

Évaluation de la sévérité de la dépression par le QIDS-SR-16 : enquête auprès de 28 médecins généralistes haut-normands sur l'intérêt et la faisabilité de cet outil

Claire Le Maho Deneuve

► To cite this version:

Claire Le Maho Deneuve. Évaluation de la sévérité de la dépression par le QIDS-SR-16 : enquête auprès de 28 médecins généralistes haut-normands sur l'intérêt et la faisabilité de cet outil. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-01878669

HAL Id: dumas-01878669

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01878669>

Submitted on 21 Sep 2018

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

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

UNIVERSITE DE ROUEN
FACULTE DE MEDECINE ET PHARMACIE
Année 2018 Thèse n°

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

Présentée et soutenue publiquement

Le 3 juillet 2018 à Rouen

Par Madame Claire LE MAHO DENEUVE

**EVALUATION DE LA SEVERITE DE
LA DEPRESSION PAR LE QIDS-SR-
16 : ENQUETE AUPRES DE 28 MEDECINS
GENERALISTES HAUT-NORMANDS SUR
L'INTERET ET LA FAISABILITE DE CET
OUTIL.**

COMPOSITION DU JURY

Président: Monsieur le Professeur GUILLIN Olivier

Membres: Madame le Professeur APTER Gisèle
Monsieur le Docteur HAZARD Emmanuel

Directeur de thèse: Monsieur le Docteur MORON Pierre

ANNEE UNIVERSITAIRE 2017 - 2018
U.F.R. DE MEDECINE ET DE-PHARMACIE DE ROUEN

DOYEN : **Professeur Pierre FREGER**

ASSESSEURS : **Professeur Michel GUERBET**
Professeur Benoit VEBER
Professeur Pascal JOLY
Professeur Stéphane MARRET

I - MEDECINE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mr Frédéric ANSELME	HCN	Cardiologie
Mme Gisèle APTER	Havre	Pédopsychiatrie
Mme Isabelle AUQUIT AUCKBUR	HCN	Chirurgie plastique
Mr Fabrice BAUER	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya BEKRI	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Ygal BENHAMOU	HCN	Médecine interne
Mr Jacques BENICHO	HCN	Bio statistiques et informatique médicale
Mr Olivier BOYER	UFR	Immunologie
Mme Sophie CANDON	HCN	Immunologie
Mr François CARON	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Philippe CHASSAGNE (<i>détachement</i>)	HCN	Médecine interne (gériatrie) – Détachement
Mr Vincent COMPERE	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mr Jean-Nicolas CORNU	HCN	Urologie
Mr Antoine CUVELIER	HB	Pneumologie
Mr Pierre CZERNICHOW (<i>urnombre</i>)	HCH	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Nicolas DACHER	HCN	Radiologie et imagerie médicale
Mr Stéfan DARMONI	HCN	Informatique médicale et techniques de communication
Mr Pierre DECHELOTTE	HCN	Nutrition
Mr Stéphane DERREY	HCN	Neurochirurgie
Mr Frédéric DI FIORE	CB	Cancérologie
Mr Fabien DOGUET	HCN	Chirurgie Cardio Vasculaire
Mr Jean DOUCET	SJ	Thérapeutique - Médecine interne et gériatrie

Mr Bernard DUBRAY	CB	Radiothérapie
Mr Philippe DUCROTTE	HCN	Hépto-gastro-entérologie
Mr Frank DUJARDIN	HCN	Chirurgie orthopédique - Traumatologique
Mr Fabrice DUPARC	HCN	Anatomie - Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mr Eric DURAND	HCN	Cardiologie
Mr Bertrand DUREUIL	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mme Hélène ELTCHANINOFF	HCN	Cardiologie
Mr Manuel ETIENNE	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Thierry FREBOURG	UFR	Génétique
Mr Pierre FREGER	HCN	Anatomie - Neurochirurgie
Mr Jean François GEHANNO	HCN	Médecine et santé au travail
Mr Emmanuel GERARDIN	HCN	Imagerie médicale
Mme Priscille GERARDIN	HCN	Pédopsychiatrie
M. Guillaume GOURCEROL	HCN	Physiologie
Mr Dominique GUERROT	HCN	Néphrologie
Mr Olivier GUILLIN	HCN	Psychiatrie Adultes
Mr Didier HANNEQUIN	HCN	Neurologie
Mr Fabrice JARDIN	CB	Hématologie
Mr Luc-Marie JOLY	HCN	Médecine d'urgence
Mr Pascal JOLY	HCN	Dermato – Vénéréologie
Mme Bouchra LAMIA	Havre	Pneumologie
Mme Annie LAQUERRIERE	HCN	Anatomie et cytologie pathologiques
Mr Vincent LAUDENBACH	HCN	Anesthésie et réanimation chirurgicale
Mr Joël LECHEVALLIER	HCN	Chirurgie infantile
Mr Hervé LEFEBVRE	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
Mr Thierry LEQUERRE	HB	Rhumatologie
Mme Anne-Marie LEROI	HCN	Physiologie
Mr Hervé LEVESQUE	HB	Médecine interne

Mme Agnès LIARD-ZMUDA	HCN	Chirurgie Infantile
Mr Pierre Yves LITZLER	HCN	Chirurgie cardiaque
Mr Bertrand MACE	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
M. David MALTETE	HCN	Neurologie
Mr Christophe MARGUET	HCN	Pédiatrie
Mme Isabelle MARIE	HB	Médecine interne
Mr Jean-Paul MARIE	HCN	Oto-rhino-laryngologie
Mr Loïc MARPEAU	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Stéphane MARRET	HCN	Pédiatrie
Mme Véronique MERLE	HCN	Epidémiologie
Mr Pierre MICHEL	HCN	Hépto-gastro-entérologie
M. Benoit MISSET	HCN	Réanimation Médicale
Mr Jean-François MUIR (<i>surnombre</i>)	HB	Pneumologie
Mr Marc MURAINÉ	HCN	Ophtalmologie
Mr Philippe MUSETTE	HCN	Dermatologie - Vénéréologie
Mr Christophe PEILLON	HCN	Chirurgie générale
Mr Christian PFISTER	HCN	Urologie
Mr Jean-Christophe PLANTIER	HCN	Bactériologie - Virologie
Mr Didier PLISSONNIER	HCN	Chirurgie vasculaire
Mr Gaëtan PREVOST	HCN	Endocrinologie
Mr Jean-Christophe RICHARD (<i>détachement</i>)	HCN	Réanimation médicale - Médecine d'urgence
Mr Vincent RICHARD	UFR	Pharmacologie
Mme Nathalie RIVES	HCN	Biologie du développement et de la reproduction
Mr Horace ROMAN	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Jean-Christophe SABOURIN	HCN	Anatomie - Pathologie
Mr Guillaume SAVOYE	HCN	Hépto-gastrologie
Mme Céline SAVOYE-COLLET	HCN	Imagerie médicale
Mme Pascale SCHNEIDER	HCN	Pédiatrie

Mr Michel SCOTTE	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne TAMION	HCN	Thérapeutique
Mr Luc THIBERVILLE	HCN	Pneumologie
Mr Christian THUILLEZ (<i>sumombre</i>)	HB	Pharmacologie
Mr Hervé TILLY	CB	Hématologie et transfusion
M. Gilles TOURNEL	HCN	Médecine Légale
Mr Olivier TROST	HCN	Chirurgie Maxillo-Faciale
Mr Jean-Jacques TUECH	HCN	Chirurgie digestive
Mr Jean-Pierre VANNIER (<i>sumombre</i>)	HCN	Pédiatrie génétique
Mr Benoît VEBER	HCN	Anesthésiologie - Réanimation chirurgicale
Mr Pierre VERA	CB	Biophysique et traitement de l'image
Mr Eric VERIN	HB	Service Santé Réadaptation
Mr Eric VERSPYCK	HCN	Gynécologie obstétrique
Mr Olivier VITTECOQ	HB	Rhumatologie
Mme Marie-Laure WELTER	HCN	Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme Noëlle BARBIER-FREBOURG	HCN	Bactériologie – Virologie
Mme Carole BRASSE LAGNEL	HCN	Biochimie
Mme Valérie BRIDOUX HUYBRECHTS	HCN	Chirurgie Vasculaire
Mr Gérard BUCHONNET	HCN	Hématologie
Mme Mireille CASTANET	HCN	Pédiatrie
Mme Nathalie CHASTAN	HCN	Neurophysiologie
Mme Sophie CLAEYSSENS	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Moïse COEFFIER	HCN	Nutrition
Mr Serge JACQUOT	UFR	Immunologie

Mr Joël LADNER	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Baptiste LATOUCHE	UFR	Biologie cellulaire
Mr Thomas MOUREZ	HCN	Virologie
Mr Gaël NICOLAS	HCN	Génétique
Mme Muriel QUILLARD	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mme Laëtitia ROLLIN	HCN	Médecine du Travail
Mr Mathieu SALAUN	HCN	Pneumologie
Mme Pascale SAUGIER-VEBER	HCN	Génétique
Mme Anne-Claire TOBENAS-DUJARDIN	HCN	Anatomie
Mr David WALLON	HCN	Neurologie

PROFESSEUR AGREGÉ OU CERTIFIÉ

Mr Thierry WABLE	UFR	Communication
Mme Mélanie AUVRAY-HAMEL	UFR	Anglais

II - PHARMACIE

PROFESSEURS

Mr Thierry BESSON	Chimie Thérapeutique
Mr Roland CAPRON (PU-PH)	Biophysique
Mr Jean COSTENTIN (Professeur émérite)	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Loïc FAVENNEC (PU-PH)	Parasitologie
Mr Jean Pierre GOULLE (Professeur émérite)	Toxicologie
Mr Michel GUERBET	Toxicologie
Mme Isabelle LEROUX - NICOLLET	Physiologie
Mme Christelle MONTEIL	Toxicologie
Mme Martine PESTEL-CARON (PU-PH)	Microbiologie
Mr Rémi VARIN (PU-PH)	Pharmacie clinique
Mr Jean-Marie VAUGEOIS	Pharmacologie
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

MAITRES DE CONFERENCES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
Mr Jérémy BELLIEN (MCU-PH)	Pharmacologie
Mr Frédéric BOUNOURE	Pharmacie Galénique
Mr Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
Mme Camille CHARBONNIER (LE CLEZIO)	Statistiques
Mme Elizabeth CHOSSON	Botanique

Mme Marie Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation pharmaceutique et économie de la santé
Mme Cécile CORBIERE	Biochimie
Mr Eric DITTMAR	Biophysique
Mme Nathalie DOURMAP	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUC	Pharmacologie
Mme Dominique DUTERTE- BOUCHER	Pharmacologie
Mr Abdelhakim ELOMRI	Pharmacognosie
Mr François ESTOUR	Chimie Organique
Mr Gilles GARGALA (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Nejla EL GHARBI-HAMZA	Chimie analytique
Mme Marie-Laure GROULT	Botanique
Mr Hervé HUE	Biophysique et mathématiques
Mme Laetitia LE GOFF	Parasitologie – Immunologie
Mme Hong LU	Biologie
M. Jérémie MARTINET (MCU-PH)	Immunologie
Mme Marine MALLETER	Toxicologie
Mme Sabine MENAGER	Chimie organique
Mme Tiphaine ROGEZ-FLORENT	Chimie analytique
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Malika SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Christine THARASSE	Chimie thérapeutique
Mr Frédéric ZIEGLER	Biochimie

PROFESSEURS ASSOCIES

Mme Cécile GUERARD-DETUNCQ	Pharmacie officinale
Mr Jean-François HOUIVET	Pharmacie officinale

PROFESSEUR CERTIFIE

Mme Mathilde **GUERIN**

Anglais

ATTACHES TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

Mme Anne-Sophie **CHAMPY**

Pharmacognosie

M. Jonathan **HEDOUIN**

Chimie Organique

Mme Barbara **LAMY-PELLETER**

Pharmacie Galénique

LISTE DES RESPONSABLES DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et minérale
Mr Thierry BESSON	Chimie thérapeutique
Mr Roland CAPRON	Biophysique
Mme Marie-Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation et économie de la santé
Mme Elisabeth CHOSSON	Botanique
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Abdelhakim ELOMRI	Pharmacognosie
Mr Loïc FAVENNEC	Parasitologie
Mr Michel GUERBET	Toxicologie
Mr François ESTOUR	Chimie organique
Mme Isabelle LEROUX-NICOLLET	Physiologie
Mme Martine PESTEL-CARON	Microbiologie
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mr Rémi VARIN	Pharmacie clinique
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

III – MEDECINE GENERALE

PROFESSEUR

Mr Jean-Loup **HERMIL** (PU-MG)

UFR Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCE

Mr Matthieu **SCHUERS** (MCU-MG)

UFR Médecine générale

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS – MEDECINS GENERALISTE

Mr Emmanuel **LEFEBVRE**

UFR Médecine Générale

Mme Elisabeth **MAUVIARD**

UFR Médecine générale

Mr Philippe **NGUYEN THANH**

UFR Médecine générale

Mme Marie Thérèse **THUEUX**

UFR Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS – MEDECINS GENERALISTES

Mr Pascal **BOULET**

UFR Médecine générale

Mr Emmanuel **HAZARD**

UFR Médecine Générale

Mme Marianne **LAINE**

UFR Médecine Générale

Mme Lucile **PELLERIN**

UFR Médecine générale

Mme Yveline **SEVRIN**

UFR Médecine générale

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

PROFESSEURS

Mr Serguei **FETISSOV** (med)

Physiologie (ADEN)

Mr Paul **MULDER** (phar)

Sciences du Médicament

Mme Su **RUAN** (med)

Génie Informatique

MAITRES DE CONFERENCES

Mr Sahil **ADRIOUCH** (med)
905)

Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm

Mme Gaëlle **BOUGEARD-DENOYELLE** (med)

Biochimie et biologie moléculaire (UMR 1079)

Mme Carine **CLEREN** (med)

Neurosciences (Néovasc)

M. Sylvain **FRAINEAU** (med)

Physiologie (Inserm U 1096)

Mme Pascaline **GAILDRAT** (med)

Génétique moléculaire humaine (UMR 1079)

Mr Nicolas **GUEROUT** (med)

Chirurgie Expérimentale

Mme Rachel **LETELLIER** (med)

Physiologie

Mme Christine **RONDANINO** (med)

Physiologie de la reproduction

Mr Antoine **OUVRARD-PASCAUD** (med)

Physiologie (Unité Inserm 1076)

Mr Frédéric **PASQUET**

Sciences du langage, orthophonie

Mme Isabelle **TOURNIER** (med)

Biochimie (UMR 1079)

CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS : Mme Véronique DELAFONTAINE

HCN - Hôpital Charles Nicolle

HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME

CB - Centre Henri Becquerel

CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray

CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation

SJ – Saint Julien Rouen

« Par délibération en date du 3 mars 1967, la faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation. »

A Monsieur le **Professeur Olivier Guillin**, Président du Jury,

Vous me faites l'honneur de présider le jury de cette thèse. Je vous remercie sincèrement et vous adresse mon profond respect.

A Monsieur le **Docteur Pierre Moron**, directeur de thèse,

Vous avez su m'aiguiller dans mon choix de sujet et m'avez fait confiance dans la réalisation de ce travail. Vous avez su vous rendre disponible. Je vous remercie de votre patience et de votre gentillesse.

A Madame le **Professeur Gisèle Apter**,

Vous me faites l'honneur de participer au jury, merci de l'intérêt que vous portez à mon travail.

A Monsieur le **Docteur Emmanuel Hazard**,

Vous avez été mon maître de stage au cours de mon premier stage chez le praticien. Je vous remercie de m'avoir fait découvrir et aimer la médecine générale à la campagne.

A Melle **Boulet Ludivine**, interne en santé publique,

Merci pour ton aide dans l'analyse statistique des résultats. Je te souhaite plein de courage pour ton propre travail de thèse.

Aux médecins qui ont pris part à l'étude, merci de votre implication.

A mes co-externes et co-internes : **Diane, Maggie, Christophe, Gaëlle, Margaux, Manon, Suzanne, Jérôme.**

Merci pour votre soutien au cours des différents stages. Je me rappellerai surtout nos franches rigolades !

