Les différences de prise en charge du patient dépressif en milieu rural, semi-rural et urbain : une étude pilote auprès de médecins généralistes vosgiens

Rachid Elasri

▶ **To cite this version:**

Rachid Elasri. Les différences de prise en charge du patient dépressif en milieu rural, semi-rural et urbain : une étude pilote auprès de médecins généralistes vosgiens. Sciences du Vivant [q-bio]. 2010. hal-01732605

HAL Id: hal-01732605
https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01732605

Submitted on 14 Mar 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.

UNIVERSITÉ DE LORRAINE

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4
Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10
http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php
http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm

UNIVERSITÉ HENRI POINCARÉ, NANCY 1

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

2010

N°

THÈSE

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement

dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

par

Rachid ELASRI

Le 9 décembre 2010

LES DIFFERENCES DE PRISE EN CHARGE DU PATIENT DEPRESSIF EN MILIEU RURAL, SEMI-RURAL ET URBAIN :

Une étude pilote auprès de médecins généralistes vosgiens

Examinateurs de la thèse :

M. Raymund SCHWAN	**Professeur**	**Président**
M. Bernard KABUTH	**Professeur**	**Juge**
Mme Christine PERRET-GUILLAUME	**Professeur**	**Juge**
M. Alain DELUZE	**Docteur**	**Juge**

UNIVERSITÉ HENRI POINCARÉ, NANCY 1

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Président de l'Université : Professeur Jean-Pierre FINANCE

Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Henry COUDANE

Vice Doyen *Mission « sillon lorrain »* : Professeur Annick BARBAUD
Vice Doyen *Mission « Campus »* : Professeur Marie-Christine BÉNÉ
Vice Doyen *Mission « Finances » :* Professeur Marc BRAUN
Vice Doyen Mission « *Recherche* » : Professeur Jean-Louis GUÉANT

Assesseurs :

- Pédagogie :	**Professeur Karine ANGIOÏ-DUPREZ**
- 1er Cycle :	**Professeur Bernard FOLIGUET**
- « Première année commune aux études de santé (PACES) et universitarisation études para-médicales »	**M. Christophe NÉMOS**
- 2ème Cycle :	**Professeur Marc DEBOUVERIE**
- 3ème Cycle :	
« DES Spécialités Médicales, Chirurgicales et Biologiques »	**Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI**
« DES Spécialité Médecine Générale	**Professeur Francis RAPHAËL**
- Filières professionnalisées :	**M. Walter BLONDEL**
- Formation Continue :	**Professeur Hervé VESPIGNANI**
- Commission de Prospective :	**Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT**
- Recherche :	**Professeur Didier MAINARD**
- DPC :	**Professeur Jean-Dominique DE KORWIN**

DOYENS HONORAIRES

Professeur Adrien DUPREZ – Professeur Jean-Bernard DUREUX
Professeur Jacques ROLAND – Professeur Patrick NETTER

==========

PROFESSEURS HONORAIRES

Pierre ALEXANDRE – Jean-Marie ANDRE - Daniel ANTHOINE - Alain BERTRAND - Pierre BEY - Jean BEUREY
Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL - Claude CHARDOT
Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY - Jean-Pierre DELAGOUTTE - Emile de LAVERGNE - Jean-Pierre DESCHAMPS
Michel DUC - Jean DUHEILLE - Adrien DUPREZ - Jean-Bernard DUREUX - Gabriel FAIVRE – Gérard FIEVE - Jean FLOQUET
Robert FRISCH - Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ
Simone GILGENKRANTZ - Oliéro GUERCI - Pierre HARTEMANN - Claude HURIET – Christian JANOT - Jacques LACOSTE
Henri LAMBERT - Pierre LANDES - Alain LARCAN - Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Jacques LECLERE
Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS - Michel MANCIAUX - Jean-Pierre MALLIÉ - Pierre MATHIEU
Denise MONERET-VAUTRIN - Pierre NABET - Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT - Francis PENIN - Gilbert PERCEBOIS
Claude PERRIN - Guy PETIET - Luc PICARD - Michel PIERSON - Jean-Marie POLU – Jacques POUREL - Jean PREVOT
Antoine RASPILLER - Michel RENARD - Jacques ROLAND - René-Jean ROYER - Paul SADOUL - Daniel SCHMITT
Jean SOMMELET - Danièle SOMMELET - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Augusta TREHEUX - Hubert UFFHOLTZ
Gérard VAILLANT – Paul VERT - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Michel WAYOFF - Michel WEBER

==========

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS
PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42ème Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1ère sous-section : *(Anatomie)*
Professeur Gilles GROSDIDIER
Professeur Pierre LASCOMBES – Professeur Marc BRAUN

2ème sous-section : *(Cytologie et histologie)*
Professeur Bernard FOLIGUET

3ème sous-section : *(Anatomie et cytologie pathologiques)*
Professeur François PLENAT – Professeur Jean-Michel VIGNAUD

43ème Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1ère sous-section : ***(Biophysique et médecine nucléaire)***
Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER
2ème sous-section : ***(Radiologie et imagerie médicale)***
Professeur Denis REGENT – Professeur Michel CLAUDON
Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM – Professeur Jacques FELBLINGER
Professeur René ANXIONNAT

44ème Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION
1ère sous-section : ***(Biochimie et biologie moléculaire)***
Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER – Professeur Bernard NAMOUR
2ème sous-section : ***(Physiologie)***
Professeur François MARCHAL – Professeur Bruno CHENUEL – Professeur Christian BEYAERT
3ème sous-section : ***(Biologie Cellulaire)***
Professeur Ali DALLOUL
4ème sous-section : ***(Nutrition)***
Professeur Olivier ZIEGLER – Professeur Didier QUILLIOT

45ème Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE
1ère sous-section : ***(Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière)***
Professeur Alain LE FAOU - Professeur Alain LOZNIEWSKI
3ème sous-section : ***(Maladies infectieuses ; maladies tropicales)***
Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD

46ème Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ
1ère sous-section : ***(Épidémiologie, économie de la santé et prévention)***
Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON - Professeur Francis GUILLEMIN
Professeur Denis ZMIROU-NAVIER – Professeur François ALLA
2ème sous-section : ***(Médecine et santé au travail)***
Professeur Christophe PARIS
3ème sous-section : ***(Médecine légale et droit de la santé)***
Professeur Henry COUDANE
4ème sous-section : ***(Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)***
Professeur François KOHLER – Professeur Éliane ALBUISSON

47ème Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE
1ère sous-section : ***(Hématologie ; transfusion)***
Professeur Thomas LECOMPTE – Professeur Pierre BORDIGONI
Professeur Jean-François STOLTZ – Professeur Pierre FEUGIER
2ème sous-section : ***(Cancérologie ; radiothérapie)***
Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY
Professeur Didier PEIFFERT – Professeur Frédéric MARCHAL
3ème sous-section : ***(Immunologie)***
Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marie-Christine BENE
4ème sous-section : ***(Génétique)***
Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

48ème Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE
1ère sous-section : ***(Anesthésiologie et réanimation chirurgicale ; médecine d'urgence)***
Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Hervé BOUAZIZ
Professeur Paul-Michel MERTES – Professeur Gérard AUDIBERT
2ème sous-section : ***(Réanimation médicale ; médecine d'urgence)***
Professeur Alain GERARD - Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT
Professeur Bruno LÉVY – Professeur Sébastien GIBOT
3ème sous-section : ***(Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)***
Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET
4ème sous-section : ***(Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie)***
Professeur François PAILLE – Professeur Gérard GAY – Professeur Faiez ZANNAD

49ème Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP et RÉÉDUCATION

1ère sous-section : ***(Neurologie)***

Professeur Gérard BARROCHE – Professeur Hervé VESPIGNANI

Professeur Xavier DUCROCQ – Professeur Marc DEBOUVERIE

2ème sous-section : ***(Neurochirurgie)***

Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE

Professeur Thierry CIVIT

3ème sous-section : ***(Psychiatrie d'adultes ; addictologie)***

Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Raymund SCHWAN

4ème sous-section : ***(Pédopsychiatrie ; addictologie)***

Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC – Professeur Bernard KABUTH

5ème sous-section : ***(Médecine physique et de réadaptation)***

Professeur Jean PAYSANT

50ème Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE et CHIRURGIE PLASTIQUE

1ère sous-section : ***(Rhumatologie)***

Professeur Isabelle CHARY-VALCKENAERE – Professeur Damien LOEUILLE

2ème sous-section : ***(Chirurgie orthopédique et traumatologique)***

Professeur Daniel MOLE - Professeur Didier MAINARD

Professeur François SIRVEAUX – Professeur Laurent GALOIS

3ème sous-section : ***(Dermato-vénéréologie)***

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeur Annick BARBAUD

4ème sous-section : ***(Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)***

Professeur François DAP – Professeur Gilles DAUTEL

51ème Section : PATHOLOGIE CARDIORESPIRATOIRE et VASCULAIRE

1ère sous-section : ***(Pneumologie ; addictologie)***

Professeur Yves MARTINET – Professeur Jean-François CHABOT – Professeur Ari CHAOUAT

2ème sous-section : ***(Cardiologie)***

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE – Professeur Nicolas SADOUL

Professeur Christian de CHILLOU

3ème sous-section : ***(Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)***

Professeur Jean-Pierre VILLEMOT - Professeur Jean-Pierre CARTEAUX – Professeur Loïc MACÉ

4ème sous-section : ***(Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)***

Professeur Denis WAHL – Professeur Sergueï MALIKOV

52ème Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF et URINAIRE

1ère sous-section : ***(Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)***

Professeur Marc-André BIGARD - Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI – Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

2ème sous-section : ***(Chirurgie digestive)***

3ème sous-section : ***(Néphrologie)***

Professeur Michèle KESSLER – Professeur Dominique HESTIN – Professeur Luc FRIMAT

4ème sous-section : ***(Urologie)***

Professeur Philippe MANGIN – Professeur Jacques HUBERT – Professeur Pascal ESCHWEGE

53ème Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

1ère sous-section : ***(Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie)***

Professeur Jean-Dominique DE KORWIN – Professeur Pierre KAMINSKY

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Gisèle KANNY

2ème sous-section : ***(Chirurgie générale)***

Professeur Patrick BOISSEL – Professeur Laurent BRESLER

Professeur Laurent BRUNAUD – Professeur Ahmet AYAV

54ème Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1ère sous-section : ***(Pédiatrie)***

Professeur Pierre MONIN - Professeur Jean-Michel HASCOET - Professeur Pascal CHASTAGNER
Professeur François FEILLET - Professeur Cyril SCHWEITZER

2ème sous-section : ***(Chirurgie infantile)***

Professeur Michel SCHMITT – Professeur Pierre JOURNEAU – Professeur Jean-Louis LEMELLE

3ème sous-section : ***(Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)***

Professeur Michel SCHWEITZER – Professeur Jean-Louis BOUTROY
Professeur Philippe JUDLIN – Professeur Patricia BARBARINO

4ème sous-section : ***(Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)***

Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

55ème Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1ère sous-section : ***(Oto-rhino-laryngologie)***

Professeur Claude SIMON – Professeur Roger JANKOWSKI

2ème sous-section : ***(Ophtalmologie)***

Professeur Jean-Luc GEORGE – Professeur Jean-Paul BERROD – Professeur Karine ANGIOI-DUPREZ

3ème sous-section : ***(Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)***

Professeur Jean-François CHASSAGNE – Professeur Etienne SIMON

==========

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

64ème Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeur Sandrine BOSCHI-MULLER

==========

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42ème Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1ère sous-section : ***(Anatomie)***

Docteur Bruno GRIGNON – Docteur Thierry HAUMONT

2ème sous-section : ***(Cytologie et histologie)***

Docteur Edouard BARRAT - Docteur Françoise TOUATI – Docteur Chantal KOHLER

3ème sous-section : ***(Anatomie et cytologie pathologiques)***

Docteur Béatrice MARIE

43ème Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1ère sous-section : ***(Biophysique et médecine nucléaire)***

Docteur Marie-Hélène LAURENS – Docteur Jean-Claude MAYER
Docteur Pierre THOUVENOT – Docteur Jean-Marie ESCANYE – Docteur Amar NAOUN

2ème sous-section : (Radiologie et imagerie médicale)

Docteur Damien MANDRY

44ème Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1ère sous-section : ***(Biochimie et biologie moléculaire)***

