\% \{-0,82 ; -0,49\}$, $p<0,001$). De plus, la moyenne des scores d'EN-A à 4,1/10 ($IC95\% \{3,5-4,6\}$) correspond à la valeur théorique attendue selon le Tableau I pour un PHQ9 moyen à 13,6/27 ($IC95\% \{12-15,1\}$).

L'usage du PHQ9, dans son **interprétation algorithmique**, nous sert de référence diagnostique. Dès lors nous soulignons qu'il permet d'identifier 21 EDC selon la définition précise du DSM-IV (49%), d'infirmier clairement 11 cas suspects (26%), et de pointer 11 formes dépressives imprécises (26%) entrant dans la catégorie « autre trouble » définie par les auteurs du test (voir p.36).

- *L'estimation initiale de moral :*

A l'EN-A, dix patients pensent avoir un bon moral avec une note $\geq 6/10$ (23%) alors que sept estiment avoir un très mauvais moral $< 3/10$ (16%). Au PHQ9, les trois-quarts des patients ($n=33$, 77%) ont une sévérité dépressive élevée, avec un score $\geq 10/27$.

Malgré une moyenne et une cohérence globale entre l'estimation l'EN-A et la sévérité objective au PHQ9 (voir supra), 14 patients (33%) ont donné une évaluation de leur moral inadaptée par rapport à la sévérité des troubles évaluée au PHQ9. Par exemple, quelques patients avec une sévérité dépressive modérée (PHQ9 entre 10 et 19]) ont pu donner une estimation de leur moral faisant penser à une dépression légère (EN-A $\geq 6/10$), ou à une dépression grave (EN-A $< 3/10$) (Tableau VI).

Tableau VI- Détails des résultats EN-A, PHQ9, et des erreurs de jugement initial dans l'échantillon

Score EN-A	n (%)	<i>SEVERITE DEPRESSIVE (PHQ9)</i>	n (%)	<i>ErjI+</i> n=	<i>EN-A plus sévére n=</i>	<i>EN-A moins sévére n=</i>
$\geq 6/10$	10 (23%)	<i>Légère (1 à 9)</i>	10 (23%)	5	5	-
$\geq 3/10$ et $< 6/10$	26 (60%)	<i>Modérée et modérément grave (10 à 19)</i>	28 (65%)	8	3	5
$< 3/10$	7 (16%)	<i>Grave (20 à 27)</i>	5 (12%)	1	-	1

- *Les patients invalidés:*

Le PHQ9 révèle 11 patients chez qui l'analyse algorithmique de leurs résultats infirme le diagnostic de dépression. Il est intéressant de noter que la présence de ces patients dans l'échantillon n'est pas forcément une erreur de dépistage de la part des médecins. En effet, la moitié d'entre eux s'étaient présentés en consultation avec une plainte psychologique, et même un tiers présentait un signe dépressif précis. Ainsi, la réalisation du questionnaire permet de discriminer des patients « faux positifs ».

Remarquons que ces patients sans trouble dépressif ne sont étonnamment pas meilleurs pour évaluer correctement leur moral. En effet, la proportion des ErjI est similaire à celle des patients pour qui le diagnostic d'EDC a été confirmé (27% ($n=3/11$) contre 29% ($n=6/21$)).

2.2 Les changements d'estimation : EN-A≠EN-B

2.2.1 Description des changements

La passation du PHQ9 a permis à **26% des patients (n=11)** de réévaluer leur moral entre EN-A et EN-B.

Après le questionnaire, six patients ont jugé que leur moral était finalement meilleur (augmentation moyenne à l'EN de +1,4/10), et cinq ont jugé que leur moral était pire (diminution moyenne de -1,8/10). Notons cependant qu'en amplitude, ces modifications ne semblent pas très élevées (1,6 point de correction en moyenne).

Ce qui semble plus intéressant, c'est que ces corrections s'orientent dans le « bon » sens en tendant vers l'adéquation avec les résultats du PHQ9.

En effet, les patients qui ont choisi d'abaisser leur estimation du moral sont plus en accord avec leurs résultats observés au PHQ9 (PHQ9 moyen=16,6/27, avec une EN-A moyenne= 4,2/10 et une EN-B à 2,2/10).

Ceux qui l'ont améliorée, ont aussi pu s'orienter vers « l'objectivité ». Au départ, ces patients présentaient une EN-A à 3,6/10 pour un PHQ9 à 13,2/27, et au final, un EN-B à 5/10.

Pour la suite de notre propos, nous avons dénommé ces patients qui ont corrigé leur estimation, les patients C+.

2.2.2 Caractéristiques cliniques de la sous-population C+

Nous avons identifiés quelques caractéristiques chez les patients C+.

Le **retentissement** de leurs symptômes dépressifs sur leur quotidien était significativement plus marqué (73% les jugent très difficiles à vivre contre 31%, $p=0,03$).

De plus, la **sévérité dépressive** globale était relativement plus importante (aucun troubles légers parmi les C+, contre 28% pour les autres patients, $p=0,08$).

Symptôme par symptôme les C+ présentent plus de signes « subjectifs » que les autres : **tristesse** et désespoir (82% contre 41%, $p=0,03$), anhédonie (91% contre 59%, $p=0,07$).

Le **niveau d'étude** de ces patients est relativement moins bas (seuls 18% des C+ n'ont pas obtenu leur baccalauréat contre 50%, $p=0,09$).

Pour la plupart d'entre eux cet épisode était leur **première dépression** (91% contre 56%, $p=0,06$; sous sa forme la plus spécifique (**EDC classique** chez 73% contre 49% des C-, $p=0,09$).

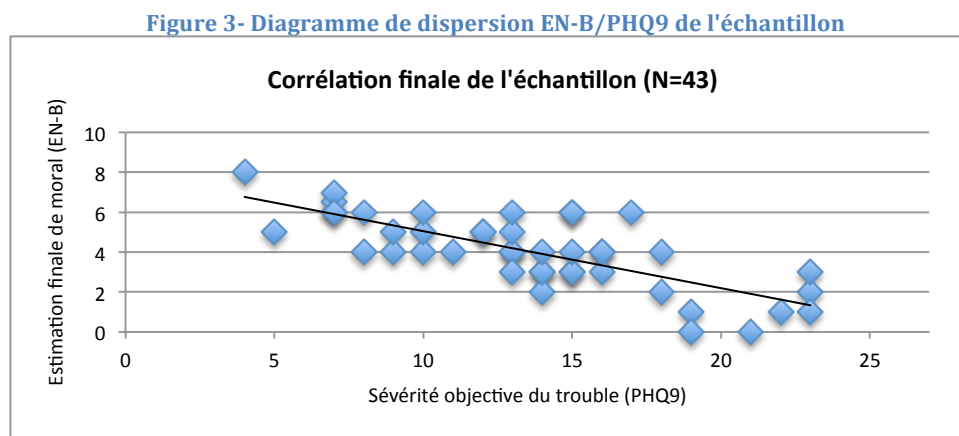
Leur principale source de connaissance vis à vis de l'expérience dépressive est liée à ce qu'ils ont pu observer chez leur **entourage proche** (73% d'entre eux, contre 38% $p=0,08$).

2.3 Corrélation entre estimation subjective et sévérité objective

L'utilisation de l'auto-questionnaire permet à l'ensemble de l'échantillon d'améliorer légèrement l'adéquation entre la note choisie à l'EN-B et le résultat de sévérité objectif au PHQ9.

On constate que le coefficient de corrélation final (EN-B/PHQ9) est significativement fort : $r_B = -0,75$, $p < 0,001$, $IC95\% = \{-0,86; -0,59\}$ (Figure 3).

Soulignons que cette corrélation a progressé par rapport au coefficient initial (EN-A/PHQ9) : $r_A = -0,69$, $p < 0,001$, $IC95\% = \{-0,82; -0,49\}$.



Complétons nos analyses en affinant nos observations sur plusieurs sous-groupes :

- les patients qui ont changé leur estimation (C+),
- les patients suspectés en dépression par leur médecin mais ne présentant aucune plainte psychologique (P-),
- les patients ayant fait une erreur de jugement initial (ErJ+),

- les patients ayant une symptomatologie dépressive plus ou moins sévère (avec un PHQ9 ≥ 10 ou $< 10/27$),
- les patients avec un réel EDC confirmé (EDC+),
- et enfin, les patients sans aucun trouble dépressif (D-).

L'ensemble des résultats se trouve dans le Tableau VII.

Tableau VII- Tableau de corrélations entre EN et PHQ9 dans l'échantillon

	rA	IC95%	p-value	rB	IC95%	p-value	[rB]-[rA]
N=43	-0,69	{-0,82;-0,49}	<0,001	-0,75	{-0,86;-0,59}	<0,001	0,06
C- (n=11)	-0,74	{-0,86;-0,52}	<0,001	-0,74	{-0,86;-0,52}	<0,001	0
C+ (n=32)	-0,5	{-0,84; 0,15}	0,1	-0,81	{-0,95;-0,41}	0,002	0,31
P- (n=16)	-0,63	{-0,86;-0,19}	0,009	-0,84	{-0,94;-0,59}	<0,001	0,21
P+ (n=27)	-0,7	{-0,85;-0,44}	<0,001	-0,71	{-0,86;-0,45}	<0,001	0,01
ErjI- (n=29)	-0,84	{-0,92;-0,69}	<0,001	-0,86	{-0,93;-0,72}	<0,001	0,02
ErjI+ (n=14)	-0,44	{-0,79; 0,11}	0,1	-0,58	{-0,85;-0,07}	0,03	0,14
<10 (n=10)	-0,48	{-0,72; 0,52}	0,6	-0,64	{-0,91;-0,02}	0,05	0,16
≥ 10 (n=33)	-0,63	{-0,8;-0,37}	<0,001	-0,66	{-0,82;-0,41}	<0,001	0,03
EDC+ (n=21)	-0,51	{-0,78;-0,1}	0,02	-0,56	{-0,8;-0,17}	0,008	0,05
EDC- (n=22)	-0,36	{-0,68; 0,07}	0,01	-0,67	{-0,85;-0,34}	<0,005	0,31
D- (n=11)	-0,64	{-0,89;-0,06}	0,04	-0,82	{-0,95;-0,43}	<0,005	0,18
EDC+$\supset$P- (n=5)	-0,19	{-0,92; 0,83}	0,7	-0,5	{-0,95; 0,74}	0,5	0,31
EDC+$\supset$P+ (n=16)	-0,58	{-0,8;-0,1}	0,02	-0,66	{-0,87;-0,24}	0,006	0,08
EDC+$\supset$ErjI- (n=15)	-0,63	{-0,86;-0,18}	0,01	-0,67	{-0,88;-0,24}	0,006	0,04
EDC+$\supset$ErjI+ (n=6)	-0,42	{-0,92; 0,59}	0,4	-0,51	{-0,94; 0,51}	0,3	0,09

C : changement ; P : plainte psychologique ; ErjI : erreur de jugement initial ; EDC : épisode dépressif caractérisé ; D : déprimé

Concernant l'adéquation initiale EN-A/PHQ9 ; nous remarquons que ceux qui ont la meilleure corrélation sont :

- les patients qui n'ont pas souhaité changer leur estimation de moral après l'auto-questionnaire (C-, rA= -0,74, $p<0,001$) ; ce qui se comprend par le fait que le résultat au PHQ9 est venu confirmer qu'ils étaient proches de la vérité objective à propos de leur état, expliquant leur absence de correction de l'estimation de moral après le questionnaire.
- les patients présentant au moins une plainte psychologique parmi leurs motifs de consultation (P+, rA= -0,7, $p<0,001$) ; de même, ces patients semblant avoir repéré d'eux-mêmes une problématique psychologique, l'ont confirmée par le PHQ9.

A noter que la gravité de la symptomatologie dépressive n'a pas altéré la capacité des sujets à estimer correctement leur moral, avec une adéquation initiale presque meilleure que ceux qui présentait les symptômes les plus légers ($<10/27$), ($\text{PHQ9} \geq 10/27$, $rA = -0,63$, $\text{IC95}\% \{-0,8 ; -0,37\}$, $p < 0,001$).

Concernant l'adéquation finale entre EN-B et PHQ9 ; il semble pertinent de constater que tous les groupes de patients ont eu tendance à améliorer la corrélation. Cette différence n'est pas significative, mais 13 sous-groupes sur 15 ont un coefficient final $rB > -0,55$ significatif.

Ceux qui ont la meilleure corrélation finale sont :

- les patients n'ayant pas évoqué de plainte psychologique parmi leurs motifs de consultation (P-) ($rB = -0,84$, $\text{IC95}\% \{-0,86 ; -0,19\}$, $p < 0,001$) ; ce qui signifie que dans le cadre des dépressions masquées, il y a eu une très bonne marge de progression (+0,21 d'indice de corrélation)
- les patients dont le diagnostic de dépression a été infirmé ($rB = -0,82$, $\text{IC95}\% \{-0,95 ; -0,43\}$, $p < 0,005$) ;
- les patients ayant changé leur estimation de moral après la passation de l'auto-questionnaire de dépression ($rB = -0,81$, $\text{IC95}\% \{-0,95 ; -0,41\}$, $p = 0,002$).

Concernant la puissance quantitative de l'impact de l'auto-questionnaire, comme étant la différence des valeurs absolues entre rB et rA . Selon cette définition, l'impact peut être jugé faible, sans aucune différence significative.

Si l'on s'intéresse en fait aux patients qui ont amélioré leur estimation de moral, on constate que ce sont :

- les patients sans diagnostic caractérisé (EDC-) ($[rB] - [rA] = 0,31$), ce qui signifie qu'ils infirment eux même leur trouble grâce au PHQ9 ;
- les patients avec un trouble caractérisé mais ne l'ayant pas signalé (EDC+ $\supset$ P-) ($[rB] - [rA] = 0,31$, $p = NS$), ce qui pourrait signifier qu'ils se sont auto-dépistés par le PHQ9 ;

- les patients sans plainte psychologique (P-) ($[rB]-[rA]=0,21$), ce qui peut signifier que l'auto-questionnaire est pertinent pour les patients « muets » que ce soit pour affirmer ou infirmer le trouble ;
- enfin, les patients dont le diagnostic a été infirmé ($[rB]-[rA]=0,18$), ce qui signifie que l'auto-questionnaire est utile pour que les patients « faux positifs » prennent conscience de leur absence de trouble.

2.4 Révélation d'éléments dépressifs

2.4.1 Les idées suicidaires

L'auto-questionnaire a permis de révéler de manière significative des idées suicidaires non déclarées. C'est notamment le cas pour les idées suicidaires les plus discrètes qui n'envahissaient pas encore complètement le sujet depuis les deux dernières semaines (résultat non significatif pour les idées suicidaires présentes la moitié du temps, ou presque tous les jours). Au PHQ9, ces idées suicidaires à bas-bruit étaient présentes chez **30% de l'ensemble de l'échantillon** ($n=13$) alors que seulement un patient en avait parlé spontanément ($p<0,001$).

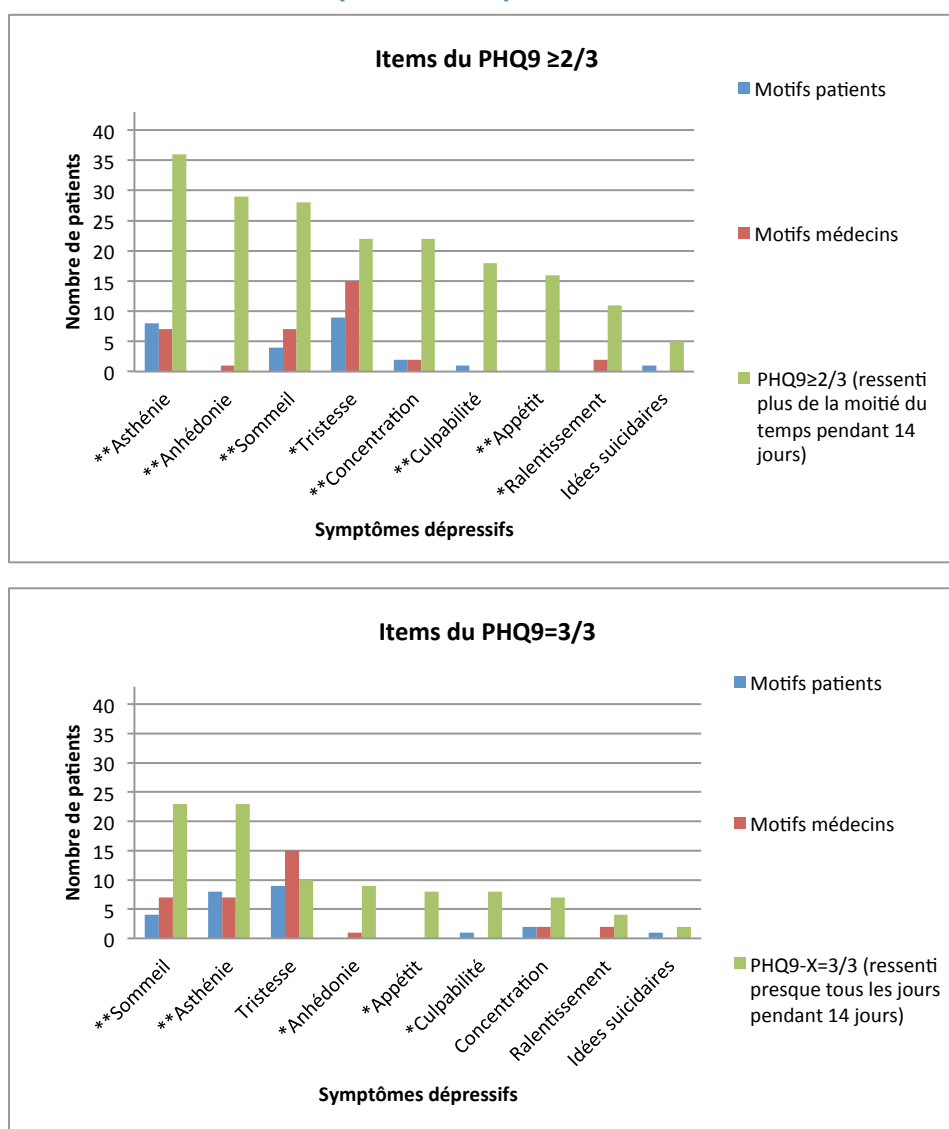
2.4.2 Les symptômes sévères et très sévères

L'auto-questionnaire de dépression permet également de mettre évidence de manière significative **3,8 fois plus de symptômes dépressifs très sévères (score au PHQ9 3/3)** par rapport à ceux que les patients ont évoqué spontanément parmi leurs motifs de consultation.

Nous avons comptabilisés 94 symptômes dépressifs très sévères, soit une moyenne de 2,2 symptômes par patient ($IC_{95\%}\{1,6-2,8\}$). En regard, les patients n'ont déclaré que 25 symptômes dépressifs précis, soit une moyenne de 0,6 symptôme par patient ($IC_{95\%}\{0,4-0,8\}$). Pour les symptômes sévères (score au PHQ9- $X\geq 2/3$), le PHQ9 en a révélés 187 soit 4,3 symptômes par patient ($IC_{95\%}\{3,6-5\}$) (Figure 4).

Figure 4- Comparaison du nombre de symptômes dépressifs détectés par les patients, les médecins, le PHQ9

*p-value <0,05 ; **p-value <0,005



Le PHQ9 détecte de manière significative des plaintes non évoquées spontanément par les patients, alors même qu'elles étaient fréquentes (plus de la moitié du temps pour 8 symptômes dépressifs), ou même très fréquentes (presque tous les jours pour 5 symptômes). Ceci montre clairement la différence entre ce que le patient peut percevoir et déclarer spontanément, ce que le médecin peut identifier en consultation, et les symptômes qui peuvent apparaître lorsqu'on les recherche précisément avec un test. L'analyse clinique des médecins est à « mi-chemin » entre les motifs de consultations initiaux et le PHQ9. Ils semblent donc user de leur compétence clinique, mais leur façon d'examiner est possiblement différente de l'approche catégorielle du PHQ9.