A la **maison diocésaine** et à **Monica,**

Merci de m'avoir ouvert vos portes pour me permettre de travailler dans une ambiance paisible et chaleureuse.

A **mes parents,**

Vous m'avez permis de faire les études que je souhaitais et vous m'avez soutenue toutes ces années. Merci pour votre amour.

A **Marie,** merci pour ta bienveillance. Au souvenir des tablettes de chocolat mangées dans notre studio les soirs de révisions !

A **Éric,**

Tu as contribué à la réussite de ma première année de médecine. Merci.

A **Etienne,**

Tant d'années se sont écoulées depuis notre rencontre ! Et nous voilà une famille !

Je ne te remercierai jamais assez pour ta patience et ton soutien durant ces longues années d'études, surtout au cours de ces derniers mois.

A **Louis, Agathe et Jean,** mes petits bonheurs que j'embrasse très fort.

SOMMAIRE

I- INTRODUCTION

II- GENERALITES SUR LA DEPRESSION

II-1 Définition

II-2 Classification

II-2-1 Selon le DSMV

II-2-2 Selon la CIM

II-2-3 Qualification de la sévérité

II-3 Epidémiologie

II-4 Impact socio-économique

III- EVALUATION DE LA SEVERITE D'UN SYNDROME DEPRESSIF

III-1 Les différentes échelles d'évaluation

III-1-1 L'échelle d'Hamilton ou HDRS

III-1-2 L'échelle de dépression de Montgomery et Asberg ou MADRS

III-1-3 L'inventaire de dépression de Beck

III-2 Intérêt de l'utilisation d'une échelle d'évaluation

III-3 Présentation du QIDS-SR16

III-3-1 Construction

III-3-2 Validation

III-3-3 Utilisation

III-3-4 Forces

- ❖ Cohérence interne
- ❖ Validité externe

III-3-5 Faiblesses

III-3-6 Administration

III-3-7 Calcul du score

III-3-8 Interprétation

III-3-9 Traductions disponibles

III-4 Le QIDS-SR16 en médecine générale

IV- L'ENQUÊTE

IV-1 Présentation de l'étude

IV-1-1 Objectifs

- Objectif principal
- Les objectifs secondaires

IV-1-2 Matériel et méthode

- Déroulement du premier entretien avec les médecins généralistes
- Les consignes
- Le retour des questionnaires
- Analyse des données

IV-2 Résultats

IV-2-1 Caractéristiques des médecins recrutés

IV-2-2 Déclaration des médecins avant l'étude

IV-2-3 Distribution des QIDS-SR16 par les médecins

IV-2-4 Résultats concernant les QIDS-SR16

IV-2-5 Interprétation des QIDS-SR16 par les médecins
généralistes

IV-2-6 Opinion des médecins généralistes concernant le
QIDS-SR16

V- DISCUSSION

V-1 Forces et faiblesses

V-1-1 Matériel d'étude

- Pourquoi utiliser une échelle de dépression en médecine générale ?
- Pourquoi un auto-questionnaire ?
- Choix du QIDS-SR16.

V-1-2 La méthode

- Biais de recrutement
- Biais d'auto-sélection
- Biais de déclaration

V-2 Evaluation d'un syndrome dépressif par les médecins
participants

V-3 Les 104 QIDS-SR-16 récupérés au cours de notre
étude

V-4 Perception du QIDS-SR16 par les patients

V-5 Perception du QIDS-SR16 par les médecins
participants

V-5-1 L'acceptabilité du QIDS-SR16

V-5-2 L'utilité pour le clinicien

V-5-3 L'interprétation du QIDS-SR16

V-6 Pistes pour l'amélioration de la prise en charge de la dépression.

VI - CONCLUSION

Annexes

Bibliographie

I - INTRODUCTION

La dépression est une pathologie commune et un réel enjeu de santé publique.

L'OMS (Organisation mondiale pour la Santé) estime que les troubles dépressifs représentent le **1er facteur de morbidité et d'incapacité sur le plan mondial** (communiqué de mars 2017) ; ce qui correspond à plus de 300 millions de personnes dans le monde qui souffrent de dépression. La progression est majeure avec une augmentation de 18% entre 2005 et 2015.

En France, l'INPES estime que **près d'une personne sur cinq** a souffert ou souffrira d'une dépression au cours de sa vie.

Une étude récente au sein d'une population de patients consultant leur médecin généraliste a pu montrer que 15% des 1151 patients interrogés présentaient les critères du DSM-IV d'un trouble dépressif ou anxieux (20).

Le médecin généraliste apparaît de plus en plus comme le médecin de premier recours. 20 % des personnes ayant eu un épisode dépressif caractérisé dans les douze derniers mois avaient consulté un médecin généraliste pour cette raison en 2005, ils sont désormais près de la moitié (47 %) en 2010.

Ce constat met en valeur la **place majeure du praticien de médecine générale**, il devrait être capable de détecter les signes cliniques en faveur d'un syndrome dépressif, d'évaluer l'efficacité, l'observance et la tolérance des traitements et d'orienter en cas de nécessité. Il devra également être en mesure de mener une psychothérapie de soutien.

Les recommandations de bonne pratique soulignent l'importance de **prendre en compte l'intensité** d'un syndrome dépressif afin de prendre en charge au mieux le patient (19) (2) (18) (25).

Différentes études préconisent l'utilisation d'**outils validés et standardisés** (2) ; le recours à ces outils permettrait une prise en charge plus objective que l'appui sur la seule impression clinique (15).

Les échelles actuellement utilisées de façon courante en médecine générale sont la MADRS et l'HDRS, 2 hétéro-questionnaires validés dans le cadre de la **consultation dédiée** mise en place par l'Assurance Maladie. Hors, peu nombreux sont les médecins pratiquant cet acte. L'alternative serait l'utilisation d'un auto-questionnaire. A ce jour, aucune étude française n'a étudiée la faisabilité d'un tel questionnaire en médecine générale.

C'est pourquoi nous avons souhaité étudier la **faisabilité du QIDS-SR16 en médecine générale**, outil validé, permettant une mesure fiable et reproductible de l'intensité d'un syndrome dépressif. Cet outil utilisé depuis plusieurs années en recherche pourrait-il avoir un intérêt en soins primaires?

II - GENERALITES SUR LA

DEPRESSION

II.1 - DEFINITION

L'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) définit la dépression comme un « **trouble mental** courant, caractérisé par **la tristesse, la perte d'intérêt ou de plaisir, des sentiments de culpabilité ou de faible estime de soi, des troubles du sommeil ou de l'appétit, d'une sensation de fatigue et d'un manque de concentration** ».

II.2 - CLASSIFICATION

II.2.1 - Selon le DSM 5

Le DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) (1) est un manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux publié par l'Association Américaine de Psychiatrie.

La cinquième édition est parue en 2013 et sa version française en 2015.

Outil international de référence, il est utilisé par les cliniciens et chercheurs pour la classification des pathologies psychiatriques. Il repose sur une **approche descriptive**, chaque catégorie diagnostique comporte des critères d'inclusion et d'exclusion aussi précis que possible, ceci afin de pouvoir parler dans les mêmes termes des mêmes maladies.

Critères diagnostiques du DSM-5 :

- A.** Au moins 5 des symptômes suivants ont été présents durant la même période de 2 semaines et représentent un changement par rapport au fonctionnement précédent : au moins un des symptômes est soit (1) une **humeur dépressive**, soit (2) une **perte d'intérêt ou de plaisir**.

Remarque : Ne pas inclure les symptômes qui sont attribuables à une autre condition médicale.

1. Humeur dépressive présente la plus grande partie de la journée, presque tous les jours, comme signalée par la personne (par exemple : se sent triste, vide, désespérée) ou observée par les autres (par exemple : pleure)

Remarque : chez les enfants ou adolescents, peut être une humeur irritable.

2. Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes, ou presque toutes, les activités, la plus grande partie de la journée, presque tous les jours (signalée par la personne ou observée par les autres)

3. Perte de poids significative en l'absence de régime ou gain de poids (par exemple : changement de poids excédant 5 % en un mois), ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours.

Remarque : Chez les enfants, 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 (observable par les autres, non limités à un sentiment subjectif de fébrilité ou de ralentissement intérieur).

6. Fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours.

7. Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée (qui peut être délirante) presque tous les jours (ne 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 la personne 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 entraînent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.
- C. L'épisode n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance ou d'une autre affection médicale.
- D. L'apparition de l'épisode dépressif majeur n'est pas mieux expliquée par un trouble schizoaffectif, une schizophrénie, un trouble schizophréniforme, un trouble délirant, ou un autre trouble du spectre schizophrénique et un autre trouble psychotique.
- E. Il n'y a jamais eu d'épisode maniaque ou d'épisode hypomaniaque.
- Remarque : Cette exclusion ne s'applique pas si tous les épisodes similaires à la manie ou l'hypomanie sont induits par une substance ou sont imputables aux effets physiologiques d'une autre condition médicale.*

Dans la nouvelle version du DSM, on introduit un nouveau diagnostic, le « **trouble dépressif persistant** » (dysthymie) qui est diagnostiqué lorsque la perturbation de l'humeur se poursuit pendant au moins 2 ans chez les adultes ou 1 an chez les enfants. Il inclut à la fois la dépression majeure chronique du DSM-IV et la dysthymie, qui est moins sévère que la dépression majeure, mais chronique.

II.2.2 - Selon la CIM

La CIM (classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes) (7) est une classification avant tout **statistique** de morbidité et de décès, publiée par l'**Organisation Mondiale de la Santé**.

Actuellement, nous utilisons la CIM-10 publiée en 1990 mais une nouvelle version (CIM-11) doit être validée par l'Assemblée Mondiale de la Santé en mai 2018.

A. Critères généraux (obligatoires)

G1. L'épisode dépressif doit persister au moins 2 semaines.

G2. Absence de symptômes hypomaniaques ou maniaques répondant aux critères d'un épisode maniaque ou hypomaniaque (F30) à un moment quelconque de la vie du sujet.

G3. Critères d'exclusion les plus couramment utilisés : l'épisode n'est pas imputable à l'utilisation d'une substance psychoactive (F10-19) ou à un trouble mental organique, selon la définition donnée en F00-F9.

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

(1) Humeur dépressive à un degré nettement anormal pour le sujet, présente pratiquement toute la journée et presque tous les jours, dans une large mesure non influencée par les circonstances, et persistant pendant au moins 2 semaines.

(2) Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour des activités habituellement agréables.

(3) Réduction de l'énergie ou augmentation de la fatigabilité.

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

(1) Perte de la confiance en soi ou de l'estime de soi.

(2) Sentiments injustifiés de culpabilité excessive ou inappropriée.

- (3) Pensées de mort ou idées suicidaires récurrentes, ou comportement suicidaire de n'importe quel type.
- (4) Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer (signalée par le sujet ou observée par les autres), se manifestant, par exemple, par une indécision ou des hésitations.
- (5) Modification de l'activité psychomotrice, caractérisée par une agitation ou un ralentissement (signalés ou observés).
- (6) Perturbations du sommeil de n'importe quel type.
- (7) Modification de l'appétit (diminution ou augmentation) avec variation pondérale correspondante.

II.2.3 - Qualification de la sévérité

La CIM-10 et le DSM-V qualifient l'épisode dépressif de :

- « **léger** » lorsqu'il y a peu ou pas de symptômes supplémentaires par rapport au nombre nécessaire pour répondre au diagnostic ; l'altération des activités professionnelles, des activités sociales courantes, ou des relations avec les autres est seulement mineure.
- « **sévère sans caractéristiques psychotiques** » lorsque plusieurs symptômes supplémentaires par rapport au nombre nécessaire pour répondre au diagnostic sont présents, et que les symptômes perturbent nettement les activités professionnelles, les activités sociales courantes ou les relations avec les autres ;
- « **sévère avec caractéristiques psychotiques** » lorsque s'ajoutent aux symptômes typiques de l'épisode dépressif sévère des idées délirantes ou des hallucinations, concordantes ou non avec le trouble de l'humeur ;
- « **modéré** » lorsque les symptômes et altérations des activités professionnelles, des activités sociales courantes, ou des relations avec les autres sont comprises entre ces deux extrêmes.

II.3 - EPIDEMIOLOGIE

La dépression est une pathologie fréquente, notamment dans les pays occidentaux. La **prévalence** de l'épisode dépressif caractérisé, au cours de l'année 2010, dans le cadre du Baromètre santé de l'INPES, s'élève **en France à 7,5 % parmi les 15-85 ans** (12).

Cette prévalence est deux fois **plus importante chez les femmes** que chez les hommes (10% versus 5.6%). Les raisons de cette différence ne sont pas clairement établies. Selon certains auteurs, le rôle social des femmes serait une des causes, tandis que pour d'autres, la dépression serait sous-diagnostiquée chez les hommes.

Toujours selon le Baromètre santé 2010, le recours au soin pour cause de dépression est en nette amélioration. En 2005, 63% des personnes qui présentaient des troubles dépressifs n'avaient ni utilisé les services d'un organisme, ni consulté un professionnel de santé, ni suivi une psychothérapie. En 2010, le pourcentage a diminué à 39%. Ceci reste insuffisant car cela signifie que plus d'un tiers des personnes dépressives ne consultent pas.

On estime que **5 à 20% des patients présentant un épisode dépressif caractérisé se suicident**, ce qui correspond à 800 000 suicides chaque année dans le monde.

A noter que le suicide est la 2^{ème} cause de mortalité chez les 15-29 ans.

II.4 - L'IMPACT SOCIO ECONOMIQUE

Vivre une période de dépression est à l'origine d'une dévalorisation, d'un isolement et d'une perte de l'élan vital. Cela entrave donc l'**insertion professionnelle** et coupe un lien social majeur. En retour, le fait même d'être exclu aggrave le syndrome dépressif.

L'impact est d'autant plus important qu'il s'agit d'une maladie de longue durée (en moyenne 45 mois d'après l'OMS), à caractère récurrent (dans 80% des cas) et chronique (dans 20% des cas).

Le niveau social est également un facteur de risque. Ainsi, Le risque de trouble dépressif diminue lorsque le niveau de diplôme augmente (17). Par exemple, chez les hommes n'ayant pas été scolarisés, la prévalence était de 17 % contre 7,5 % chez ceux ayant un niveau supérieur au baccalauréat.

III - EVALUATION DE LA SEVERITE D'UN SYNDROME DEPRESSIF

III.1 - LES DIFFERENTES ECHELLES D'EVALUATION

III.1.1 - L'échelle d'Hamilton ou HDRS (Hamilton Depression Rating Scale)

Annexe 1

Le questionnaire se présente sous forme d'une **hétéro évaluation** avec questionnaire fermé, en lien avec la dernière semaine écoulée.

Il s'agit de l'échelle la plus utilisée pour évaluer l'intensité des symptômes dépressifs. Elle existe sous différentes versions. L'annexe présente la version à 17 items, recommandée par l'auteur.

La rémission de la dépression est confirmée pour un score inférieur à 7.

III.1.2 - L'échelle de dépression de Montgomery et Asberg ou MADRS (Montgomery and Asberg Depression Rating Scale)

Annexe 2

Elle a initialement été conçue comme un complément de l'échelle de Hamilton pour sa sensibilité aux modifications cliniques sous l'effet des thérapeutiques.

L'évaluation se fait à partir d'un **entretien clinique**. Le questionnaire est composé de 10 items avec un score pouvant aller de 0 à 60.

Seule les valeurs paires sont définies, les valeurs impaires représentent des états intermédiaires.

L'interprétation est la suivante :

1. de 0 à 7 points : patient sain
2. de 8 à 17 points : dépression légère
3. de 18 à 26 points : dépression moyenne
4. > 26 points : dépression sévère

III.1.3 - L'inventaire de dépression de Beck

Il s'agit d'un **auto-questionnaire** de 21 items à choix avec une approche psychodynamique. La dépression est vue comme « une hostilité introvertie envers soi-même » à l'origine même de la dépression.

Il donne une estimation quantitative de l'intensité de la dépression.

Ce test est composé de 21 items, chacun constitué de 4 phrases correspondant à un symptôme avec intensité croissante. Le patient peut choisir plusieurs propositions, la cote la plus forte est alors retenue.

Les résultats sont les suivants:

0–9 : dépression mineure

10–18 : dépression légère

19–29 : dépression modérée

30–63 : dépression sévère

Ce questionnaire est protégé par des droits d’auteur. La version française est à se procurer aux Editions du centre de psychologie appliquée.