Docteur Jean STRACZEK – Docteur Sophie FREMONT
Docteur Isabelle GASTIN – Docteur Marc MERTEN – Docteur Catherine MALAPLATE-ARMAND
Docteur Shyue-Fang BATTAGLIA

2ème sous-section : ***(Physiologie)***

Docteur Nicole LEMAU de TALANCE

3ème sous-section : ***(Biologie Cellulaire)***

Docteur Véronique DECOT-MAILLERET

4ème sous-section : ***(Nutrition)***

Docteur Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT

45ème Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE
1ère sous-section : ***(Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière)***
Docteur Francine MORY – Docteur Véronique VENARD
2ème sous-section : ***(Parasitologie et mycologie)***
Docteur Nelly CONTET-AUDONNEAU – Madame Marie MACHOUART

46ème Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ
1ère sous-section : ***(Epidémiologie, économie de la santé et prévention)***
Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE – Docteur Frédérique CLAUDOT
3ème sous-section ***(Médecine légale et droit de la santé)***
Docteur Laurent MARTRILLE
4ère sous-section : ***(Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication***
Docteur Pierre GILLOIS – Docteur Nicolas JAY

47ème Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE
1ère sous-section : ***(Hématologie ; transfusion)***
Docteur François SCHOONEMAN
2ème sous-section : ***(Cancérologie ; radiothérapie : cancérologie (type mixte : biologique)***
Docteur Lina BOLOTINE
3ème sous-section : ***(Immunologie)***
Docteur Marcelo DE CARVALHO BITTENCOURT
4ème sous-section : ***(Génétique)***
Docteur Christophe PHILIPPE – Docteur Céline BONNET

48ème Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE
3ème sous-section : ***(Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique)***
Docteur Françoise LAPICQUE – Docteur Marie-José ROYER-MORROT – Docteur Nicolas GAMBIER
4ème sous-section : (Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
Docteur Patrick ROSSIGNOL

50ème Section : RHUMATOLOGIE
1ère sous-section : ***(Rhumatologie)***
Docteur Anne-Christine RAT

54ème Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION
5ème sous-section : ***(Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale)***
Docteur Jean-Louis CORDONNIER

==========

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5ème section : SCIENCE ÉCONOMIE GÉNÉRALE
Monsieur Vincent LHUILLIER

40ème section : SCIENCES DU MÉDICAMENT
Monsieur Jean-François COLLIN

60ème section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE ET GÉNIE CIVILE
Monsieur Alain DURAND

61ème section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL
Monsieur Jean REBSTOCK – Monsieur Walter BLONDEL

64ème section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE
Mademoiselle Marie-Claire LANHERS

65ème section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Mademoiselle Françoise DREYFUSS – Monsieur Jean-Louis GELLY
Madame Ketsia HESS – Monsieur Hervé MEMBRE – Monsieur Christophe NEMOS
Madame Natalia DE ISLA – Monsieur Pierre TANKOSIC

66ème section : PHYSIOLOGIE

Monsieur Nguyen TRAN

67ème section : BIOLOGIE DES POPULATIONS ET ÉCOLOGIE

Madame Nadine MUSSE

========

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Médecine Générale

Professeur associé Alain AUBREGE
Professeur associé Francis RAPHAEL
Docteur Jean-Marc BOIVIN
Docteur Jean-Louis ADAM
Docteur Elisabeth STEYER

========

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Daniel ANTHOINE - Professeur Pierre BEY - Professeur Michel BOULANGE
Professeur Jean-Pierre CRANCE - Professeur Jean FLOQUET - Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ
Professeur Simone GILGENKRANTZ – Professeur Henri LAMBERT - Professeur Alain LARCAN
Professeur Denise MONERET-VAUTRIN - Professeur Jean-Pierre NICOLAS – - Professeur Guy PETIET
Professeur Luc PICARD - Professeur Michel PIERSON - Professeur Jacques POUREL
Professeur Jacques ROLAND - - Professeur Michel STRICKER - Professeur Gilbert THIBAUT
Professeur Hubert UFFHOLTZ - Professeur Paul VERT - Professeur Michel VIDAILHET

========

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Norman SHUMWAY (1972)
Université de Stanford, Californie (U.S.A)
Professeur Paul MICHIELSEN (1979)
Université Catholique, Louvain (Belgique)
Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeur Mamish Nisbet MUNRO (1982)
Massachusetts Institute of Technology (U.S.A)
Professeur Mildred T. STAHLMAN (1982)
Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)
Harry J. BUNCKE (1989)
Université de Californie, San Francisco (U.S.A)
Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)
Professeur Brian BURCHELL (2007)
Université de Dundee (Royaume Uni)

Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würtzburg (R.F.A)
Professeur Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur James STEICHEN (1997)
Université d'Indianapolis (U.S.A)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
Centre Universitaire de Formation et de Perfectionnement des Professionnels de Santé d'Hô Chi Minh-Ville (VIÊTNAM)

Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)

A NOTRE PRESIDENT DE THÈSE,

Monsieur le Professeur R. SCHWAN

Professeur de Psychiatrie d'adultes et Addictologie

Nous sommes sensibles au grand honneur que vous nous faites de présider notre jury.

Nous vous remercions pour les conseils et l'intérêt que vous avez porté à notre travail.

Vous trouverez ici l'expression de notre reconnaissance et de notre respect.

A NOTRE JUGE

Monsieur le Professeur B. KABUTH,

Professeur de Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent
Docteur en Psychologie

Nous vous remercions d'avoir accepté de juger notre travail.

Veuillez trouver ici l'expression de notre profonde reconnaissance.

A NOTRE JUGE

Madame le Professeur C. PERRET-GUILLAUME,

Professeur de Médecine Interne, Gériatrie et Biologie du vieillissement

Nous vous remercions d'avoir accepté de juger notre travail.

Nous vous sommes reconnaissants des notions que nous avons apprises à votre contact au cours de notre internat.

Veuillez trouver ici l'expression de notre profonde reconnaissance et de notre respect.

A NOTRE JUGE

Monsieur le Docteur A. DELUZE,

Docteur en Médecine Générale

Vous nous faites l'honneur de juger notre travail.

Nous vous remercions de nous avoir guidés tout au long de notre travail et de votre investissement pour celui-ci.

Vous trouverez ici l'expression de notre profonde reconnaissance et de notre respect.

A Tulay,

Pour sa patience, son soutien quotidien et son amour.

A Inès,

Pour l'encouragement que je lis dans ses grands yeux depuis sa naissance.

A mes parents,

Pour leur éducation et les valeurs de persévérance qu'ils m'ont inculqué.

A mes frères et sœur,

Tout simplement.

A mes amis,

Sur qui je sais pouvoir compter.

Au Docteur Frédéric Gervaise,

Qui m'a fait aimer la médecine générale, et qui, malheureusement, n'a pas pu poursuivre notre collaboration pour la réalisation de ce travail.

Aux Docteurs Gauthier, Lemen, Vigeannel, Andolfatto, Noirclere, Cailac et Bourlon,

Pour la sympathie qu'ils m'ont témoigné durant ces années de remplacement.

SERMENT

"Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.
Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.
Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.
Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.
J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.
Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque".

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION 10

I) L'EPISODE DEPRESSIF 12

1) La définition de l'épisode dépressif 12

2) Les critères diagnostiques selon le DSM IV 13

2.1) L'épisode dépressif caractérisé isolé 14

2.2) L'épisode dépressif caractérisé récidivant 15

2.3) L'épisode dépressif caractérisé saisonnier 15

2.4) L'épisode dépressif chronique et symptômes résiduels 15

3) Les critères diagnostiques selon la CIM-10 16

3.1) L'épisode dépressif caractérisé isolé 16

3.2) L'épisode dépressif caractérisé récidivant 17

4) La distinction entre rechute et récidive 17

5) La sévérité 18

6) Le risque suicidaire 19

6.1) Les outils de dépistage 19

6.2) La conduite à tenir 20

II) LES ECHELLES DIAGNOSTIQUES 21

1) Les échelles d'évaluation spécifiques 21

2) Les échelles réduites utilisables en médecine générale 23

2.1) Un test à 2 questions, PRIME-MD, ... 23

2.2) Un test complémentaire au PRIME-MD (appelé T 4) à quatre questions 24

2.3) Le MINI (Mini International Neuropsychiatric Interview) à quatre questions 24

III) LA PRISE EN CHARGE EN AMBULATOIRE D'UN EPISODE DEPRESSIF ISOLE : les recommandations de l'HAS 2002 25

1) Les principes généraux 25

2) Les moyens thérapeutiques 26

2.1) Les antidépresseurs 26

2.2) Les psychothérapies 26

2.3) L'électro-convulsivothérapie 27

3) Les stratégies thérapeutiques en ambulatoire 27

3.1) En première intention 27

3.2) En seconde intention (réponse partielle ou non-réponse au traitement initial) 28

4) Les modalités d'arrêt d'un traitement de longue durée 29

4.1) Les modalités d'arrêt d'une psychothérapie 29

4.2) Les modalités d'arrêt d'un traitement de longue durée par antidépresseurs 29

IV) L'OFFRE DE SOINS EN SANTE MENTALE 30

1) L'organisation en France 30

2) L'organisation dans les Vosges 30

V) LES DIFFERENCES DE PRISE EN CHARGE DU PATIENT DEPRESSIF EN MILIEU RURAL, SEMI-RURAL ET URBAIN : Une étude pilote réalisée auprès de médecins généralistes vosgiens ... 34

1) Le contexte de l'étude 34

2) Les objectifs de l'étude 34

3) Les hypothèses 34

4) Les caractéristiques de l'étude 35

4.1) Le volet quantitatif 35

4.2) Le volet qualitatif 36

5) La taille de l'échantillon 36

5.1) Les critères d'inclusion 36

5.2) Les critères de non inclusion 36

6) La méthodologie 37

VI) RESULTATS 41

1) Les résultats de l'étude quantitative 41

1.1) Les caractéristiques des médecins consultés 41

1.2) Les caractéristiques des patients 41

2) Les résultats de l'étude qualitative 50

2.1) L'établissement du diagnostic d'EDC 50

2.2) L'orientation du patient dépressif vers le spécialiste 50

2.3) L'influence de la localisation géographique dans la prise en charge 51

VII) LIMITES DE L'ETUDE 52

1) Le nombre de patients 52

2) La couverture territoriale 52

3) La période choisie 53

4) La durée de l'étude 53

VIII) DISCUSSION 54

1) L'analyse des résultats 54

2) La comparaison à la revue de la littérature 56

2.1) Les études traitant des différences entre le milieu rural et urbain 57

2.2) Les études traitant des difficultés de prise en charge en médecine générale 58

2.3) Les perspectives 60

CONCLUSION 62

BIBLIOGRAPHIE 64

ANNEXES 67

INTRODUCTION

Selon les estimations d'études récentes de l'OMS [1], la dépression se situe dans le peloton de tête des maladies les plus conséquentes en termes de fardeau global. Près d'une personne sur vingt en Europe a présenté un épisode dépressif caractérisé au cours de sa vie, les femmes étant deux fois plus touchées par cette affection.

Les projections pour 2020 placent la dépression au deuxième rang des maladies en termes de cause d'incapacité, juste après les maladies cardio-vasculaires (pour les pays développés), mais avant les cancers. Plus encore, dans les pays industrialisés, la dépression sera la première cause d'invalidité chez la femme [2]. Ces chiffres font de la dépression un véritable problème de santé publique.

La dépression est en effet une affection d'évolution chronique dans de nombreux cas, avec des conséquences sur le plan personnel, familial, social et professionnel. Elle entraîne notamment de longues périodes d'incapacité de travail et une mortalité importante par suicide. C'est en particulier le cas des dépressions sévères, dites mélancoliques, accompagnées d'une douleur morale intense, d'un sentiment de culpabilité et de dévalorisation.

Dans ce contexte, le médecin généraliste, représente le plus souvent le premier intervenant dans le diagnostic de l'épisode dépressif. Que ce soit le motif principal de consultation ou non, sa connaissance des patients et de leur environnement familial et professionnel le met en première ligne dans la prise en charge de cette pathologie. De plus, le parcours de soins coordonné mis en place en 2005 renforce cette position.

Or, la prise en charge de l'épisode dépressif caractérisé comprend plusieurs étapes.

Tout d'abord, le médecin généraliste devra établir le diagnostic. Il est alors souvent confronté à de nombreuses difficultés, comme par exemple, la perception par le patient de son propre état dont la gravité n'est pas toujours perçue. Le déni, tout comme la dépression masquée, constituent également des difficultés diagnostiques.