2.5 Synthèse

La passation de l'auto-questionnaire apporte des avantages pour différents cas : Pour les patients souffrant d'EDC, il améliore leur lucidité vis-à-vis de la sévérité du trouble. Pour les patients exempts du trouble, « faussement positifs », il leur permet de mieux constater l'absence de maladie. Pour les médecins, il révèle des idées suicidaires non explicites et permet ainsi de mieux évaluer le risque de passage à l'acte. L'auto-questionnaire affine également l'évaluation des signes sévères.

* * *

Une autre donnée émerge de notre analyse. Pour le groupe de patients atteint d'un trouble dépressif confirmé (EDC+), on constate une adéquation initiale entre leurs estimations subjectives et la sévérité objective de leur EDC parmi les plus mauvaises ($r_A = -0,51$, $p = 0,02$, plus faible que le r_A de l'échantillon $= -0,69$, $p < 0,001$), sans que la passation de l'auto-questionnaire ne puisse les aider à améliorer ce chiffre ($[r_B] - [r_A] = 0,05$). Dès lors, ceci ouvre la réflexion quant à « l'insensibilité » de ces patients à critiquer leur trouble. L'insight serait-il différent chez ces patients malades? C'est ce que nous allons tenter de vérifier en troisième partie.

3 L'insight des patients atteints de dépression en médecine générale

Nous allons maintenant nous intéresser aux patients pour qui le diagnostic d'EDC a été confirmé (analyse algorithmique du PHQ9, voir p.36)

Nous commencerons par présenter les caractéristiques de cette population.

Ensuite nous allons décrire l'insight par quatre approches différentes :

- d'abord par l'hétéro-évaluation de l'insight (SUMD) ;
- ensuite en observant les caractéristiques des patients en dépressions masquées, c'est-à-dire inaptes à déclarer les symptômes dépressifs (EDC+ $\supset$ P-) ;
- après nous observerons les patients qui ont identifié une altération de moral, mais qui estiment de manière inadaptée la sévérité de leur trouble (EDC+ $\supset$ ErjI+) ;
- enfin, nous nous pencherons sur les patients qui persistent dans l'erreur d'évaluation, malgré l'apport d'une échelle objective (EDC+ $\supset$ ErjF+).

3.1 Description de la population cible : les patients EDC+

Les caractéristiques détaillées des patients pour qui le diagnostic a bien été confirmé au PHQ9 se trouvent dans le Tableau VIII (EDC+, n=21, 49%).

Tableau VIII- Caractéristiques des patients avec diagnostic de dépression confirmé

EDC confirmés	n = 21
Age, années	
Moyenne	38,5 (IC95%)
IC 95%	{34,3-42,7}
Sex ratio	4,25 F / 1 H
Situation maritale, n (%)	
En couple	10 (42%)
Seul(e)	5 (24%)
Niveau d'étude, n (%)	
>Bac et <bac+4	12 (57%)
≤ CAP, BEP	7 (33%)
≥ Bac +4	2 (10%)
Lieu de recrutement	
Site urbain	9 (43%)
Site semi-urbain	5 (24%)
Site rural	2 (10%)
DM	5 (24%)

Antécédents psychiatriques, n (%)	
Hospitalisation, suivi, consultation	11 (52%)
Prise d'antidépresseur	9 (43%)
Connaissances sur la dépression, n (%)	
Expérience personnelle	11 (52%)
Entourage proche	9 (43%)
Médias (TV, radio, presse)	7 (33%)

Au sujet des motifs de consultation des EDC+, ils ont été nombreux à évoquer spontanément une plainte psychologique (n=16, 76%).

On ne retrouve pas de différence significative en ce qui concerne les motifs de consultation identifiés, mise à part une tendance des patients EDC+ à exprimer plus de motifs anxieux (18% contre 5% chez les médecins, $p=0,08$).

Les 3 motifs les plus exprimés par les EDC+ sont :

- des troubles dépressifs précis (36%),
- des troubles anxieux (18%),
- des plaintes professionnelles ou des demandes administratives (13%).

Tandis que les plus repérés par les médecins sont :

- les troubles dépressifs précis (39%),
- les difficultés professionnelles (20%),
- les plaintes somatiques et demandes administratives (10%).

La typologie des épisodes dépressifs indique qu'ils correspondent à un premier épisode pour 67% des cas (n=14), une rechute pour 14% (n=3), et une récurrence pour 14% (n=3). Les EDC sont associés à une comorbidité anxieuse dans 43% des cas. Dès lors, on constate une forte association dépression-anxiété, et aucune comorbidité autre (ni douleur, ni PTSD). Un traitement antidépresseur était déjà été mis en place depuis moins d'un mois chez 14% des EDC.

Les estimations initiales de moral étaient pour 90% d'entre elles, inférieures à 6/10 à l'EN-A (n=19) avec 33% des estimations entre [0-3[/10 (n=7) et 57% entre [3-6[/10 (n=12). Les EDC+ ont estimé leur moral en moyenne autour de 3/10 ([0-6], IC95% {2,3-3,8}), contre une estimation moyenne des autres patients à 5,1/10 ([3-7], IC95% {4,6-5,6}).

Le résultat au PHQ9 est $\geq 10/27$ pour tous les EDC diagnostiqués, avec une moyenne de 17,5/27 ([14-23], IC95% {16-19}). Le profil de sévérité entre EDC+/EDC- montre qu'il y a significativement plus d'EDC modérément graves (n=12, 57%, $p=0,02$)

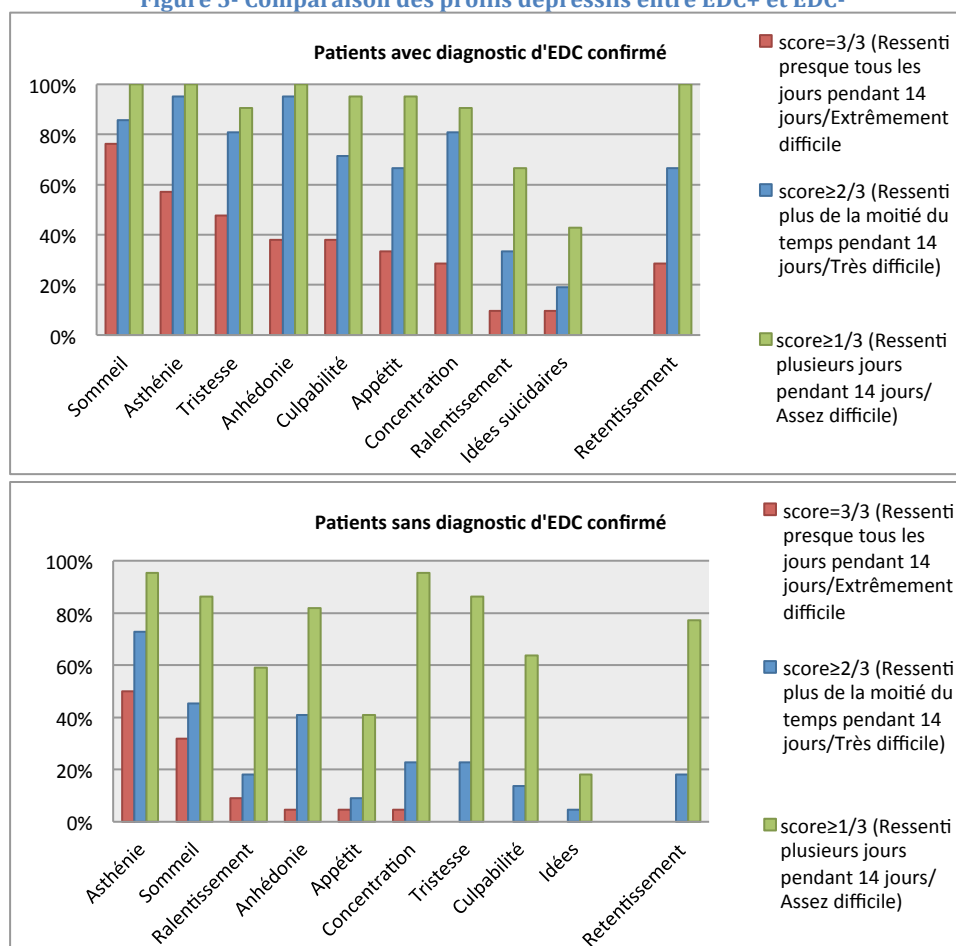
et graves ($n=5$, 24%, $p<0,001$), alors que les EDC- ont une symptomatologie dépressive significativement plus légère ($m=9$, 82%, $p=0,001$), ou modérée ($n=11$, 50%, contre $n=4$, 20% chez les EDC+, $p=0,05$).

La comparaison des signes cliniques entre EDC+ et EDC- appuie les observations précédentes. Des patients non atteints par le trouble ont présenté des symptômes, mais insuffisants pour poser le diagnostic. Chez eux, certains symptômes étaient même très sévères. On identifie que ce sont des symptômes aspécifiques et fréquents : les troubles du sommeil et l'asthénie (32 et 50% des non déprimés). Ceci est particulièrement confusionnant pour le diagnosticien puisque ces éléments sont aussi les plus fréquents chez les EDC+, à la différence qu'ils doivent être toujours accompagnés par plusieurs autres symptômes dépressifs sévères (Figure 5).

Un changement à l'EN après la passation de l'auto-questionnaire de dépression a été possible pour 8 patients EDC+ (38%) contre 14% ($n=3$) chez les EDC- ($p=0,09$). Malgré cette aptitude, leur moyenne d'EN-B n'est pas modifiée par l'auto-questionnaire (3/10, [0-6], IC95%{2,1-3,8}). Ce qui signifie que même s'ils corrigent leur évaluation, soit ils sont toujours dans l'erreur, soit cette différence n'est pas suffisante pour modifier sensiblement la moyenne des notes, soit les deux.

C'est pourquoi **la corrélation finale** entre EN et PHQ9 chez les EDC+ reste faible. Ce qui laisse supposer que la passation du PHQ9, pour des patients EDC+, n'est pas un outil suffisamment puissant pour modifier leur insight.

Figure 5- Comparaison des profils dépressifs entre EDC+ et EDC-



3.2 L'hétéro-évaluation de l'insight : SUMD

Nous avons choisi de garder dans notre interprétation uniquement l'item concernant la conscience du trouble mental (du fait qu'il n'y ait qu'un seul cas de non-réponse). Ainsi, les praticiens ont donné une moyenne à 1,8/5 aux EDC+ concernant cet élément, insight meilleur que ceux pour qui le trouble dépressif n'était pas confirmé, dont la moyenne s'élève à 2,3/5.

3.3 Trois troubles de l'insight

Nous distinguons 3 sous-groupes de patients déprimés selon le trouble de l'insight observé:

- les dépressions masquées (EDC+ $\supset$ P- : n=5, 24%) ;
- les erreurs de jugement initial (EDC+ $\supset$ ErjI+ : n=6, 29%) ;
- les erreurs de jugement final (EDC+ $\supset$ ErjF+ : n=8, 38%).

Dans chacun des sous-groupes, les dépressions sont modérées (75 à 83% des EDC). Comme ce que nous avons pu déjà constater concernant le peu d'impact que peut avoir la sévérité dépressive sur l'insight, ce constat se confirme également au niveau de ces trois altérations de l'insight.

Nous allons présenter les quelques éléments descriptifs les plus significatifs qui ressortent de ces sous-groupes (en rappelant au lecteur que leur petitesse ne fait qu'ouvrir des pistes à confirmer, sans qu'aucune généralisation ne soit actuellement possible).

3.3.1 Le cas des dépressions masquées (EDC+ $\supset$ P-)

Dans l'échantillon, cinq patients EDC+ (24%) sont venus consulter sans présenter aucun motif de consultation en rapport avec une problématique psychologique (P-). Sans pouvoir juger du caractère volontaire ou non de cette absence de plainte psychologique, nous parlerons ici de dépressions masquées.

Dans notre échantillon, les hommes sont significativement plus représentatifs des patients EDC+ $\supset$ P- (60%, contre 6%, $p=0,02$). Dans ce groupe, les patients présentent significativement plus d'idées suicidaires graves (40% avec un PHQ9-9 à 3/3, contre 13%, $p=0,04$).

Plus grave encore, les médecins ont estimé au SUMD1 une conscience de leur trouble moins bonne que les autres (2,4/5, contre 1,6/5), ce qui se répercute sur leur insight globale (SUMD moyen à 5,6/15 pour les EDC+ $\supset$ P-, contre 3,1/15, $p=NS$). Nous pouvons alors dire que ce sont donc des patients « sourds » à leur propre trouble et « muets » à l'exprimer, ce qui rend vraisemblablement ces situations encore plus à risque de passage à l'acte suicidaire.

3.3.2 Les erreurs de jugement initial (EDC+ $\supset$ ErJI+)

Six patients EDC+ (29%) ont mal estimé leur moral à l'EN-A (ErJI+) (trois patients ont jugé leur moral moins sévèrement, et trois plus sévèrement que ce qui est objectivé au PHQ9).

Dans notre échantillon, ces patients n'ont aucune expérience de la dépression provenant de leur entourage proche (contre 60%, $p=0,02$). La diversité de leurs connaissances sur la dépression est moindre, puisqu'aucun n'avait plus de deux sources d'informations différentes (contre 53%, $p=0,05$). (Est-ce alors ce manque relatif de connaissances qui explique qu'ils soient « malentendants » par rapport à l'altération de leur moral ?).

Parmi les symptômes sévères de dépression du PHQ9, les patients EDC+ $\supset$ ErJI+ ont significativement plus de troubles attentionnels (67%, contre 13%, $p=0,03$). (Y aurait-il un lien entre les altérations cognitives de l'inattention et la capacité à juger l'intensité d'une expérience subjective ?).

Enfin remarquons que chez ces six patients, cinq vont se maintenir dans l'erreur après la passation du PHQ9. Ils forment donc un noyau dur de patients réfractaires à l'information apportée par la passation du PHQ9.

Les praticiens ont jugé la conscience du trouble de ces EDC+ $\supset$ ErJI+ légèrement plus faible que les autres aux EDC+ $\supset$ ErJI+ (SUMD1=2/5, contre 1,7/5).

3.3.3 Les erreurs de jugement final (EDC+ $\supset$ ErJF+)

Quand on s'intéresse aux patients EDC+ ayant fait une erreur sur leur estimation finale on en retrouve huit (38%). Cinq proviennent des EDC+ $\supset$ ErJI+, et trois se surajoutent.

Ainsi, nous constatons que la part des patients EDC+ pour qui la passation du PHQ9 a altéré la critique est faible ($n=3$, 14%). Dont deux qui ont aggravé leur estimation de moral, (effet «*nocebo*» induit par le test ?), et un qui l'a trop amélioré (effet «*placebo*» du test ?). L'analyse individuelle de leur « fiche duo » ne donne pas d'explication logique à ces erreurs, exceptée une patiente. En effet, l'analyse statistique a été faite sur sept patients EDC+ $\supset$ ErJF+ car l'une des erreurs observée, par excès de diminution de l'EN-B, est en réalité adaptée à la gravité de la situation : la révélation

d'idées suicidaires très sévères (chez une patiente présentant une dépression masquée, venue consulter pour la découverte d'une masse mammaire à l'autopalpation).

Pour tous ces patients EDC+ $\supset$ ErjF+, la diversité de leurs connaissances sur la dépression est plus faible que pour les autres patients puisqu'aucun d'entre eux n'a plus de deux sources de connaissances, contre 57% ($p=0.02$). Ils semblent également plus marqués par un ralentissement psychomoteur que les autres (score $\geq 2/3$ chez 71% d'EDC+ $\supset$ ErjF+, contre 14%, $p=0,02$).

L'hétéro-évaluation de la conscience de leur trouble est quasiment équivalente à celle des patients qui ne font pas d'erreur finale (SUMD1=1,9/5 pour les EDC+ $\supset$ ErjF+, contre 1,7/5).

3.4 Synthèse

Parmi les patients suspectés de dépression par les praticiens, le diagnostic d'EDC est confirmé chez 49% de notre échantillon ($n=21$). Leur capacité à faire correspondre l'intensité de leur vécu subjectif à la sévérité objective du trouble est moindre, et la passation d'un auto-questionnaire de dépression, sur une seule consultation, ne suffit pas à l'améliorer ($r-B=-0,56$, $p=0,008$).

Pour expliquer ce constat, nous avons pu mettre en évidence une insight médiocre chez certains, se manifestant de trois manières différentes. D'une part des patients EDC+ $\supset$ P-, « sourds et muets » par rapport à leur propre moral, souvent des hommes, en dépression masquée, au risque suicidaire fort. Ensuite des patients EDC+ $\supset$ ErjI+, « malentendants », qui ont eux, identifié une anomalie dans leur moral, mais qui se trompent pour l'évaluer. Cette situation pourrait être en rapport avec une méconnaissance de la dépression et une probable altération cognitive en lien avec un trouble attentionnel. Hélas, ces mêmes patients semblent réfractaires à l'autocritique suggérée par le PHQ9, puisque la majorité d'entre eux persistent dans l'erreur. Seuls deux patients EDC+ ont été confondus par la passation du PHQ9 dans la réévaluation de leur estimation finale (l'un par effet « nocebo », l'autre par effet « placebo ») sans qu'aucune explication puisse être retrouvée individuellement. On note simplement une tendance au ralentissement psychomoteur plus marquée chez ces EDC+ $\supset$ ErjF+.

Même si la corrélation entre l'estimation subjective du moral par une note sur 10 et la réalité objective de la sévérité de la dépression est faible chez les patients présentant un réel EDC ($r=-0,51$, $p=0,02$), elle semble en revanche globalement bonne si on la considère sur une population de patients suspectés en dépression par leur médecin ($r=-0,69$, $p<0,001$). Pourrait-on alors envisager cette simple estimation comme outil de dépistage en médecine ambulatoire pour aider à discriminer la dépression en population générale ? C'est que nous allons présenter.

4 Dépistage de la dépression

Jusqu'à présent, notre travail a mis en évidence que la passation d'un auto-questionnaire standardisé (PHQ9) entraînait des modifications de l'estimation du moral chez certains patients, tout en identifiant des situations critiques.

Nous avons aussi vu, que l'estimation du moral au moyen d'une simple note sur dix par une échelle numérique, était sensiblement corrélée aux résultats du questionnaire standardisé.

Dès lors, il nous a semblé pertinent de vérifier si cette échelle numérique pouvait être utilisée comme outil de dépistage bref à appliquer en médecine ambulatoire pour dépister des patients déprimés en une ou deux questions simples.

Nous nous sommes aussi enrichis du constat que la médecine générale ambulatoire est cardinale pour démêler les pièges des demandes de soin pour dépression, comme pour trier la multitude des présentations cliniques.

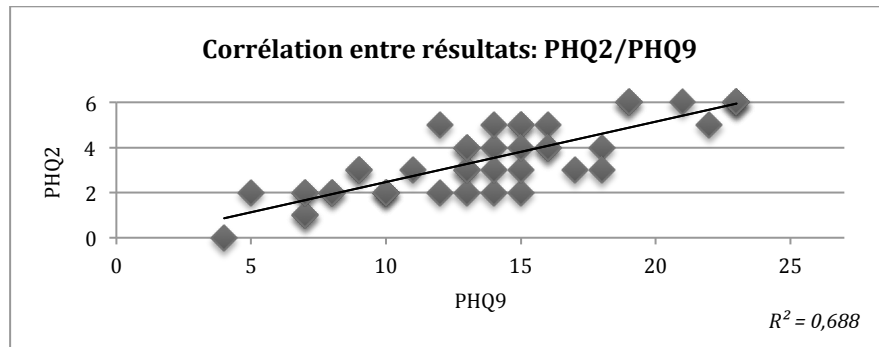
C'est pourquoi, au-delà du gain statistique (augmentation de l'effectif), nous avons élargi notre échantillon d'étude, en modifiant le critère d'inclusion des EDC+ pour accepter tout patient dont le PHQ9 était supérieur à 10/27 (n=33, 77%, dont la totalité des 21 EDC+). Ainsi, nous aurons plus de « cas frontières », ce qui renforcera les conclusions de notre analyse de pertinence.