III.2 - INTERET DE L’UTILISATION D’UNE ECHELLE D’EVALUATION

Le **médecin généraliste** est le **premier interlocuteur** dans la prise en charge d’un syndrome dépressif. Les **symptômes exprimés** sont **multiples et variables** d’un patient à l’autre, d’une consultation à l’autre.

Les symptômes les plus fréquemment exprimés par les patients dépressifs, selon le médecin généraliste qui les reçoit, sont : l’insomnie (31,8%), la fatigue (29,9%), l’anxiété (24,6%).

Les autres symptômes fréquemment évoqués sont les pleurs, la tristesse, des troubles somatiques tels que gêne intestinale, anorexie, céphalées (4).

Il existe depuis quelques années la notion de **consultation dédiée** soumise à une nomenclature particulière : ALQP003. Il s’agit de l’**évaluation d’un épisode dépressif par échelle psychiatrique** (MADRS, BECK, MMPI, STAI), acte rémunéré à 69,12euros (dont 20,74 euros restent à charge en tiers payant). Cette cotation ne peut être pratiquée qu’une fois par an.

En France, d’après les études, les outils de repérage et d’évaluation de la dépression ne seraient connus que par 50% des médecins généralistes. Parmi ceux qui les connaissent, 80% les considèrent comme utiles, mais seulement 19,8% de ceux-ci les utiliseraient (31).

L'utilisation des échelles dans ce cadre a largement sa place puisque celles-ci permettraient d'évaluer l'**évolution de la pathologie**, et ce de manière plus quantifiable, c'est-à-dire par le biais d'un score.

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

- Poursuivre le traitement,
- Modifier le traitement devant une absence d'amélioration, voire de reconsidérer le diagnostic,
- Arrêter le traitement en cas de rémission complète après la phase de consolidation.

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

Le travail coordonné du généraliste et du psychiatre permet de rassurer le patient, ce qui est le garant d'un suivi au long cours.

III.3 – PRESENTATION DU QIDS-SR16

Annexe 3

En 1986, des chercheurs et cliniciens ont rédigés des questionnaires permettant une évaluation fiable et reproductible de la sévérité d'un épisode dépressif caractérisé (26).

L'**Inventory of Depressive Symptomatology** (IDS) comporte 30 items et est décliné en 2 versions : un hétéro questionnaire (IDS-C30) et un auto-questionnaire (QIDS-SR30).

Le **Quick Inventory of Depressive Symptomatology** (QIDS) est une version abrégée avec 16 items, également décliné en 2 versions.

Le QIDS-SR16 est donc la version simplifiée et réalisable par le patient lui-même.

III.3.1 - Construction

Le QIDS-SR16 a été étudié pour **améliorer l'évaluation** de l'épisode dépressif :

- Il accorde des scores équivalents à chaque symptôme (0-3).
- Il utilise des items où la fréquence et la gravité des symptômes sont clairement définies.
- Il reprend tous les critères du DSM-3 nécessaires à l'établissement du diagnostic d'épisode dépressif majeur.
- Il permet d'établir un score corrélé au degré de sévérité du syndrome dépressif.

Le QIDS-SR16 a été conçu à la suite de l'IDS. Il s'agit d'une version plus courte avec 16 items construits sur les 9 symptômes utilisés dans le DSM-5.

Ces 9 critères sont : l'**humeur triste**, la **concentration**, l'**autocritique**, les **idées suicidaires**, l'**intérêt**, l'**énergie/la fatigue**, les **troubles du sommeil**, la diminution/majoration de l'**appétit** ou du **poids**, et le **ralentissement/agitation** psychomoteurs.

Le score total est compris entre 0 et 27.

Le questionnaire permet une évaluation actuelle du degré de sévérité de l'état dépressif. Il se base sur l'intensité de chaque symptôme au cours des 7 derniers jours, indépendamment de sa chronicité ou de son apparition récente.

III.3.2 - Validation

La corrélation entre les IDS/QIDS et des questionnaires validés (HRSD17, BDI) a été étudiée initialement par Rush et al. (26) en 1986.

Les scores obtenus étaient fortement corrélés avec un coefficient de Pearson à 0.95 entre l'IDS-C30 et l'HDRS17.

Le mode de passation des questionnaires (entretien clinique ou auto-questionnaire) n'influence pas le résultat. On retrouve une forte corrélation entre l'IDS-C30 et l'IDS-SR30 ($c=0.91$).

On trouve également une **forte corrélation entre le QIDS-SR16 et l'HRSD24** ($c=0.84$).

Le QIDS-SR16 est fortement corrélé à la version longue qu'est le IDS-SR30 ($c=0.96$).

L'IDS30 et le QIDS30 sont **sensibles aux modifications de sévérité** de la dépression de manière cohérente par rapport au HRSD et au BDI. Ils sont même plus sensibles au changement de sévérité lorsque le score est bas (dépression légère à modérée) (27).

Par contre, le QIDS-SR16 semble être moins sensible que l'IDS-SR30 quand il s'agit de symptômes résiduels au cours de la rémission de l'épisode dépressif (29).

III.3.3 - Utilisation

L'IDS et le QIDS ont été utilisés pour distinguer la réponse de la rémission dans de multiples études.

Notamment, ils ont permis de quantifier les effets des thérapeutiques dans des **études ouvertes** et des **essais contrôlés randomisés**.

Les questionnaires ont essentiellement été évalués pour les patients présentant un **épisode dépressif majeur** et dans le cadre d'une **mesure de l'intensité** d'un syndrome dépressif.

Depuis quelques années, on observe une **extension de l'utilisation** des QIDS et IDS ; ainsi l'utilisation QIDS-SR16 a été évaluée chez les patients présentant un trouble bipolaire (29) (32), chez les patients asthmatiques et dépressifs (5), chez les patients suivis pour une maladie chronique rénale (13) ainsi que chez les personnes âgées (10) ; toujours dans l'objectif de mesurer l'intensité du syndrome dépressif chez ces patients.

Plus rarement, on retrouve quelques études évaluant l'utilisation du QIDS-SR16 en tant qu'outil diagnostique (16), ce qui n'était pas l'intention initiale des auteurs des IDS et QIDS.

III.3.4 - Forces

❖ Cohérence interne :

Dans une étude avec 596 patients ambulatoires, présentant un épisode dépressif majeur sans élément psychotique, Rush et al. (28) rapportait les différents coefficients alpha de Cronbach des IDS-SR30, QIDS-SR16, HRSD17, HRSD21, HRSD24.

Cette étude retrouvait une **forte cohérence interne** pour toutes ces échelles, notamment un coefficient de Cronbach alpha à 0.86 pour le QIDS-SR16.

Une méta-analyse menée en 2015 (30) retrouvait des coefficients de Cronbach alpha modérés à forts (de 0.69 à 0.89) concernant le QIDS-SR16 dans 26 études analysées.

Dans la validation d'un questionnaire psychométrique, on s'intéresse aussi à la **validité convergente**. Celle-ci est considérée comme modérée à forte avec les échelles habituelles (de 0.68 à 0.96).

❖ Validité externe :

L'IDS et le QIDS ont été étudiés au travers divers études faisant intervenir patients ambulatoires et/ou hospitalisés, en milieu hospitalier ou en soin primaire. On note une moindre connaissance dans les populations adolescentes et chez les personnes âgées.

Ces questionnaires ont largement été utilisés dans le domaine de la recherche.

III.3.5-Faiblesses

La **reproductibilité** ou fiabilité du QIDS-SR16 n'a été évaluée dans aucune étude à ce jour. L'explication pourrait être que la réponse aux items n'est pas stable dans le temps puisque influencée par la mémoire des précédentes réponses. Or, la méthode de stabilité utilisée en

psychométrie est surtout préconisée dans la mesure d'un construit non influencée par la mémoire (21).

Dans la méta-analyse de Rush et al. (30), les items concernant **le sommeil et l'appétit** présentent une **corrélation insatisfaisante** dans respectivement 5 et 3 études (sup à 0.3). Cela provient potentiellement de la nécessité de retenir le score le plus haut à différentes questions. Or, ce score est le même pour des réponses différentes. Ainsi, des patients présentant des symptômes différents voire opposés, peuvent obtenir un même score pour ces items.

Par exemple, un patient peut obtenir un score de 3 à la première partie (4 questions) s'il présente des problèmes d'endormissement et/ou se réveille la nuit et/ou se réveille tôt le matin ou s'il dort beaucoup trop.

III.3.6 - Administration

Lors de la proposition du QIDS-SR16, les patients doivent être informés de la nécessité de prendre leur temps, de lire chaque item avec précision, de lire toutes les réponses possibles et de choisir l'item qui les décrit le mieux au cours des 7 derniers jours. Le questionnaire doit être rempli en une fois.

III.3.7 - Calcul du score

Le score final du QIDS-SR16 est **compris de 0 à 27**. Il est obtenu par l'addition des scores de chacun des 9 symptômes du DSM5 (épisode dépressif majeur).

16 items sont rédigés pour décrire les 9 symptômes : 4 items permettent de définir les troubles du sommeil, 2 items définissent les troubles psychomoteurs et 4 items définissent les troubles de l'appétit et du poids. A chacun des six autres symptômes correspond un item uniquement.

Chaque item est noté de 0 à 3.

Pour chaque symptôme qui requiert plus d'un item, seul le plus haut score est comptabilisé.

III.3.8 - Interprétation

En ce qui concerne le QIDS-SR16, voici l'interprétation des scores :

- 0 à 5 : absence de dépression
- 6 à 10 : dépression légère
- 11 à 15 : dépression modérée
- 16 à 20 : dépression sévère
- 21 à 27 : dépression très sévère

Le choix des limites de chaque catégorie d'intensité a été réalisé en fonction du HDRS qui a été choisi comme norme de référence (29).

Une **table de conversion** (annexe 4) permet d'obtenir une correspondance du score final du QIDS-SR16 avec les différentes versions du HRSD.

Plusieurs **équations** ont été formulées permettant une conversion du score final du QIDS-SR16 en score prévisible au HDRS ; nous pouvons en citer 2 entre autres :

- d'après Orlando et al. (23), il suffirait de multiplier par 1.3 le score du QIDS-SR16 afin d'obtenir le score du HDRS
- dans Jarrett et al. (14), l'équation est $\text{HDRS-17} = 1.20 (\text{QIDS-SR16}) - 0.39$.

III.3.9 - Traductions disponibles :

Les questionnaires ont été traduits en **13 langues** différentes avec dans chacune de ses 13 versions des variabilités de traduction selon le pays d'utilisation.

Le QIDS-SR16 existe en 10 traductions : anglaise, néerlandaise, française (France), française (Belgique), allemande, italienne, russe, espagnole, slovaque et turque.

Ces traductions sont disponibles gratuitement sur le site internet des QIDS/IDS (www.ids.qids.org).

III.4 - LE QIDS-SR16 EN MEDECINE GENERALE

Toutes les études réalisées en soins primaires sont des études de validation du questionnaire.

La plus importante a été menée en Grande-Bretagne (6).

Nous n'avons pas retrouvé d'étude s'intéressant à l'opinion des médecins généralistes concernant la faisabilité et l'intérêt de l'utilisation du QIDS-SR16.

Aucune étude française n'a concernée l'utilisation du QIDS-SR16 en médecine générale.

IV - L'ENQUETE

IV.1 - PRÉSENTATION DE L'ÉTUDE

IV.1.1 - Objectifs

- L'objectif principal :

Notre objectif principal était d'interroger des médecins généralistes sur la **faisabilité** et l'**intérêt** de l'utilisation d'un auto-questionnaire d'évaluation de la sévérité de la dépression, le QIDS-SR-16, pour les patients consultant leur médecin traitant.

Après avoir récupéré les QIDS-SR-16 auprès de leurs patients, les médecins participants sont-ils convaincus par cet outil ? Quelles sont leurs opinions concernant son interprétation, son utilité ?

Au décours de cet auto-questionnaire, les médecins ont-ils **modifié leur prise en charge** thérapeutique ?

Enfin, en pratique courante, voudront-ils **réutiliser** cet outil pour évaluer la sévérité d'un syndrome dépressif ; et dans quelles **situations particulières** ?

- Les objectifs secondaires :

Nous avons souhaité connaître comment les médecins généralistes participants évaluaient la sévérité d'un syndrome dépressif dans leur pratique courante et s'ils avaient éventuellement déjà rencontré des **difficultés d'évaluation**.

Par ailleurs, nous les avons sollicités sur leurs habitudes en ce qui concerne le **recours à des échelles** d'évaluation concernant la dépression ou dans d'autres circonstances.

Cette étude n'est en aucun cas une étude de validation du QIDS-SR-16.

IV.1.2 – Matériel et méthode

Nous avons contacté des médecins généralistes installés en Haute-Normandie, entre le 1^{er} octobre et le 1^{er} décembre 2017.

- Déroulement du 1^{er} entretien avec les médecins généralistes

Nous avons sollicité une centaine de médecins installés en Haute-Normandie **via leur secrétariat**.

Puis, nous avons réalisé des **entretiens** avec les médecins acceptant de participer à l'étude. Ces entretiens ont été effectués de manière individuelle ou en groupe. Huit entretiens ont été réalisés par téléphone pour des questions de temps et d'éloignement géographique.

Dans un premier temps, nous avons adressé aux médecins participants un questionnaire personnel afin de préciser leurs **données sociodémographiques** et d'évaluer leur **pratique** concernant l'évaluation de la dépression. Il s'agissait du **questionnaire « avant étude »** (Annexe 5), comprenant des questions fermées.

Le sexe, l'âge, l'ancienneté d'installation, le lieu et le mode d'exercice ainsi qu'une éventuelle orientation d'activité ou activité non libérale (hospitalière et/ou universitaire) ont été notifiés, mais ces caractéristiques n'ont pas été utilisées dans le recrutement des médecins.

A l'issue de notre premier entretien, une feuille de **consignes** était remise à chaque médecin, rappelant les différents points importants (Annexe 6)

Le premier entretien avait également pour but de présenter oralement les objectifs : évaluation de l'intérêt de l'utilisation d'un auto-questionnaire validé pour l'évaluation de la sévérité d'un syndrome dépressif, choix du QIDS-SR-16. Chaque médecin, qui acceptait de prendre part à

notre étude, distribuait ce questionnaire à ses patients dont le diagnostic de syndrome dépressif majeur avait été posé au préalable. Puis, il a été sollicité sur ses impressions concernant l'utilisation du QIDS-SR-16.

La participation des médecins à cette étude était basée sur le **volontariat**.

- Les consignes

Nous avons demandé à chaque médecin de distribuer **5 auto-questionnaires QIDS-SR16**, sur une durée de **3 mois**. Ces questionnaires étaient accompagnés d'une **note explicative** destinée aux patients (Annexe 7)

Les patients concernés devaient être âgé de **18 à 70 ans**. Ils devaient, au préalable de l'étude, avoir été diagnostiqué comme présentant un épisode dépressif majeur, en cours de traitement (médicamenteux ou non) au moment de la consultation. Les patients recrutés ne devaient pas présenter d'autres troubles psychiatriques (bipolarité, schizophrénie...). De même, les patients consommateurs de stupéfiants étaient exclus.

La distribution du QIDS-SR16 était **systématique**, que le motif de consultation soit ou non en rapport avec le syndrome dépressif.

L'auto-questionnaire pouvait être distribué en début, pendant ou en fin de consultation. La distribution par le secrétariat ne semblait pas appropriée du fait de la nécessité de connaître les antécédents du patient et de par la nécessité d'informer oralement le patient du cadre de l'étude.

Les patients recrutés étaient donc invités à remplir le QIDS-SR16 au décours immédiat de la consultation ou chez eux, puis à le remettre au secrétariat **dans la semaine suivant la consultation**.

Les auto-questionnaires remplis étaient remis aux médecins concernés. Ceux-ci calculaient le score de chaque QIDS-SR16.

En raison d'un item abordant les idées suicidaires, les questionnaires devaient être **relus dans la journée** d'un point de vue médico-légal.