Pour cela, il aura à sa disposition différents outils d'aide au diagnostic, même si leur utilisation peut s'avérer complexe en pratique courante.

Ensuite, il évoquera la prise en charge avec le patient. Elle pourra être médicamenteuse et/ou psychothérapique en référence aux recommandations édictées à cet effet.

Il lui faudra enfin, organiser la prise en charge en tenant compte des éventuelles contraintes géographiques (éloignement, démographie médicale spécialisée), ce qui peut parfois l'amener à réaliser un traitement psychothérapique au cabinet.

Face à cela, nous avons cherché à comprendre ces difficultés par la réalisation d'une étude prospective à la fois quantitative et qualitative sur l'importance de la localisation géographique dans la prise en charge de l'épisode dépressif caractérisé en la menant dans un département à forte ruralité comme celui des Vosges.

Nous définirons donc, dans un premier temps, l'épisode dépressif caractérisé ainsi que ses complications.

Puis, les moyens d'aide au diagnostic mis à la disposition du médecin généraliste seront développés en identifiant ceux qui peuvent s'adapter à sa pratique courante.

Nous expliciterons ensuite les modalités de prise en charge de l'épisode dépressif isolé définies par la Haute Autorité de Santé (H.A.S.) à travers les recommandations françaises.

Pour définir le contexte de notre étude, nous ferons alors un état des lieux de l'offre de soins en santé mentale en France et dans le département des Vosges.

Après avoir posé ce cadre conceptuel, nous présenterons notre étude et la méthodologie choisie.

Nous exposerons ensuite les résultats et les limites de l'étude.

Enfin, nous discuterons des résultats en les confrontant à la littérature.

I) L'EPISODE DEPRESSIF

Pour évaluer les différences de prise en charge du patient dépressif, il convient de définir ce qu'est le trouble dépressif. Or sa définition est très variable en fonction des époques, des pays, des écoles de pensée, des professions (psychiatres, psychanalystes, psychologues…) et des évolutions de la société.

Nous allons donc dans un premier temps décrire les symptômes dépressifs puis aborder le syndrome dépressif par l'intermédiaire des deux principales classifications internationales. Ensuite nous apporterons quelques éclaircissements sur la sévérité et le risque suicidaire.

1) La définition de l'épisode dépressif

Le terme de dépression recouvre un large éventail de situations, de la tristesse normale aux perturbations sévères des troubles dépressifs. Il n'y a pas de seuil précis au sein de ce continuum, mais il existe des repères utiles pour différencier le « normal » du « pathologique ». Les définitions modernes des troubles psychiatriques se basent sur la présence d'un certain nombre de signes et de symptômes [3].

Dans les états dépressifs, l'humeur est généralement triste, peu réactive, elle ne s'améliore pas selon les circonstances qui d'habitude procurent du plaisir. Elle s'accompagne de pensées pessimistes sur le passé, le présent et le futur. Ces pensées sont à l'origine d'un sentiment de dévalorisation, de perte d'estime de soi, de culpabilité, de perte d'espoir ou de sentiment d'incurabilité. De telles préoccupations négatives signent une douleur morale et progressent dans de nombreux cas vers l'apparition d'idées de mort ou de pensées suicidaires.

La perte d'intérêt et de plaisir, appelée anhédonie, est aussi fréquente bien que rarement rapportée spontanément. Le manque d'énergie est également caractéristique des états dépressifs mais les patients ont tendance à attribuer ce symptôme à une affection somatique, ce qui peut influer sur le motif de consultation.

La perte d'appétit entraîne parfois une perte de poids significative. Dans d'autres cas, c'est une prise de poids qui prévaut avec des attitudes de type boulimique.

Les troubles du sommeil sont aussi présents. Ils consistent en des difficultés d'endormissement ou des réveils nocturnes fréquents, mais le trait le plus caractéristique des dépressions sévères est le réveil matinal précoce. Ce signe est considéré par certains cliniciens comme un symptôme biologique typique dans les dépressions dites mélancoliques.

Parmi d'autres symptômes, citons la perte d'appétit sexuel, l'irritabilité et l'anxiété avec parfois des états d'agitation. Des troubles de la mémoire et de la concentration peuvent apparaître, surtout chez la personne âgée, parfois au point d'évoquer un tableau de démence. A cela, s'ajoutent fréquemment des plaintes physiques ou somatiques.

Par ailleurs, certains signes se remarquent par l'apparence physique, comme la négligence de l'apparence, une expression de tristesse ou d'angoisse, une hypomimie

(diminution des expressions faciales) ou encore un ralentissement psychomoteur. Ce dernier a aussi pour conséquence une pensée et un discours ralentis avec de nombreuses interruptions.

Au-delà de la présence de ces symptômes, et avant d'évoquer un diagnostic de dépression, le clinicien doit évaluer le degré de souffrance et de perturbations qu'ils entraînent. La simple présence de ces symptômes ne suffit pas ; il faut que ceux-ci soient présents la plupart du temps sur une longue période (au moins 2 semaines) et qu'ils entraînent un degré significatif de souffrance et de perturbations dans le fonctionnement de la personne.

Il existe à l'heure actuelle deux classifications des troubles mentaux reconnues par les instances médicales internationales, reposant sur un principe de questionnaire semblable mais avec quelques nuances au niveau des diagnostics définis :

- le **DSM-IV** (**Diagnostic and Statistical Manual, fourth edition**) **[4]**
- la **CIM-10** (**Classification internationale des maladies, version 10**) **[5]** dans son chapitre V concernant les *« Troubles mentaux et du comportement »*

Ces systèmes de référence ont été conçus avec un double objectif [12] :

- offrir aux cliniciens une aide leur permettant de fonder leur diagnostic sur des critères cliniques objectivables et dépendant le moins possible des différentes approches théoriques (biologique, psycho-dynamique, cognitive, comportementale, interpersonnelle, systémique ou familiale) ;
- permettre une mesure systématique des troubles, circonscrite et non exhaustive, mais pouvant contribuer à la collecte et à la communication de statistiques de santé, ainsi qu'à la comparaison de groupes de populations selon ces critères.

La CIM-10 répond aux aspects réglementaires du codage des pathologies. Le DSM-IV est plus habituellement utilisé dans les études.

Quelle que soit la classification utilisée, l'épisode est dit « isolé » s'il n'y a pas d'épisode antérieur connu, et « récurrent » dans le cas contraire.

2) Les critères diagnostiques selon le DSM IV

Le *Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders* (DSM-IV) décrit « the Major Depressive Episode ». Le terme « major » a été traduit par « caractérisé » pour éviter la confusion avec le qualificatif français « majeur » qui fait référence à une notion de sévérité. Nous parlerons donc d'***épisode dépressif caractérisé*** ou ***EDC***.

2.1) L’épisode dépressif caractérisé isolé

Il est défini par des critères d’inclusion (A) et des critères d’exclusion (B) [12].

A. Critères d’inclusion

Au moins cinq des symptômes suivants doivent avoir été présents pendant une même période d'une durée de 2 semaines et avoir représenté un changement par rapport au fonctionnement antérieur. Au moins l’un des 2 premiers symptômes doit en faire partie.

1- Humeur dépressive présente pratiquement toute la journée presque tous les jours, signalée par le sujet.
2- Diminution marquée de l'intérêt et du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités, pratiquement toute la journée, et presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par son entourage).
3- Perte ou gain de poids significatif en l'absence de régime, ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours.
4- Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours.
5- Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours.
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.
8- Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).
9- Pensées de mort récurrentes, idées suicidaires récurrentes sans plan précis ou tentative de suicide ou plan précis pour se suicider.

Ces cinq symptômes doivent traduire une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel, ou dans d’autres domaines importants.

B. Critères d’exclusion

Aucun des critères suivants ne doit être retrouvé pour affirmer le diagnostic d’épisode dépressif caractérisé.

1- Les symptômes ne répondent pas aux critères d’épisode mixte.
2- Les symptômes ne sont pas imputables aux effets physiologiques directs d’une substance, ou d’une affection médicale générale.
3- Les symptômes ne sont pas expliqués par un deuil, c'est-à-dire qu'après la mort d'un être cher, les symptômes persistent pendant plus de 2 mois ou s'accompagnent d'une altération marquée du fonctionnement, de préoccupations morbides, de dévalorisation, d’idées suicidaires, de symptômes psychotiques ou d'un ralentissement psychomoteur.

2.2) L’épisode dépressif caractérisé récidivant

L’EDC récidivant se définit par la présence de 2 EDC qui seront considérés comme distincts s’ils sont séparés par une période d’au moins 2 mois consécutifs pendant laquelle les critères d’un EDC ne sont pas remplis [10].

Les EDC ne doivent pas être mieux expliqués par un trouble schizo-affectif ni se surajouter à une schizophrénie, à un trouble schizophréniforme, à un trouble délirant, ou à un trouble psychotique non spécifié.

Cela impose également qu’il n’y ait jamais eu d’épisode maniaque, mixte ou hypomaniaque.

2.3) L’épisode dépressif caractérisé saisonnier

L’EDC est dit saisonnier [10] lorsqu’il existe une relation temporelle régulière entre la survenue des EDC et une période particulière de l’année.

Il nécessite la présence d’au moins 2 EDC au cours des 2 dernières années, confirmant la présence d’une relation temporelle saisonnière. Aucun EDC de caractère non saisonnier ne doit être survenu au cours de cette période.

Il faut également qu’au cours de la vie entière de la personne, les EDC saisonniers soient nettement plus nombreux que les EDC non saisonniers.

2.4) L’épisode dépressif chronique et symptômes résiduels

Il s’agit d’épisodes dépressifs correspondant aux critères d’un épisode dépressif caractérisé dont la symptomatologie persiste continuellement pendant une durée de 2 ans au moins.

Les dépressions en rémission partielle sont définies par la persistance d’un certain nombre de symptômes dits « résiduels » potentiellement invalidants qui contrastent avec la manière de vivre de la personne avant l’épisode dépressif caractérisé.

Les épisodes dépressifs caractérisés en rémission partielle ont été rapprochés des dépressions chroniques : en effet, il peut être observé pendant l’évolution d’un épisode dépressif caractérisé chronique de brèves périodes d’amélioration des symptômes, mais elles sont transitoires et toujours inférieures à 2 mois.

Il existe des degrés d’amélioration variables d’un épisode dépressif caractérisé, suivant un continuum d’une rémission totale à un état qui peut être encore cliniquement proche de celui de l’épisode dépressif caractérisé.

Parmi les symptômes résiduels, les plus caractéristiques semblent être :

- les troubles du sommeil, de l'alimentation et les troubles sexuels ;
- la sensation de fatigue ;
- l'anxiété psychique ou physique ;
- la réactivité exagérée aux stress sociaux ;
- la persistance de l'idéation dépressive, voire suicidaire ;
- le pessimisme ;
- la baisse de l'estime de soi ;
- l'existence d'une dysphorie modérée, de difficultés d'investissement ;
- un manque de motivation ou un émoussement affectif.

Concernant les troubles dépressifs, c'est peut-être pour les symptômes résiduels que la distinction entre le normal (remaniements de la personnalité induits par l'épisode dépressif) et le pathologique est la plus difficile à faire.

3) Les critères diagnostiques selon la CIM-10

3.1) L'épisode dépressif caractérisé isolé

L'épisode dépressif, selon la 10^{ième} classification internationale des maladies (CIM-10), est défini par la présence d'un nombre minimum de symptômes durant les 15 derniers jours.

Ils sont définis par 3 niveaux de critères [12].

Tout d'abord des critères généraux obligatoires (A), ensuite des symptômes dont au moins deux sur trois doivent être présents (B) et enfin des symptômes dont au moins un sur sept doit être présent (C) pour avoir un total d'au moins quatre symptômes (B + C).

A. Premier niveau de critères

Tous les critères suivants doivent être obligatoirement présents :

1- L'épisode dépressif doit persister au moins 2 semaines.
2- Absence de symptômes hypomaniaques ou maniaques à un moment quelconque de la vie du sujet.
3- L'épisode n'est pas imputable à l'utilisation d'une substance psycho-active ou à un trouble mental organique.