Pour commencer, nous avons comparé l'EN au PHQ2 que nous avons choisi comme référence comparative de la puissance psychométrique du nouveau test proposé (voir §2.2.5).

4.1 Résultats au PHQ2

La population de patients déprimés de notre échantillon semble comparable à celles utilisées dans l'établissement des caractéristiques psychométriques du PHQ2. En effet nos résultats sont globalement semblables à ceux retrouvés dans la littérature avec une sensibilité (Se) à 79% et une spécificité (Sp) à 80% pour un score au PHQ2 $\geq 3/6$ (pour rappel, dans la littérature, Se=83% et Sp=90% avec le seuil $\geq 3/6$) ; et une Se à 100% et une Sp à 30% pour un score au PHQ2 $\geq 2/6$ (dans la littérature, Se=93% et Sp=74% avec le seuil $\geq 2/6$) (Kroenke and Spitzer, 2002).

Figure 6- Diagramme de corrélation entre le résultat au PHQ2 et le résultat au PHQ9 dans l'échantillon



4.2 Proposition du nouveau test de dépistage

4.2.1 Test de dépistage utilisant seulement l'EN

Les calculs des caractéristiques psychométriques sont réalisés en se basant sur les critères de maladie donnés par la confirmation diagnostique avec un $\text{PHQ9} \geq 10/27$.

Si l'on utilise l'EN avec un seuil à 6/10 nous obtenons une bonne sensibilité à 85% mais une faible spécificité à 50%, avec un risque de faux positifs important pour détecter les troubles dépressifs. C'est ce qui justifie que nous pourrions implémenter l'EN par un item particulier pour essayer d'améliorer la spécificité.

4.2.2 Test de dépistage associant EN et conséquences fonctionnelles

Dans l'optique d'améliorer la spécificité, nous avons couplé l'EN avec un item issu du PHQ9 : « les conséquences fonctionnelles » (CF). C'est en effet un item central du PHQ9 car ses scores isolés de sévérité sont très bien corrélés au score de PHQ9 (coefficient fort: $r = 0,75$, $\text{IC}_{95\%} = \{0,57; 0,85\}$, $p < 0,001$), (avec $\text{CF} \geq 1/3$ = retentissement « assez difficile », à $2/3 \geq$ retentissement « très difficile »).

4.2.2.1 > Validité intrinsèque :

L'association d'un seuil de positivité au test comprenant $CF \geq 2/3$ (conséquences « très difficiles ») et une note d'EN-A $< 6/10$ donne une faible Se à 52%, mais avec une Sp à 100%.

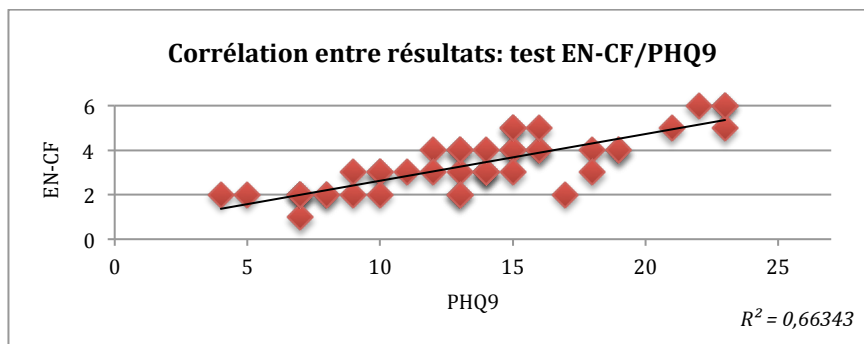
En utilisant un seuil de positivité comprenant des $CF \geq 1/3$ (conséquences « assez difficile »), et en gardant cette même note d'EN-A $< 6/10$, la Se s'élève à 85% et la Sp reste très bonne à 90%. L'association des ces derniers seuils semble donc être la plus optimale pour la proposition de ce nouveau test.

Pour compléter l'analyse, nous avons vérifié la corrélation entre EN-CF et PHQ9. Pour ce faire, nous avons traduit le résultat du EN-CF selon la méthode suivante. Avec un système de calcul identique à celui du PHQ2, nous avons élaboré un score total d'EN-CF sur 6 points. Il s'agit de la somme du score sur 3 points des CF avec un score sur 3 points établi selon différents intervalles de sévérité choisis parmi les EN-A. Ont été considérés :

- à 3/3 tous les EN-A $< 3/10$ et les CF « extrêmement difficiles »,
- à 2/3 les EN-A compris entre 3 et 5,5/10 et les CF « très difficiles »,
- à 1/3 les EN-A compris 6 et 7,5/10 et les CF « assez difficiles »,
- et à 0/3 les EN-A $\geq 8/10$ et les CF « pas du tout difficiles ».

Dans notre échantillon, les résultats du test EN-CF montrent une forte corrélation avec la sévérité du PHQ9 : $r=0,81$ ($IC_{95\%}=[0,68-0,9]$, $p<0,001$), dont la très bonne dispersion autour de la droite de régression du diagramme de corrélation est équivalente à celle du test de référence PHQ2/PHQ9 (Figure 6Figure 7).

Figure 7- Diagramme de corrélation entre le score EN-A+CF et le résultat au PHQ9 dans l'échantillon



4.2.2.2 > Validité extrinsèque :

- Dépistage dans la population générale :

Le calcul des valeurs prédictives positive et négative (VPP, VPN) (*selon la formule de Bayes ; avec l'utilisation de la prévalence de la maladie dépressive en France en 2010 selon l'HAS, $P=7,8\%$*) donne une probabilité d'une chance sur deux pour détecter les réels patients déprimés (VPP=52%), et une chance sur deux d'écarter les personnes non déprimés (VPN=48%). L'utilisation de ces deux questions, dans un contexte de dépistage de masse semble non contributive.

- Dépistage sur des patients suspectés en dépression :

Le calcul à posteriori de la VPP s'élève à 96%, et de la VPN à 64%.

Ce test serait donc plus performant sur une population déjà repérée par le médecin généraliste comme suspecte de dépression, comme c'est le cas dans notre échantillon.

4.2.2.3 > Enoncé du test :

Ce nouveau test de dépistage comporterait deux questions simples :

- 1/ « *Sur ces 2 dernières semaines, à combien coteriez-vous votre moral (en sachant que 10/10 correspond au meilleur moral que vous puissiez imaginer, et 0/10 au pire moral imaginable) ?* ».

Si le patient donne une estimation de son moral inférieure à 6/10 :

- 2/ « *Cela a-t-il rendu votre travail, vos tâches à la maison, ou vos relations très difficiles? (Oui ? Non ?)* ».

Si le patient répond oui, il y a d'importantes chances qu'il présente un réel EDC.

DISCUSSION

1 L'impact de l'auto-questionnaire de dépression

1.1 Prendre conscience

1.1.1 La baisse de l'humeur

L'utilisation d'un auto-questionnaire de dépression, utilisé chez des patients suspectés de dépression par leur médecin généraliste, a eu impact sur **un quart de notre échantillon (C+, n=11, 26%)**. Ces patients ont pu se saisir de leurs résultats objectifs au questionnaire, pour ajuster leur estimation subjective de moral, et ce, sur une unique consultation. Leur adéquation finale entre estimation subjective et résultat objectif devient significativement forte (corrélation finale : $rB=-0,81$, $p<0,001$) malgré une puissance quantitative de l'impact de l'auto-questionnaire faible (différence de corrélations avant-après non significative).

Sur l'ensemble de l'échantillon, alors que la corrélation était déjà bonne entre l'estimation initiale que les patients avaient faite de leur moral et la sévérité dépressive objective ($rA=-0,69$, $p<0,001$), l'auto-questionnaire a quand même permis une légère augmentation (non significative) de cette corrélation ($rB=-0,75$, $p<0,001$).

Aucune étude utilisant ce protocole n'a été retrouvée dans la littérature pour nous permettre de comparer nos résultats. Cependant, deux explications concernant cette **faible part d'impact** (seulement un quart de l'échantillon) peuvent-être apportées. Tout d'abord, l'utilisation d'une méthode d'échelle numérique (EN), sur 10 points, pour estimer l'humeur, peut avoir donné des résultats moins sensibles au changement que si l'on avait choisi une méthode par échelle visuelle analogique (comme ce qui est constaté dans l'évaluation de la douleur, Berthier et al., 1998). D'autre part, concernant les patients n'ayant pas changé leur note à l'EN ($n=32$, 74%), ils avaient, dès le départ, donné une estimation de leur moral relativement bonne ($rA=-0,74$, $IC95\% \{-0,86 ; -0,52\}$, $p<0,001$). Le résultat de sévérité dépressive du questionnaire n'a fait que confirmer leur jugement subjectif initial du moral. Il y avait donc, pour eux, peu de pertinence à changer une estimation déjà bonne.

On peut d'ailleurs être interpellé par cette **capacité des C+ à avoir ajusté leur estimation subjective**, sur une unique consultation, et ce, en se saisissant simplement

d'informations objectives concernant leur état, à partir d'un court questionnaire. Quatre suppositions peuvent émerger des tendances observées du profil de ces patients. 1) La connaissance d'un vécu dépressif à travers l'expérience d'une personne de l'entourage proche (73% des C+, $p=0,08$) pourrait faciliter leur capacité à ajuster la représentation de leur propre dépression. En 2010, une grande enquête nationale remarquait déjà que la représentation des gens vis-à-vis de la dépression est plus susceptible d'être influencée lorsqu'il y a « connaissance d'une personne avec des troubles psychiatriques dans son entourage » (Roelandt et al., 2010). 2) On constate un sentiment de souffrance plus marqué, avec présence d'une tristesse et d'une perte de plaisir comme symptômes dépressifs prédominants au PHQ9 (82%, $p=0,03$ et 91%, $p=0,07$ respectivement), et avec un retentissement si fort de leur symptomatologie dépressive sur leur quotidien, (jugée très difficile pour 73% d'entre eux, $p=0,03$), qu'il peut être compréhensible que ces personnes soient plus enclines à lâcher leurs résistances, et à accepter de s'ajuster à des informations, pour mieux comprendre cette souffrance et mieux la soulager. Une étude du CREDES confirme que ce n'est qu'à partir du moment où la souffrance est jugée insupportable que les patients déprimés acceptent de l'aide (Lepape et al., 1999). 3) Leur niveau d'étude moins faible (72% avec un niveau supérieur ou égal au baccalauréat, $p=0,09$) peut être un élément explicatif supplémentaire à ce changement : meilleure intégration des informations du questionnaire, et moindres résistances personnelles à l'idée d'une dépression. En effet, l'Anadep, une vaste enquête sur la dépression en France réalisée en 2005 (INPES, 2009), montre que des sujets avec ce même niveau d'étude ont une probabilité plus élevée de penser qu'« une personne qui fait une dépression souffre », alors que trois français sur dix rejettent l'idée, estimant que les dépressifs se complaisent dans leur état, et notamment les individus ayant un niveau inférieur au baccalauréat, qui pensent que la dépression est « une maladie de femmes ». 4) Enfin, la propension des C+ à affiner leur jugement si rapidement grâce à un questionnaire, pourrait s'expliquer par le fait que ces patients se trouvent perdus face à l'inconnu d'un tel vécu symptomatique (91% de premier épisode dépressif, $p=0,05$).

Ainsi, l'utilisation d'un auto-questionnaire de dépression, dans le but d'affiner la prise de conscience d'un trouble dépressif, serait plus indiquée chez des patients naïfs de tout antécédent dépressif. Cette indication d'utilisation ciblée aux premiers épisodes dépressifs peut être cependant critiquable à trois points de vue. Premièrement,

le sous-groupe des C+ correspond à un faible effectif (n=11), dans un échantillon lui-même peu important (n=43), pouvant entraîner un manque de représentativité pour généraliser nos observations vers un conseil d'utilisation. Deuxièmement, même si un réel effet d'ajustement de l'estimation à la réalité objective du trouble est constaté, la puissance quantitative de celui-ci est cependant peu importante, avec une différence entre les deux coefficients de corrélation, avant-après le questionnaire, non significative. Troisièmement, (et en acceptant de considérer uniquement l'impact qualitatif du questionnaire, qui est d'entraîner un changement de perception subjective du moral, sans tenir compte de son impact quantitatif), cibler l'action de l'auto-questionnaire aux premiers épisodes dépressifs peut donner l'impression de limiter la pertinence de son application en médecine générale, qui ne se résume pas qu'à ces patients nouvellement diagnostiqués.

Cependant, c'est justement vers ces patients présentant un premier épisode dépressif que nos **actions psycho-éducatives** doivent être les plus insistantes. Parmi les instruments psycho-éducatifs à disposition, l'auto-questionnaire de dépression a toute sa légitimité: travail de la capacité d'auto-évaluation des patients sur la perception de symptômes dépressifs, mémorisation de la liste des items mis en lien direct avec le diagnostic de dépression, intégration du vécu subjectif de l'intensité des symptômes relié à un score final de sévérité dépressive objectif. Le but de cette utilité psycho-éducative de l'auto-questionnaire serait d'augmenter les chances d'adhésion au diagnostic, avec l'espoir de limiter le délai d'acceptation d'un traitement, et de contribuer au maintien de l'observance thérapeutique. Dans une étude française, cette action des échelles d'évaluation dans l'éducation à la santé est déjà utilisée, et jugée pratique par une partie des généralistes (en plus des conseils oraux, et des brochures d'information) . En effet, un résultat positif à un test peut modifier les convictions d'un patient et ainsi ouvrir une porte vers un traitement. Concernant plus spécifiquement les échelles de dépression, une étude de 2010 montre, qu'aux Etats-Unis (Baik et al., 2010), leur utilisation par les généralistes, certes occasionnelle, est rarement faite pour établir le diagnostic de dépression, mais surtout pour convaincre les patients qui refusent de le voir. Il serait d'ailleurs intéressant de prolonger notre étude en observant 2 autres cibles d'impact de l'auto-questionnaire de dépression : l'acceptation même du diagnostic ou encore le consentement à introduire un traitement (« après ce questionnaire, pensez-vous souffrir de dépression ? Seriez-vous d'accord pour un traitement antidépresseur » ?).

Un autre intérêt à l'utilisation de moyens psycho-éducatifs autour du premier épisode dépressif va être, en plus d'aider à la prise en charge de l'épisode lui-même, **la prévention** d'un de ses risques majeur: la chronicité. En effet, 50% des dépressions évoluent vers des récives, et 15% vers une chronicité (Jaafari et al., 2005).

Prévenir les rechutes passe par un monitoring sérieux d'un premier épisode traité, avec passation répétée d'une échelle de dépression, et notamment d'un auto-questionnaire, à la fois pour juger de l'efficacité du traitement sur la sévérité du trouble, mais également pour donner l'habitude aux patients de s'auto-évaluer fréquemment, et de mémoriser les symptômes dépressifs pour mieux les repérer en cas de rechute. C'est le phénomène d'embrasement qu'il faut à tout prix éviter (modèle du « kindling » de R. Post¹).

Prévenir la chronicité nécessite de s'employer activement à atteindre la rémission complète, et ce, dès le premier épisode. En 2013, des auteurs indiquent la présence d'un délai de 3 ans entre l'âge d'apparition du premier épisode dépressif (vers 30 ans), et l'introduction du premier antidépresseur (Magalon-Bingenheimer et al., 2013). Or lorsqu'on sait qu'un retard de 6 mois à la mise en route d'un traitement diminue considérablement les chances d'obtenir une rémission complète (Bukh et al., 2013), et que le taux de rémission complète dépasse rarement 35% en soins primaires (Anseau et al., 2009), on ne peut que militer pour le déploiement de tous les moyens contribuant à raccourcir ce délai d'attente, afin d'éviter une carrière dépressive à ces jeunes trentenaires. Les principales raisons de leur perte de chance vers la rémission complète sont leur manque de compréhension et d'acceptation du diagnostic (Masand, 2003), deux obstacles sur lesquels un auto-questionnaire de dépression peut justement agir.

Il serait d'ailleurs intéressant d'**ouvrir notre protocole** à de nombreuses autres échelles d'auto-évaluation de dépression pour prouver également leur intérêt dans la prise de conscience du trouble dépressif. En effet, si un court auto-questionnaire, comme le simple PHQ9 utilisé dans cette étude, avec 9 items, occasionne déjà un faible impact sur la perception subjective du moral, une hypothèse serait de dire que l'utilisation d'un auto-questionnaire de dépression plus long aurait davantage d'impact. Par exemple, le BDI-II (inventaire de dépression de Beck à 21 items construit sur la base du DSM-IV)

¹ Théorie du « kindling »: augmentation de la fréquence des rechutes thymiques, avec des facteurs déclenchants de plus en plus indépendants des facteurs environnementaux, par phénomène de sensibilisation, à mesure de l'évolution de la maladie.

amènerait probablement le patient à faire un plus grand nombre de constats concernant son état dépressif, et ainsi renforcer sa prise de conscience et son adhésion au trouble.

1.1.2 Les cas de dépression masquée

L'une des meilleures adéquations finales entre estimation du moral et sévérité dépressive dans notre étude se retrouve chez les patients pour qui une dépression était suspectée alors qu'ils étaient venus consulter sans aucune plainte psychologique (P-, n=16, 37%). Cette corrélation s'est améliorée après l'auto-questionnaire, devenant significativement forte ($r_B = -0,84$, $p < 0,001$; pour un $r_A = -0,63$, IC95% $\{-0,86 ; -0,19\}$, $p = 0,009$). L'effectif trop faible de ces mêmes patients mais chez qui la dépression était confirmée (n=5, 26% des déprimés) ne permet pas de conclure. Nous pouvons proposer cependant une utilisation de l'auto-questionnaire de dépression pour aider le praticien à discriminer, parmi des présentations non psychologiques, la présence ou non d'une dépression masquée (alors même que le patient ne perçoit pas de dépression, ou alors qu'il n'ose pas l'évoquer (Cape and McCulloch, 1999)).

En effet, ces dépressions masquées, bien moins claires que les descriptions typiques apprises dans les livres de médecine, sont des pièges récurrents pour les généralistes, constatés depuis plus de 40 ans (premier symposium international de St Moritz sur « la dépression masquée » en janvier 1973) (Ehrenberg, 2000). Dans la mesure où c'est une plainte somatique qui masque la dépression, elle ne s'exprime donc pas chez les psychiatres mais essentiellement chez les généralistes, avec des symptômes psychologiques présents, mais souvent discrets et **difficiles à détecter**, ce qui rend la dépression encore plus trompeuse en médecine générale.

Parmi les difficultés de reconnaissance du médecin se trouve surajouté le problème des **maladies somatiques associées**. En effet, alors que la prévalence de la dépression est doublée chez ces patients souffrant d'une maladie chronique par rapport à la prévalence de la population générale, le sujet ayant une maladie somatique associée sera deux fois moins considéré comme déprimé, à intensité et symptomatologie dépressive comparable (Simon et al., 1999).