Les médecins étaient invités à répondre à la question suivante pour chaque questionnaire : « Votre impression clinique est-elle en accord avec la valeur calculée à l'aide du QIDS-SR16 ? »

Pour chaque QIDS-SR16 remis au médecin, nous avons joint une **grille de calcul** (Annexe 8) permettant de faciliter le travail du médecin et de visualiser au mieux dans quelle catégorie se situait le patient.

- Le retour des questionnaires

Au terme des 3 mois d'enquête, nous avons rencontré de nouveau les médecins généralistes afin de récupérer les QIDS-16-SR remplis et leur soumettre le **questionnaire « après étude »** (Annexe 9), constitué de questions fermées, et de questions semi-ouvertes.

- Analyse des données

Les résultats ont été saisis manuellement dans un logiciel **Microsoft Office Excel 2013**, L'analyse statistique a été réalisée sur le site internet **biostatgv**, créé par l'université de médecine de la Sorbonne.

IV.2 - RESULTATS

IV.2.1 - Caractéristiques des médecins recrutés

Une centaine de médecins a été contactée soit personnellement, soit via leur secrétariat. Soixante médecins ont initialement accepté de participer à l'étude, les autres médecins contactés n'ont pas répondu à la proposition et la raison de leur refus n'est pas connue.

A l'issue du temps attribué à chaque médecin, seul **28 médecins** avaient réellement participé à l'étude.

Parmi les médecins participant, nous dénombrons **16 hommes** et **12 femmes** ce qui correspond à 43% de femmes versus 57%.

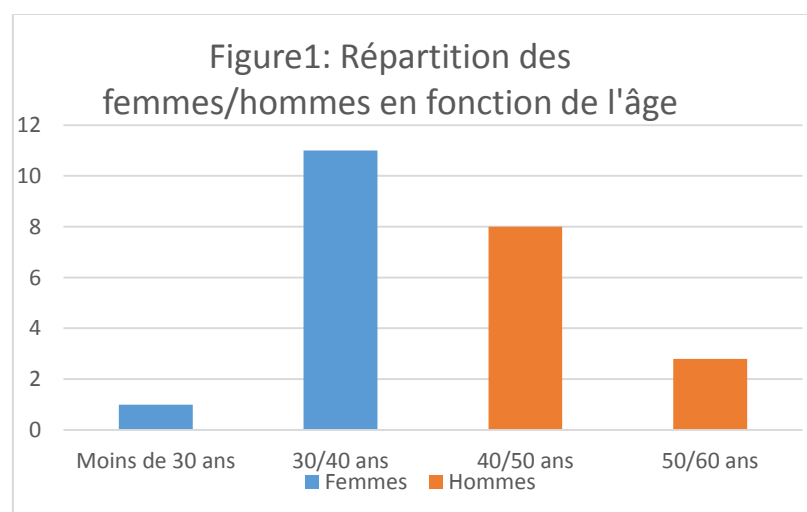
Les médecins participants ont majoritairement **entre 30 et 50 ans** ; ils sont **installés depuis 10 ans** en moyenne.

Au sujet de leur lieu d'exercice, nous avons recruté moins de médecins exerçant en milieu rural (8 soit 28%) et autant de médecins exerçant en milieu **semi-rural et urbain** (10 soit 36% pour chaque milieu)

Tous les médecins participants déclarent travailler **en groupe**.

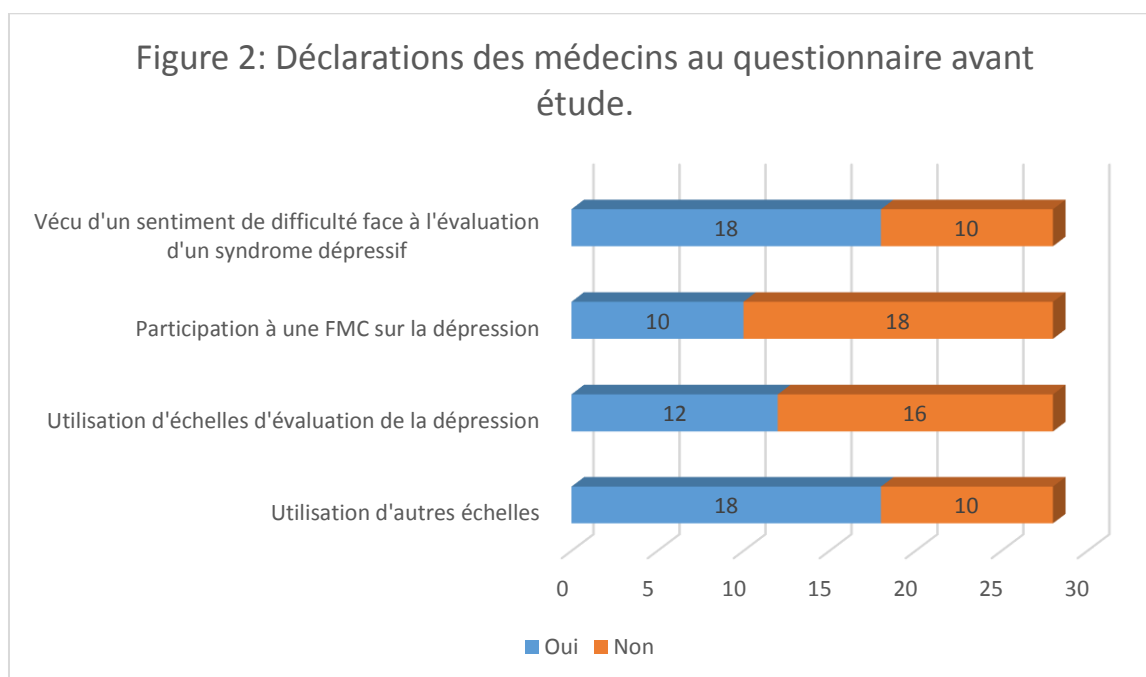
Dans leur activité quotidienne, 6 médecins ont une activité avec orientation pédiatrique ; et parmi ces 6 médecins, 2 ont aussi une orientation gynécologique. Un médecin est orienté davantage médecine du sport.

Concernant les activités non libérales, 2 médecins travaillent aussi en secteur hospitalier. 4 médecins ont une activité universitaire.



IV.2.2 - Déclaration des médecins avant l'étude

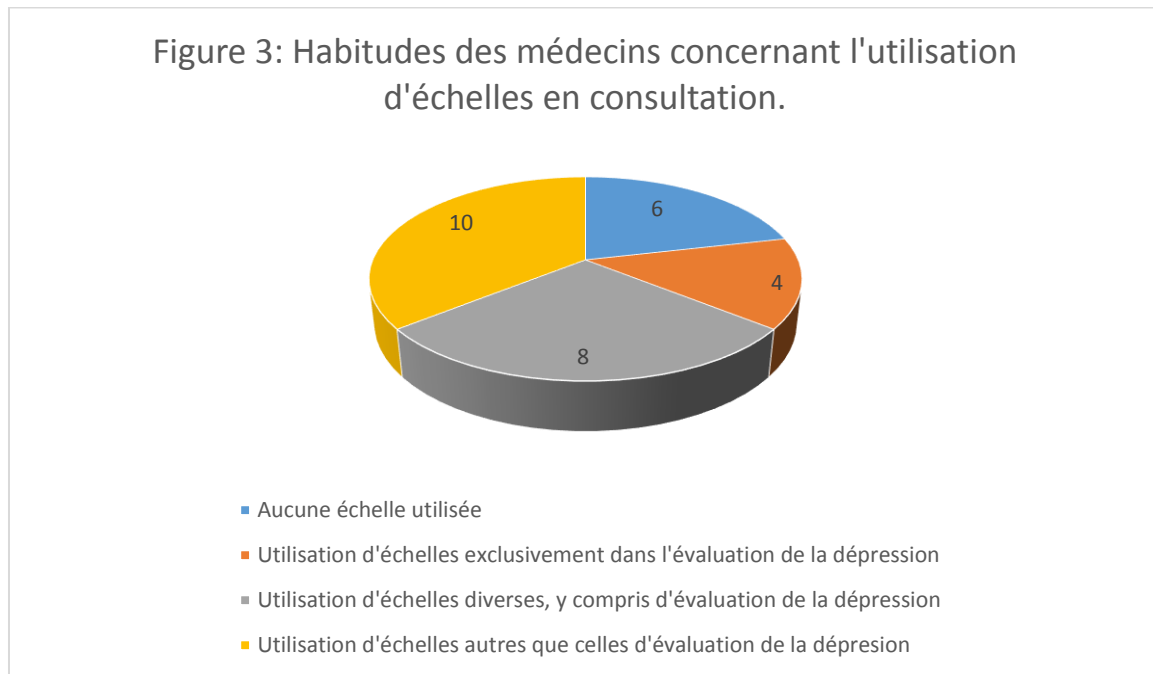
La figure 2 reprend les réponses au questionnaire avant étude.



En regardant plus en détail, on constate que 6 médecins, soit **21%**, **n'utilisent jamais d'échelle d'évaluation** dans leur pratique courante.

Parmi les 22 médecins utilisant des échelles en consultation, seul **8 médecins utilisent des échelles d'évaluation de la dépression**, soit 36%. Les échelles citées sont le MADRS et le HDRS, en proportion égale.

La figure 3 résume la répartition des médecins en fonction de leur habitude d'utilisation ou non d'échelle en consultation.



Chez les plus jeunes médecins (âgés de moins de 40 ans), 8 sur 12 utilisent des questionnaires dans leur pratique, alors que chez les plus de 40 ans, seulement 4 médecins sur 16 déclarent utiliser des questionnaires. Il existe donc une **association significative entre le fait d'être âgé de moins de 40 ans et l'utilisation de questionnaires** ($p=0.027$ selon le test du χ^2).

IV.2.3 - Distribution des QIDS-SR16 par les médecins

300 QIDS-SR16 ont été remis aux 60 médecins ayant accepté de participer. Seul 28 médecins ont finalement réalisé l'étude, soit potentiellement 140 questionnaires à distribuer.

Au total, **118 questionnaires** (84%) ont été distribués.

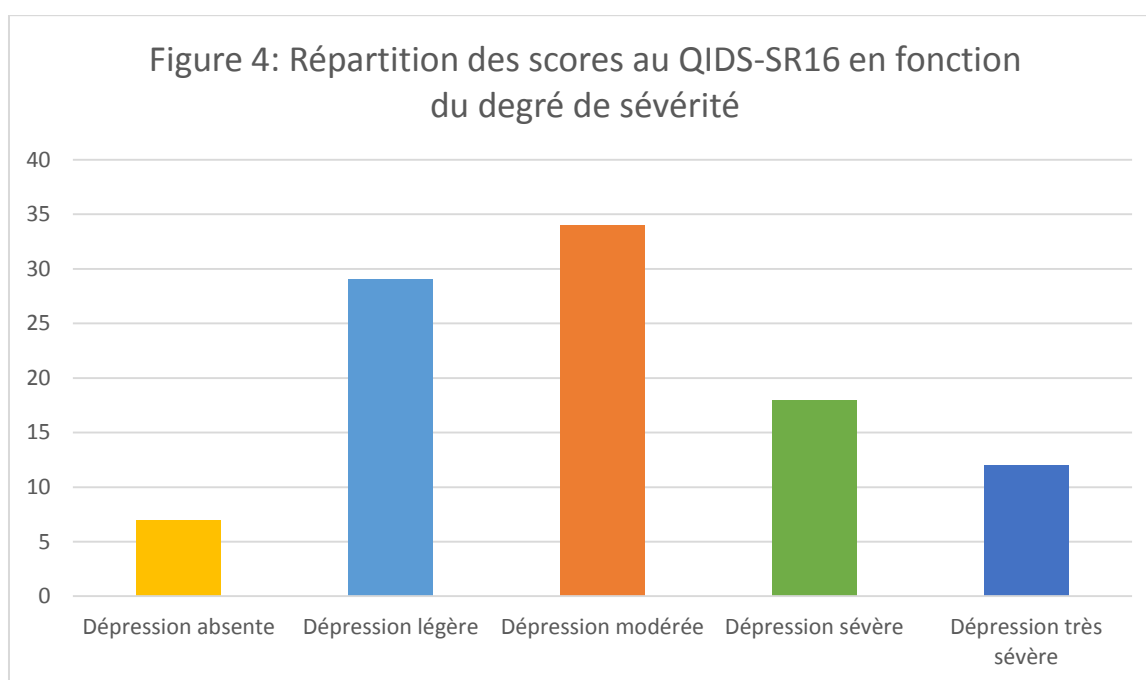
Le taux de réponse des patients était de 88% puisque **104 des questionnaires ont été récupérés**.

IV.2.4 - Résultats concernant les QIDS-SR16

Les questionnaires rendus ont été correctement renseignés et les résultats ont été vérifiés. Il n'y a pas eu d'erreur lors du calcul de score par les médecins participants sur ces questionnaires.

Les 104 questionnaires récupérés ont donc été traités dans notre étude.

Ces questionnaires sont entièrement **anonymes**, aucune information relative au patient n'a été demandée.



Le degré de sévérité le plus représenté est la **dépression modérée** avec une proportion de 33% des patients recrutés. La **médiane est à 12**.

Les réponses à chaque item n'ont pu être analysées que sur 96 des 104 questionnaires récupérés. 4 questionnaires ont été perdus par la poste (mais le médecin avait consigné les scores dans son logiciel de consultation) et 4 questionnaires nous ont été retournés sans les items détaillés (fiche de score uniquement renseignée).

Les items les plus élevés sont :

- la **qualité du sommeil** : 84 patients estiment avoir un sommeil perturbé (soit 87.5%), dont 34 ont attribué une note à 3 sur 3 (« 4 jours ou plus au cours des 7 derniers jours, je me suis réveillé plus d'une fois par nuit et je suis resté éveillé 20 minutes ou plus »).
- la **tristesse** : 48 patients (soit 50%) se sentent tristes plus de la moitié du temps, dont 16 en permanence.
- le **manque d'énergie** : 86 patients (soit 90%) se sentent concernés.

Concernant l'appétit, 30 patients n'ont pas constaté de changement. Lorsque les patients déclarent une modification de leur appétit, il s'agit plutôt d'une diminution de celui-ci dans 70% des cas.

On a donc une plus grande proportion de perte de poids (42%) que de prise de poids (25%). Le score moyen à la question prise de poids est pourtant un des plus élevé à 1.67.

Les items les moins cotés sont :

- un **sommeil excessif** : 2 patients (soit 2%) déclarent dormir plus de 12 heures sur 24, siestes comprises.
- l'**agitation** : 52 patients (soit 54%) ne se sentent pas agité.

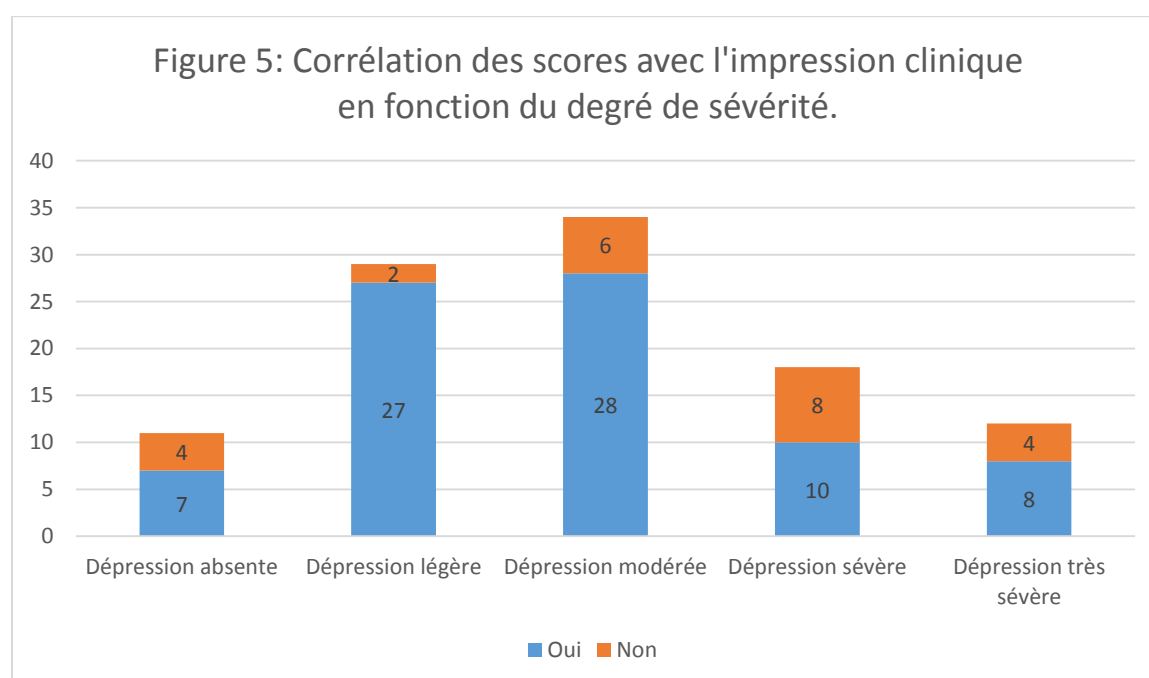
Au sujet des **idées de mort ou de suicide**, la moyenne est de 0.6 :

- 54 patients (56%) ne pensent ni au suicide, ni à la mort.
- 26 patients (27%) pensent que la vie est sans intérêt ou se demande si elle vaut la peine d'être vécue.
- 16 patients (17%) pensent au suicide et à la mort plusieurs fois par semaine pendant plusieurs minutes.
- Aucun patient n'a déjà réellement tenté de mettre fin à ses jours.