B. Deuxième niveau de critères

Au moins deux des trois symptômes suivants doivent être présents :

1- Humeur dépressive à un degré nettement anormal pour le sujet, présente pratiquement toute la journée et presque tous les jours 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. Troisième niveau de critères

Au moins un des sept symptômes suivants doit être présent pour atteindre un total d'au moins quatre symptômes avec le niveau de critères précédent :

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, se manifestant, par exemple, par une indécision ou des hésitations.
5- Modification de l'activité psychomotrice, caractérisée par une agitation ou un ralentissement.
6- Perturbations du sommeil de n'importe quel type.
7- Modification de l'appétit avec variation pondérale correspondante.

3.2) L'épisode dépressif caractérisé récidivant

Pour la CIM-10, le trouble dépressif récidivant correspond à un « trouble caractérisé par la survenue répétée d'épisodes dépressifs correspondant à la description d'un tel épisode, en l'absence de tout antécédent d'épisodes indépendants d'exaltation de l'humeur et d'augmentation de l'énergie (manie). Le trouble peut toutefois comporter de brefs épisodes caractérisés par une légère élévation de l'humeur et une augmentation de l'activité (hypomanie), succédant immédiatement à un épisode dépressif, et parfois déclenchés par un traitement antidépresseur. Le risque de survenue d'un épisode maniaque ne peut jamais être complètement écarté chez un patient présentant un trouble dépressif récidivant, quel que soit le nombre d'épisodes dépressifs déjà survenus. Si un tel épisode maniaque se produit, le diagnostic doit être changé pour celui de trouble affectif bipolaire. » [5]

4) La distinction entre rechute et récidive

La distinction n'est pas toujours aisée entre la récidive et la rechute [10]. Par convention, il est admis que la ***rechute*** correspond à une réactivation symptomatique dans une période inférieure à 6 mois après la rémission d'un épisode dépressif isolé. Dans ce cas, elle justifie un traitement de consolidation alors que la ***récidive*** intervient 6 mois après la rémission, et justifie, quant à elle, un traitement de maintien (*Figure 1*).

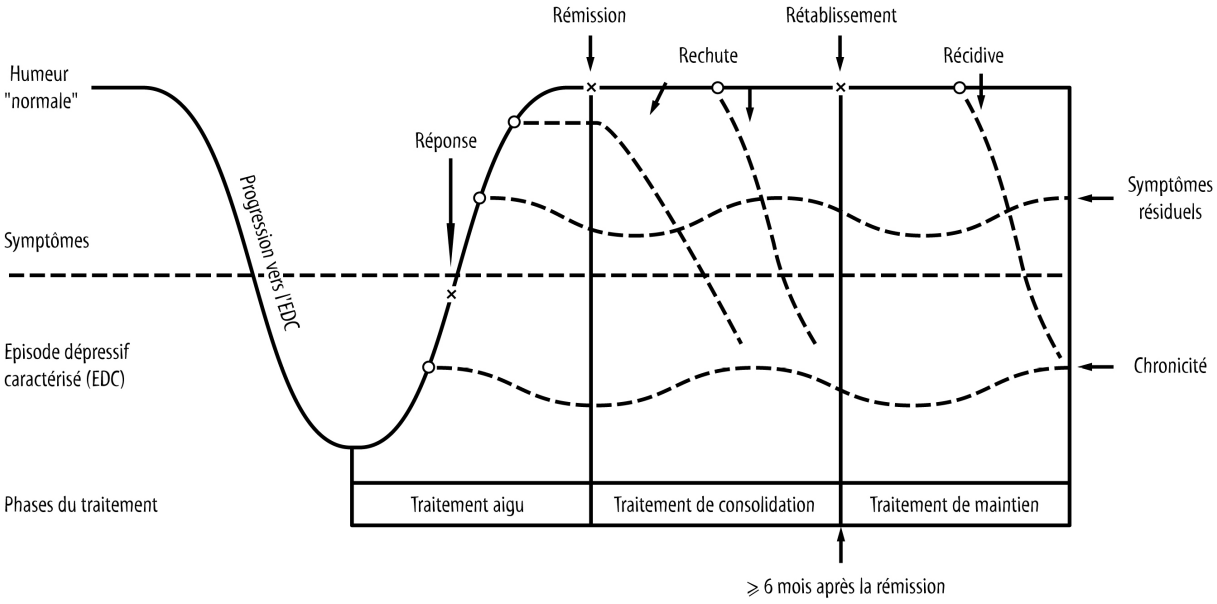


Figure 1: Distinction entre rechute et récidive par rapport aux phases du traitement. [10]

5) La sévérité

La CIM-10 et le DSM-IV qualifient l'épisode dépressif, selon la sévérité des symptômes [10] 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 alors seulement mineure.

- 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.

- 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, concordant ou non avec le trouble de l'humeur.

6) Le risque suicidaire

Le suicide est un problème majeur de santé publique. Il est l'aboutissement d'une situation de crise qui est souvent ignorée. Les recommandations soulignent l'importance de l'évaluation du risque suicidaire à chaque consultation dans la prise en charge du patient dépressif [12]. Même si la détection de ces troubles en médecine générale est difficile, car le mode d'expression passe souvent par le corps.

Chez les patients dépressifs, la prévalence annuelle des tentatives de suicide est de l'ordre de 4 à 10% [6].

Les dépressions brèves récurrentes, l'état anxieux, le trouble panique (64% de ces sujets ont eu des idées suicidaires et 20% ont fait au cours de leur vie une tentative de suicide) et les attaques de panique, l'alcoolisme et la toxicomanie sont les autres facteurs de risque psychopathologiques rencontrés [6].

Les différentes enquêtes en particulier les autopsies psychologiques [7] [8], indiquent qu'un nombre important de suicidants et de suicidés ont consulté un praticien dans les jours précédant le passage à l'acte : 60 à 70% ont consulté le mois précédent et 36 % la semaine précédente. L'augmentation de la fréquence des consultations est un signe d'alerte.

6.1) Les outils de dépistage

L'idéal est de trouver un instrument permettant de prédire ou suspecter fortement le risque suicidaire. De 1966 à 1984, une quinzaine d'échelles ont été publiées.

L'échelle de désespoir de Beck est la plus répandue. Sa sensibilité est forte. Elle comprend 20 items.

L'Echelle d'Evaluation du Risque Suicidaire de Ducher comprend seulement 10 items ; la classification du DSM IV en comprend 9.

Leurs utilisations en dépistage, au cours d'une consultation de médecine générale paraissent peu adaptées, compte tenu du temps nécessaire pour la remplir. Ce sont des outils néanmoins utiles pour les essais cliniques et les travaux de recherche.

Par ailleurs, le médecin généraliste peut s'appuyer sur les critères de définition de l'urgence de la crise suicidaire établis selon les conclusions de la conférence de consensus de novembre 2000 « La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge » (*Annexe 9*). Ces critères identifient l'attitude du patient en crise selon trois niveaux d'urgence : « faible, moyenne et élevée ».

6.2) La conduite à tenir

En cas de risque suicidaire important, l'hospitalisation en milieu spécialisé, en service libre, paraît la solution, après discussion avec le patient et sa famille, s'il ne s'y oppose pas.

En cas de refus de soins, l'hospitalisation peut être établie sur la demande d'un tiers (article L.333 du code de la santé publique, loi du 27 juin 1990).

En l'absence de facteurs d'urgence, plusieurs solutions se présentent. Tout d'abord, l'hospitalisation peut-être discutée avec le patient et son entourage. Puis, en cas de non-hospitalisation, un suivi ambulatoire est à proposer souvent en collaboration ponctuelle ou régulière avec un psychiatre. L'objectif est de traiter la crise suicidaire et les troubles sous-jacents. L'explicitation de la crise et de l'idéation suicidaire est une tâche qui exerce une fonction préventive. Le médecin de famille s'attachera à replacer l'épisode actuel dans le contexte de vie et dans l'histoire du patient qu'il est souvent le mieux à connaître.

Un des rôles du médecin généraliste peut être d'accompagner son patient jusqu'au point où celui-ci pourra se décider à consulter un psychiatre. Pour cela, le travail en réseau permet l'implication d'autres intervenants du champ sanitaire et social.

Au total, l'intervention du médecin traitant se fait à 3 niveaux [9] :

- en prévention primaire, il doit repérer et dépister les patients suicidaires ;
- en prévention secondaire, il doit évaluer l'intensité de la crise suicidaire et développer une stratégie thérapeutique adaptée ;
- en prévention tertiaire, il doit éviter la récidive suicidaire des suicidants.

Grâce aux classifications explicitées, le médecin généraliste peut établir le diagnostic d'épisode dépressif caractérisé. Mais parfois, pour des raisons de complexité de l'affirmation du diagnostic, mais également dans le cadre du suivi, le médecin généraliste a besoin d'outils d'aide au diagnostic.

II) LES ECHELLES DIAGNOSTIQUES

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

Galton, dès 1879, a proposé d'appliquer des méthodes quantitatives à l'évaluation clinique. Ces méthodes se sont progressivement imposées dans le but de poser un diagnostic, de sélectionner des échantillons homogènes de patients, et d'objectiver un effet thérapeutique.

Loin de se substituer à l'évaluation clinique habituelle, ces outils se sont avérés un complément non négligeable, surtout dans différents domaines de recherche.

1) Les échelles d'évaluation spécifiques

Les échelles d'évaluation correspondent à des modalités d'évaluation codifiées du jugement clinique : les situations sont standardisées ou semi-standardisées, le comportement du sujet est analysé par un observateur (hétéro-questionnaire). Parfois, les questionnaires ne requièrent pas la présence d'un examinateur (auto-questionnaire). Quelle que soit leur modalité, ces outils doivent satisfaire à des exigences métrologiques spécifiques : validité, sensibilité, spécificité, fidélité inter-juge ou test-retest… Nous exposerons ici les échelles de dépression répondant à ces critères [11].

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

La **Montgomery and Asberg Depression Rating Scale ou MADRS** (Montgomery et Asberg, 1979) est l'une des échelles les plus utilisées en France et en Europe depuis 1980, traduite par Bobon et T. Lempérière. Elle est moins utilisée aux Etats-Unis. Cette échelle est particulièrement sensible au changement. Pour certains, la supériorité de la MADRS au changement par rapport à la HAMD à 17 items est manifeste. D'autre part, elle privilégie les signes cliniques psychiatriques, particulièrement intéressant en cas de troubles somatiques associés. Elle repose sur un entretien clinique soigneux. Son utilisation n'en demeure pas moins simple et rapide. La MADRS compte 10 items, extraits de la CPRS (Comprehensive Psychiatric Rating Scale). Les 10 items évaluent la tristesse apparente et exprimée, la tension

intérieure, les troubles du sommeil, les pertes d'appétit, les difficultés de concentration, la lassitude, la perte de sentiment, l'anhédonisme, les idées suicidaires. Chaque item comporte une définition générale et six degrés de gravité (les degrés 0, 2, 4 et 6 étant spécifiés). Des consignes générales sont indiquées en début d'échelle. La note seuil est estimée à 15, mais, pour les essais thérapeutiques, une note seuil de 20 est retenue. Son principal écueil est de ne pas considérer le ralentissement et l'anxiété éventuellement présents.

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

L'**échelle de ralentissement dépressif ou ERD de Widlöcher** (Jouvent, 1980) est un outil original, évaluant une dimension particulière et plus homogène de la symptomatologie dépressive, quelle qu'en soit la forme clinique : le ralentissement (moteur, verbal, idéique, cognitif). Elle est plus ou moins reconnue sur le plan international et est surtout utile dans l'évaluation de l'efficacité d'un traitement antidépresseur. Elle est constituée de 14 items gradués de 0 (absent) à 4 (important). Un score inférieur à 16 est équivalent à un ralentissement douteux.

Les **échelles de Newcastle** (Carney, 1965) sont des échelles courtes, de 10 variables pondérées. L'une des plus connues est l'échelle de « diagnostic de dépression », l'autre correspond à l'échelle de « pronostic de la réponse à la sismothérapie ». Elles sont utilisées dans un but diagnostique, par des psychiatres, et permettraient la différenciation entre dépressions endogènes et dépressions névrotiques : l'intensité générale des signes cliniques de dépression serait plus élevée lors de dépressions endogènes, les scores obtenus seraient alors supérieurs à 6. La validité de la différenciation entre ces deux concepts de dépression est discutée cependant.