Ce qui rend encore plus difficile le repérage de ces dépressions atypiques est le **manque de formation en psychiatrie** dont pâtiennent les généralistes. Ceci concerne la formation médicale initiale (FMI) tout comme dans la formation médicale continue

(FMC). En effet, la dépression occupe une place marginale dans le programme de FMI. Trop peu d'externes accèdent au stage de psychiatrie, ce d'autant plus que psychiatrie et neurologie sont souvent mis en concurrence dans le module du choix de stage. Dans une étude régionale en médecine générale, à peine un praticien sur cinq avait effectué un stage en psychiatrie (Blanchard, 2008). Une fois en stage, les étudiants ne font l'expérience que des dépressions hospitalisées (sévères, délirantes, en crise suicidaire...), bien loin des dépressions masquées, des dépressions légères du tout venant, qu'ils auront à reconnaître en cabinet. Les autres ne resteront qu'avec une approche théorique de syndromes psychiatriques souvent jugés hermétiques par les étudiants. Le changement de programme de 2^{ème} cycle des études médicales envisagées pour 2016 par le Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche ne va pas aider à clarifier les esprits, transformant l'item spécifique pour les troubles de l'humeur et les troubles bipolaires (item n°285) vers un item fourre-tout (mélangeant dépression, anxiété, trouble panique, phobie, trouble obsessionnel compulsif, état de stress post traumatique ; item n°64, selon l'arrêté du 8 avril 2013). Une fois internes en médecine générale, les étudiants enchaînent leurs semestres, avec l'habitude de recourir à la psychiatrie de liaison en cas de problèmes psychologiques rencontrés chez leurs patients dans leurs stages hospitaliers. Ce n'est qu'une fois en stage ambulatoire qu'ils prennent conscience de l'ampleur des difficultés pour poser un diagnostic et pour prendre en charge ces dépressions de la population générale. Enfin installés, les FMC proposent des sessions d'approfondissement thématique pour les praticiens, mais leur fréquentation va dépendre grandement de leur motivation et de leur adhésion au programme de formation.

La part des dépressions masquées de notre échantillon, qui correspond déjà au quart des patients déprimés, est cependant moins élevée que celles retrouvées dans une étude multicentrique internationale, qui révèle que 45 à 95% des dépressions se présentent qu'avec des symptômes somatiques. Ceci est probablement dû au manque d'expérience des internes ayant inclus la majorité des patients de notre étude (72%, n=31), dont le sens clinique n'est pas encore bien développé pour détecter ces dépressions. Ce manque d'expérience des internes face aux dépressions masquées, qui peuvent pourtant être si fréquentes en médecine générale, donne d'ailleurs une raison possible au regrettable faible recrutement de notre étude (n=43), malgré une prévalence des dépressions en soins primaires estimée à 11,7% (Roustit et al., 2008), et le nombre important de praticiens sollicités pendant 3 mois (environ 150 médecins et internes).

De plus, les patients eux-mêmes se retrouvent confrontés à une multitude de comportements ou symptômes pouvant être en lien avec une dépression . Difficile, donc, pour eux, de reconnaître par là un dysfonctionnement psychologique, notamment concernant des variations de leur humeur. Et lorsque les sujets prennent conscience de leurs troubles, soit ils arrivent à repérer l'origine psychologique et les considèrent alors souvent comme non pathologiques, soit ils les attribuent à des causes organiques. C'est dans cette dernière situation, cette conviction de l'origine organique de leurs troubles, que se trouve renforcer **la méconnaissance des patients** concernant leur état affectif, avec une perte de chance pour la prise en charge de leur pathologie dépressive. Cette méconnaissance est d'autant plus étendue que près de la moitié de la population française s'estime mal informée sur la dépression selon le baromètre de la santé en 2005 (Guilbert and Gautier, 2006). Cette méconnaissance se confirme notamment dans une enquête nationale concernant la santé des ménages français, chez qui la passation d'un test de dépression (MINI) a permis de diagnostiquer 8,1% de personnes s'étant pas déclarées spontanément dépressives, et d'infirmier 2,5% s'étant, elles, jugées spontanément déprimées. Ainsi cette enquête confirme ce que nous soulignons dans notre travail concernant l'intérêt d'utiliser un auto-questionnaire de dépression pour aider praticiens et patients à détecter ces dépressions pièges. L'art devient alors pour le praticien de repérer sous quel genre de symptomatologie somatique se cachent ces dépressions, pour indiquer à quel patient proposer plus spécifiquement le questionnaire. En reprenant des indications données aux médecins généralistes pour repérer ce genre de dépressions masquées (Jaafari et al., 2005), nous proposons d'utiliser un auto-questionnaire de dépression en cas de : plaintes somatiques variables dans le temps, prépondérantes le matin, présentées de façon répétitive et insistante au médecin (algies, céphalées, troubles digestifs, du sommeil, asthénie, anorexie...), avec une disproportion entre ces plaintes et leurs conséquences dans la vie quotidienne, refus marqué d'accepter l'origine dépressive du trouble, une anxiété modérée, une rupture marquée dans la trajectoire de vie du patient, perte d'intérêt pour les activités vicariantes antérieures.

En plus de ce soucis de non perception des symptômes, tant par les patients que par les praticiens, il faut constater que nombreux sont les sujets à **ne pas vouloir parler de leurs problèmes émotionnels** à leur médecin (Bell et al., 2011). Les raisons principales relevées par une étude britannique (Cape and McCulloch, 1999) sont : le sentiment de pouvoir s'en tirer seul, une gêne à parler du problème avec la crainte

d'ennuyer le médecin ou de lui prendre trop de temps, une réticence renvoyée par l'attitude passée ou présente du généraliste. D'autres patients pensent même qu'il est risqué d'en parler à un médecin (Chan Chee et al., 2009). Il y a donc un véritable potentiel dans les questionnaires pour aider le patient à se confier (Buntinx et al., 2004), plus particulièrement les hommes, souvent plus réticents à évoquer leur état émotionnel (Chan Chee et al., 2009), hommes qui sont également dans notre étude, les plus représentatifs parmi les patients déprimés venus consulter sans plainte psychologique par rapport aux autres déprimés (60%, $p=0,02$). Ainsi l'utilisation de cet outil pourrait être privilégié chez les personnes qui ont du mal à se confier, et notamment les hommes (conseil retrouvé dans d'autres études (Bernicot, 2013; Berrou, 2013)).

* * *

Le silence des patients vis-à-vis de leurs difficultés émotionnelles, est doublement traître, car, en plus de masquer des dépressions, il peut y cacher une urgence psychiatrique mortelle: le passage à l'acte suicidaire. Et même lorsque les patients sortent du silence pour présenter leurs plaintes psychologiques, il reste encore beaucoup à faire pour découvrir l'ensemble des symptômes dépressifs qui les habitent, même les plus sévères.

1.1.3 Eviter les suicides

Grâce à l'auto-questionnaire utilisé dans notre étude, 40% des personnes en dépression étant venues consulter sans aucune plainte psychologique, ont dévoilé la présence d'idées suicidaires presque tous les jours sur les 14 derniers jours ($p=0,04$), alertant ainsi les médecins du risque majeur de crise suicidaire.

Des idées suicidaires sur plusieurs jours pendant les 14 derniers jours ont été également significativement révélées à l'auto-questionnaire chez 30% de l'échantillon ($n=13$), alors qu'un seul patient en avait parlé spontanément ($p<0,001$).

Un des intérêts majeur de l'utilisation d'un auto-questionnaire de dépression en médecine générale est donc d'aider à évoquer et à évaluer le risque suicidaire en consultation.

Qu'elles soient présentes presque tous les jours ou simplement sur quelques jours, toute pensée suicidaire est à considérer comme grave, et ce, à partir du moment où elles

existent. Leur simple présence doit **alerter les praticiens** afin de renforcer leur surveillance et d'éviter une progression vers le passage à l'acte.

Cet apport du questionnaire est d'autant plus intéressant que cette question du suicide est toujours très **difficile à aborder** avec les patients, honteux de porter de telles idées, tout comme par les médecins : certains craignant de gêner leurs patients en abordant avec eux cette éventualité, ou de réveiller des idées encore absentes.

Pourtant le suicide est un drame, le **prévenir est prioritaire**. La France se situe parmi les pays européens au taux les plus élevés de suicide, avec 16,2 suicides pour 100 000 habitants (OMS, 2014). La dépression multiplie par 30 le risque de suicide (responsable dans notre pays de 11 300 morts par an en 1996, soit 2,2% des décès toutes causes confondues) (Lépine et al., 2005). Il faut savoir, en effet, que 15% des personnes ayant présenté un épisode dépressif majeur au cours de leur vie mourront par suicide (Maris, 2002). Or, les suicidants sont pour plus de la moitié à avoir passé outre la vigilance de leur médecin traitant, qu'ils déclarent pourtant avoir été consulter le mois précédant leur passage à l'acte (Lépine et al., 1997). Ainsi, l'auto-questionnaire de dépression, se présente dans notre étude comme un outil crédible au repérage du risque suicidaire, outil à promouvoir pour réduire cette difficulté des généralistes à détecter un tel risque dans le temps réduit de consultation.

1.2 Détecter les symptômes

Même si le premier type de motif (m) de consultation de l'ensemble de l'échantillon correspondait à des plaintes évoquant un trouble dépressif (m=25, 32%), les patients ont eu cependant tendance à **ne pas percevoir certains symptômes**, ou à les présenter de manière trop générale (« mal-être »). En moyenne, chaque patient a évoqué spontanément 0,6 symptôme dépressif parmi leurs motifs de consultation, mais l'auto-questionnaire leur a détecté 2,2 symptômes dépressifs très sévères chacun, alors que ceux-ci étaient présents presque tous les jours depuis les 14 derniers jours. L'auto-questionnaire a ainsi permis de pointer, et de différencier, de manière significative pour notre échantillon, cinq symptômes très sévères, comprenant : anhédonie (symptôme capital de dépression selon le DSM) et culpabilité, (2 symptômes peut-être plus difficiles à évoquer spontanément au médecin), mais également asthénie, troubles du sommeil, et troubles de l'appétit.

En situation réelle, il est fort probable qu'entre l'évocation des motifs par le patient, et la confirmation du diagnostic de dépression, la plupart des praticiens auraient exploré oralement la symptomatologie dépressive, afin de repérer la présence du nombre de symptômes pathologiques suffisant à l'établissement du diagnostic. Cependant, il est également fort probable que cette exploration aurait été, en réalité, assez succincte, sachant qu'une durée de consultation en médecine générale est de 16 minutes en France (Breuil-Genier and Gofette, 2006), avec une moyenne de 2,18 diagnostics par consultation (Kandel et al., 2004), et l'arrivée fréquente de ces plaintes psychologiques en fin de consultation (Jouanin, 2006). En effet, selon une revue de la littérature, les généralistes repèrent mal la dépression lors de la première consultation (50 à 70% des sujets déprimés non reconnus) (Boyer et al., 1999). Les médecins qui diagnostiquent le mieux les dépressions, selon des observations américaines, sont ceux qui posent 2 fois plus de questions sur les sentiments et les émotions (Carney et al., 1999). Or, la facilité à **évoquer ces problématiques psychologiques en consultation** dépend à la fois : de la personnalité des médecins (Cathebras et al., 1991), du fait de se sentir à l'aise avec la pathologie (40% des médecins sont mal à l'aise dans un suivi de dépression, (Briffault et al., 2010)), et du mode d'exercice libéral choisi (nombre de patients par jour et temps par consultation).

Certains praticiens apprécient l'aide d'une échelle lors de « consultations psy », notamment ceux qui ne se sentent pas à l'aise pour aborder ces questions (avis rapporté par certains internes de l'étude), ou au contraire, ceux dont la formation a suscité une quête de rigueur diagnostique (selon une étude, trois quart des médecins avec une FMC de plus de 10 jours utilisent ces questionnaires (Gautier, 2011). D'autres praticiens au contraire sont réticents à **utiliser des échelles**, pouvant se sentir gênés de présenter un questionnaire à un patient déprimé qui vient se confier en consultation, ou encore juger cela incorrect, ou même inutile (propos rapporté par d'autres internes de l'étude, et également par un courrier de refus de participation à l'étude d'un généraliste), ce qui fait, au final, que moins de 20% des généralistes utiliseraient des questionnaires (Bourlet, 2013).

Sauf qu'en France, les médecins posent encore trop souvent leur diagnostic de dépression sur un « feeling », construit sur des ressentis subjectifs (Morvan, 2014), avec **un risque de faux positifs**. On constate d'ailleurs dans notre étude que 26% des patients recrutés par les praticiens pour une suspicion de dépression (n=11), ont vu ce diagnostic être finalement infirmé grâce à l'auto-questionnaire, alors même que 30%

d'entre eux étaient venus en consultation avec des plaintes dépressives trompeuses. L'auto-questionnaire a donc servi aux praticiens, mais également aux patients non déprimés, leur permettant d'améliorer l'adéquation entre la perception de leur moral et la réelle sévérité dépressive (corrélation finale significativement forte : $rB=-0,82$, $IC95\% \{-0,95 ; -0,43\}$, $p<0,005$, alors qu'avant le questionnaire : $rA=-0,64$, $IC95\% \{-0,89 ; -0,06\}$, $p=0,04$).

L'utilisation du questionnaire permettrait donc de : donner une trame d'entretien aux médecins en ciblant les questions (notamment pour ceux qui ne se sentent pas à l'aise pour aborder la problématique dépressive), apporter une rigueur et une accélération diagnostiques, améliorer l'objectivité du médecin pour mieux discriminer la pathologie et éviter une surmédicalisation. (De plus, il est fort probable pour les années à venir, que le système de remboursement des soins exige des médecins une justification objective de leur diagnostic, vue le nombre important de mises en ALD pour dépression (HAS, 2009)).

* * *

Le paradoxe des généralistes français est qu'ils sont à la fois demandeurs d'outils pour les aider à dépister la dépression, mais nombreux à refuser les nouvelles approches psychométriques des pays anglo-saxons (Gallois et al., 2013), encore imprégnés des approches psychodynamiques des 2 derniers siècles de médecine française (Ehrenberg, 2000). Malgré la mutation de paradigme actuelle, les critiques concernant l'utilisation des échelles issues du DSM fusent : rupture de fluidité des entretiens, discréditation aux yeux des patients, allant jusqu'à remettre en question le choix des critères diagnostiques, pointant cette difficulté du continuum entre normal et pathologique dans la dépression. Comment donc faire émerger des outils d'aide au dépistage rigoureux qui puissent cependant faire consensus auprès des généralistes?

2 Un nouveau test de dépistage

Dans notre étude, le fait de demander à des patients, suspectés de dépression par le médecin généraliste, de faire une estimation sur 10 de leur moral, puis, si cette note de moral est inférieure à 6/10, de leur demander à quel point ce moral a été difficile dans leur vie quotidienne sur les 14 derniers jours (travail, tâches au domicile, relations), a révélé de bonnes qualités psychométriques, avec une sensibilité à 85% et une spécificité à 90% par rapport au diagnostic objectif de dépression (résultat au PHQ9 $\geq 10/27$). Ces valeurs retrouvées dans notre échantillon pour ce nouveau test sont équivalentes à celles du PHQ2 (Se= 83%, Sp=92%) (Kroenke et al., 2003), test très semblable aux 2 questions dites de Whooley (Whooley et al., 1997) recommandées pour le dépistage des dépressions en soins primaires par les recommandations françaises (ANAES, 2002), également par les guidelines britanniques (NICE, 2010).

Cependant, le design de l'étude n'étant pas conçu pour prouver la validité de ce test de dépistage de la dépression, d'autres travaux sont nécessaires pour confirmer les valeurs psychométriques retrouvées dans notre échantillon, sa fiabilité, sa reproductibilité, ainsi que son intérêt d'utilisation en cabinet de médecine générale.

L'idée de proposer un nouveau test de dépistage pour la dépression est partie de **cinq constats** : 1) l'étonnante capacité des patients de notre échantillon à juger correctement leur souffrance (la sévérité de leur moral et son retentissement au quotidien), en regard de la sévérité objective du questionnaire issu DSM-IV (coefficients de corrélation : -0,69 pour le moral, $p < 0,001$; et -0,75 pour le retentissement, $p < 0,001$) ; 2) des critiques fréquemment entendues chez les généralistes vis à vis des approches psychométriques DSM pour le diagnostic de la dépression ; 3) leur manque de temps pour évaluer en 16 minutes de consultation des problèmes psychologiques ; 4) leur réel besoin d'aide au dépistage face à un nombre croissant de dépressions et une coordination médecins-psychiatres dysfonctionnelle en France (Dumesnil et al., 2012) ; 5) la nécessité ontologique d'aider les sujets à s'approprier leurs troubles et à choisir le sens qu'ils veulent donner aux épreuves qu'ils traversent, et à la souffrance qui en résulte.

L'intérêt en pratique ambulatoire de ce test de dépistage serait double, et ce dès le début d'une prise en charge d'EDC. D'une part il apporte aux praticiens la possibilité de s'orienter très rapidement face à une suspicion de trouble dépressif, et d'autre part il initie une action psycho-éducative chez les patients. Il leur permet en effet d'étoffer leur autocritique en affinant la prise de conscience de leur état global de moral par l'introduction d'un nuancier de leur humeur et de son retentissement (apport plus riche et aussi rapide que les habituelles réponses binaires des tests de dépistage usuels). De plus, le fait que les patients s'auto-évaluent, renforcera probablement leur implication et leur engagement dans la prise en charge qui leur sera proposée. Ce serait une méthode discrète pour renforcer la compliance. Enfin, l'usage répété de ce test pourrait également servir de référence au monitoring de l'EDC que nous savons long.

Par sa deuxième question, ce test permettrait également d'avoir une vision plus large de la définition du « trouble mental » en tenant compte, dès le dépistage, de la manière dont le patient intègre cette modification d'état subjectif causée par un diagnostic de dépression dans son fonctionnement global quotidien, *« l'essentiel [n'étant] pas ce qu'on fait de l'homme, mais ce qu'il fait de ce que l'on a fait de lui »* (Sartre, 1976). Cette orientation ainsi que la simplicité évidente de l'usage de notre test réconciliera peut-être les médecins réfractaires aux approches psychométriques (Morvan, 2014).

En effet, le choix de ces deux questions précises aimerait pouvoir **faire consensus parmi les généralistes**, qui souvent se battent au milieu de visions contradictoires concernant la notion de maladie. Les critères à partir desquels définir le passage d'une souffrance normale à pathologique, alors même que cette souffrance est liée à des événements normaux de la vie, sont source d'importants clivages entre praticiens. Cette dichotomie de vision contribue aux réticences de certains médecins à suivre les recommandations de bonnes pratiques, issues pour la plupart du DSM (Martinez, 2002), ou encore à utiliser les outils d'aide au dépistage (Morvan, 2014). Les uns, avec une approche de la pathologie dite naturaliste (ou encore infra-individuelle, analytique), vont plus facilement diagnostiquer la dépression à partir d'échelles statistiques, avec une approche théorique biologique du trouble dépressif. Les autres, normativistes (avec une vision individuelle, dite holistique) vont juger la notion de pathologie en s'appuyant sur un continuum, dans lequel le médecin devra repérer le seuil pathologique de tolérance de l'individu, seuil à partir duquel le sujet n'arrive plus à faire face à sa

souffrance. Les diagnostics des normativistes vont prendre plus en compte les jugements de valeurs d'un individu, jugements qui s'inscrivent eux-mêmes dans les valeurs d'une société, plutôt que sur des groupes de critères statistiques distinguant les sujets sains ne nécessitant pas de soins, des sujets pathologiques qui doivent être soignés (ce que font les naturalistes). Les uns reprennent la conception holistique de Nordenfelt (Nordenfelt, 1995), et les autres la théorie biostatistique de Christopher Boorse de la maladie (Boorse, 1997). L'approche dans laquelle s'inscriraient les deux questions de notre test correspondrait plus à celle de Wakefield, qui réunit dans sa définition, les deux théories précédentes (Wakefield, 1992). En effet, selon lui, la notion de trouble doit associer à la fois un mal subi, ou un préjudice (critère normativiste), et un dysfonctionnement biologique plus profond (critère naturaliste), voyant donc la maladie comme un « dysfonctionnement préjudiciable ». Ainsi, la première question de notre test demandant au patient d'estimer sur 10 son moral sur les 14 derniers jours, s'inscrit dans une vision plus naturaliste du trouble, comme une estimation chiffrée d'un état affectif subie par le sujet, qui se trouve être la victime d'un dysfonctionnement biologique perturbant assez profondément son humeur pour être pathologique (note considérée comme pathologique si $<6/10$). Cependant, la notion subjective de la souffrance abordée par cette estimation de moral lui donne également une « couleur normativiste », qui va pleinement se retrouver dans la question concernant le retentissement préjudiciable de ce moral sur le quotidien du sujet. Cette question va donc ici s'intéresser à savoir à quel point le dysfonctionnement biologique subi par le sujet l'aura atteint dans sa capacité d'action, aura altéré son quotidien.