IV.2.5 - Interprétation des QIDS-SR16 par les médecins généralistes

Les questionnaires ont été systématiquement vérifiés, sauf pour 8 d'entre eux (4 égarés par La Poste et 4 non rendus). Aucune erreur de calcul n'a été retrouvée.

Au sujet des 104 questionnaires traités, **80 (soit 77%) étaient en accord avec l'impression clinique** des médecins interrogés.



Dans les **scores extrêmes**, la proportion de corrélation entre ce score et l'impression clinique est plus faible :

- Ainsi, le test de chi2 établit une différence significative entre la catégorie **dépression absente** ($p=0.049$), **dépression sévère** ($p=0.002$) et les dépressions légère et modérée.
- Le test exact de Fisher a dû être utilisé pour la catégorie « dépression très sévère » ; malgré un désaccord à 33%, il n'existe pas de différence significative ($p=0.092$).

Les médecins étaient la plupart du temps d'accord avec les scores des dépressions légères et modérées (respectivement 93 et 82% de « oui »).

Dans le cadre d'un désaccord, nous n'avons pas demandé aux médecins la raison pour laquelle ils estimaient que le score n'était pas corrélé à leur impression clinique.

Nous n'avons pas non plus d'information nous permettant de savoir si leur désaccord était plutôt en lien avec une surestimation ou une sous-estimation de leur impression clinique.

IV.2.6 - Opinion des médecins généralistes concernant le QIDS-SR16

Il n'y a pas eu de retour des patients au sujet de la compréhension ni de la durée du QIDS-SR16. Concernant leur ressenti, sur 104 patients concernés, seul 4 patients se sont exprimés sur leur ressenti :

- 2 patients ont déclaré avoir **apprécié** le questionnaire

- 2 patients se sont interrogés sur la raison pour laquelle le questionnaire leur avait été distribué et exprimaient de l'**inquiétude**. Un médecin a rapporté le propos d'un patient : « Est-ce que je suis très dépressif ? »

Sur les 28 médecins participants, **8 déclarent avoir eu des patients n'ayant pas accepté de participer à l'étude**. Le motif de leur refus n'était pas demandé.

Par ailleurs, chez les patients ayant accepté de participer à l'étude, **14 questionnaires n'ont pas été rendus**.

Les réponses aux critères de satisfaction des médecins participant vis-à-vis du QIDS-SR16 sont résumées dans les graphiques suivants :

Figure 6: Acceptabilité par les patients

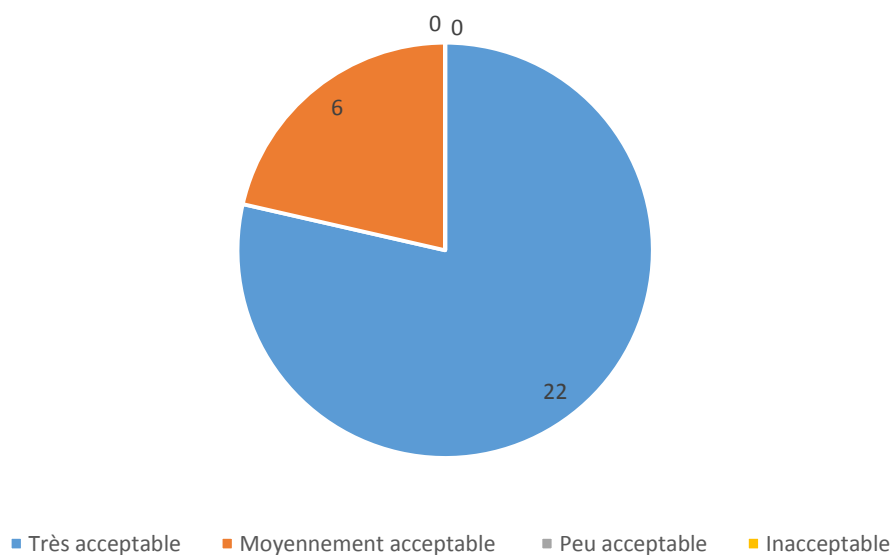
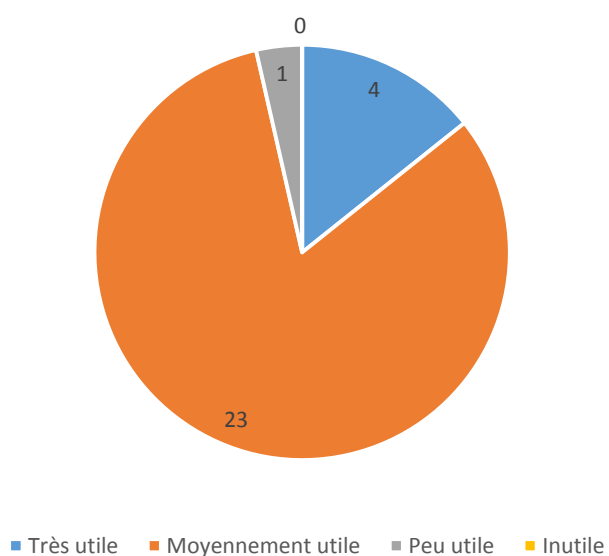


Figure 7: Utilité pour le clinicien



Il en résulte que :

-79% des médecins trouvent que le QIDS-SR16 est **très acceptable** par les patients.

-82% déclarent que ce questionnaire est **moyennement utile** pour le clinicien.

En ce qui concerne l'interprétation, la totalité des médecins interrogés la considère facile et estiment que le temps nécessaire à celle-ci est très acceptable.

Suite au retour des questionnaires, **6 médecins déclarent avoir modifié leur prise en charge thérapeutique**.

Nous constatons que ces 6 médecins sont installés depuis 1 an seulement. Aucun des médecins installés depuis plus d'un an n'a donc modifié sa stratégie thérapeutique suite aux résultats du QIDS-SR16.

Aucun médecin de plus de 50 ans n'a modifié sa prise en charge thérapeutique au retour d'un questionnaire.

Dans la population des médecins ayant modifié la prise en charge, on dénombre 24 questionnaires distribués. A la question : « Votre impression clinique est-elle en accord avec la valeur calculée à l'aide du QIDS-SR16 ? », on totalise 8 réponses négatives.

Ces médecins étaient donc d'accord avec les scores calculés dans seulement 66.7% des cas.

Dans la population des médecins n'ayant pas modifié leur prise en charge thérapeutique, on retrouve 80% d'accord avec les scores calculés.

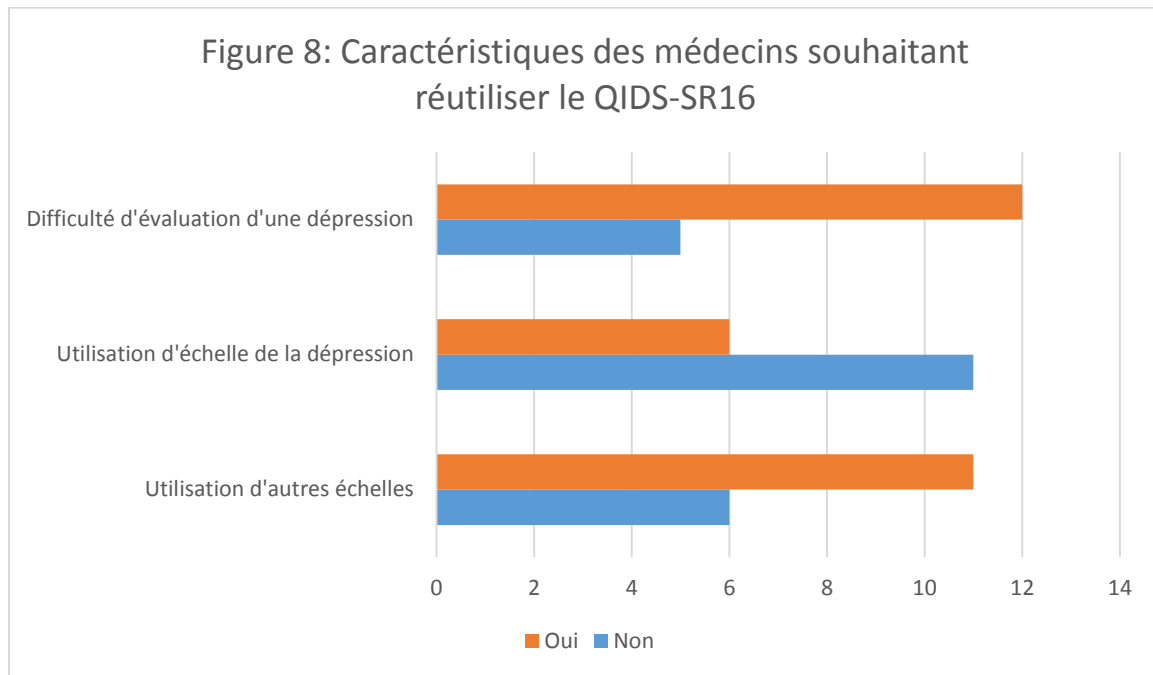
On ne retrouve pas de corrélation entre le fait d'être ou non d'accord avec le score, et le fait d'avoir modifié sa prise en charge suite au résultat ($p=0.17$).

Les différentes modifications apportées à la stratégie thérapeutique sont les suivantes :

- **Prescription d'un anti dépresseur** chez un patient bénéficiant d'une prise en charge psychologique seule.
- **Changement d'anti-dépresseur.**
- Demande d'une prise en charge par un **psychiatre** (citée par 2 médecins)
- **Absence de diminution d'un traitement** anti dépresseur alors que celle-ci avait été envisagée en début de consultation.
- **Diminution de la durée de prescription** des psychotropes.

- **Suivi plus rapproché.**

61% des médecins pensent réutiliser le QIDS-SR16 dans leur pratique clinique.



Malgré les résultats, les médecins souhaitant réutiliser le QIDS-SR16 ne sont pas spécifiquement des médecins déclarant s'être déjà senti en difficulté face à l'évaluation d'un syndrome dépressif, le test exact de Fisher retrouvant un p à 0.38.

Parmi les 17 médecins déclarant penser réutiliser le QIDS-SR16, 4 médecins n'utilisent jamais d'échelle en général.

V - DISCUSSION

L'objectif principal était d'étudier la faisabilité du QIDS-SR16, questionnaire validé, en médecine générale : il s'agissait de la première étude française s'intéressant à l'utilisation et l'intérêt de ce questionnaire en médecine de ville.

V.1-FORCES ET FAIBLESSES

V.1.1-Matériel d'étude

- Pourquoi utiliser une échelle de dépression en médecine générale ?

La prise en charge d'un syndrome dépressif est **majoritairement réalisée par le médecin généraliste**. D'autres **interlocuteurs** sont parfois aussi partie prenante : les psychiatres (libéraux, hospitaliers, dans des structures extra hospitalières tel que les centres médico psychologiques...), les psychologues, les infirmiers psychiatriques, les éducateurs...

L'évaluation de la sévérité d'un syndrome dépressif n'est pas toujours aisée et peut être variable d'un personnel soignant à un autre. Il existe toujours une part de **subjectivité**.

Nous souhaitons donc trouver un outil fiable et facile, qui permette d'évaluer la sévérité d'un syndrome dépressif de la même manière dans le temps, et qui que soit l'acteur de la prise en charge.

L'HAS a publié en octobre 2017 de nouvelles **recommandations de bonnes pratiques** dans lesquelles elle incite à évaluer de façon régulière le degré de sévérité du syndrome dépressif.

Il est rappelé que cette évaluation repose sur le **jugement clinique** mais que des **outils** existent pour aider le clinicien dans sa prise en charge.

A noter qu’habituellement, l’utilisation d’échelles se fait essentiellement pendant la **démarche diagnostique**. Dans la thèse de Benoit Tournant (31), parmi les médecins utilisant des échelles psychiatriques, 96.9 % des médecins utilisaient ces échelles pendant la phase de prise en charge diagnostique. Ils n’étaient plus que 53,4 % à utiliser les échelles pendant le suivi de la maladie, essentiellement dans le but d’évaluer l’efficacité d’un traitement médicamenteux ou d’une psychothérapie (41,1 %) ou avant de le modifier (29,3%).

➤ Pourquoi un auto-questionnaire ?

Nous avons choisi un auto-questionnaire pour faciliter sa réalisation. **L’augmentation supposée du temps** de consultation est le premier motif de non utilisation d’une échelle d’évaluation (3).

L’échelle vient s’ajouter à une consultation déjà riche en plaintes fonctionnels, où un examen clinique somatique est nécessaire, même si ces symptômes sont l’expression du syndrome dépressif lui-même.

Le deuxième motif est l’impression d’empêcher la mise en place d’une **relation médecin-patient** en cours de consultation du fait de la nécessité de répondre en consultation à chacun des items d’un questionnaire.

Enfin, la réalisation du questionnaire par le patient lui-même, en dehors du temps de consultation, permet une prise de **recul** par rapport à l’entretien clinique.

Il permet aussi l’expression de sentiments parfois **difficilement verbalisable**, ce qui permet alors d’aborder des sujets jusqu’alors non évoqués, au cours des consultations suivantes.

➤ Choix du QIDS-SR16

Le QIDS-SR16 est un questionnaire issu de l’IDS validé depuis 1986. Il est donc utilisé depuis de nombreuses années, notamment en recherche clinique et pharmaceutique.

Ce questionnaire est complet, il permet de « coter » chaque symptôme de la dépression sur le modèle du DSM.

Le QIDS-SR16 permet de « chiffrer » l'intensité d'un syndrome dépressif, ce qui permet :

- De **suivre dans le temps** l'évolution d'une prise en charge individuelle et de réévaluer la réponse aux différentes thérapeutiques mises en place.
- De parler un **même langage** entre différents praticiens acteurs de la prise en charge.

V.1.2-La méthode

➤ Biais de recrutement

Nous avons contacté une centaine de médecins, principalement via leur secrétariat. La majorité des médecins ayant accepté de participer à l'étude étaient des médecins qui nous connaissaient personnellement (via les études de médecine ou via les loisirs). En effet, sur les 28 médecins ayant répondu de manière positive, seul 8 ne nous avaient jamais rencontrés.

Ce biais a pu avoir un impact sur les résultats au « questionnaire après étude » avec une potentielle **surestimation de l'intérêt** pour le QIDS-SR16.

D'autre part, l'échantillon de médecin participant est restreint car sur les 60 médecins ayant accepté de participer à l'étude, nous n'avons que 28 médecins qui ont été au terme de l'étude. Ce **faible taux de participation** est à l'origine d'un manque de puissance de notre étude.

➤ Biais d'auto-sélection

Le recrutement des médecins participants a été fait sur la base du **volontariat**. Le motif de leur refus de participation n'a pas été demandé. De même, la raison pour laquelle certains médecins n'ont pas été jusqu'au bout de l'étude n'est pas connue.

A noter que notre **échantillon n'est pas représentatif** des médecins exerçant en Haute-Normandie. La proportion homme /femme est proche des données actuelles puisque nous comptons 43% de femmes installées dans notre étude et qu'il y a actuellement 41% de femmes

installées en Haute-Normandie. Mais leur répartition dans les différentes tranches d'âge n'est pas du tout homogène.