Les **Research Diagnostic Criteria de dépression majeure ou RDC** (école de New York, Sptitzer, 1978), basés sur des critères diagnostiques spécifiques de 24 affections psychiatriques, dont les troubles dépressifs majeurs, ont été conçus pour accroître la fidélité du diagnostic clinique. Ils permettent la sélection d'échantillons homogènes, et sont particulièrement intéressants dans l'étude de variables psychologiques, sociales et psychopharmacologiques. La méthode d'étude est reconnue sur le plan international, mais nécessite un entrainement avec l'examinateur. Elle repose sur un entretien semi-structuré (guide d'entretien à disposition) permettant de classer les troubles dépressifs majeurs en 10

catégories : 5 correspondant aux signes cliniques actuels, les 5 autres, à l'histoire de la maladie.

Les **Critères empiriques Français de Dépression** sont une tentative de définition opérationnelle de diagnostic de dépression reposant sur la classification française des troubles mentaux (Pull, 1984). Une première liste de critères permet le diagnostic positif de dépression non spécifique. Une seconde liste de critères différencie les états dépressifs psychotiques et non psychotiques. Le diagnostic dépend essentiellement de l'impression subjective de l'examinateur, et requiert une certaine expérience clinique. Elle n'apprécie pas la gravité de la dépression et les critères choisis sont contestés de nos jours.

L'**échelle de dépression de Raskin** (Raskin, 1969) évalue de façon simple et rapide l'intensité de la dépression et est sensible au changement. Il s'agit d'un jugement global défini non par des items mais par des domaines tels que le comportement du patient, ses plaintes, les symptômes secondaires. Les scores s'échelonnent de 0 à 12 ; chaque domaine est pondéré de 0 (absent) à 4 (énormément). Un score global de plus de 6 signe un syndrome dépressif pouvant justifier d'un traitement antidépresseur, les scores supérieurs à 9, une dépression sévère. Si les caractéristiques de cet outil sont satisfaisantes, les faux positifs sont nombreux et la version française n'est pas validée.

Cependant, trois publications méritent une attention particulière dans le repérage ou dépistage des signes dépressifs dans le cadre des soins primaires du fait de leur nombre d'items assez réduit et pouvant être utilisés en pratique courante dans le cadre d'une consultation de médecine générale.

2) Les échelles réduites utilisables en médecine générale

2.1) Un test à 2 questions, PRIME-MD,

Ce test PRIME-MD a été proposé par Whooley en 1997 [13], suite à une évaluation auprès d'un échantillon de 590 patients.

Il est composé de deux questions :

Au cours du dernier mois,

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

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

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

2.2) Un test complémentaire au PRIME-MD (appelé T 4) à quatre questions

Le T 4 a été évalué par Brody en 1998 [14]. Le questionnaire a concerné 1000 patients interrogés sur les 4 symptômes suivants :

Trouble du sommeil, anhédonie, baisse de l'estime de soi, modifications de l'appétit.

Le test est positif avec au moins deux réponses positives. Parallèlement, ils répondaient aux 2 questions du PRIME-MD et aux 9 questions du DSM-IV.

La sensibilité du T 4 en complément du PRIME-MD est de 97%. Un quart des patients dépistés ayant un T 4 avec au moins 3 réponses positives présentaient des idées suicidaires.

Les auteurs concluent que l'association du PRIME-MD et du T 4 répond aux conditions d'exercice de la médecine générale et en particulier au temps disponible. Ce protocole semble également permettre d'apprécier la sévérité de la dépression.

2.3) Le MINI (Mini International Neuropsychiatric Interview) à quatre questions

Un travail français récent [15] permet le repérage des patients potentiellement déprimés grâce aux 4 questions du MINI. Il a été proposé à 1100 personnes de la cohorte GAZEL (cohorte multi professionnelle d'agents EDF-GDF).

Le test est positif si un sujet répond oui à l'une des 4 affirmations suivantes :

- *j'ai des troubles du sommeil*
- *je me sens fatigué tout le temps*
- *je me sens nerveux, tendu*
- *j'ai du mal à faire face aux évènements.*

Parmi les personnes déprimées selon les critères du MINI, mais non prises en charge de façon spécifique, 83% pourraient être dépistées par ce test. Dans cette étude de cohorte 77,4% des sujets déprimés n'ont bénéficié d'aucune prise en charge. Ce test a des propriétés similaires au CES-D version française. Il est d'une utilisation plus simple et devrait s'intégrer plus aisément dans une consultation de médecine générale.

A signaler un biais d'échantillonnage : la cohorte est une population particulière, les agents EDF-GDF. Elle n'est pas représentative de l'ensemble de la population, ni des consultants en médecine générale. Comme test de repérage ou de dépistage, il mérite d'être réévalué en consultation de médecine générale.

Fort de l’identification des symptômes et de l’établissement du diagnostic d’épisode dépressif caractérisé, le médecin généraliste doit mettre en place la prise en charge.

III) LA PRISE EN CHARGE EN AMBULATOIRE D'UN EPISODE DEPRESSIF ISOLE : les recommandations de l'HAS 2002

Après avoir défini l'épisode dépressif majeur, ses complications ainsi que les outils d'aide au diagnostic, il convient d'articuler ces éléments pour une adaptation à la pratique. C'est l'objectif des recommandations de la Haute Autorité de Santé que nous allons présenter.

1) Les principes généraux

Dans la démarche de prise en charge [10], il convient tout d'abord d'affirmer le diagnostic de dépression, et d'apprécier le risque suicidaire, ensuite de rechercher des troubles psychiatriques (y compris la prise d'alcool ou de drogues) ou somatiques (en particulier des troubles vasculaires, endocriniens, ou des maladies neurologiques dégénératives) antérieurs ou associés, qui, s'ils sont présents, sont à prendre en compte dans le choix du traitement.

L'information du patient, et s'il en est d'accord son entourage, occupe une part importante dans la prise en charge.

En effet, elle doit porter sur la nature des troubles dépressifs, les effets bénéfiques et indésirables du traitement, et permettre de définir avec lui un projet thérapeutique. L'adhésion du patient est nécessaire afin d'éviter les abandons de traitement et doit être réévaluée régulièrement.

Le patient doit également être informé, après amélioration symptomatique, des signes précoces de rechute.

Une consultation psychiatrique est recommandée quand la situation nécessite un avis psychiatrique, notamment s'il existe une possible incidence médico-légale, en cas de contexte familial difficile, ou en cas de co-morbidité psychiatrique. Cette consultation spécialisée est également recommandée quand il n'est pas possible d'instaurer une véritable « alliance thérapeutique » de même qu'en cas de réponse insuffisante au traitement dans les 8 à 12 semaines, ou plus tôt selon la sévérité des symptômes et enfin à n'importe quel moment de la prise en charge si le patient le souhaite.

L'hospitalisation en milieu psychiatrique est recommandée en cas de risque suicidaire correspondant à la crise suicidaire « d'urgence élevée » selon les propositions de la conférence de consensus d'octobre 2000 sur la crise suicidaire [16]. Toute autre situation devant être évaluée au cas par cas. Il peut être nécessaire de recourir aux dispositions de la loi du 27 juin 1990 dans le cas d'une hospitalisation sous contrainte. Une hospitalisation peut également être envisagée dans certaines formes sévères, en cas de symptômes psychotiques ou somatiques sévères associés et à chaque fois qu'une situation particulière l'exige (un entourage social ou familial insuffisant, l'impossibilité de maintenir les nombreux contacts nécessaires à la réassurance du patient, l'insuffisance de réponse au traitement par exemples).

2) Les moyens thérapeutiques

2.1) Les antidépresseurs

Toutes les classes thérapeutiques ont montré leur efficacité dans l'épisode dépressif.

Il n'a pas été démontré de différence d'activité statistiquement significative entre les Imipraminiques et les ISRS (Inhibiteurs Sélectifs de la Recapture de la Sérotonine) et ISRSNA (Inhibiteurs Sélectifs de la Recapture de la Sérotonine et de la NorAdrénaline) chez les patients traités en ambulatoire.

Le risque d'abandon de traitement, toutes causes confondues, ou à cause d'un effet indésirable, est plus faible sous ISRS et ISRSNA que sous Imipraminiques, de manière statistiquement significative (la réduction du taux d'abandon sous ISRS et ISRSNA est d'environ 4 %) [10]. Les ISRS et ISRSNA sont donc considérés comme mieux tolérés, notamment à long terme.

Le choix d'un antidépresseur repose préférentiellement sur quelques critères spécifiques :

- l'utilisation thérapeutique d'effets latéraux (par exemple, recherche de sédation, d'anxiolyse, ou de stimulation) ;
- l'indication préférentielle d'une classe thérapeutique dans certaines co-morbidités psychiatriques, par exemple les ISRS pour les troubles obsessionnels ;
- le respect des contre-indications (co-morbidités organiques) et des risques d'interactions médicamenteuses selon les résumés des caractéristiques des produits inscrits dans le Vidal.

En l'absence d'indications particulières, il est recommandé de choisir l'antidépresseur le mieux toléré, le moins dangereux en cas d'absorption massive, et le plus simple à prescrire à dose efficace. Les ISRS, ISRSNA, et autres antidépresseurs non imipraminiques non IMAO (Inhibiteurs de la MonoAmine Oxydase) obéissent le mieux à ces exigences.

Les différents antidépresseurs couramment utilisés en médecine générale doivent être utilisés aux doses efficaces spécifiées pour chaque molécule.

2.2) Les psychothérapies

Une psychothérapie est un acte technique qui implique une formation spécifique du thérapeute (psychiatre, médecin généraliste, psychologue) en référence à un modèle théorique. Elle peut être ou non associée à un traitement antidépresseur.

Les psychothérapies cognitives et cognitivo-comportementales, les psychothérapies de soutien et les psychothérapies interpersonnelles ont fait l'objet d'études contrôlées dans les dépressions d'intensité légère à modérée. Les psychothérapies d'inspiration analytique, instituées au mieux à distance de la phase aiguë, constituent, pour certains patients, un recours utile.

D’autres formes de psychothérapies (relaxation, psychodrame, thérapies conjugales ou familiales) répondent à des demandes particulières.

La qualité de la relation médecin-malade fondée sur l’empathie et sur la force de conviction du médecin quant à l’aide qu’il apporte à son patient est dans tous les cas d’une particulière importance.

2.3) L’électro-convulsivothérapie

L’électro-convulsivothérapie, traitement efficace de la dépression, n’entre pas dans le champ de cette recommandation sur la prise en charge ambulatoire. Ses indications répondent aux recommandations publiées par l’ANAES en avril 1997.

3) Les stratégies thérapeutiques en ambulatoire

L’ensemble des stratégies thérapeutiques décrites ci-après sont représentées sous la forme d’un arbre décisionnel en *Annexe 8*.

3.1) En première intention

Dans l’épisode dépressif léger à modéré, les antidépresseurs et les psychothérapies sont efficaces. L’association antidépresseurs-psychothérapie n’a pas fait la preuve d’une plus grande efficacité que la psychothérapie seule dans ces formes légères à modérées.

- En cas d’épisode dépressif léger, une psychothérapie est proposée en première intention, en fonction de l’accessibilité de ce type de traitement et des préférences du patient; sinon, les antidépresseurs peuvent être proposés.

- En cas d’épisode dépressif modéré, les antidépresseurs sont proposés en première intention; l’association antidépresseurs-psychothérapie peut être proposée en cas de difficultés psycho-sociales ayant un retentissement marqué sur la vie du patient.

- Dans l’épisode dépressif sévère, les antidépresseurs sont indispensables. L’association antidépresseurs-psychothérapie peut être proposée. Les antidépresseurs peuvent être associés aux neuroleptiques dans les formes psychotiques.

La fréquence optimale des consultations n’a pas fait l’objet d’études spécifiques et dépend de la sévérité des symptômes : chaque patient présente un « cas » trop particulier pour permettre d’énoncer une recommandation générale. On peut seulement rappeler les principes suivants :

- en début de traitement, il est recommandé d’informer le patient qu’il peut disposer d’un recours médical 24 heures sur 24 ; une consultation doit être prévue rapidement, notamment pour « accompagner » le malade durant cette période où le traitement n’est pas encore efficace, mais peut déjà poser des problèmes de tolérance ; pendant les premières semaines un rythme de consultation au moins hebdomadaire est souvent nécessaire ;

- ensuite, le rythme des consultations dépend de la sévérité des symptômes, de l'efficacité et de la tolérance du traitement ;

- une réponse insuffisante au traitement exige des consultations plus fréquentes, et le cas échéant, une consultation spécialisée voire une hospitalisation.