Ceci nous donne l'occasion d'**envisager la santé sous un autre regard**. Au lieu de la confondre avec le bonheur en la considérant comme un état de « complet bien-être » (définition actuelle de l'OMS), nous pourrions plutôt la définir comme une « capacité complète d'adaptation, physique, mental, et social » (orientation plus évolutionniste de la définition (Giroux, 2010)). En effet, l'adaptation n'est pas le bonheur, mais la stabilité qui en résulte le permettra. Cette définition s'appuyant sur les capacités d'adaptation d'un individu pourrait se décliner sur plusieurs niveaux, du biologique jusqu'au psychologique. En effet, que ce soit au travers de l'entropie pour la chimie, de l'homéostasie pour la physiologie, le vivant ne cesse de tendre vers un équilibre. Il en est de même pour la psychologie, qui est elle-même supportée par une homéostasie cérébrale (« cognition incarnée » telle qu'elle est décrite par Varela dans son concept

d' « éniation » (Varela, 1997)). En effet, au point de vue psychologique, chaque sujet est en quête de stabilité. Ceci nécessite une adaptation permanente (un coping) face aux événements de la vie et son inéluctable lot d'épreuves. Les critères sur lesquels reposeraient le niveau de capacités d'adaptation d'un sujet pourrait s'évaluer de manière objective, en établissant des niveaux de retentissement d'un événement sur différents domaines du quotidien (physique, psychique, relationnel, professionnel ...). Le rôle du médecin ne serait plus de viser un « complet bien-être » idéalisé, inatteignable, mais de renforcer les ressources adaptatives du sujet lorsque celles-ci commenceraient à faillir (antibiotiques en cas de déséquilibre immunitaire face à une infection, ou psychothérapie en cas de retentissement important sur le quotidien d'une dépression réactionnelle, etc...).

* * *

Cependant, malgré une bonne capacité d'estimation du moral de notre échantillon, nous permettant même de l'utiliser pour proposer un test de dépistage, cette capacité se voit nettement amoindrie lorsqu'on s'intéresse aux patients déprimés, chez qui l'apport de l'auto-questionnaire de dépression n'a pas permis d'améliorer leur estimation. Se pose donc le problème du trouble d'insight dans la dépression.

3 L'insight dans la dépression

Une originalité de notre étude est d'avoir tenté de décrire l'insight (capacité d'introspection et de jugement à partir de l'expérience d'une maladie psychique, Marková and Jaafari, 2009), chez des patients présentant un trouble mental non psychotique, hors du milieu hospitalier psychiatrique.

En effet, **depuis ces vingt dernières années** durant lesquelles s'est développée la plupart des travaux sur l'insight en psychiatrie (Marková and Jaafari, 2009), la pathologie la plus étudiée a été celle dans laquelle le problème de lucidité est le plus flagrant. De fait, la schizophrénie, avec ses symptômes délirants comme signes d'altération de la perception de la réalité, a fait l'objet d'un grand nombre d'études sur l'insight, avec l'émergence de multiples échelles d'évaluation selon l'approche d'insight envisagée (catégorielle : en tout-ou-rien, ou dimensionnelle : avec introduction de degrés d'insight). En parallèle, chaque auteur tente d'avancer sur la définition théorique de ce « concept complexe sans définition unitaire » (Jaafari and Marková, 2011), détaillant de nouveaux types d'insight tels que l'insight cognitif (Beck et al., 2004), l'insight somato-sensoriel (Belin et al., 2011)...

Concernant **l'insight et la dépression**, c'est surtout dans les dépressions psychotiques (qui apparaissent après traitement) que l'insight a été le plus étudié, et notamment le lien entre amélioration de la conscience du trouble et suicidalité (Misdrahi et al., 2011). Faisant partie des meilleurs niveaux d'insight en psychiatrie, ces troubles unipolaires de l'humeur ont même pu être utilisés comme groupe contrôle dans une étude comparant les différents degrés d'insight sur l'ensemble des troubles psychiatriques en milieu hospitalier (Masson et al., 2001).

C'est peut-être l'un des biais majeur de sélection de ces travaux que d'étudier l'insight des dépressions en milieu psychiatrique, sachant que la plupart d'entre elles se trouvent en cabinet de médecine générale (Mercier et al., 2010). Car, même si l'insight dans la dépression est bonne comparativement aux autres pathologies psychiatriques, les généralistes constatent, eux, **un fréquent déni des patients** face à leur trouble dépressif. Des patients n'ont pas conscience de leur état, et ceci représente l'obstacle principal de la moitié des prises en charge des médecins (Chabry and Phelippeau, 2005).

Dans notre étude, la population de déprimés (n=21, 49%) était relativement **comparable aux données épidémiologiques des dépressions** en population

générale, (Chan Chee et al., 2009). En effet, on retrouve dans notre échantillon : un âge moyen de 38,5 ans, à la limite supérieure de l'intervalle d'âges des premiers épisodes en population générale (entre 19 et 38 ans), la présence des trois mêmes symptômes les plus fréquents (asthénie, troubles du sommeil et anhédonie), une répartition des sévérités de dépressions comparable chez les 15-75 ans, un nombre moyen de symptômes dépressifs quasiment identique, la fréquente association d'une comorbidité anxieuse (dans près de la moitié des cas). La principale différence concerne le genre : 1 homme pour 4,3 femmes, contre 2,5 en population générale. Les résultats des patients déprimés de notre échantillon aux 3 items du SUMD (conscience du trouble : SUMD1=1,8/5, conscience de l'efficacité des traitements : SUMD2=0,9/5, conscience des conséquences sociales : SUMD3=1,2/5) sont globalement identiques par rapport à ceux retrouvés chez des patients présentant un trouble unipolaire de l'humeur sans trouble psychotique dans une étude réalisée en milieu psychiatrique (SUMD1=1,21/5, SUMD2=1,21/5, SUMD3=1,5/5) (Masson et al., 2001).

Cependant, on peut critiquer **les résultats obtenus au SUMD** dans notre étude. Echelle validée, mais initialement pour la schizophrénie (Paillot et al., 2010), ses items ont été gardés tels quels dans le protocole, sans adaptation au contexte des dépressions en cabinet de médecine générale, chez des investigateurs non formés au test, dont on ne sait pas quelle a été la manière utilisée pour remplir les items. C'est ainsi que des items ont été cotés à 0/5 à de nombreuses reprises, par manque de pertinence. De plus, utiliser seulement trois items pour l'évaluation de l'insight dans la dépression est, certes, un gain de temps dans ce contexte de médecine générale, mais réduit nettement la sensibilité du test, ce d'autant plus que le deuxième item concernant l'efficacité des traitements correspondait à un des critères d'exclusion de l'étude.

Un élément notable de nos résultats vient appuyer la nécessité de creuser l'analyse des troubles de l'insight chez les patients souffrant d'un EDC. On a constaté, chez les déprimés de l'échantillon, une **altération des capacités à estimer correctement** l'intensité de la baisse de leur moral par rapport à la sévérité objective de l'EDC ($r=-0,51$, $p=0,02$), ainsi qu'une quasi incapacité à utiliser les données informatives d'un questionnaire de dépression et à s'adapter à leurs résultats pour corriger leur estimation inadéquate, comparativement au reste des patients. Il serait intéressant mettre en relation ces résultats avec les travaux en cours concernant le lien entre l'insight et l'empathie des patients souffrant d'un trouble mental (Thirioux and Jaafari, 2015). Ils pourraient apporter des éléments de réponses neuro-phénoménologiques sur

les **capacités d'objectivité et de subjectivité** (Thirioux, 2015) des patients présentant un EDC. Au niveau neuroscientifique, on peut en effet s'interroger sur ces variations de capacités, que peuvent avoir des patients souffrant d'un trouble de l'humeur tel que la dépression, à émettre un jugement objectif sur eux-mêmes (cognition frontale) concernant l'évaluation de l'amplitude d'une expérience affective pathologique (émotion limbique : tristesse, baisse du moral...). Certains patients déprimés ont-ils assez d'« empathie pour eux-mêmes » pour être capables de « sortir d'eux », afin d'évaluer de manière extérieure le vécu intérieur d'une émotion négative sévère qui peut les déborder, (un peu de la même manière lorsque, dans l'empathie relationnelle, nous sommes amenés à être confrontés à l'émotion d'autrui (décentration, processus visuo-spatiaux), en nous la représentant (simulation, activation des neurones miroirs), en la comprenant (représentation, théorie de l'esprit) tout en s'y détachant par inhibition de la propre expression de notre émotion (autorégulation exécutive)) ?

La description des profils des trois sous-groupes différenciés (dépressions masquées, $n=5$, erreur de jugement initial, $n=6$, erreur de jugement final, $n=8$), pour tenter de comprendre la mauvaise capacité des patients déprimés à percevoir leur trouble, ou à estimer leur moral en adéquation avec la sévérité objective de leur trouble ($rA=-0,51$, $p=0,02$), donne quelques résultats significatifs concernant les caractéristiques de ces patients au sein de l'échantillon, mais non généralisables à cause des très faibles effectifs de ces groupes. Ces résultats pour tenter de comprendre l'insight des patients déprimés de médecine générale devront être poursuivis sur de plus importants effectifs.

Le niveau de sévérité du trouble mental ne semble pas être un facteur affectant les capacités d'insight dans la dépression. Alors qu'on aurait pu faire l'hypothèse que, plus un trouble mental est sévère, plus les capacités de jugement sont altérées, ce n'est pas le cas dans notre échantillon. En effet, les patients ayant une symptomatologie dépressive plus grave au questionnaire de dépression (PHQ9 $\geq 10/27$) ont cependant une adéquation modérément bonne entre estimation subjective de moral et sévérité dépressive objective ($rA=-0,63$, $p<0,001$), alors que les patients à la symptomatologie légère ont une adéquation qui n'est pas significativement meilleure ($rA=-0,48$, $p=0,6$). De plus, la sévérité des EDC diagnostiqués n'a pas été repérée comme un facteur significatif pouvant expliquer le manque de perception du trouble, ou les erreurs de jugement du moral initial comme final. Il serait donc intéressant de confirmer ces observations sur de plus grands effectifs afin de tenter de comprendre les altérations d'insight constatées par les médecins généralistes. Une approche des expériences psychiques et somato-

sensorielles perçues par les patients déprimés, en fonction de leur profil symptomatologique respectif, avec des analyses phénoménologiques et neuroscientifiques, pourrait peut-être faire émerger des explications. En effet, une proposition conceptuelle intéressante a été proposée en 2011 par Belin et al., (Belin et al., 2011) pour essayer d'expliquer les altérations d'insight de troubles non psychotique (TOC et addictions) selon une échelle dimensionnelle, en décrivant une inter-complémentarité de deux insight : psychique et somato-sensorielle.

Il est cependant à noter que l'un des facteurs incontournable qui influence l'insight des patients déprimés est **les représentations de la société** face à la dépression. En France, elle n'a pas bonne réputation. Une grande enquête nationale de 2005 par l'INPES a repéré les représentations des français face à la dépression et constate que près de la moitié de la population porte des regards négatifs (INPES, 2009). C'est dans ce lot de croyances ambiantes que baignent les patients déprimés. Ainsi, qu'ils partagent ou entendent ces préjugés, c'est à cause de ces-derniers qu'ils entretiennent leurs résistances à la prise de conscience de la maladie. Souvent dans le déni, ces patients ont en fait peur de la stigmatisation, doutant de la nécessité de mettre un nom sur cette pathologie, à cause d'un sentiment de honte et de culpabilité par rapport à l'entourage. Autres données à prendre en compte dans l'évaluation de l'insight : l'organisation de la personnalité du patient (la vulnérabilité des personnalités types D : affectivité négative, inhibition sociale), et les stratégies de coping mises en place pour s'ajuster aux perturbations réelles et perçues de l'épisode qu'il traverse (van Rijswijk et al., 2009). S'intéresser aux influences culturelles dans l'analyse de l'insight est une nécessité (White et al., 2000), à prendre en compte de manière plus particulière pour des pathologies mentales comme la dépression.

Si évaluer l'insight fait **partie intégrante de toute analyse clinique** des troubles psychotiques (parfois même considéré comme un symptôme (Marková, 2009)), de toute analyse diagnostique précise du TOC (spécification prévue par le DSM-V entre bonne-mauvaise-ou absence d'insight) (APA, 2015), il faudrait qu'il en soit de même dans la dépression, où, évaluer l'évolution de l'insight au cours du temps permettrait d'estimer le pronostic à long terme de ce trouble (comme dans le TOC).

Bien plus que d'enrichir la connaissance conceptuelle sur l'insight, l'intérêt de poursuivre ces travaux de décryptage autour de la prise de conscience des patients dans la dépression viendrait alimenter les bases théoriques de certaines approches psychothérapeutiques. Ce serait le cas pour les techniques de **méditation en pleine**

conscience (« mindfulness »), très en vogue actuellement par son franc succès, qui permet aux patients déprimés de développer ses capacités métacognitives (prise de conscience et jugement de ses propres pensées) et d'élaborer de nouvelles stratégies pour mener vers la résilience, entretenir une meilleure relation avec l'expérience de son vécu dépressif (Teasdale, 1999).

4 Limites de l'étude

Comme toute étude à faible effectif, elle comporte de nombreux biais, limitant la représentativité et donc l'application des conclusions issues de nos résultats.

La limite la plus importante de l'étude est **le biais de sélection**, avec un plus grand nombre de patients recrutés par des internes que par des médecins généralistes (72%). L'un des obstacles au recrutement par les généralistes a été la durée de passation des « fiches duo ». Malgré le choix d'un auto-questionnaire de dépression adapté au contexte de la consultation ambulatoire (le PHQ9), la durée de la totalité de la « fiche patient », avec ses questions annexes, était d'une dizaine de minutes, difficiles à prendre sur des consultations d'un quart d'heure (Breuil-Genier and Gofette, 2006). Les internes, ayant en général plus de temps, ont pu se permettre de les faire remplir plus facilement. Cependant, les consultations en présence d'un interne ne représentent pas forcément le cadre de consultation habituel de médecine générale, notamment pour des patients déprimés, qui, face à un inconnu, pourraient être plus réticents à livrer leurs plaintes psychologiques. Alors sans plaintes explicites, ils deviennent plus difficiles à repérer pour des stagiaires. De plus certains internes m'ont souvent rapporté n'avoir pas osé présenter le questionnaire, soit par crainte du désaccord de leur praticien (présent lors de la consultation pour les internes de niveau 1), soit trouvant le questionnaire parfois inopportun, notamment face à des situations où les patients étaient jugés trop graves, ou en larmes (les internes en SASPAS). On note également une plus forte représentativité de femmes dans notre échantillon (79%), avec un sex-ratio bien plus important que celui retrouvé dans la dépression en population générale (Chan Chee et al., 2009), ou encore dans la répartition du genre des patients consultants les médecins généralistes (Kandel et al., 2004). Ceci peut s'expliquer par le fait qu'elles expriment souvent plus volontiers leurs plaintes psychologiques, en tous cas assez facilement pour qu'elles aient pu être repérées et incluses dans l'étude (63% de patients inclus avait au moins un motif évocateur d'une difficulté psychologique). De plus, les femmes semblent être plus facilement orientées vers l'interne lorsque celui-ci consulte seul (Deleau et al., 2005). On peut également regretter le faible recrutement en milieu rural (n=2, 5%), ne permettant pas de compléter le panel des profils de patients suspectés en dépression sur l'ensemble de la population de médecine générale.

CONCLUSION

Notre étude a tenté de mettre en avant un des nombreux atouts que peut avoir l'utilisation d'un auto-questionnaire de dépression en médecine générale : **l'amélioration de la prise de conscience du trouble dépressif**, qui a pu être retrouvé chez certains patients de notre échantillon. Le but de cet atout serait, au final, de faciliter l'obtention de l'adhésion du patient, souvent en déni face à sa dépression, pour améliorer l'adhérence au traitement et sa chance de rémission complète.

Parmi **les multiples autres fonctions** dont les praticiens pourraient bénéficier en utilisant plus fréquemment les auto-questionnaires de dépression, il y a : le dépistage des dépressions masquées, la rigueur et l'accélération diagnostiques, la diminution des surmédicalisations, le repérage du risque suicidaire, l'aide à la décision thérapeutique, la facilitation des confidences des patients les plus réticents (les hommes notamment), l'amélioration du suivi grâce au résultat de sévérité chiffré, le contrôle de l'action thérapeutique, la psychoéducation et la prévention des récives en aidant les patients à auto-évaluer et à reconnaître leurs symptômes dépressifs.

Les résultats concernant l'impact de l'auto-questionnaire de dépression sur la prise de conscience du trouble restent à **confirmer par d'autres travaux** sur des effectifs plus importants, en variant les outils (utiliser d'autres auto-questionnaires de dépression, notamment avec un nombre d'items plus important pour tenter d'augmenter la puissance de l'impact, utiliser un outil d'estimation subjective du moral plus sensible au changement, comme une EVA de moral ...), ou en élargissant les cibles d'impact à étudier (acceptation du diagnostic, acceptation d'un traitement).

A partir de nos résultats, nous proposons l'idée d'un **nouveau questionnaire dépistage adapté à la pratique de médecine générale**, avec 2 questions concernant l'estimation du moral et son retentissement sur le quotidien (sensibilité à 85% et spécificité à 90% dans notre échantillon). Simple et bref, il a pour avantage d'avoir une approche plus humaine de la souffrance dépressive que les uniques « critères DSM », souvent critiquées par les praticiens. La validation de ses performances psychométriques pour le dépistage de la dépression en médecine générale serait à confirmer par d'autres études avec un protocole adapté à l'objectif.

Concernant l'étude de **l'insight dans la dépression** dans son environnement naturel, le faible effectif des patients déprimés de l'étude ne donne que des balbutiements. D'autres travaux seraient à envisager sur de plus grands effectifs, avec des outils d'évaluation de l'insight adaptés à ce trouble, pour comprendre cette part

importante de dépressions masquées et de déni chez les patients déprimés de médecine générale, malgré un niveau d'insight parmi les meilleurs de l'ensemble des troubles psychiatriques.

Enfin, cette thèse s'inscrit complètement dans la dynamique actuelle des travaux de **renouvellement de la psychiatrie et de la santé mentale 2013-2016** (HAS, 2013). En effet, le choix de notre sujet est le premier des trois axes de travail retenus par l'HAS : la dépression. Les fonctions d'un auto-questionnaire de dépression mises en lumière dans notre étude reprennent les 2 actions recherchées par ce programme : « l'information et la participation du patient dans la prise en charge de la dépression » (livrable n°3). Et enfin, l'esprit de dialogue transdisciplinaire qui sous-tend toute ce travail de thèse espère également, pour l'avenir, « renforcer la coordination généralistes/psychiatres dans la prise en charge des épisodes dépressifs » (livrable n°4).