Parmi les médecins participants, il n'y a que des femmes âgées de 29 à 40 ans, et que des hommes âgés de 40 à 60 ans.

Concernant l'âge, notre échantillon est plus jeune puisque les médecins participants sont majoritairement âgés de 30 à 50 ans alors que l'âge moyen du médecin installé en Haute-Normandie est de 51.6 ans.

Nous n'avons pas réussi à trouver de chiffre précis sur le nombre de médecins ayant une **activité universitaire** en Haute-Normandie. Le site internet de l'université cite 265 maitres de stage universitaire (MSU) et le bureau du département de médecine générale est composé de 15 docteurs. En rapportant ces 280 médecins aux 1600 médecins inscrits au tableau de l'ordre Haut-Normand en 2013, nous estimons à 17% le pourcentage de médecin avec activité universitaire ce qui est proche des 14% dans notre étude.

➤ Biais de déclaration

Dans le « questionnaire avant étude », nous avons exclusivement utilisé des **questions fermées** dont la seule réponse possible était « oui » ou « non » afin de connaître de quelle manière les médecins généralistes évaluaient l'intensité d'un syndrome dépressif. Cela ne nous a pas permis d'avoir une réponse précise sur leur démarche clinique.

Ce choix s'est fait pour faciliter la réalisation de l'étude et ne pas surcharger les médecins participants.

Mais il s'agissait d'une **étude de première intention**, permettant de visualiser globalement les attentes des médecins ; une étude plus précise pourrait approfondir les choses.

A la question « Votre impression clinique est-elle en accord avec la valeur calculée à l'aide du QIDS-SR16 ? » et dans le cas d'une réponse négative, **il n'a pas été demandé si le médecin trouvait que le score sous estimait ou surestimait** l'intensité du syndrome dépressif. Ce point majeur aurait pu nous renseigner avec plus de précision sur l'impression globale du médecin au sujet du QIDS-SR16.

Le « questionnaire après étude » est aussi constitué de questions fermées avec toujours ce risque de suggérer les réponses.

Notamment pour l’item sur l’utilité pour le clinicien du QIDS-SR16, plusieurs médecins ont déclarés avoir mis « moyennement utile » par défaut ; il ne voulaient pas mettre « très utile » et ils auraient souhaité une case « utile ».

V.2-EVALUATION D’UN SYNDROME DEPRESSIF PAR LES MEDECINS PARTICIPANTS

L’importance de la **formation des médecins** est rappelée par l’Académie Française de Médecine dans son rapport sur les antidépresseurs (22) : « les outils de mesure de l’intensité des symptômes dépressifs et de l’évolution sous l’action des traitements pharmacologiques doivent être enseignés à tout médecin : ils sont une aide au repérage de la symptomatologie et aux décisions thérapeutiques, en particulier prescrire ou ne pas prescrire un antidépresseur ».

On retrouve un paradoxe entre une majorité de médecins qui expriment s’être déjà senti en difficulté face à l’évaluation d’un syndrome dépressif et une minorité qui a déjà participé à une FMC portant sur ce même thème.

Pourtant, une étude diligentée par la DREES en 2012 (11) sur la prise en charge de la dépression en médecine générale de ville, a interrogé un panel de 2500 médecins et les ¾ déclaraient avoir bénéficié d’une formation sur la dépression dont 1/3 au cours des 3 dernières années.

La raison de cette différence entre notre échantillon et cette étude reste inexpliquée.

Parmi les médecins ayant participé à une FMC portant sur la dépression, on ne retrouve pas de différence significative entre le nombre de médecin déclarant s’être déjà senti en difficulté face à l’évaluation d’un syndrome dépressif et les autres.

L’impact de la participation à une FMC sur l’évaluation de l’intensité d’un syndrome dépressif n’a pu être étudié dans notre étude.

En revanche, on a pu noter que parmi les médecins qui s'étaient déjà senti en difficulté face à l'évaluation d'un syndrome dépressif, les 2/3 n'avaient jamais participé à une FMC sur ce thème.

Toujours d'après l'étude menée par la DRESS, 84% des médecins participants s'estimaient suffisamment formés sur le diagnostic ou le traitement de la dépression. Pourtant, ils étaient **demandeurs de formations complémentaires**, notamment sur les différents types de psychothérapie et leurs indications (82%).

Dès lors, on s'interroge sur les propositions de formations existantes : sont-elles suffisamment nombreuses ? Correspondent-elles aux attentes des médecins ?

V.3-LES 104 QIDS-SR16 RECUPERES AU COURS DE NOTRE ETUDE

Parmi les questionnaires distribués, 88% ont été renseignés et retournés aux médecins généralistes dans les temps. Ce **taux de participation effective est satisfaisant** ; la dépression est à l'origine d'une perte de motivation qui aurait pu affecter davantage le taux de réponse.

Les 96 questionnaires rendus ont été correctement renseignés par les patients : il n'y avait ni item sans réponse, ni plus d'une réponse à chaque item.

Pour rappel, 8 questionnaires ne nous ont pas été retournés, nous n'avons que les scores finaux.

Les items en rapport avec l'appétit et la prise/perte de poids auraient pu être à l'origine d'erreur (une seule réponse était attendue pour 2 items), mais les consignes semblent avoir été suffisamment claires. On peut donc conclure que le QIDS-SR-16 est un **questionnaire facile à comprendre et à remplir**.

La répartition des scores est en cloche : la catégorie « dépression modérée » est la plus représentée ; les dépressions « absentes » et « très sévères » sont peu nombreuses.

Dans notre étude, la **médiane calculée au QIDS-SR16 est à 12**, ce résultat est exactement le même que la médiane retrouvée dans une étude britannique menée en soins primaires chez 265 patients (6). Notre résultat est donc cohérent.

L'impression clinique des médecins généralistes est largement en accord avec les résultats obtenus pour les dépressions « légères » et « modérées ».

Par contre, le **désaccord est plus fréquent pour les scores extrêmes** synonymes de « dépression absentes » ou « dépression sévères » et « très sévères ». Pourtant, le QIDS-SR16 est un questionnaire validé, fortement corrélé à d'autres questionnaires d'évaluation validés eux-mêmes.

Cependant, une étude britannique retrouve une **surévaluation par le QIDS-SR16 par rapport au HDRS(6)**. Malheureusement, nous n'avons pas demandé aux médecins si, lorsque leur impression clinique n'était pas en accord avec le score, ils estimaient l'intensité du syndrome dépressif plus ou moins importante que le résultat trouvé.

On s'interroge tout de même sur cette impression clinique. Les médecins généralistes doivent répondre à des motifs de consultations multiples et variés ; la prise en charge d'un syndrome dépressif fait partie de la pratique courante d'un médecin généraliste.

D'après le panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine de ville réalisé par la DREES en 2011, 72% des médecins interrogés ont déclaré prendre en charge, chaque semaine, au moins un patient présentant une souffrance psychique.

Cette pratique de la prise en charge d'un syndrome dépressif n'est donc pas suffisante pour connaître toutes les nuances d'un syndrome dépressif, contrairement aux psychiatres par exemple, qui voit des patients dépressifs au quotidien. Cela pourrait expliquer une **plus grande difficulté à repérer les dépressions « sévères » et « très sévères »** par rapport aux dépressions « modérées ».

Par ailleurs, **33% des médecins ne sont pas d'accord avec le score de « dépression absente »**. Etant donné que le QIDS-SR 16 ne devait être distribué qu'aux patients en cours de prise en charge pour un syndrome dépressif, cela signifie que, soit ce diagnostic a été posé à tort initialement, soit le médecin n'a pas conscience d'une rémission éventuelle.

Une étude réalisée en 2011 avait d'ailleurs mis en évidence ce problème français : **près de la moitié des patients traités par anxiolytiques ou antidépresseur ne remplissent pas les critères** diagnostiques de dépression majeure ou de trouble anxieux généralisé (20).

On ne doit pas oublier que le QIDS-SR16 est un outil et ne peut se substituer à une consultation menée par le médecin lui-même. Bien qu'il soit demandé de répondre aux items sur la base du ressenti des 7 derniers jours, le questionnaire est réalisé à un instant t et peut être influencé par l'humeur du moment. Ainsi, il ne serait pas toujours strictement le reflet de la dernière semaine écoulée.

En ce qui concerne les réponses aux items, les **symptômes les plus exprimés** étaient les troubles du sommeil, la tristesse et le manque d'énergie. Ces résultats sont cohérents avec une étude réalisée auprès de médecins généralistes auxquels on demandait quelles étaient les symptômes les plus fréquemment exprimés par leurs patients dépressifs (9). Les 2 premières réponses étaient l'**insomnie** et la **fatigue**.

V.4-PERCEPTION DU QIDS-SR16 PAR LES PATIENTS

Il n'y a eu aucun commentaire de la part des patients au sujet de la compréhension, ce qui conforte l'idée d'un questionnaire facilement réalisable (aucune erreur dans le rendu des questionnaires).

Il n'y a pas eu non plus de remarque concernant sa durée de réalisation.

Les retours, en général, ont été très limités puisque seulement 4 personnes se sont prononcées : 2 patients ont exprimé leur **satisfaction** et 2 autres ont exprimé leur **inquiétude**. Dans ce dernier cas, les patients ont eu l'impression d'être « étiquetés » dépressifs et se sont interrogés sur leur maladie. Peut-être le mot « dépression » n'avait alors jamais été évoqué auparavant ?

Le questionnaire aura au moins permis une **implication du patient** lui-même dans sa prise en charge. En effet, l'acceptation du diagnostic de dépression et l'implication du patient dans sa prise en charge est plus délicate que lorsqu'il s'agit d'une maladie somatique (24).

V.6-PERCEPTION DU QIDS-SR16 PAR LES MEDECINS PARTICIPANTS

V.6.1-L'acceptabilité du QIDS-SR16

Le QIDS-SR16 est un questionnaire considéré comme **acceptable** par les patients d'après les médecins participants à l'étude. Pour autant, parmi ces 28 médecins généralistes, 8 ont déclarés avoir eu au moins une personne ne souhaitant pas remplir le questionnaire.

La raison de leur refus n'a pas été demandée. Nous ne savons pas si ce refus était en lien avec le questionnaire lui-même ou si les patients n'ont pas accepté de participer à une étude.

Peu de remarques ont été formulées par les patients eux-mêmes, d'autant que les retours des questionnaires ont été faits majoritairement via les secrétariats médicaux. L'inquiétude exprimée par 2 des patients est à nuancer puisque les médecins ayant rapporté ces propos ont estimés le QIDS-SR16 comme « très acceptable ».

La compréhension du questionnaire ne paraît avoir posé aucun souci. Tous les questionnaires ont été remplis correctement.

L'acceptabilité du questionnaire est **tributaire de la façon dont il est présenté** par les médecins à leur patient. Seuls les médecins traitants ou psychiatres de chaque patient peuvent remettre le questionnaire. La distribution par un secrétariat n'est pas envisageable.

Dans l'inventaire des IDS et QIDS rédigés par les médecins instigateurs, un paragraphe explique de quelle manière doit être amené le questionnaire : le médecin généraliste doit prendre le temps d'expliquer pourquoi lui est remis ce questionnaire, son intérêt et de quelle manière celui-ci doit être rempli.

V.6.2-L'utilité pour le clinicien

Les résultats sont plutôt positifs puisque aucun médecin n'a jugé le questionnaire « inutile » et seulement un médecin l'a jugé peu utile. Le QIDS-SR16 n'a pas non plus été souvent considéré comme « très utile ». La grande majorité (82%) a déclaré que le QIDS-SR16 était « **moyennement utile** ».

Cependant, ce résultat est à relativiser car les possibilités de réponse à cette question étaient restreintes et plusieurs médecins nous ont **reprochés de ne pas avoir proposé « utile »** dans les réponses possibles ; cette réponse leur aurait semblé plus en accord avec leur opinion que les réponses « très utile » et « moyennement utile ». Ces médecins ont alors opté pour la réponse « moyennement utile » par défaut.

Il existe une nette **relation entre l'utilité déclarée et la réutilisation** du questionnaire. Tous les médecins ayant estimé le QIDS-SR16 « très utile », pensent réutiliser ce questionnaire dans leur pratique clinique.

Les résultats sont moins tranchés pour les 23 médecins ayant jugé les QIDS-SR16 comme « moyennement utile » : 13 médecins pensent utiliser le questionnaire dans leur pratique clinique et 10 ne le souhaitent pas. Ceci est probablement la conséquence du manque de précision dans les réponses à l'item « utilité pour le clinicien ».

Ses résultats sont à considérer avec précaution puisque dans une étude menée auprès de médecins généralistes, ces derniers estimaient pour 80% d'entre eux les questionnaires d'évaluation de la dépression comme utiles, mais seulement 19.8% d'entre eux les utilisaient (8).

A noter que dans notre étude, parmi les médecins souhaitant réutiliser le QIDS-SR16, 70% déclarent avoir déjà eu des difficultés lors de l'évaluation d'un syndrome dépressif (contre 64% en général) mais la différence n'est pas significative ($p=0.36$).

D'autre part, les médecins ne pensant pas réutiliser le QIDS-SR16 déclaraient pour 55% d'entre eux déjà utiliser des questionnaires d'évaluation de la dépression, alors que 35% des médecins pensant le réutiliser n'utilisaient pas auparavant de questionnaire d'évaluation de la dépression.

L'apport du QIDS-SR16 est donc plus marqué pour les médecins n'ayant pas l'habitude d'utiliser d'échelle d'évaluation de la dépression.

Les autres médecins préfèrent probablement continuer à utiliser les échelles qu'ils connaissaient déjà.

D'après la thèse de Camille Cario sur les freins à l'utilisation de tests ou échelles par les médecins généralistes, le médecin choisit d'utiliser une échelle s'il estime qu'elle mènera à une potentielle modification bénéfique de la prise en charge du patient.

Le QIDS-SR16 a été à l'origine de **plusieurs modifications de prise en charge**. Ces modifications étaient davantage vers un **renforcement** de la prise en charge (prescription d'un traitement anti dépresseur, demande d'une prise en charge psychiatrique, mise en place d'un suivi plus rapproché) que vers un relâchement (diminution de la durée de prescription d'un traitement psychotrope).

V.6.3-L'interprétation du QIDS-SR16

L'interprétation n'a jamais posé de soucis puisque tous les questionnaires ont été vérifiés et qu'il n'y a eu aucune erreur de calcul lors de l'interprétation.

Une grille de calcul de score pour chaque QIDS-SR16, avait été remise aux médecins participants à notre étude. Cette grille s'inspire de la grille fournie par les auteurs de QIDS-SR16 mais nous y avons ajouté une **frise colorée permettant de visualiser rapidement dans quelle catégorie de sévérité se situe le patient**. Cette frise n'a pas été validée dans les études précédentes.

L'opinion des médecins a été recueillie et tous les médecins étaient d'accord sur le fait que le QIDS-SR16 est « facile » d'interprétation et que son temps d'interprétation est « très acceptable ».

V.7- PISTES POUR AMELIORER LA PRISE EN CHARGE DE LA DEPRESSION

Les échelles ne constituent pas le point clé de la prise en charge de la dépression. En aucun cas elles ne pourraient être le seul mode de consultation et elles ne sont pas à considérées indépendamment de l'impression clinique.

En revanche, elles pourraient aider dans de nombreux cas à **évoquer cette pathologie**, **structurer un entretien**, donner un repère objectif pour **suivre l'évolution** de la pathologie.

De même, ces échelles permettent un **langage conjoint** entre les différents intervenants de la prise en charge. La notation retenue aura l'avantage d'être universelle et permet la bonne coordination des protagonistes.

Le travail coordonné du généraliste et du psychiatre permet de **rassurer le patient**, ce qui reste le garant d'un suivi au long cours. Or, près de deux médecins sur trois ne se disent pas satisfaits de leur coopération avec les professionnels spécialisés (11).

Dans la thèse de Pauline Bourlet (4), on a recherché par groupe nominal les situations particulières pour lesquelles les professionnels de santé pensaient qu'il serait nécessaire d'utiliser une échelle de la dépression ; la première situation était **l'aide à la décision thérapeutique** pour adresser en consultation spécialisée ou débiter un traitement.