Il est recommandé au cours des consultations :

- d'apprécier le risque suicidaire;

- de préciser au patient déprimé, afin d'éviter les abandons de traitement liés à une sous-évaluation des bénéfices et/ou une focalisation sur les effets secondaires:

  - la manière et le moment de prendre ses médicaments,
  - le délai avant l'apparition des effets positifs du traitement,
  - la nécessité de la poursuite du traitement même après amélioration,
  - les possibilités de contacts en cas de questions ou de problèmes,
  - la nécessité d'un avis médical avant l'arrêt du traitement ;

- d'augmenter progressivement les doses des antidépresseurs dont l'effet est probablement dose-dépendant jusqu'à la dose recommandée pour permettre une adaptation aux effets secondaires; les doses thérapeutiques sont généralement moins élevées chez le sujet âgé ;

- d'évaluer la réponse au traitement, l'observance, les effets secondaires ;

- de limiter la quantité de médicaments prescrits à la quantité nécessaire pour le traitement entre deux consultations afin de limiter les conséquences somatiques en cas d'absorption massive.

3.2) En seconde intention (réponse partielle ou non-réponse au traitement initial)

Il est recommandé de :

- rechercher systématiquement un manque d'observance et en rechercher la cause (troubles psychologiques, environnement défavorable, mauvaise tolérance du traitement);

- réévaluer le diagnostic et rechercher une cause organique (par exemple troubles vasculaires, troubles endocriniens, maladie neurologique dégénérative), ou psychologique (environnement défavorable, troubles de la personnalité, prise d'alcool), ou iatrogénique, qui peuvent expliquer une non-réponse ou une réponse partielle au traitement malgré une bonne observance ;

- modifier et ajuster la proposition thérapeutique en fonction de l'appréciation de la gravité des symptômes lors des consultations, comme résumé sur la *figure 1*.

4) Les modalités d’arrêt d’un traitement de longue durée

4.1) Les modalités d’arrêt d’une psychothérapie

Les modalités précises d’arrêt dépendent du type de psychothérapie utilisée, du thérapeute et des souhaits du patient. Quelle que soit la thérapie utilisée, la fin de la prise en charge est une phase thérapeutique à part entière.

Il est recommandé :

- d’informer le patient des modalités d’arrêt en début ou en cours de traitement ;
- de planifier cet arrêt avec lui, c'est-à-dire l’informer des éventuelles difficultés à venir, des possibilités de fluctuations thymiques ultérieures, de prévoir éventuellement un espacement progressif des consultations avant l’arrêt, et rester disponible après l’arrêt.

4.2) Les modalités d’arrêt d’un traitement de longue durée par antidépresseurs

Il est recommandé d’informer le patient de la possibilité de survenue à l’arrêt d’un traitement prolongé par antidépresseurs de l’un des 3 phénomènes suivants :

- *la récidive :* réapparition des symptômes dépressifs d’origine ;
- *le rebond :* réapparition des symptômes dépressifs d’origine, mais plus sévères, qui impose la reprise du traitement à la dose initiale, après avis psychiatrique ;
- *le syndrome d’arrêt*, parfois appelé syndrome de sevrage, qui apparaît dans les jours suivant l’arrêt, rarement au-delà d’une semaine, et qui dure moins d’une semaine en moyenne. Les symptômes les plus habituels sont :
  - anxiété, irritabilité, tension nerveuse,
  - cauchemars et autres troubles du sommeil,
  - sensations vertigineuses, troubles de l’équilibre et autres troubles neurosensoriels,
  - syndrome pseudo-grippal (rhinorrhée, myalgies, malaise, nausées, vomissements, diarrhée, frissons).

Il est recommandé de diminuer les posologies progressivement de façon à prévenir la survenue d’un syndrome d’arrêt et d’autre part d’augmenter la fréquence des consultations du fait du risque de réapparition des symptômes qui ont nécessité la mise en place du traitement. La période de diminution des posologies sera d’autant plus prolongée que la durée de traitement aura été plus longue. Elle sera généralement comprise entre 1 et 6 mois, par exemple :

- traitement < 1 an : arrêt en quelques semaines, en diminuant par exemple toutes les semaines la posologie journalière ;
- traitement > 1 an : arrêt en quelques mois, en diminuant par exemple tous les mois la posologie journalière.

IV) L'OFFRE DE SOINS EN SANTE MENTALE

L'analyse des recommandations montre, dans certaines situations, la nécessité d'un travail coordonné entre le médecin généraliste et le psychiatre. Or, il apparaît que l'accès au spécialiste est particulièrement difficile en matière de délai d'attente et d'éloignement géographique dans le département des Vosges. Pour identifier cela, nous décrirons donc l'offre de soins en France et dans les Vosges.

1) L'organisation en France

La France possède un dispositif en principe réparti sur le territoire et facilement accessible, qui est représenté par le secteur [44].

- 829 secteurs de psychiatrie générale et 320 secteurs de psychiatrie infanto-juvénile quadrillent le territoire et permettent une offre de soins diversifiée et gratuite : hospitalisation complète (61500 lits publics), au moins un lieu de consultation (CMP) par secteur, hôpitaux de jour, appartements thérapeutiques, CATTP, etc.
- auxquels s'ajoute le dispositif libéral : 6600 praticiens, 10 000 lits en cliniques privées et 30 000 en associatif.

Cependant, quantitativement, la majorité des personnes souffrant de problèmes de santé mentale est vue par les médecins généralistes qui sont le premier recours.

2) L'organisation dans les Vosges

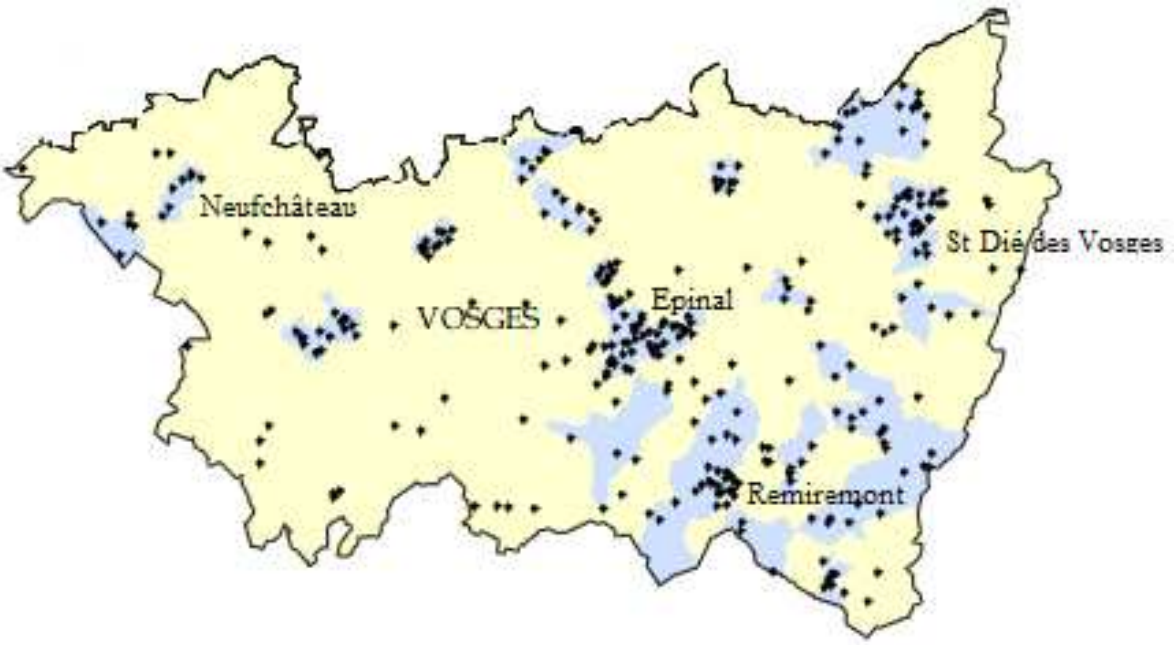
Les médecins généralistes représentent l'offre de soins de premier recours. Au premier janvier 2009, les médecins généralistes libéraux dans le département des Vosges sont au nombre de 511 en exercice total. La densité pour 100 000 habitants est de 77,5 médecins généralistes, avec une moyenne d'âge de 51 ans dont 38% ont plus de 55 ans [34]. Leur répartition est représentée dans la *carte 1*. Elle révèle de nombreuses zones de désert médical.

Concernant la psychiatrie, le département des Vosges est réparti en 5 secteurs de psychiatrie. Le centre psychiatrique de référence est représenté par le CHS de Ravenel à Mirecourt.

Les psychiatres exerçant dans ce département sont au nombre de 40 dont 17 ont un exercice libéral et 23 ont un exercice salarié (*tableau 1*).

Départements	Libéraux	Salariés	Total	Population au 1/01/2007	Densité libéraux	Densité salariés	**Densité totale**
Vosges	17	23	40	382 999	4,4	6,0	**10,4**
LORRAINE	139	204	343	2 338 993	5,9	8,7	**14,6**
FRANCE					**10,6**		**22,4**

Tableau 1: Les effectifs et densités de psychiatres dans le département des Vosges comparés à la Région Lorraine et à la France.



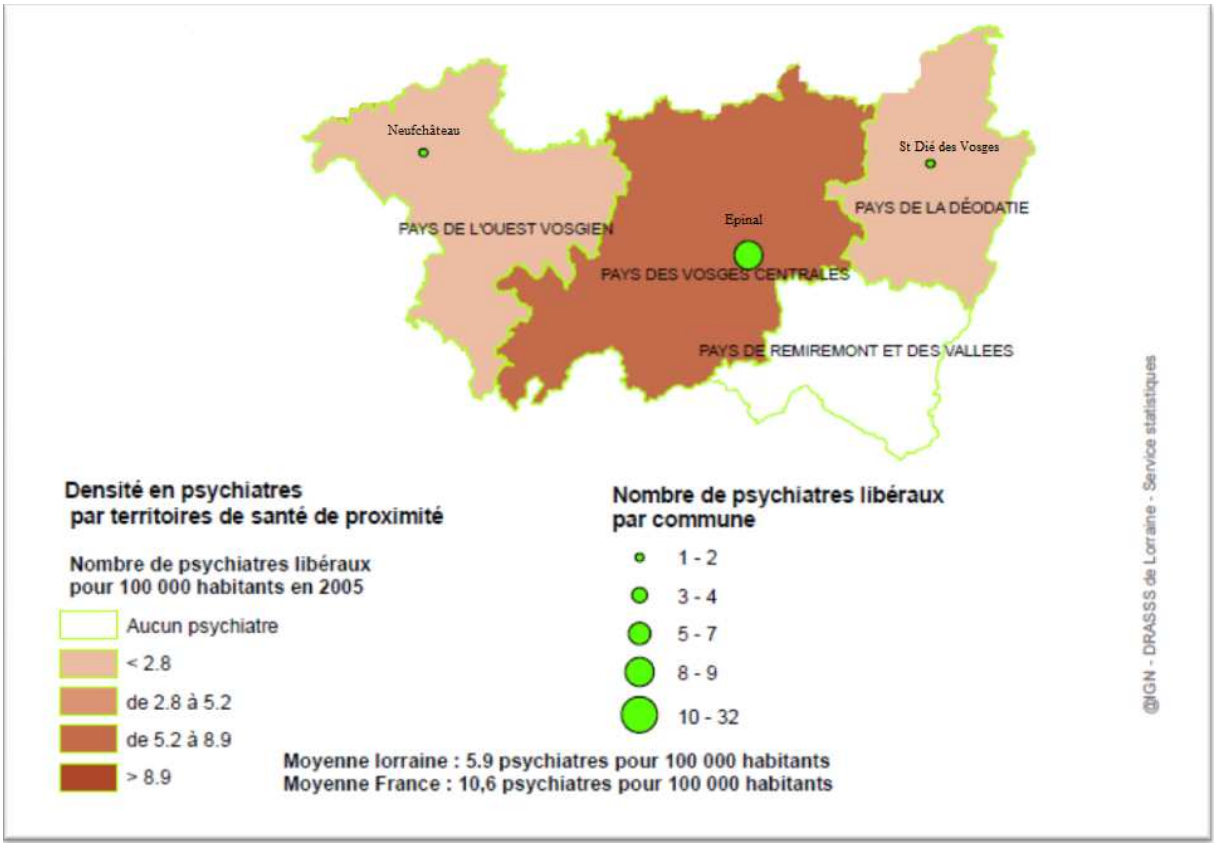
Source : CNOM 2009
Auteur : CNOM, G. Le Breton-Lerouvillois, 2009

Carte 1: La répartition des médecins généralistes libéraux exclusifs à l'échelle communale dans le département des Vosges

Le nombre de psychiatres rapporté à la population des Vosges montre un net déficit de densité aussi bien au niveau libéral qu'hospitalier. Ce déficit, déjà important par rapport à la densité en psychiatre de la région Lorraine (10,4 psychiatres pour 100 000 habitants dans les Vosges contre 14,6 en Lorraine), devient majeur lorsqu'il est comparé aux données de la France entière (densité en France 2 fois plus importante que celle du département des Vosges).