ANNEXES

FICHES DUO MEDECIN-PATIENT

QUAND REMPLIR CES FICHES? :

Lorsqu'au cours de votre consultation... VOUS SUSPECTEZ UNE DEPRESSION	<u>ET QUE :</u> ⇒ Ses symptômes durent depuis 15 jours minimum. ⇒ Age compris entre 18 et 65 ans. ⇒ <u>Pas</u> de suivi par un psychiatre actuellement. ⇒ <u>Pas</u> de dépendance à l'alcool ou au cannabis. ⇒ <u>Pas</u> de schizophrénie (ou autre trouble psychotique). ⇒ <u>Pas</u> d'antécédent d'épisode maniaque, mixte ou hypomaniaque.
<u>CONSIGNES pour le remplissage :</u> - A remplir en début de prise en charge (1^{ère} ou 2^{ème} consultation) d'un 1^{er} diagnostic de dépression ou d'une rechute dépressive. - Faites remplir à votre patient la « fiche patient » comportant 12 questions (fiche verte comportant le même n° DUO en haut à droite de la feuille). - Remplissez votre fiche en même temps qu'il remplit la sienne. (fiche bleue comporte 6 questions sur 1 page recto-verso). - Vous pouvez expliquer certains items à votre patient s'il le demande. - Transmettez lui la notice d'information destinée au patient qu'il pourra garder.	
<u>* En cas de trouble attentionnel important:</u> - veuillez le faire remplir jusqu'à la question 8 minimum.	
<u>* Si le patient refuse :</u> - Remplissez brièvement votre fiche que vous joindrez à la fiche vide du patient. - Veuillez indiquer en quelques mots les raisons de son refus sur sa fiche.	
<u>CONSIGNES pour le retour des questionnaires :</u> - A la fin de ce questionnaire, rassemblez votre fiche avec celle de votre patient remplies, et mettez-les dans l'enveloppe timbrée jointe initialement avec les fiches. - Retournez ces enveloppes après que plusieurs fiches duo aient été remplies. - Insérez dans l'enveloppe votre formulaire de consentement signé.	

En cas de perte de l'enveloppe merci de les envoyer à l'adresse ci- dessous :

Mme Clotilde BERTHE – interne
32 rue de la grève
Internat du CH Henri Ey
Appartement 12
28800 BONNEVAL

Pour toutes difficultés de passation, ou demande d'informations
N'hésitez pas à me contacter par téléphone ou SMS au [REDACTED]
Ou à l'adresse mail suivante : moral2015.these@univ-lyon1.fr

FICHE MÉDECIN	
☐ Médecin généraliste ☐ Interne en SASPAS	Tampon du cabinet :
DATE : ____ / ____ / ____	

1- Quel était le motif initial de consultation de votre patient? plusieurs motifs possibles

pouvant entrer dans ces différentes catégories : plainte somatique, plainte psychologique, demande administrative suivi d'une maladie chronique, autre ?... Veuillez préciser.

.....

.....

.....

2- La dépression actuelle de votre patient serait ... (1 seule réponse possible)

- Un **premier Episode Dépressif Caractérisé (EDC)**

☐ oui

- Une **rechute** dépressive :

☐ oui

Réactivation symptomatique dans une période < 6 mois après la rémission d'un épisode dépressif isolé

- Une dépression **récurrente** :

☐ oui

Au moins 2 EDC distincts et séparés par 2 mois consécutifs libres de tout critère d'EDC

- Une dépression **chronique** :

☐ oui

Humeur dépressive chronique d'au moins 2 ans avec des intervalles libres de symptômes dépressifs de moins de 2 mois

3- Votre patient a-t-il actuellement un traitement antidépresseur ?

☐ NON

☐ OUI :

⇒ nom(s) et posologie (l/j) :

.....

⇒ Depuis combien de mois ?

.....

4- Votre patient a-t-il des pathologies associées parmi celles-ci ? (QCM)

- Syndrome douloureux chronique

☐ oui

- Syndrome de stress post-traumatique

☐ oui

- Anxiété

☐ oui

- Trouble de la personnalité

☐ oui

(préciser le type si vous pouvez :)

5- Récupérez le total obtenu par votre patient à l'auto-questionnaire de dépression

TOTAL = / 27

- de 1 à 4 :

☐ dépression minime ou rémission

- de 5 à 9 :

☐ dépression légère

- de 10 à 14 :

☐ dépression modérée

- de 15 à 19 :

☐ dépression modérément grave

- de 20 à 27 :

☐ dépression grave (DG)

↳ DG avec symptômes psychotiques ?

☐ oui

2/3

6- Évaluez l'impact que le questionnaire a eu sur votre patient à partir des 3 critères suivants: (Toujours coter « 0 » à chaque item où il manque des données)

1. Conscience du trouble mental : <i>Dans son sens le plus général, est ce que le patient croit qu'il a un trouble mental, un problème psychiatrique, des difficultés émotionnelles etc. ?</i>	0 Ne peut pas être mesuré.	☐ 0
	1 Conscient: Le patient croit fermement qu'il a un trouble mental.	☐ 1
		☐ 2
	3 Intermédiaire: Il doute sur le fait d'avoir un trouble mental mais peut accepter cette idée.	☐ 3
	5 Inconscient: Il croit ne pas avoir de maladie mentale.	☐ 5
2. Conscience de l'efficacité des médicaments: <i>Que pense le patient des effets des médicaments ? Est-ce que le sujet pense que les médicaments ont diminué l'intensité et la fréquence de ses symptômes (c. à dire si c'est applicable) ?</i>	0 Ne peut pas être évalué ou item non pertinent.	☐ 0
	1 Conscient: le patient croit fermement que les médicaments ont diminué l'intensité ou la fréquence des symptômes.	☐ 1
		☐ 2
	3 Intermédiaire: il doute sur le fait que les médicaments aient pu diminuer l'intensité ou la fréquence de symptômes mais peut accepter cette idée.	☐ 3
	5 Inconscient: il pense que les médicaments n'ont diminués ni l'intensité ni la fréquence de ses symptômes.	☐ 5
3. Conscience des conséquences sociales des troubles mentaux : <i>Quelles sont les croyances du patient au sujet des raisons qui l'ont poussé à être emmené à l'hôpital, involontairement hospitalisé, arrêté, expulsé, blessé, etc... ?</i>	0 Ne peut pas être évalué ou item non pertinent	☐ 0
	1 Conscient : le sujet croit fermement que les conséquences sociales pertinentes rapportées sont liées à son trouble mental.	☐ 1
		☐ 2
	3 Intermédiaire: Il doute sur le fait que les conséquences sociales pertinentes soient liées à la maladie mentale.	☐ 3
	5 Inconscient: il pense que les conséquences sociales pertinentes n'ont rien à voir avec la maladie mentale.	☐ 5

FICHE PATIENT

Madame, Monsieur,

Merci de bien vouloir accepter de répondre à ce formulaire qui va s'intéresser à votre état de santé depuis ces 14 derniers jours.*

Cette étude s'intègre dans un projet de thèse de médecine.

Vous en trouverez des informations complémentaires sur la notice d'information jointe que vous pourrez garder.

Cette fiche est anonyme.

Elle comporte 12 questions.

*Vous êtes libre d'accepter ou de refuser de répondre à ce questionnaire. Vous avez la possibilité d'arrêter à tout moment sans avoir à vous justifier ni encourir aucune responsabilité, sans que cela porte atteinte à la qualité des soins dispensés. Vous conservez tous vos droits garantis par la loi. Les données recueillies sont strictement confidentielles. Votre identité n'apparaîtra dans aucun rapport ou publication et conformément aux dispositions de la loi (78.17 du 6 janvier 1978 modifiée en date du 6 août 2004) relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition. Cette étude a été enregistrée auprès de la CNIL (Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés) via le CHRU de Tours sous le n°2015_001.

☐ **J'ACCEPTÉ** de poursuivre

☐ **JE REFUSE** de remplir

DATE : ____ / ____ / ____

1- Quelle est votre année de naissance?

.....

2- Vous êtes ?

☐ Une Femme

☐ Un Homme

☐ Célibataire

☐ En couple

☐ Séparé(e)/divorcé(e)

3- Votre niveau de diplôme?

☐ Aucun / CEP/ BEPC

☐ CAP/BEP

☐ Bac à Bac + 4

☐ Bac+ 5 et plus

4- Pour quelle(s) raison(s) êtes-vous venu(e) aujourd'hui consulter votre médecin traitant?

.....

.....

.....

TSVP =>

5- A propos de votre moral sur ces 2 dernières semaines....

Nous aimerions savoir dans quelle mesure votre moral a été bon ou mauvais sur ces **14 derniers jours** jusqu'à aujourd'hui.

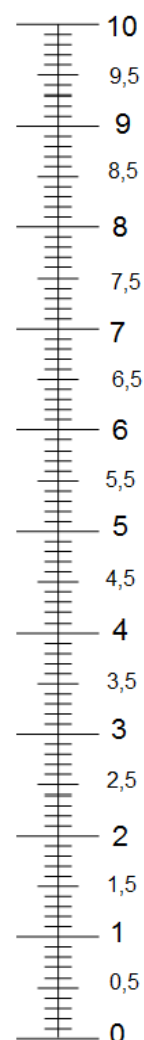
Cette échelle est numérotée de 0 à 10.

- Une note de moral à **10/10** correspond au meilleur moral que vous puissiez imaginer. *(C'est-à-dire que tout va pour le mieux dans votre vie, vous vous sentez complètement heureux, épanoui, et en pleine forme dans tous les domaines de votre vie).*

- Une note de moral **0/10** correspond au pire moral que vous puissiez imaginer. *(C'est-à-dire que tout s'écroule dans votre vie, vous êtes complètement épuisé, avec plus envie de rien, et incapable de ne plus rien faire au quotidien, au point que ayez envisagé de mourir).*

5-A) Veuillez faire une croix (X) sur l'échelle afin d'indiquer votre moral sur ces 14 derniers jours jusqu'à aujourd'hui.

5-B) Maintenant veuillez noter ci-dessous le chiffre que vous avez coché sur l'échelle.



VOTRE MORAL SUR LES 14 DERNIERS JOURS : / 10

6- Veuillez remplir le questionnaire suivant :

Ces questions vont s'intéresser à votre santé et notamment à chacun des symptômes qui permettent habituellement de diagnostiquer un épisode dépressif selon les critères scientifiques internationaux.

Veuillez suivre les consignes, cocher vos réponses, et répondre à chaque question le mieux possible.

(Si vous ne comprenez pas bien certaines propositions vous pouvez demander à votre médecin).

Pendant les 2 dernières semaines, avez-vous ressenti les problèmes suivants :	Jamais (=0)	Plusieurs jours (=1)	Plus de la moitié du temps (=2)	Presque tous les jours (=3)
1. Une diminution marquée d'intérêt ou de plaisir dans vos activités ?	☐	☐	☐	☐
2. Un sentiment d'abattement, de dépression ou de perte d'espoir ?	☐	☐	☐	☐
3. Des difficultés à vous endormir, à rester endormi(e) ou au contraire une tendance à trop dormir.	☐	☐	☐	☐
4. Une sensation de fatigue ou de manque d'énergie ?	☐	☐	☐	☐
5. Un manque ou un excès d'appétit ?	☐	☐	☐	☐
6. Une mauvaise opinion de vous-même : l'impression que vous êtes un(e) raté(e) ou que vous vous êtes laissé(e) aller ou que vous avez négligé votre famille ?	☐	☐	☐	☐
7. De la peine à vous concentrer, par ex. pour lire ou regarder la télévision ?	☐	☐	☐	☐
8. L'impression de parler ou de vous déplacer si lentement que cela se remarquait – ou au contraire une fébrilité ou agitation telle que vous ne tenez plus en place ?	☐	☐	☐	☐
9. Pensez-vous que vous préféreriez être mort(e) ou penser à vous faire du mal ?	☐	☐	☐	☐
Scores	0 +	 +	 +	
TOTAL = / 27				
10. Si vous avez coché au moins un des problèmes évoqués, à quel point ce(s) problème(s) a-t-il (ont-ils) rendu votre travail, vos tâches à la maison ou votre capacité à vous entendre avec les autres difficiles(s) ?				
Pas du tout difficile(s)	Assez difficile(s)	Très difficile(s)	Extrêmement difficile(s)	
☐	☐	☐	☐	

* AUTO-QUESTIONNAIRE PHQ-9, Patient Health Questionnaire.

=> DONNEZ CE QUESTIONNAIRE REMPLI A VOTRE MEDECIN
=> veuillez continuer de répondre aux questions suivantes.

Cet auto-questionnaire a repris chaque élément susceptible d'altérer votre moral.

7- Demandez votre TOTAL / 27 à l'auto-questionnaire à votre médecin, veuillez indiquer la sévérité de la dépression détectée par ce test :

TOTAL	DIAGNOSTIC
- 1 à 4 :	☐ Dépression minime ou rémission
- 5 à 9 :	☐ Dépression légère
- 10 à 14 :	☐ Dépression modérée
- 15 à 19 :	☐ Dépression modérément grave
- 20 à 27 :	☐ Dépression grave

8- Maintenant que vous vous êtes évalué(e) sur chaque symptôme qui permet de diagnostiquer une dépression, souhaiteriez-vous modifier la note de moral que vous avez inscrite au début de cette fiche? (page 2 à la question 5-B)

- ☐ **NON**, je ne souhaite pas modifier ma note de moral de la page 2 car les réponses à cet auto-questionnaire n'ont fait que confirmer mon impression initiale.
- ☐ **OUI**, je souhaite modifier la note de moral que j'ai mise à la page 2 car cet auto-questionnaire m'a fait comprendre tous les éléments qui ont pu influencer mon moral :
- ☐ Je souhaite DIMINUER ma note, car je pense que mon moral est pire que ce que j'avais imaginé.
 - ☐ Je souhaite AUGMENTER ma note, car je pense que mon moral est meilleurs que ce que j'avais imaginé.

=> VOTRE MORAL SUR LES 14 DERNIERS JOURS, que vous estimez après cet auto-questionnaire :

..... / 10

TSVP =>

9- Vous diriez que vos connaissances actuelles sur « la dépression » sont dues à :
(plusieurs réponses possibles)

- la télévision (émissions ...)	☐
- la radio (interviews ...)	☐
- la presse (articles de magazines ...)	☐
- l'entourage proche (un membre de la famille)	☐
- mon expérience personnelle	☐

11- Avez-vous déjà eu des contacts avec la psychiatrie pour une dépression ?

J'ai déjà rencontré un psychiatre	☐
J'ai déjà été suivi par un psychiatre plus de 3 séances	☐
J'ai déjà été hospitalisé en clinique ou en secteur psychiatrique	☐
Non, mais j'ai déjà eu une information sur la dépression par un professionnel de la santé	☐
Indiquez le type de professionnel :	

12- Avez-vous déjà pris des antidépresseurs ?

☐ Oui ☐ Non

- Si oui, Pendant combien de temps les avez- vous pris ?

.....

.....

MERCI D'AVOIR REPONDU A CE QUESTIONNAIRE !

=> Veuillez maintenant remettre votre fiche à votre médecin traitant.

Annexe 2- Notice d'information destinée au patient



NOTICE D'INFORMATION DESTINÉE AU PATIENT

Titre du projet : L'AUTO-QUESTIONNAIRE PSYCHIATRIQUE COMME MOYEN D'AMELIORER LA PRISE DE CONSCIENCE DE LA DEPRESSION.

Chercheur titulaire responsable scientifique du projet ? Wissam El-Hage (CHRU de Tours)

Lieu de recherche ? Enquête en médecine générale en région Centre.

But du projet de recherche ? Déterminer l'efficacité d'un auto-questionnaire sur votre prise de conscience de vos symptômes actuels lors de la consultation.

Ce que l'on attend de vous ?

Remplir le questionnaire proposé par votre médecin, de façon spontanée et la plus complète possible.

Vos droits à la confidentialité

1/ Les données obtenues seront traitées avec la plus entière confidentialité ; 2/ On voilera votre identité à l'aide d'un numéro aléatoire ; 3/ Aucun autre renseignement ne sera dévoilé qui puisse révéler votre identité ; 4/ Toutes les données seront gardées dans un endroit sécurisé et seul le responsable scientifique y aura accès.

Vos droits de vous retirer de la recherche en tout temps

1/ Votre contribution à cette recherche est volontaire ; 2/ Vous pourrez vous en retirer ou cesser votre participation en tout temps, et demander que vos données soient détruites, sans conséquence ; 3/ Votre décision de participer, de refuser de participer, ou de cesser votre participation n'aura aucun effet sur la qualité de votre prise en charge médicale.

Bénéfices

Ce questionnaire va vous permettre de réfléchir à des items qui correspondent au diagnostic d'une dépression pour vous apprendre à réfléchir sur vous-même et peut-être avoir une meilleure conscience de ce qui constitue votre mal-être. Ce questionnaire permettra également à votre médecin de confirmer (ou pas) la suspicion que vous puissiez traverser actuellement un épisode dépressif caractérisé.

Risques possibles

À notre connaissance, cette recherche n'implique aucun risque ou inconfort.

Diffusion

En fonction des résultats obtenus, Cette recherche pourra être diffusée dans des colloques et elle sera publiée dans des actes de colloque et des articles de revue académique.

Vos droits de poser des questions en tout temps:

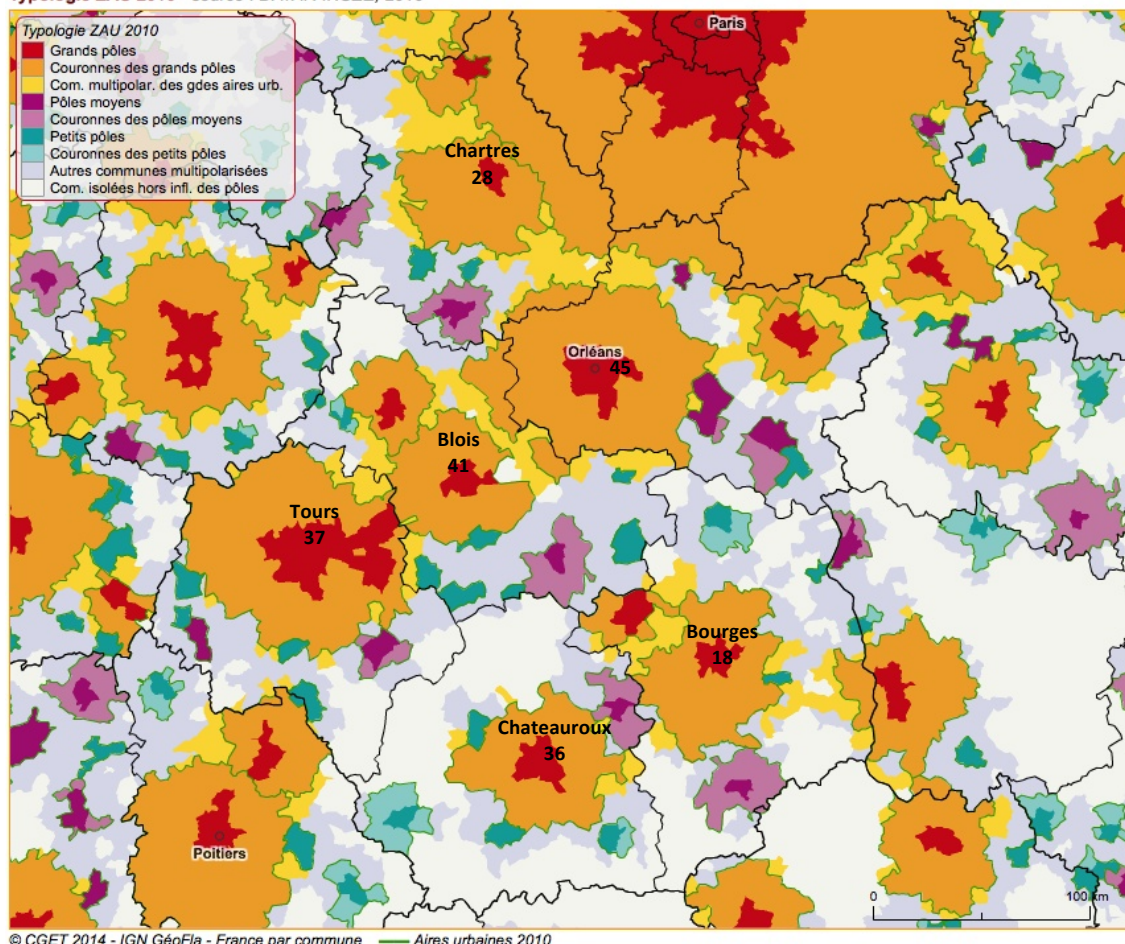
Vous pouvez poser toutes vos questions au sujet de la recherche, en tout temps, en communiquant avec le responsable scientifique associé du projet (Clotilde BERTHE, interne en psychiatrie): par courrier électronique à moral2015.these@outlook.fr.