Près de un médecin sur 10 utilise régulièrement la méthode du « **watchful waiting** » (11), c'est-à-dire qu'ils revoient leur patient à distance avant de mettre en place un traitement antidépresseur. Le QIDS-SR16 pourrait avoir sa place dans cette configuration : il serait remis au patient à la fin du 1^{er} entretien et serait renseigné pour la seconde consultation.

Le QIDS-SR16 pourrait également avoir sa place dans les **psychothérapies de soutien** afin de structurer l'entretien ou aborder des sujets en lien avec les réponses au questionnaire.

De même, le rapport de l'académie de médecine française (22) sur les antidépresseurs, rappelle qu'environ 1/3 des sujets déprimés ne répondront pas à un premier antidépresseur alors qu'ils

répondront pour 2/3 d'entre eux à un autre traitement antidépresseur. Le QIDS-SR16 a alors tout son intérêt dans le suivi de ses patients, notamment dans l'**évaluation de la réponse au traitement initié**.

VI - CONCLUSION

La dépression est une **affection fréquente**. Sa prise en charge se fait essentiellement par le médecin généraliste lui-même. Les recommandations de bonne pratique exigent une **meilleure perception de l'intensité** du syndrome dépressif. Cette étape permettra la mise en place de la **thérapeutique la plus adaptée** à chaque patient. En effet, il importe de replacer le patient dans son individualité et de ne pas traiter « un symptôme » ou « une pathologie ».

L'utilisation d'une échelle ne se substitue en aucun cas au **dialogue nécessaire** à la relation médecin-patient, elle vient **appuyer une impression clinique**.

Elle est d'ailleurs **complémentaire** dans la nécessité d'avoir une mesure plus précise de l'intensité d'un syndrome dépressif puisque dans notre étude, les médecins généralistes avaient plutôt tendance à considérer tous leurs patients comme présentant une dépression « modérée » malgré des résultats divergents au QIDS-SR16.

Notre étude a montré que le QIDS-SR16 était une **échelle acceptable** pour les patients, **utile** pour les médecins généralistes et **facile d'interprétation**. Sa place dans l'évaluation d'un syndrome dépressif semble donc totalement adaptée. Le QIDS-SR16 permettrait de préciser au mieux l'intensité d'un syndrome dépressif. Lors d'une prise en charge pluri disciplinaire, l'échelle participera à une **harmonisation du langage entre les différents intervenants**.

Nous disposons donc d'un outil intéressant en théorie, mais dont l'intégration en consultation de médecine générale semble difficile. Les médecins interrogés ont fréquemment signifié que ce type d'évaluation leur correspondait peu, et qu'ils préféraient une **évaluation plus intuitive**, liée à l'observation de leurs patients sur le long terme.

Ainsi, malgré des réponses largement positives concernant la faisabilité du QIDS-SR16, les médecins semblent peu enclins à changer leur façon de faire.

La pratique de la médecine générale est individuelle : il existe un socle commun de connaissances théoriques mais face au patient, le médecin s'adapte. Il choisit le mode de

communication dans lequel il se sent le plus à l'aise et celui qui lui semble le plus adapté pour le patient. Ainsi, l'utilisation du QIDS-SR16 ne doit en aucun cas être systématique.

Une nouvelle étude à plus forte échelle permettrait de préciser dans quelles situations particulières l'utilisation de ce questionnaire s'avèrerait utile.

Il serait intéressant d'évaluer la portée de l'utilisation d'échelles afin de définir si cela améliore significativement la prise en charge par le médecin ou non.

Annexe 1 : Echelle de dépression de Hamilton.

1. Humeur dépressive (tristesse, sentiment d'être sans espoir, impuissant, autodépréciation)

- 0. Absent.
- 1. Ces états affectifs ne sont signalés que si l'on interroge le sujet.
- 2. Ces états affectifs sont signalés verbalement spontanément.
- 3. Le sujet communique ces états affectifs non verbalement, par exemple par son expression faciale, son attitude, sa voix et sa tendance à pleurer.
- 4. Le sujet ne communique pratiquement que ces états affectifs dans ses communications spontanées verbales et non verbales.

2. Sentiments de culpabilité

- 0. Absent.
- 1. S'adresse des reproches à lui-même, a l'impression qu'il a causé un préjudice à des gens.
- 2. Idées de culpabilité ou rumination sur des erreurs passées ou sur des actions condamnables.
- 3. La maladie actuelle est une punition. Idées délirantes de culpabilité.
- 4. Entend des voix qui l'accusent ou le dénoncent et/ou a des hallucinations visuelles menaçantes.

3. Suicide

- 0. Absent.
- 1. A l'impression que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue.
- 2. Souhaite être mort ou équivalent ; toute pensée de mort possible dirigée contre lui-même.
- 3. Idée ou geste de suicide.
- 4. Tentative de suicide.

4. Insomnie du début de la nuit

- 0. Pas de difficulté à s'endormir.
- 1. Se plaint de difficultés éventuelles à s'endormir, par exemple de mettre plus d'une demi-heure.
- 2. Se plaint d'avoir chaque soir des difficultés à s'endormir.

5. Insomnie du milieu de la nuit

- 0. Pas de difficulté.
- 1. Le malade se plaint d'être agité et troublé pendant la nuit.
- 2. Il se réveille pendant la nuit.

6. Insomnie du matin

- 0. Pas de difficulté.
- 1. Se réveille de très bonne heure le matin, mais se rendort.
- 2. Incapable de se rendormir s'il se lève.

7. Travail et activités

- 0. Pas de difficultés.
- 1. Pensées et sentiments d'incapacité, fatigue ou faiblesse se rapportant à des activités professionnelles ou de détente.
- 2. Perte d'intérêt dans les activités professionnelles ou de détente : décrite directement par le malade ou indirectement par son apathie, son indécision et ses hésitations (il a l'impression qu'il doit se forcer pour avoir une activité).
- 3. Diminution du temps d'activité ou diminution de la productivité.
- 4. A arrêté son travail en raison de sa maladie actuelle.

8. Ralentissement (lenteur de la pensée et du langage ; baisse de la faculté de concentration ; baisse de l'activité motrice)

- 0. Langage et pensées normaux.
- 1. Léger ralentissement à l'entretien.
- 2. Ralentissement manifeste à l'entretien.
- 3. Entretien difficile.
- 4. Stupeur, entretien impossible.

9. Agitation

- 0. Aucune.
- 1. Crispations, secousses musculaires.
- 2. Joue avec ses mains, ses cheveux ; absence de repos.
- 3. Bouge, ne peut rester assis tranquille.
- 4. Se tord les mains, ronge ses ongles, arrache ses cheveux, se mord les lèvres.

10. Anxiété psychique

- 0. Aucun trouble.
- 1. Tension subjective et irritabilité (anxiété légère).
- 2. Se fait du souci à propos de problèmes mineurs (anxiété modérée).
- 3. Attitude inquiète, apparente dans l'expression faciale et le langage (anxiété sévère)
- 4. Peurs exprimées sans qu'on pose de questions (anxiété invalidante)

11. Anxiété somatique

- 0. Absente.
- 1. Discrète (gastro-intestinaux, bouche sèche, troubles digestifs, diarrhée, coliques, éructations).
- 2. Moyenne.
- 3. Grave (cardio-vasculaire : palpitations, céphalées)
- 4. Frappant le sujet d'incapacité fonctionnelle (respiratoires : hyperventilation, soupirs, pollakiurie, transpiration).

12. Symptômes somatiques gastro-intestinaux

- 0. Aucun.
- 1. Perte d'appétit, mais mange sans y être poussé par les infirmières. Sentiment de lourdeur abdominale.
- 2. A des difficultés à manger en l'absence d'indications du personnel. Demande ou a besoin de laxatifs, de médicaments intestinaux ou gastriques.

13. Symptômes somatiques généraux

- 0. Aucun.
- 1. Lourdeur dans les membres, dans le dos ou la tête. Douleurs dans le dos, céphalées, douleurs musculaires. Perte d'énergie et fatigabilité.
- 2. Coter 2 au cas où n'importe quel symptôme est net.

14. Symptômes génitaux (symptômes tels que : perte de libido, troubles menstruels)

- 0. Absents.
- 1. Légers.
- 2. Graves.

15. Hypochondrie

- 0. Absente.
- 1. Attention concentrée sur son propre corps.
- 2. Préoccupations sur sa santé.
- 3. Plaintes fréquentes, demandes d'aide, conviction d'être malade physiquement.
- 4. Idées délirantes hypochondriaques.

16. Perte de poids (d'après les dires du malade)

- 0. Pas de perte de poids.
- 1. Perte de poids probable liée à la maladie actuelle.
- 2. Perte de poids certaine (suivant ce que dit le sujet).

Perte de poids (appréciée par pesées)

- 0. Moins de 500g de perte de poids par semaine.
- 1. Plus de 500g de perte de poids par semaine.
- 2. Plus de 1kg de perte de poids par semaine.

17. Prise de conscience

- 0. Reconnaît qu'il est déprimé et malade.
- 1. Reconnaît qu'il est malade, mais l'attribue à la nourriture, au climat, au surmenage, à un virus, à un besoin de repos...
- 2. Nie qu'il est malade.

Annexe 2 : Echelle de dépression de Montgomery et Asberg.

1. Tristesse apparente

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

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

2. Tristesse exprimée

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

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

3. Tension intérieure

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

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

4. Réduction de sommeil

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

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

5. Réduction de l'appétit

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

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

6. Difficultés de concentration

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

- 0. Pas de difficultés de concentration.
- 1.
- 2. Difficultés occasionnelles à rassembler ses pensées.
- 3.
- 4. Difficultés à se concentrer et à maintenir son attention, ce qui réduit la capacité à lire ou à soutenir une conversation.
- 5.
- 6. Incapable de lire ou de converser sans grande difficulté.

7. Lassitude

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

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

8. Incapacité à ressentir

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

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

9. Pensées pessimistes

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

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

10. Idées de suicide

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

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

Annexe 3 : QIDS-SR-16

1/ Capacité à vous endormir :

- 0 Je ne mets jamais plus de 30 minutes à m'endormir.
- 1 Moins de la moitié du temps (3 jours ou moins au cours des 7 derniers jours), je mets au moins 30 minutes à m'endormir.
- 2 Plus de la moitié du temps (4 jours ou plus au cours des 7 derniers jours), je mets au moins 30 minutes à m'endormir.
- 3 Plus de la moitié du temps (4 jours ou plus au cours des 7 derniers jours), je mets plus d'une heure à m'endormir.

2/ Sommeil pendant la nuit :

- 0 Je ne me réveille pas la nuit.
- 1 J'ai un sommeil léger et agité avec quelques réveils brefs chaque nuit.
- 2 Je me réveille au moins une fois par nuit, mais je me rendors facilement.
- 3 Plus de la moitié du temps (4 jours ou plus au cours des 7 derniers jours), je me réveille plus d'une fois par nuit et reste éveillé(e) 20 minutes ou plus.

3/ Réveil avant l'heure prévue :

- 0 La plupart du temps, je me réveille 30 minutes ou moins avant le moment où je dois me lever.
- 1 Plus de la moitié du temps (4 jours ou plus au cours des 7 derniers jours), je me réveille plus de 30 minutes avant le moment où je dois me lever.
- 2 Je me réveille presque toujours une heure ou plus avant le moment où je dois me lever, mais je finis par me rendormir.
- 3 Je me réveille au moins une heure avant le moment où je dois me lever et je n'arrive pas à me rendormir.

4/ Sommeil excessif :

- 0 Je ne dors pas plus de 7 à 8 heures par nuit, et je ne fais pas de sieste pendant la journée.
- 1 Je ne dors pas plus de 10 heures sur 24 heures, siestes comprises.
- 2 Je ne dors pas plus de 12 heures sur 24 heures, siestes comprises.
- 3 Je dors plus de 12 heures sur 24 heures, siestes comprises.

5/ Tristesse :

- 0 Je ne me sens pas triste.
- 1 Je me sens triste moins de la moitié du temps (3 jours au moins au cours des 7 derniers jours)
- 2 Je me sens triste plus de la moitié du temps (4 jours ou plus au cours des 7 derniers jours)
- 3 Je me sens triste presque tout le temps.

Veillez compléter soit le numéro 6 soit le numéro 7 (pas les deux)

6/ Diminution de l'appétit :

- 0 Mon appétit n'a pas changé.
- 1 Je mange un peu moins souvent ou en plus petite quantité que d'habitude.
- 2 Je mange beaucoup moins que d'habitude.
- 3 Je mange rarement sur 24 heures et seulement en me forçant énormément ou quand on me persuade de manger.

7/ Augmentation de l'appétit :

- 0 Mon appétit n'a pas changé.
- 1 J'éprouve le besoin de manger plus souvent que d'habitude.
- 2 Je mange régulièrement plus souvent et/ou en plus grosse quantité que d'habitude.
- 3 J'éprouve un grand besoin de manger plus que d'habitude pendant et entre les repas.

Veillez compléter soit le numéro 6 soit le numéro 7 (pas les deux)

8/ Perte de poids (au cours des 15 derniers jours) :

- 0 Mon poids n'a pas changé.
- 1 J'ai l'impression d'avoir perdu un peu de poids.
- 2 J'ai perdu 1kg ou plus.
- 3 J'ai perdu plus de 2kg.

9/ Prise de poids (au cours des 15 derniers jours) :

- 0 Mon poids n'a pas changé.
- 1 J'ai l'impression d'avoir perdu un peu de poids.
- 2 J'ai pris 1 kg ou plus.
- 3 J'ai pris plus de 2 kg.

10/ Concentration/Prise de décisions :

- 0 Il n'y a aucun changement dans ma capacité habituelle à me concentrer ou à prendre des décisions.
- 1 Je me sens parfois indécis(e) ou je trouve parfois que ma concentration est limitée.
- 2 La plupart du temps, j'ai du mal à me concentrer ou à prendre des décisions.
- 3 Je n'arrive pas à me concentrer assez pour lire ou je n'arrive pas à prendre des décisions même si elles sont insignifiantes.

11/ Opinion de vous-même :

- 0 Je considère que j'ai autant de valeur que les autres et que je suis aussi méritant(e) que les autres.
- 1 Je me fais plus de reproches que d'habitude.
- 2 Je crois fortement que je cause des problèmes aux autres.
- 3 Je pense presque tout le temps à mes petits et mes gros défauts.

12/ Idées de mort ou de suicide :

- 0 Je ne pense ni au suicide ni à la mort.
- 1 Je pense que la vie est sans intérêt ou je me demande si elle vaut la peine d'être vécue.
- 2 Je pense au suicide ou à la mort plusieurs fois par semaine pendant plusieurs minutes.
- 3 Je pense au suicide ou à la mort plusieurs fois par jour en détail, j'ai envisagé le suicide de manière précise ou j'ai réellement tenté de mettre fin à mes jours.

13/ Enthousiasme général :

- 0 Il n'y a pas de changement par rapport à d'habitude dans la manière dont je m'intéresse aux gens ou à mes activités.
- 1 Je me rends compte que je m'intéresse moins aux gens et à mes activités.
- 2 Je me rends compte que je n'ai plus d'intérêt que pour une ou deux des activités que j'avais auparavant.
- 3 Je n'ai pratiquement plus d'intérêt pour les activités que j'avais auparavant.

14/ Energie :

- 0 J'ai autant d'énergie que d'habitude.
- 1 Je me fatigue plus facilement que d'habitude.
- 2 Je dois faire un gros effort pour commencer ou terminer mes activités quotidiennes (courses, devoirs, cuisine, travail)
- 3 Je ne peux vraiment pas faire mes activités quotidiennes parce que je n'ai simplement plus d'énergie.

15/ Impression de ralentissement :

- 0 Je pense, je parle et je bouge à la même vitesse que d'habitude.
- 1 Je trouve que je réfléchis plus lentement ou que ma voix est monotone ou sans intonation.
- 2 Il me faut plusieurs secondes pour répondre à la plupart des questions et je suis sûr(e) que je réfléchis plus lentement.
- 3 Je suis souvent incapable de répondre aux questions si je ne fais pas de gros efforts.