Par ailleurs, nous pouvons remarquer que le service public ne permet pas de palier au manque de psychiatres libéraux car il souffre également d'une densité plus faible comparée à la région Lorraine.

Leur répartition est également particulièrement inégale selon les territoires (*carte 2*). En effet, les psychiatres libéraux se trouvent concentrés en majorité dans la ville d'Epinal [32]. Dans certains territoires vosgiens (Déodatie, Ouest vosgien et Remiremont), la situation est délicate car ces territoires sont assez démunis au plan de la démographie des psychiatres libéraux. Les distances à parcourir pour un recours facile à ce type de professionnel sont assez élevées. De plus, les solutions de recours ne peuvent pas se trouver dans le territoire voisin qui est également largement déficitaire.



Carte 2: La densité en psychiatres par territoire de santé de proximité dans le département des Vosges

Le maillage de l'offre de soins en psychiatre se trouve également dans le service public avec de nombreux CMP et antennes de CMP (*Annexe 7*) dans les principales communes du département des Vosges. L'offre de soins y est représentée par un accueil d'urgence effectué par des infirmiers psychiatriques et par un suivi effectué par des psychologues et éventuellement un psychiatre.

Département	Etablissements	Secteur	Délai attente consultation médecin	Délai attente autre professionnel
88	CHS Ravenel	88G01	de 7 à 14 jours	<7jours
88	CHS Ravenel	88G02	de 15 à 29 jours	<7jours
88	CHS Ravenel	88G03	de 7 à 14 jours	<7jours
88	CHS Ravenel	88G04	de 30 j à <3mois	<7jours
88	CHS Ravenel	88G05	de 7 à 14 jours	de 7 à 14 jours

Source : Enquête DRASS secteurs de psychiatrie - 2003

Tableau 2: Les délais d'attente pour une consultation auprès d'un médecin et auprès d'un autre professionnel

Or, dans les établissements ou services spécialisés en psychiatrie, selon l'enquête de la DRASS secteurs de psychiatrie-2003 [32], les délais d'attente pour obtenir une consultation auprès d'un psychiatre varient selon les secteurs d'une semaine à moins de 3 mois. Par contre, le délai d'attente pour une consultation auprès d'un autre professionnel (infirmier ou psychologue) est de moins d'une semaine en général (*tableau 2*).

C'est dans ce contexte de déficit en psychiatres que le médecin généraliste vosgien doit organiser la prise en charge de ses patients dépressifs. Rappelons que les médecins généralistes font également face à un déficit dans leur propre rang. Cela a pour conséquence de leur apporter un nombre accru de patients. Or, leur moyenne d'âge élevée, laisse augurer d'une aggravation de cette situation dans l'avenir.

Nous avons donc décidé d'objectiver les difficultés rencontrées par le médecin généraliste dans un département à forte ruralité en y menant notre étude.

V) LES DIFFERENCES DE PRISE EN CHARGE DU PATIENT DEPRESSIF EN MILIEU RURAL, SEMI-RURAL ET URBAIN : Une étude pilote réalisée auprès de médecins généralistes vosgiens

1) Le contexte de l'étude

Le questionnement ayant abouti à l'élaboration de cette étude a débuté pendant le stage chez le praticien où nous avons constaté l'importance de la part des consultations liées aux troubles de l'humeur au cabinet de médecine générale.

En effet, le médecin généraliste est en première ligne pour la prise en charge de cette pathologie. De plus, le parcours de soin coordonné renforce cette position de pivot.

Cependant, nous avons également observé que de nombreux patients sont uniquement suivis au cabinet de médecine générale, ce qui se concrétise souvent par un traitement médicamenteux seul. Or dans des zones plus urbaines, les prises en charges offrent plus de possibilités.

Nous avons donc voulu confronter ces constatations à la réalité des prises en charges. Pour cela, nous nous sommes adressés aux médecins généralistes du département des Vosges, selon leur localisation géographique, en comparant leurs prises en charge notamment concernant l'accessibilité au spécialiste.

2) Les objectifs de l'étude

L'objectif principal de l'étude est de démontrer que la prise en charge du patient dépressif vosgien en médecine générale varie selon le lieu d'exercice.

Cela nous permettra d'apporter des éléments de compréhension sur les écarts de prise en charge selon le lieu d'habitation par rapport aux recommandations.

L'étude permettra également de vérifier si la densité médicale influence la prise en charge du patient dépressif en médecine générale dans les Vosges.

Afin de nous assurer que l'étude réponde à nos objectifs, nous avons formulé plusieurs hypothèses.

3) Les hypothèses

Il existe des différences significatives de prise en charge de l'épisode dépressif caractérisé selon le lieu d'habitation des patients dans le département des Vosges.

L'accès au psychiatre est nettement différent selon le lieu d'habitation.

La sous-médicalisation et la difficulté d'accès au spécialiste dans ce département explique l'écart entre les recommandations et la prise en charge de l'épisode dépressif caractérisé en médecine générale.

4) Les caractéristiques de l'étude

L'étude comporte deux volets : le premier est quantitatif et s'appuie sur deux questionnaires envoyé aux médecins généralistes, tandis que le second, une étude qualitative, résulte d'entretiens avec des médecins généralistes.

4.1) Le volet quantitatif

L'étude prospective quantitative se déroule durant une semaine de consultation définie à l'avance auprès de 30 médecins généralistes dont 1/3 exercent en milieu rural, 1/3 en milieu urbain et 1/3 en milieu semi-rural.

Elle comprend deux questionnaires. Le premier questionnaire est à remplir par le médecin pour chaque patient diagnostiqué en épisode dépressif caractérisé (nouveau diagnostic ou en cours de traitement) pendant la semaine du 7 au 12 juin 2010 (*Annexe 3*).

Ce questionnaire est construit de telle manière qu'il puisse s'insérer dans le déroulement de la consultation chez le médecin généraliste. Nous avons veillé également à ce qu'il ne dépasse pas une page pour éviter tout oubli ou réticence de la part du médecin.

Le questionnaire aborde 4 grands thèmes.

Tout d'abord, nous traitons des caractéristiques du patient (âge, sexe et activité professionnelle).

Ensuite, le questionnaire explore le cheminement vers le diagnostic à travers l'utilisation d'un outil d'aide au diagnostic et l'abord du risque suicidaire conformément aux recommandations.

Nous proposons alors 4 types de dépressions :

- masquée pour explorer la part de patients ayant consulté pour un autre motif,
- réactionnelle représentant la plupart des EDC en phase aigue,
- récurrente pour les patients traités ou non au moment de la consultation mais ayant déjà présenté un EDC,
- chronique pour les patients en cours de traitement depuis plus de 2 ans.

Ayant choisi d'inclure tous les patients en EDC, que ce soit un nouveau diagnostic ou non, il nous a semblé important de différencier leur ancienneté dans la maladie et la prise en charge existante : médicamenteuse et/ou psychothérapique.

Nous avons ensuite exploré la prise en charge proposée à l'issue de la consultation :

- le traitement médicamenteux en détaillant les principaux traitements utilisés pour l'EDC.
- l'itinéraire spécialisé proposé ou non par le médecin, et accepté ou non par le patient en identifiant les différentes causes de refus.

Enfin, nous avons voulu évoquer l'impact sociétal en traitant des arrêts de travail éventuels.

Le second questionnaire concerne le médecin généraliste participant à l'étude (*Annexe 2*). Il est à remplir à l'issue de la semaine de l'étude.

Ce questionnaire permet de vérifier la localisation géographique ainsi que les données utiles à l'analyse statistique (le nombre total de patients et le nombre d'EDC diagnostiqués). Nous avons également voulu connaître le sentiment des médecins concernant leur niveau d'information au sujet de l'EDC et l'éventuelle aversion qu'ils pourraient avoir envers les patients dépressifs.

4.2) Le volet qualitatif

L'étude qualitative consiste en trois entretiens semi-directifs réalisés par téléphone auprès d'un médecin généraliste par zone d'activité définie.

Ils sont conduits à partir d'une grille d'entretien (*Annexe 5*).

Cette grille d'entretien est composée de 3 questions principales avec des questions intermédiaires pour guider l'entretien :

- le premier axe de réflexion proposé concerne les difficultés d'établissement du diagnostic,
- le deuxième axe évoque les difficultés d'orientation du patient dépressif vers le psychiatre,
- le troisième axe traite de l'influence de la localisation géographique sur la prise en charge de leurs patients dépressifs.

5) La taille de l'échantillon

Elle représente la part de consultations aboutissant au diagnostic d'épisode dépressif caractérisé dans la population générale ayant consulté au cours de la semaine définie auprès des 30 médecins généralistes participants à l'étude.

5.1) Les critères d'inclusion

Tout patient âgé de 18 à 65 ans (pour éviter la spécificité de l'adolescence et du patient âgé) dont le diagnostic principal est un épisode dépressif majeur, nouveau ou en cours de traitement, que ce soit ou non le motif principal de consultation.

5.2) Les critères de non inclusion

Les patients présentant des troubles bipolaires qui sont probablement déjà suivis par un psychiatre ou les patients présentant des troubles induits par une substance.

Tout patient de moins de 18 ans et de plus de 65 ans.

6) La méthodologie

Pour les besoins de l'étude, nous voulions différencier des zones rurales, semi-rurales et urbaines. En effet, ces distinctions de zones géographiques sont utilisées couramment par les médecins généralistes.

Pour cela, nous avons contacté la D.D.A.S.S. (Direction Départemental des Affaires Sanitaires et Sociales) des Vosges ainsi que le Conseil de l'Ordre des Médecins du département des Vosges qui nous ont orientés vers l'O.R.SA.S Lorraine (Observatoire Régional de la Santé et des Affaires Sociales).

Or, à la question de la définition de telles zones, notre contact à l'O.R.S.A.S. nous a conseillé de nous référer aux catégories officielles définies par l'I.N.S.E.E., à savoir :

Pôle urbain : unité urbaine offrant au moins 5000 emplois et qui n'est pas située dans la couronne périurbaine d'un autre pôle urbain

Couronne périurbaine : recouvre l'ensemble des communes de l'aire urbaine à l'exclusion de son pôle urbain.

Communes multi-polarisées : communes situées hors des aires urbaines, dont au moins 40% de la population résidente, ayant un emploi, travaille dans plusieurs aires urbaines, sans atteindre ce seuil avec une seule d'entre elles, et qui forment avec elles un ensemble d'un seul tenant.

Pôle rural : comprend les communes appartenant à l'espace à dominante rurale et comptant 1500 emplois ou plus.

Couronne d'un pôle rural : composée des communes appartenant à l'espace à dominante rurale et dont 40% ou plus des actifs résidents travaillent dans le pôle rural.

Autre espace rural : regroupe l'ensemble des communes n'appartenant pas à l'espace à dominante urbaine ni à une aire d'emploi de l'espace rural.

Nous avons ensuite fait correspondre la carte communiquée par l'O.R.S.A.S. avec la carte des communes par densité de population consultable sur le site internet de l'I.N.S.E.E.

Pour la tenue de cette étude, nous avons donc choisi, en nous appuyant sur les critères de densité de population et d'attractivité des communes définies par l'I.N.S.E.E, d'attribuer le qualificatif de :

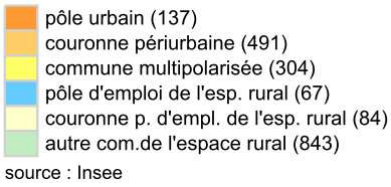
- **zone urbaine** au pôle urbain,
- **zone semi-rurale** à la couronne périurbaine, les communes multi-polarisées et le pôle rural,
- **zone rurale** à la couronne d'un pôle rural et l'autre espace rural.