Annexe 3- Zonage en aires urbaines de la région Centre



L'Observatoire
des Territoires

Typologie ZAU 2010 - source : DATAR-INSEE, 2010



Annexe 4- Critères d'un épisode dépressif majeur, DSM-IV-TR

A. Au moins cinq des symptômes suivants doivent avoir été présents pendant une même période d'une durée de deux semaines et avoir représenté un changement par rapport au fonctionnement antérieur ; au moins un des symptômes est soit (1) une humeur dépressive, soit (2) une perte d'intérêt ou de plaisir.

N.B. : Ne pas inclure des symptômes qui sont manifestement imputables à une affection médicale générale, à des idées délirantes ou à des hallucinations non congruentes à l'humeur.

- (1) Humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, presque tous les jours, signalée par le sujet (p. ex., pleure). N.B. : Eventuellement irritabilité chez l'enfant et l'adolescent.
- (2) Diminution marquée de l'intérêt ou 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 (p. ex., modification du poids corporel en un mois excédant 5 %), ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours. N.B.: 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 (constaté par les autres, non limité à un sentiment subjectif de fébrilité ou de ralentissement intérieur).
- (6) Fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours.
- (7) Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée (qui peut être délirante) presque tous les jours (pas seulement se faire grief ou se sentir coupable d'être malade).
- (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 une peur de mourir), idées suicidaires récurrentes sans plan précis ou tentative de suicide ou plan précis pour se suicider.

B. Les symptômes ne répondent pas aux critères d'épisode mixte.

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

D. Les symptômes ne sont pas imputables aux effets physiologiques directs d'une substance (p. ex., une substance donnant lieu à abus, un médicament) ou d'une affection médicale générale (p. ex., hypothyroïdie).

E. Les symptômes ne sont pas mieux expliqués par un deuil, c'est-à-dire après la mort d'un être cher, les symptômes persistent pendant plus de deux mois ou s'accompagnent d'une altération marquée du fonctionnement, de préoccupations morbides, de dévalorisation, d'idées suicidaires, de symptômes psychotiques ou d'un ralentissement psychomoteur.

Annexe 5- Avis du Comité d’Ethique pour les Recherche Non Interventionnelles (CERNI) Tours-Poitiers



CERNI Tours-Poitiers

Comité d’Ethique pour les Recherches Non Interventionnelles (CERNI) Tours-Poitiers

OBJET: Dossier n° 2015-02-01- AVIS du CERNI-TP

Titre du projet : L'AUTO-QUESTIONNAIRE PSYCHIATRIQUE COMME MOYEN D'AMELIORER LA PRISE
DE CONSCIENCE DE LA DEPRESSION. ENQUÊTE EN MÉDECINE GÉNÉRALE EN RÉGION CENTRE.
Chercheurs titulaires responsables scientifiques du projet : Wissam EL HAGE, Clinique
Psychiatrique Universitaire, CHRU TOURS.
Clotilde BERTHE, Interne des Hôpitaux, CHRU TOURS.

Chers collègues,

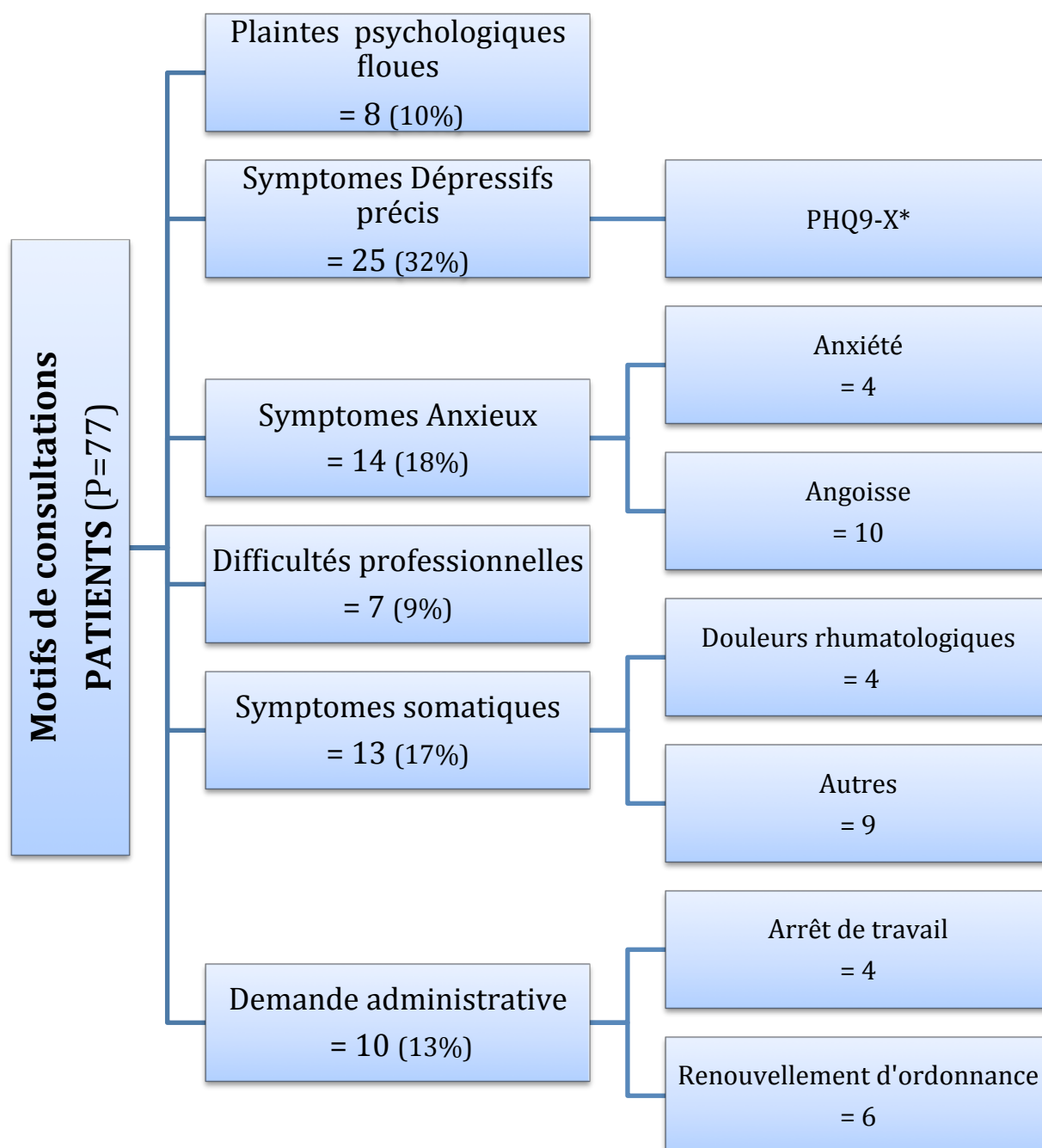
Suite à la réunion du CERNI-TP en date du 10 mars 2015 et à l'examen du dossier de recherche
que vous avez soumis, le Comité d'Ethique a donné un avis favorable.

Vous en souhaitant bonne réception, je vous prie d’agréer, chers collègues, l’expression de mes
cordiales salutations.

Nicolas COMBALBERT
Président du CERNI-TP

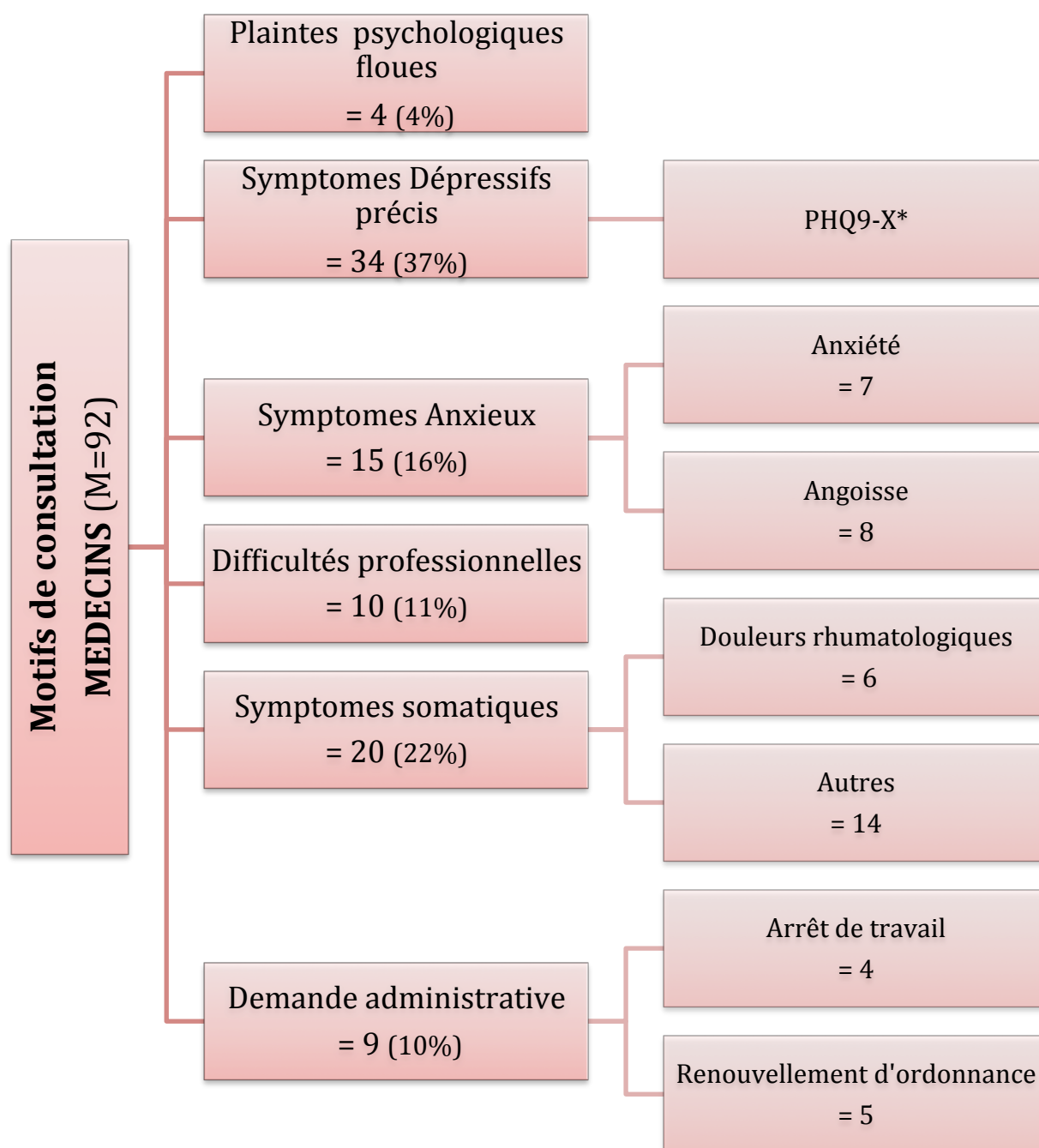
CERNI Tours-Poitiers – Courriel : presidencecernitp@univ-tours.fr
CHRU Bretonneau - Bât B1A - 2, Bd Tonnellé - 37044 TOURS Cedex France
Tél. 02 47 47 97 43

Annexe 6- Catégorisation des motifs de consultation amenés par les patients sur l'ensemble de l'échantillon^{*}



* Détails des 9 symptômes dépressifs présentés en Figure 2.

Annexe 7- Catégorisation des motifs de consultation repérés par les médecins sur l'ensemble de l'échantillon[~]



* Détails des 9 symptômes dépressifs présentés en Figure 2.

Annexe 8- Enoncés précis des motifs de consultation amenés par les patients et repérés par les médecins, répertoriés dans les catégories de symptômes.

Plaintes psychologiques floues	<i>"plainte psychologique", "difficultés familiales", "mal-être", "de l'aide, une écoute", "sentiment de mal-être", "je me sentais pas bien", "m'aider"</i>
PHQ9-1: perte d'intérêt, de plaisir	<i>"baisse de la libido"</i>
PHQ9-2: perte d'espoir, abattement, dépression	<i>"ça va pas", "pleurs", "plus rien ne va", "tristesse", "perte d'élan vital", "inquiétude de son épouse sur une éventuelle dépression", "labilité émotionnelle, pleurs pendant la consultation", "ça ne va plus", "tristesse de l'humeur", "dépression réactionnelle", "crises de larmes répétées, "syndrome anxio-dépressif", "dépression", "baisse de moral", "déprime", "j'ai fait une dépression [...] et n'ai pas envie de retomber dans les travers de la dépression", "ras-le-bol, envie de pleurer", "diminution de moral, pleurs régulièrement"</i>
PHQ9-3: troubles du sommeil	<i>"troubles du sommeil", "insomnie", "problème de sommeil", "manque de sommeil"</i>
PHQ9-4: fatigue	<i>"asthénie", "asthénie psychologique et physique", "fatigue", "besoin de repos", "je suis fatiguée", "fatigue intense, "fatigue générale", "fatiguée", "épuisement"</i>
PHQ9-6: mauvaise opinion de soi	<i>"dépréciation de ma personne"</i>
PHQ9-7: trouble de la concentration	<i>"trouble de l'attention", "sentiment d'inefficacité dans préparation examens", "n'arrive plus à travailler correctement", "du mal à me concentrer, à conduire et à réfléchir"</i>
PHQ9-8: ralentissement psychomoteur ou agitation	<i>"colère dans le bureau de sa DRH", "se sent ralentie"</i>
PHQ9-9: idées suicidaires	<i>"idées noires"</i>
Anxiété	<i>"trouble anxieux, ruminations", "syndrome anxieux", "anxiété", "ruminations", "syndrome anxio-dépressif", "[...]source d'anxiété", "pour le stress", "sensation de stress"</i>
Angoisse	<i>"angoisse", "Lexomil", "crises d'angoisse", "benzodiazépines", "boule dans la gorge", "sensation d'angoisse" "nœud dans la gorge", "problème d'angoisse", "Veratran 10mg"</i>
Difficultés professionnelles	<i>"pré burn-out", "souffrance au travail", "contexte de pression importante au travail depuis plusieurs mois", "contexte de licenciement professionnel", "burn-out", "mal-être au travail", "a pété les plombs au travail", "harcèlement au travail", "j'ai repris mon activité professionnelle mais les difficultés continuent", "épuisement professionnel", "anxiété due au travail"</i>
Douleurs rhumatologiques	<i>"douleur cervicale", "cervicalgies", "épicondylite chronique", "suspicion de canal carpien", douleur au poignet (tendinite)", "mal de dos"</i>
Autres symptômes somatiques	<i>"malaise au volant", "demande de perte de poids", "céphalées de tension", post-infection des VAS", "dosage TSH", "douleurs abdominales", sensations ébrieuses", "crise douloureuse abdominale avec épisode de diarrhée", "malaises", "céphalées", "plaie de la paupière", "cystite", "mycose", "douleur au sein avec autopalpation d'une petite masse", "mal de ventre", "sensation d'étouffement", "plaie", "et autres bilans", "douleur au sein", "démangeaison pied"</i>
Demande d'arrêt de travail	<i>"demande arrêt de travail", "AT", "prolongation AT", "renouvellement d'AT", "prolongement arrêt maladie", "arrêt de travail", "prolongation de l'arrêt de travail"</i>
Demande de renouvellement d'ordonnance	<i>"renouvellement", "renouvellement de traitement", "renouvellement de médicaments", "ordonnance", "traitement thyroïde", "renouvellement d'ordonnance"</i>

Annexe 9- Nombre de consultations présentant ou non un motif d'ordre psychologique

Consultations avec au moins un motif de difficulté psychologique (n=27)	« Pré-burn out », « harcèlement au travail », « pour un arrêt de travail, besoin de repos », « de l'aide, une écoute », « angoisses », « plus rien ne va », « diminution de moral, pleurs régulièrement, idées noires », « épuisement moral, souffrance au travail, dépréciation de ma personne », « crise angoisse, ras-le-bol, envie de pleurer », « sentiment de mal-être, angoisse », « stress, angoisses », « difficultés dans mon enfance [...] souci au travail [...] continuent [...] pas envie de retomber dans les troubles de la dépression », « m'aider », « je me sentais pas bien, sensations de stress et d'angoisses », « nœud dans la gorge, déprime », « mal être », « ça va pas », « mal-être, crise d'angoisse », « épuisement professionnel », « problème d'angoisse », « mal-être », « dépression », « stress, anxiété dû au travail », « syndrome anxio-dépressif », « dépression », « burn out », « mal-être ».
Consultations avec aucune plainte psychologique initiale (n=16)	« Démangeaison au pied », « malaise au volant », « fatigue intense, manque de sommeil, mal de dos », « prolongement arrêt maladie », « fatigue générale, douleur aux cervicales », « ordonnance de Lexomil », « cystite », « demande arrêt travail », « céphalée », « renouvellement de Veratran », « renouvellement de traitement », « traitement thyroïde et autres bilans », « épicondylite », « renouvellement d'ordonnance, fatigue », « problème de sommeil », « douleur au sein ».