16/ Impression d'agitation :

- 0 Je ne me sens pas agité(e).
- 1 Je suis souvent agité(e), je me tords les mains ou j'ai besoin de changer de position quand je suis assis(e).
- 2 J'éprouve le besoin soudain de bouger et je suis très agité(e).
- 3 Par moments, je suis incapable de rester assis(e) et j'ai besoin de faire les cent pas.

Annexe 4 : Table de conversion

Severity ¹	IDS-SR	QIDS-SR	HRSD ₁₇	HRSD ₂₁	HRSD ₂₄
0	0–3	0	0	0–1	0–1
0	4–5	1	1–2	2	2
0	6	2	3	3	3–4
0	7–8	3	4	4	5
0	9–11	4	5–6	5–6	6–7
0	12–13	5	7	7–8	8–9
1	14–16	6	8	9	10–11
1	17–18	7	9–10	10	12
1	19–21	8	11	11–12	13–14
1	22–23	9	12	13	15–16
1	24–25	10	13	14–15	17–18
2	26–28	11	14–15	16	19
2	29–30	12	16	17	20–21
2	31–33	13	17	18–19	22–23
2	34–36	14	18–19	20–21	24–25
2	37–38	15	18–19	22	26
3	39–40	16	20	23	27–28
3	41–43	17	21–22	24–25	29–30
3	44–45	18	23	26	31–32
3	46–47	19	24	27	33
3	48	20	25	28	34
4	49–53	21	26–27	29–31	35–38
4	54–55	22	28	32	39
4	56–58	23	29	33–34	40–41
4	59–61	24	30–31	35–36	42–44
4	62–64	25	32	37–38	45–46
4	65–67	26	33–35	39–41	47–49
4	68–84	27	36–52	42–64	50–75

Annexe 5 :

Questionnaire avant l'étude

Données socio démographique du médecin investigateur :

Sexe :

- ☐ Homme
- ☐ Femme

Age :

- ☐ 30-40 ans
- ☐ 40-50 ans
- ☐ 50-60 ans
- ☐ 60 ans et plus

Lieu d'exercice :

- ☐ Zone rurale
- ☐ Zone semi-rurale
- ☐ Zone urbaine

Durée d'installation :

Orientation de l'activité éventuelle :

Autre activité éventuelle :

- ☐ Hospitalière
- ☐ Universitaire

Mode d'exercice :

- ☐ Seul
- ☐ En groupe

Concernant votre évaluation d'un syndrome dépressif :

1/ Vous êtes-vous déjà senti en difficulté face à l'évaluation de la sévérité d'un syndrome dépressif ?

2/ Avez-vous déjà participé à une FMC sur ce thème ? oui/non

3/ Dans votre pratique, utilisez-vous des échelles d'évaluation de la dépression ? oui/non

Utilisez-vous d'autres échelles (EVA, DN4...)? oui/non

Annexe 6 :

Consignes aux médecins :

Guide d'utilisation du QIDS-SR-16.

Le QIDS-SR-16 est un outil d'évaluation de la sévérité d'un épisode dépressif sous forme d'auto-questionnaire.



Ce questionnaire ne permet ni de dépister ni de diagnostiquer une dépression.

Cette étude :

- Concerne tout patient âgé de 18 à 70 ans, traité actuellement pour un épisode dépressif majeur (psychothérapie et/ou traitement médicamenteux)
- Sans autre pathologie psychiatrique (bipolarité, schizophrénie...)
- Sans consommation associée de stupéfiant

Nous vous prions de bien vouloir distribuer le questionnaire quel que ce soit le motif de consultation.

Lorsque vous récupérerez ce questionnaire, vous serez amené à calculer le score puis à répondre à une question concernant la corrélation de ce score avec votre impression clinique.

Je suis à votre disposition pour vos remarques ou questions éventuelles, vous pouvez me contacter au 06.86.XX.XX.XX ou claireXXXXXX@hotmail.fr.

Merci de votre participation et du temps que vous y consacrerez,

Annexe 7 :

Informations aux patients :

Vous êtes en cours de traitement pour un syndrome dépressif.

Nous vous proposons un questionnaire rapide qui aidera votre médecin à évaluer votre trouble et permettra éventuellement une adaptation du traitement.

Remplissez ce questionnaire de manière personnelle en cochant la réponse qui correspond le mieux à votre ressenti des 7 derniers jours.

Remettez ce questionnaire au secrétariat sous enveloppe, ou directement à votre médecin traitant dans la semaine qui suit votre consultation.

Votre médecin participe à cette étude en collaboration avec une interne de médecine générale dans le cadre d'une thèse.

Nous vous assurons le secret médical des informations obtenues.

Nous vous remercions de votre participation.

Annexe 8 :

Calcul du score :

..... Score le plus haut parmi les 4 items relatifs au sommeil (1 à 4)

..... Item 5

..... Score le plus haut parmi les items relatifs à l'appétit (6 à 9)

..... Item 10

..... Item 11

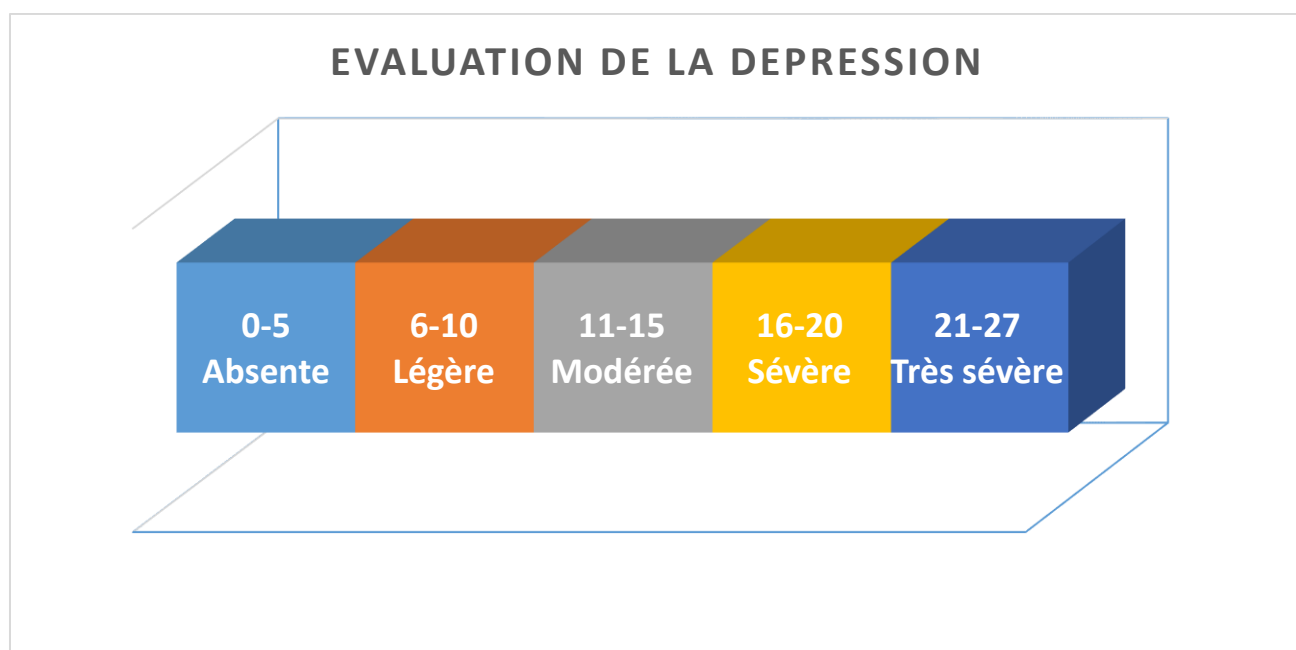
..... Item 12

..... Item 13

..... Item 14

..... Score le plus haut parmi les items relatifs à la psychomotricité (15 et 16)

..... **Score total** (de 0 à 27)



Votre impression clinique est-elle en accord avec la valeur calculée à l'aide du QIDS-SR-16 ? oui/non

Annexe 9 :

Questionnaire après l'étude.

Nombre de questionnaires recueillis :

1/ Avez-vous eu des retours au sujet du questionnaire par vos patients :

-sur la compréhension ?

-sur la durée ?

-sur leur ressenti ?

-autres ?

2/ Avez-vous eu des patients qui n'ont pas accepté de participer ? oui/non

3/ Au sujet du QIDS 16 SR, merci de préciser :

Son acceptabilité par les patients	Très acceptable	Moyennement acceptable	Peu acceptable	Inacceptable
Son utilité pour le clinicien	Très utile	Moyennement utile	Peu utile	Inutile
Son interprétation	Facile	Moyennement facile	Compliquée	Très compliquée
Le temps nécessaire à son interprétation	Très acceptable	Moyennement acceptable	Peu acceptable	Inacceptable

4/ Avez-vous modifié une prise en charge suite à un retour de questionnaire ? oui/non

Si oui, de quelle manière ?

5/ Pensez-vous réutiliser le QIDS 16 SR dans votre pratique clinique ? oui/non

Si oui, dans quelles situations ?

BIBLIOGRAPHIE

(1) **American Psychiatric Association**, DSM-V, Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, traduction française, Masson, 2015.

(2) **Anderson IM, Ferrier IN, Baldwin RC, Cowen PJ, Howard L, Lewis G, et al.** Evidence-based guidelines for treating depressive disorders with antidepressants : a revision of the 2000 British Association for Psychopharmacology guidelines. Journal of Psychopharmacology, 2008 ; 22 :343-96.

(3) **Baik SY, Gonzales JJ, Bowers BJ, Anthony JS, Tidjani B, Susman JL.** Reinvention of depression instruments by primary care clinicians. Ann Fam Med. 2010 Jun;8(3):224–30.

(4) **Bourlet Pauline**, Dans quelles situations particulières est-il pertinent d'utiliser les échelles de dépression en médecine générale ? 74 pages, Thèse d'exercice : médecine générale : Limoges : 2013.

(5) **Brown ES, Murray M, Carmody TJ, Kennard BD, Hughes CW, Khan DA, et al.** The Quick Inventory of Depressive Symptomatology-Self-Report : a psychometric evaluation in patients with asthma and major depressive disorder. Annals of Allergy, Asthma and immunology 2008 ; 100(5) : 433-8.

(6) **Cameron IM , Crawford JR, Cardy AH, du Toit SW, Hay S, Lawton K, et al.** Psychometric properties of the Quick Inventory of Depressive Symptomatology (QIDS-SR) in UK primary care. J Psychiatr Res, 2013 ; 47 : 593-8.

(7) **CIM 10, ICD10**, Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement. Masson, 1992.

(8) **Chabry C, Phelippeau JP**, Prise en charge ambulatoire de la dépression chez l'adulte. Expression des besoins par les médecins généralistes. URCAM ILE Fr. 2005.

(9) **Cremniter D, Guelfi JD, Fourestié V, Fermanian J**, Analysis of the terms used by general practitioners to characterize patients considered by them as depressed. A prospective study on 682 patients. J Affect Disord, 1995; 34(4) : 311–8.

- (10) **Doraiswamy PM, Bernstein IH, Rush AJ, Kyutoku Y, Carmody TJ, MacLeod L, et al.** Diagnostic utility of the Quick Inventory of Depressive Symptomatology (QIDS-C16 and QIDS-SR16) in the elderly. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2010 ; 122(3) : 226-34.
- (11) **Dumesnil H, Cortaredona S, Cavillon M, Mikol F, Aubry C, Sebbah R, Verdoux H, Verger P,** La prise en charge de la dépression en médecine générale de ville. *Etudes et résultats*, sept 2012 ; 810.
- (12) **Eck F, Gautier A, Guignard R, Richard JB,** Baromètre santé 2010, INPES.
- (13) **Hedayati SS, Minhajuddin AT, Toto RD, Morris DW, Rush AJ,** Validation of depression screening scales in patients with CKD. *American Journal of Kidney Diseases* 2009 ; 54(3) : 433-9.
- (14) **Jarrett RB, Vittengl JR, Clark LA,** How much cognitive therapy, for which patients, will prevent depressive relapse ? *Journal of affective Disorders*, 2008, 111 (2-3) : 185-92.
- (15) **Kendrick T, King F, Albertella L, Smith PW,** GP treatment decisions for patients with depression : an observational study. *Br J Gen Pract*, 2005 ; 55 :280-6.
- (16) **Lamoureux BE, Linardatos E, Fresco DM, Bartko D, Logue E, Milo L,** Using the QIDS-SR16 to identify major depressive disorder in primary care medical patients. *Behavior Therapy* 2010 ; 41(3) : 423-31.
- (17) **Leroux I, Morin T.** Facteurs de risque des épisodes dépressifs en population générale. *Etudes et résultats*. déc 2006 ; (545).
- (18) **New Zealand Guidelines Group,** Identification of common mental disorders and management of depression in primary care. Ministry of Health, 2008.
- (19) **NHS National Institute for Clinical Excellence,** Depression : the treatment and management in adults ; 2009.
- (20) **Norton J, de Roquefeuil G, David M, Boulenger JP, Ritchie K, Mann A,** Prévalence des troubles psychiatriques en médecine générale selon le patient health questionnaire : adéquation avec la détection par le médecin et le traitement prescrit. *L'Encéphale*, 2009 ; 35 : 560-9.
- (21) **Nunnally J, Bernstein I,** Psychometric theory.3rd ed. New York : McGraw-Hill, 1994.
- (22) **Olié JP, Mouren MC,** Rapport sur les antidépresseurs de l'académie de médecine, 2014.

- (23) Orlando M, Sherbourne CD, Thissen D**, Summed-score linking using item response theory : application to depression measurement. *Psychological Assessment*, 2000 ; 12(3) :354-9.
- (24) Papazacharias A, Nardini M**, The relationship between depression and cognitive deficits. *Psychiatr Danub*, 2012 ; 24(1) : 179-82.
- (25) Patten SB, Kennedy SH, Lam RW, O'Donovan C, Filteau MJ, Parikh SV, et al.** Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) clinical guidelines for the management of major depressive disorder in adults. Classification, burden and principles of management. *Journal of Affective Disorders*, 2009 ; 117 (Suppl. 1) : S5-14.
- (26) Rush AJ, Giles DE, Schlessner MA, Fulton CL, Weissenburger JE and Burns CT**, The Inventory of Depressive Symptomatology (IDS) : Preliminary findings. *Psychiatry Research*, 18 : 65-87, 1986.
- (27) Rush AJ, Gullion CM, Basco MR, Jarret RB, and Trivedi MH**, The Inventory of Depressive Symptomatology (IDS) : Psychometric properties. *Psychological Medicine*, 1996, 26 : 477-486.
- (28) Rush AJ, Trivedi MH, Carmody TJ, Biggs MM, Shores-Wilson K, Ibrahim H, and Crismon ML**, One-year clinical outcomes of depressed public-sector outpatients : A benchmark for subsequent studies. *Biological Psychiatry*, 2004, 56 : 46-53.
- (29) Rush AJ, Trivedi MH, Ibrahim HM, Carmody TJ, Arnow B, Klein DN, et al.** The 16-Item Quick Inventory of Depressive Symptomatology (QIDS), clinician rating (QIDS-C) and self-report (QIDS-SR) : a psychometric evaluation in patients with chronic major depression. *Biol Psychiatry*, 2003 ; 54 : 573-83.
- (30) Thomas J. Reilly, Steve A. MacGillivray, Ian C. Reid, Isobel M. Cameron**, Psychometric properties of the 16-item Quick Inventory of Depressive Symptomatology : A systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychiatric Research*, 2015 ; 60 :132-140.
- (31) Tournant B, Guillaumont C.** L'utilisation des échelles psychiatriques dans la prise en charge du patient dépressif par les médecins généraliste. Amiens, France : Université de Picardie ; 2015.
- (32) Trivedi MH, Rush AJ, Ibrahim HM, Carmody TJ, Biggs MM, Suppes T, et al.** The Inventory of Depressive Symptomatology, clinician rating (IDS-C) and self-report (IDS-SR), and the Quick Inventory Depressive Symptomatology, clinician rating (QIDS-C) and self-report (QIDS-SR) in public sector patients with mood disorders : a psychometric evaluation. *Psychological Medicine* 2004 ; 34(1) : 73-82.

(33) Verdoux H, Cortaredona S, Dumesnil H, Sebbah R, Verger P, Psychotherapy for depression in primary care: a panel survey of general practitioners' opinion and prescribing practice. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 2013 Jun 16.