BIBLIOGRAPHIE

- Amador, X.F., Strauss, D.H., Yale, S.A., Flaum, M.M., Endicott, J., and Gorman, J.M. (1993). Assessment of insight in psychosis. *Am. J. Psychiatry* 150, 873–879.
- ANAES (1999). Evaluation et suivi de la douleur chronique chez l'adulte en médecine ambulatoire. Serv. Recomm. Réf. Prof.
- ANAES (2002). Recommandations pour la pratique clinique. Prise en charge d'un épisode dépressif isolé de l'adulte en ambulatoire.
- Ansseau, M., Demyttenaere, K., Heyrman, J., Migeotte, A., Leyman, S., and Mignon, A. (2009). Objective: remission of depression in primary care The Oreon Study. *Eur. Neuropsychopharmacol. J. Eur. Coll. Neuropsychopharmacol.* 19, 169–176.
- APA American Psychiatric Association (2015). DSM-5 Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (Elsevier Masson).
- Baik, S.-Y., Gonzales, J.J., Bowers, B.J., Anthony, J.S., Tidjani, B., and Susman, J.L. (2010). Reinvention of depression instruments by primary care clinicians. *Ann. Fam. Med.* 8, 224–230.
- Beck, F., and Guignard, R. (2012). La dépression en France (2005-2010): prévalence, recours au soin et sentiment d'information de la population. *Santé Homme*.
- Beck, A.T., Baruch, E., Balter, J.M., Steer, R.A., and Warman, D.M. (2004). A new instrument for measuring insight: the Beck Cognitive Insight Scale. *Schizophr. Res.* 68, 319–329.
- Belin, D., Daniel, M.-L., Lacoste, J., Belin-Rauscent, A., Baconier, M., and Jaafari, N. (2011). Insight: perspectives étiologiques et phénoménologiques dans la psychopathologie des troubles obsessionnels compulsifs. *Ann Med Psycho* 420–425.
- Bell, R.A., Franks, P., Duberstein, P.R., Epstein, R.M., Feldman, M.D., Garcia, E.F. y, and Kravitz, R.L. (2011). Suffering in Silence: Reasons for Not Disclosing Depression in Primary Care. *Ann. Fam. Med.* 9, 439–446.
- Bernicot, M.D. (2013). Lors d'une consultation en médecine générale, quels facteurs oeuvrent inciter les médecins généralistes à utiliser des outils diagnostiques de la dépression? Etude qualitative sur un échantillon raisonné de médecins généralistes, par entretien individuel. Bretagne Occidentale Faculté de médecine.
- Berrou, S. (2013). Lors d'une consultation de médecine générale, quels facteurs peuvent inciter les médecins généralistes à utiliser des outils diagnostics de la dépression " Etude par focus group.
- Berthier, F., Potel, G., and Leconte, P. (1998). Comparative study of methods of measuring acute pain intensity. *ED Am J Emerg Med* 132–136.
- Blanchard, S. (2008). Le mal-être surmédicalisé. *Le Monde* p.25.
- Boorse, C. (1997). A rebuttal on Health (Totowa (NJ): J.M. Humber nd R.F. Almeder).
- Bourgeois, M.L., Koleck, M., and Jais, E. (2002). Validation de l'échelle d'insight Q8 et évaluation de la conscience de la maladie chez 121 patients hospitalisés en psychiatrie. In *Annales Médico-Psychologiques, Revue Psychiatrique*, (Elsevier), pp. 512–517.
- Bourlet, P. (2013). Dans quelles situations particulières est-il pertinent d'utiliser les échelles de dépression en médecine générale? Université de Versailles Saint-Quentin-en-Yvelines. UFR des Sciences de la santé Simone Veil.
- Boyer, P., Dardennes, R., Even, C., Gaillac, V., Gerard, A., Lecrubier, Y., Le pen, C., and Weiller, E. (1999). Dépression et santé publique: données et réflexions (Paris: Acanthe : Masson).
- Brawand-Bron, A., and Guillabert, C. (2010). Trouble dépressif à travers les âges en MPR: outils de dépistage, de diagnostic et de suivi. *Rev Med Suisse* 1826–1831.

- Bressi, C., Porcellana, M., Marinaccio, P.M., Nocito, E.P., Ciabatti, M., Magri, L., and Altamura, A.C. (2012). The association between insight and symptoms in bipolar inpatients: An Italian prospective study. *Eur. Psychiatry* 27, 619–624.
- Breuil-Genier, P., and Gofette, C. (2006). La durée des séances des médecins généralistes. DREES- Etudes Résultats.
- Briffault, X., Morvan, Y., Rouillon, F., Dardennes, R., and Lamboy, B. (2010). Épidémiologie: Facteurs associés à l'adéquation des traitements de l'épisode dépressif majeur en France. *Factors Assoc. Treat. Adequacy Major Depress. Episodes Fr. Engl.* 36, D59–D72.
- Bukh, J.D., Bock, C., Vinberg, M., and Kessing, L.V. (2013). The effect of prolonged duration of untreated depression on antidepressant treatment outcome. *J. Affect. Disord.* 145, 42–48.
- Buntinx, F., De Lepeleire, J., Heyrman, J., Fischler, B., Vander Mijnsbrugge, D., and Van den Akker, M. (2004). Diagnosing depression: what's in a name? *Eur. J. Gen. Pract.* 10, 162–165, 168.
- Cape, J., and McCulloch, Y. (1999). Patients' reasons for not presenting emotional problems in general practice consultations. *Br. J. Gen. Pract.* 49, 875–879.
- Carney, P.A., Eliassen, M.S., Wolford, G.L., Owen, M., Badger, L.W., and Dietrich, A.J. (1999). How physician communication influences recognition of depression in primary care. *J. Fam. Pract.* 48, 958–964.
- Cathebras, P., Kirmayer, L.J., and Robbins, J.M. (1991). Caractéristiques psychologiques des praticiens influençant la reconnaissance des troubles dépressifs et anxieux en médecine générale. *Rev. Médecine Interne* 12, S348.
- Chabry, C., and Phelippeau, J.-P. (2005). Prise en charge ambulatoire de la dépression chez l'adulte. Expression des besoins par les médecins généralistes. URCAM Ile Fr.
- Chan Chee, C., Beck, F., Sapinho, D., Guilbert, P., and INPES (2009). La dépression en France: enquête Anadep 2005.
- Coldefy, M., and Nestrigue, C. (2013). La prise en charge de la dépression dans les établissements de santé.
- Deleau, E., Kandel, O., and Maugrard, J.-F. (2005). Activité d'une interne de médecine générale en SASPAS. *Rev. Prat. Médecine Générale* 19.
- DRASS (2009). Santé mentale en population générale: image et réalité dans la région Provence-Alpes-Cote d'Azur. Info Stat.
- Dumesnil, H., Cortaredona, S., Cavillon, M., and Mikol, F. (2012). La prise en charge de la dépression en médecine générale de ville. DREES- Etudes Résultats.
- Ehrenberg, A. (2000). La fatigue d'être soi. Dépression et société.
- Gallois, P., Vallée, J.-P., and Le Noc, Y. (2013). Dépression en médecine générale. *Médecine* 9, 172–178.
- Gautier, A. (2011). Baromètre santé médecins généralistes 2009 (Saint-Denis: INPES éd.).
- Ghaemi, S.N., Sachs, G.S., Baldassano, C.F., and Truman, C.J. (1997). Insight in seasonal affective disorder. *Compr. Psychiatry* 38, 345–348.
- Gilbody, S., Bower, P., and Fletcher, J. (2006). Collaborative care for depression: a cumulative meta-analysis and review of longer-term outcomes. *Arch Intern Med* 2314–2321.
- Gilbody, S., Richards, D., Brealey, S., and Hewitt, C. (2007). Screening for depression in medical settings with the Patient Health Questionnaire (PHQ): a diagnostic meta-analysis. *J. Gen. Intern. Med.* 22, 1596–1602.
- Giroux, É. (2010). Après Canguilhem : définir la santé et la maladie (Paris: Presses Universitaires de

France - PUF).

- Guilbert, P., and Gautier, A. (2006). Baromètre santé 2005: premiers résultats (Saint-Denis: Éd. INPES).
- HAS (2009). Guide médecin - Affections psychiatriques de longue durée ALD 23 Troubles dépressifs récurrents ou persistants de l'adulte. Serv. Bonnes Prat. Prof.
- HAS (2013). Note d'orientation: programme pluriannuel relatif à la psychiatrie et à la santé mentale.
- Haynes, R., and Sackett, D. (1979). Compliance in health care. Baltim. John Hopkins Univ. Press.
- INPES (2009). Anadep, la plus vaste enquête grand public sur la dépression en France. Doss. Presse.
- Jaafari, N., and Markovà, I. (2011). Le concept de l'insgt en psychiatrie. *Ann Med Psycho* 169, 409.
- Jaafari, N., Fassassi, S., and Senon, J. (2005). Dépression de l'adulte. *Rev. Prat. Médecine Générale* 19, 1351-1360.
- Jensen, M.P., Karoly, P., and Braver, S. (1986). The measurement of clinical pain intensity: a comparison of six methods. *Pain* 27, 117-126.
- Jouanin, S. (2006). Fréquence et analyse des demandes de fin de consultation en médecine générale. Université Claude Bernard-Lyon 1.
- Kandel, O., Duhot, D., and Very, G. (2004). Existe-t-il une typologie des actes effectués en médecine générale? *Rev. Prat. Médecine Générale* 18, 781-784.
- Kerr, M., Blizard, R., and Mann, A. (1995). General practitioners and psychiatrists: comparison of attitudes to depression using the depression attitude questionnaire. *Br. J. Gen. Pract.* 45, 89-92.
- Kroenke, K., and Spitzer, R.L. (2002). The PHQ-9: a new depression diagnostic and severity measure. *Psychiatr Ann* 32, 1-7.
- Kroenke, K., Spitzer, R.L., and Williams, J.B.W. (2001). The PHQ-9. *J. Gen. Intern. Med.* 16, 606-613.
- Kroenke, K., Spitzer, R.L., and Williams, J.B.W. (2003a). The Patient Health Questionnaire-2: validity of a two-item depression screener. *Med. Care* 41, 1284-1292.
- Kroenke, K., Spitzer, R.L., and Williams, J.B.W. (2003b). The Patient Health Questionnaire-2: validity of a two-item depression screener. *Med. Care* 41, 1284-1292.
- Lepape, A., Lecomte, T., and CREDES (1999). Prévalence et prise en charge médicale de la dépression en 1996-1997. *Bull. Inf. En Économie Santé* 1-6.
- Lépine, J.P., Gastpar, M., Mendlewicz, J., and Tylee, A. (1997). Depression in the community: the first pan-European study DEPRES (Depression Research in European Society). *Int. Clin. Psychopharmacol.* 12, 19-29.
- Lépine, J.-P., Gasquet, I., Kovess, V., Arbabzadeh-Bouchez, S., Nègre-Pagès, L., Nachbaur, G., and Gaudin, A.-F. (2005). Prévalence et comorbidité des troubles psychiatriques dans la population générale française : résultats de l'étude épidémiologique ESEMed/MHEDEA 2000/ (ESEMed). *L'Encéphale* 31, 182-194.
- Löwe, B., Kroenke, K., and Gräfe, K. (2005). Detecting and monitoring depression with a two-item questionnaire (PHQ-2). *J. Psychosom. Res.* 58, 163-171.
- Magalon-Bingenheimer, K., Magalon, D., Zendjidjian, X., Boyer, L., Griguer, Y., and Lançon, C. (2013). Dépression en médecine générale. *Presse Médicale* 42, 419-428.
- Maris, R.W. (2002). Suicide. *Lancet Lond. Engl.* 360, 319-326.

- Markovà, I. (2009). *Insight en psychiatrie*. Traduction Jaafari et al. (Paris).
- Markovà, I., and Jaafari, N. (2009). *L'insight en psychiatrie* (Rueil-Malmaison: Doin Editions).
- Martinez, L. (2002). Recommandations pour traiter la dépression: avantages et limites de la normalisation. *Rev. Prat. Médecine Générale* 16, 1435–1436.
- Masand, P.S. (2003). Tolerability and adherence issues in antidepressant therapy. *Clin. Ther.* 25, 2289–2304.
- Masson, M., Azorin, J.M., and Bourgeois, M.L. (2001). La conscience de la maladie dans les troubles schizophréniques, schizo-affectifs, bipolaires et unipolaires de l'humeur: résultats d'une étude comparative de 90 patients hospitalisés. In *Annales Médico-Psychologiques, Revue Psychiatrique*, (Elsevier), pp. 369–374.
- Mercier, A., Kerhuel, N., Stalnikiewicz, B., Aulanier, S., Boulnois, C., Becret, F., and Czernichow, P. (2010). Enquête sur la prise en charge des patients dépressifs en soins primaires: les médecins généralistes ont des difficultés et des solutions. *L'Encéphale* 36, *Supplement 2*, D73–D82.
- Misdrahi, D., Denard, S., and Courtet, P. (2011). Insight et schizophrénie: quels rôles dans le risque suicidaire ? *Ann. Méd.-Psychol. Rev. Psychiatr.* 169, 426–428.
- Morvan, M.-L. (2014). Barrières à l'utilisation des outils de diagnostic de la dépression en médecine de famille: étude qualitative par entretiens individuels semi-directifs auprès de médecins généralistes du Nord-Finistère. Université de Brest-Bretagne Occidentale.
- Mulrow, C.D., Williams, J.W., Gerety, M.B., Ramirez, G., Montiel, O.M., and Kerber, C. (1995). Case-Finding Instruments for Depression in Primary Care Settings. *Ann. Intern. Med.* 122, 913–921.
- NICE (2010). The NICE guideline on the treatment and management of depression in adults. (Great Britain: The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrists).
- Nordenfelt, L.Y. (1995). *On the Nature of Health: An Action-Theoretic Approach* (Springer Science & Business Media).
- OMS (2014). *Prévention du suicide: l'état d'urgence mondial*. (World Health Organization).
- Paillot, C., Ingrand, P., Millet, B., Amador, X.-F., Senon, J.-L., Olié, J.-P., Jaafari, N., and Insight Study Group (2010). French translation and validation of the Scale to assess Unawareness of Mental Disorder (SUMD) in patients with schizophrenics. *L'Encéphale* 36, 472–477.
- Paillot, C., Ingrand, P., and Jaafari, N. (2011). Pertinence clinique du calcul d'un score global à l'échelle de Conscience des Troubles Mentaux (SUMD). *Ann. Méd.-Psychol.* 169, 459–460.
- Pignarre, P. (2012). *Comment la dépression est devenue une épidémie* (La Découverte).
- van Rijswijk, E., van Hout, H., van de Lisdonk, E., Zitman, F., and van Weel, C. (2009). Barriers in recognising, diagnosing and managing depressive and anxiety disorders as experienced by Family Physicians; a focus group study. *BMC Fam. Pract.* 10, 52.
- Roelandt, J.-L., Caria, A., Defromont, L., Vandeborre, A., and Daumerie, N. (2010). Représentations sociales du « fou », du « malade mental » et du « dépressif » en population générale en France. *L'Encéphale* 36, 7–13.
- Roustit, C., Cadot, E., Renahy, E., Massari, V., and Chauvin, P. (2008). Les facteurs biographiques et contextuels de la dépression: analyses à partir de la cohorte SIRS, agglomération parisienne, 2005. *Bull. Épidémiologique Hebd.* 321–324.
- Rozefort, W., and Bélanger, H. (2012). Des outils diagnostiques et thérapeutiques: comment les démêler sans trop se mêler ? *Médecin Qué.* 47, 29–35.

- Sherer, M., Bergloff, P., Boake, C., High, W., and Levin, E. (1998). The Awareness Questionnaire: factor structure and internal consistency. *Brain Inj.* 12, 63–68.
- Simon, G.E., VonKorff, M., Piccinelli, M., Fullerton, C., and Ormel, J. (1999). An international study of the relation between somatic symptoms and depression. *N. Engl. J. Med.* 341, 1329–1335.
- De Sousa, C., Romo, L., Excoffier, A., and Guichard, J.-P. (2011). Lien entre motivation et insight dans la prise en charge des addictions. *Psychotropes* 17, 145.
- Spitzer, R.L., Kroenke, K., and Williams, J.B. (1999). Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD: the PHQ primary care study. Primary Care Evaluation of Mental Disorders. Patient Health Questionnaire. *JAMA* 282, 1737–1744.
- Teasdale, J.D. (1999). Metacognition, mindfulness and the modification of mood disorders. *Clin. Psychol. Psychother.* 6, 146–155.
- Thirioux, B. (2015). De l'empathie à l'insight, de la subjectivité à l'objectivité et de l'objectivation à l'intersubjectivité dans les troubles psychiatriques. In CFP. Congrès Français et Psychiatrie, (Lille),.
- Thirioux, B., and Jaafari, N. (2015). Le lien entre l'insight et l'empathie dans les troubles psychiatriques: une hypothèse théorique. *Lett. Psychiatre*.
- Varela, F.-J. (1997). *Invitation aux sciences cognitives*. Edition 1996 (Paris: Seuil).
- Vilaplana, M., Richard-Devantoy, S., Turecki, G., Jaafari, N., and Jollant, F. (2015). Insight into mental disorders and suicidal behavior: a qualitative and quantitative multimodal investigation. *J. Clin. Psychiatry* 76, 303–318.
- Wakefield (1992). The concept of Mental Disorder - on the Boundary between Biological Facts and Social Values. *Am. Psychol.* 373–388.
- White, R., Bebbington, P., Pearson, J., Johnson, S., and Ellis, D. (2000). The social context of insight in schizophrenia. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* 35, 500–507.
- Whooley, M.A., Avins, A.L., Miranda, J., and Browner, W.S. (1997a). Case-finding instruments for depression. Two questions are as good as many. *J. Gen. Intern. Med.* 12, 439–445.
- Whooley, M.A., Avins, A.L., Miranda, J., and Browner, W.S. (1997b). Case-finding instruments for depression. Two questions are as good as many. *J. Gen. Intern. Med.* 12, 439–445.
- Widlöcher, D. (2002). Conscience de soi, conscience des troubles et insight. In *Annales Médico-Psychologiques, Revue Psychiatrique*, (Elsevier), pp. 575–579.

Vu, le Directeur de Thèse

**Vu, le Doyen
de la Faculté de médecine de TOURS**

Académie d'Orléans – Tours

Université François-Rabelais

Faculté de Médecine de TOURS

BERTHE Clotilde

120 pages – 8 tableaux – 7 figures

Résumé : INTRODUCTION : Les médecins généralistes manquent de moyens pour faire face à l'inflation de dépressions, souvent atypiques et sous-diagnostiquées. L'un des obstacles à la prise en charge est le manque de reconnaissance des symptômes par les patients. Le but de cette étude est d'observer l'impact de la passation d'un auto-questionnaire sur la prise de conscience des patients suspectés en dépression. **MATERIEL ET METHODES :** Etude observationnelle quantitative. Des internes et des médecins de la région Centre ont été sollicités pour inclure en cabinet de médecine générale, pendant 3 mois, des patients de 18 à 65 ans suspectés de dépression au cours d'une consultation. Le patient remplissait une fiche incluant une échelle numérique de moral (EN : 0= pire moral imaginable, et 10= meilleur moral), puis un auto-questionnaire de dépression (le PHQ9 : 9 items dépressifs du DSM-IV). Enfin, en fonction de l'impact des éléments découverts à l'auto-questionnaire, le patient pouvait modifier ou pas son estimation initiale du moral. Une hétéro-évaluation du niveau de conscience des patients face à leur trouble était faite parallèlement par les praticiens (SUMD). **RESULTATS :** Inclusion de 43 patients. L'auto-questionnaire de dépression a eu un impact sur un quart de l'échantillon (n=11, 26%). Il a permis d'améliorer l'adéquation de l'échantillon entre la sévérité subjective estimée à l'EN et la sévérité objective mesurée au PHQ9 (NS), avec un coefficient de corrélation final fort ($r=-0,75$, $p<0,001$). L'auto-questionnaire révèle des symptômes dépressifs non évoqués par les patients : des idées suicidaires (30%, n=13, $p<0,01$), et plusieurs symptômes très sévères ($p<0,05$). L'hétéro-évaluation du niveau de conscience des patients déprimés (n=21, 49%) était bon (SUMD=3,9/15), mais la corrélation finale entre l'EN et le PHQ9 était faible ($r=-0,56$, $p<0,01$), résultat à partir duquel nous décrivons 3 types d'erreurs d'estimation. A l'issue de ces observations nous proposons un nouveau test de dépistage basé seulement sur 2 questions : estimation du moral et de son retentissement (Se=85% et Sp=90%). **CONCLUSION :** La promotion des auto-questionnaires de dépression en médecine générale doit être poursuivie du fait de leur utilité multiple, et la diffusion de questionnaires brefs de dépistage encouragée.

Mots clés : dépression, insight, conscience, dépistage, médecine générale, auto-questionnaire, PHQ9, SUMD

Jury :

Président : Monsieur le Professeur Vincent CAMUS, psychiatre au CHRU de Tours
Membres : Monsieur le Professeur Nemat JAAFARI, psychiatre au CHRU de Poitiers
Monsieur le Professeur Wissam EL HAGE, psychiatre au CHRU de Tours
Madame le Docteur Stéphanie ROULLIER, médecin généraliste à Tours
Monsieur Maël LEMOINE, maître de conférences en philosophie, faculté de médecine de Tours

Date de la soutenance : 19 Octobre 2015