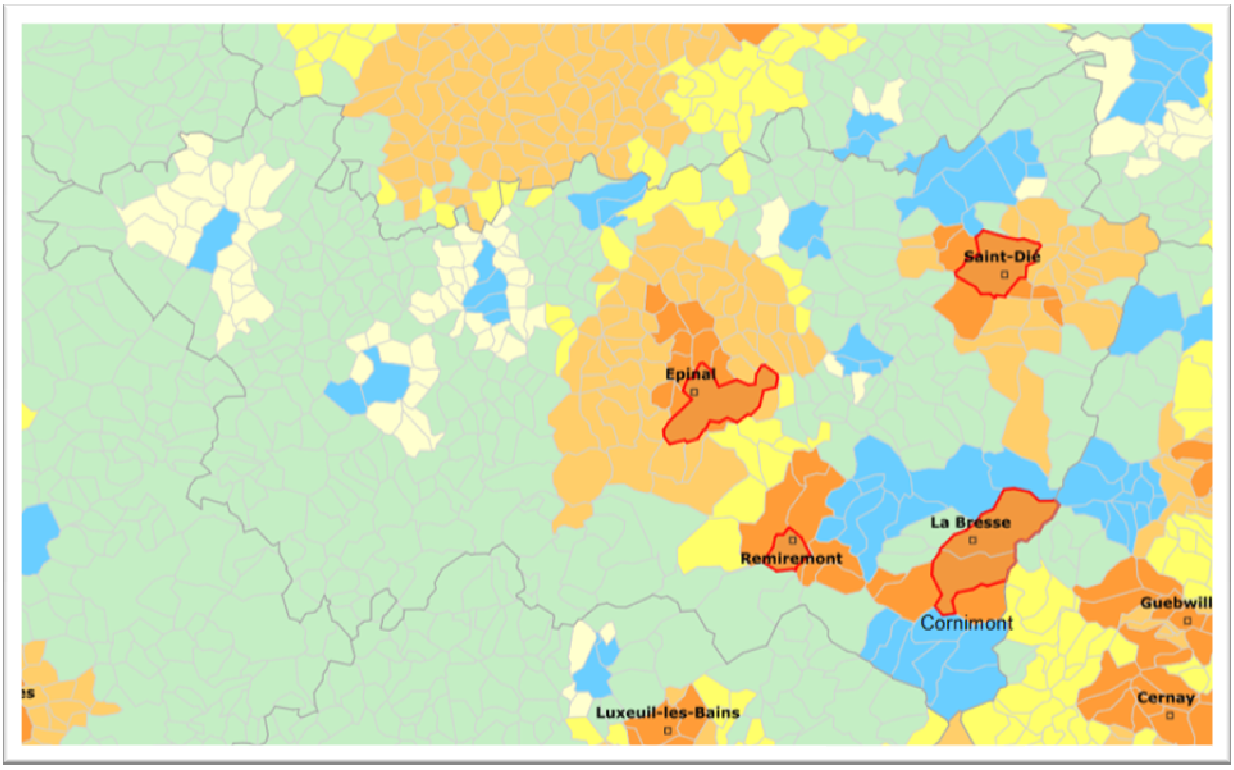
Nous avons ensuite choisi 10 médecins généralistes exerçant dans chaque zone géographique.

Ces praticiens ont été identifiés grâce à l'annuaire téléphonique disponible sur internet en les répartissant de manière équitable sur l'ensemble du département. Voici la liste des villes et villages choisis :

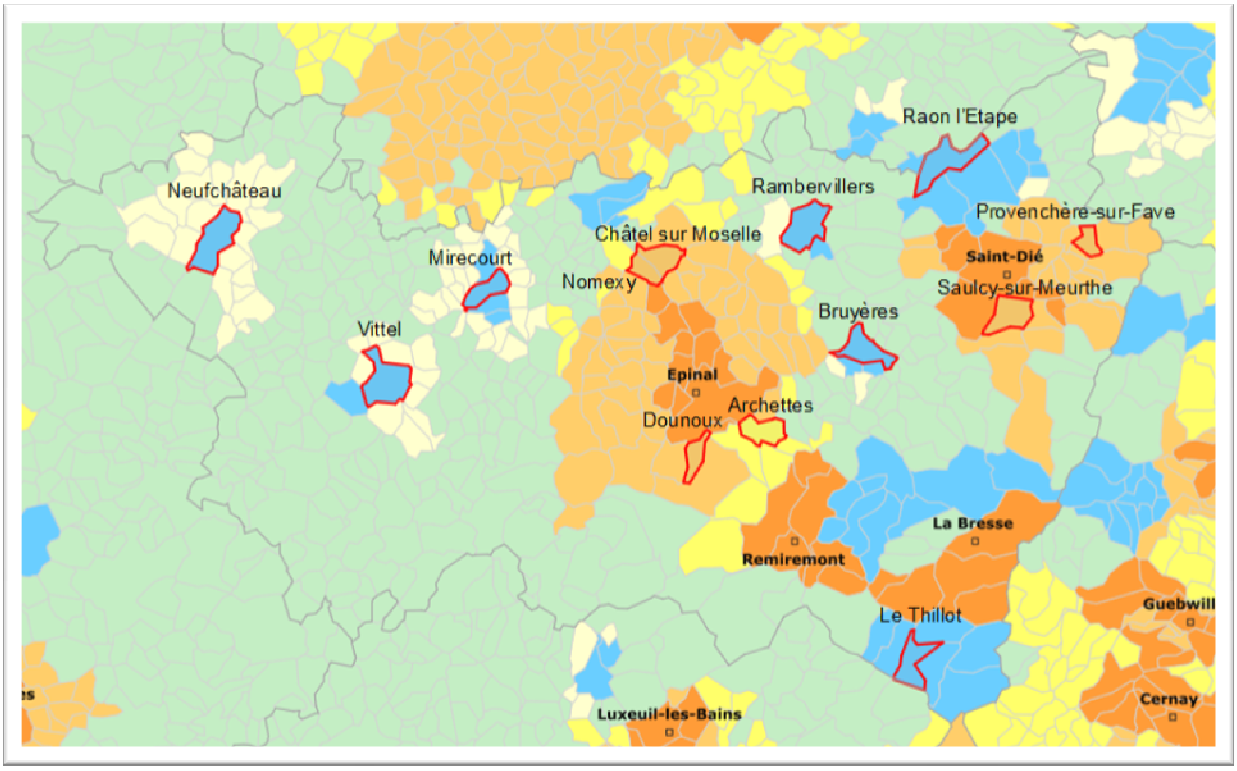
- **Zone urbaine (carte n°4) :** Epinal, St Dié des Vosges, Remiremont, La Bresse, Cornimont.
- **Zone semi-rurale (carte n°5) :** Neufchâteau, Mirecourt, Vittel, Archettes, Rambervillers, Bruyères, Raon l'Etape, Le Thillot, Nomexy, Provenchère sur Fave, Châtel sur Moselle, Dounoux et Saulcy sur Meurthe.
- **Zone rurale (carte n°6) :** Coussey, Mont-lès-Lamarche, Rupt sur Moselle, Corcieux, Liffol le Grand, Gironcourt sur Vraine, Bulgnéville, Xertigny, Plombières lès Bains, Fraize, Laveline devant Bruyères, Bains lès Bains, Docelles, Lamarche, Plainfaing.

<u>Légende des cartes 3, 4 et 5 :</u>

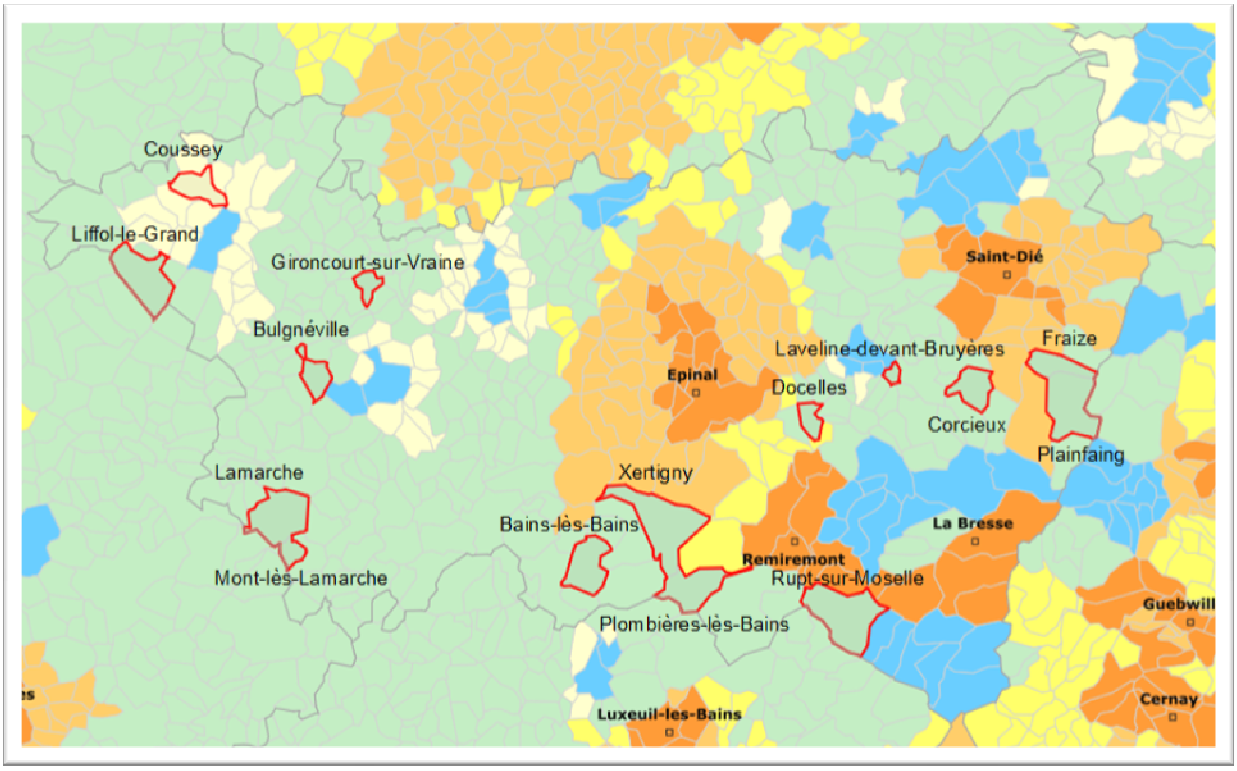




Carte 3: Les communes choisies en zone urbaine



Carte 4: Les communes choisies en zone semi-rurale



Carte 5: Les communes choisies en zone rurale

Les médecins généralistes ont été contactés par téléphone pour avoir leur accord de participation à l'étude et pour leur communiquer la semaine de consultation choisie (semaine du 7 au 12 juin 2010).

L'envoi des questionnaires a été réalisé une semaine au moins avant la semaine définie pour l'étude. Chaque enveloppe contenait un courrier expliquant l'étude (*Annexe 1*), un exemplaire des critères diagnostiques de l'épisode dépressif majeur selon le DSM IV (*Annexe 4*), un questionnaire destiné au praticien à la fin de l'étude (*Annexe 2*), 10 exemplaires du questionnaire à remplir par patient diagnostiqué (*Annexe 3*) ainsi qu'une enveloppe pré timbrée pour le retour des questionnaires.

Le retour des questionnaires s'est effectué tout au long des mois de juin et juillet.

Nous avons reçu 12 réponses sur les 30 envoyées, réparties en 4 médecins par zone géographique.

Ensuite, nous avons procédé au volet qualitatif de l'étude, qui consistait en un entretien avec un médecin exerçant dans chacune des zones définies pour l'étude. Pour cela nous avons réalisé une grille d'entretien support de l'échange avec le médecin contacté (*Annexe 5*).

Les médecins contactés exercent à Rupt-sur-Moselle pour le milieu rural, à Rambervillers pour le milieu semi-rural et à Saint Dié des Vosges pour le milieu urbain.

Ces entretiens ont été menés par téléphone à la demande des médecins pour des raisons de disponibilité. En effet, ils ont tous été réalisés en fin de journée à l'issue de leur journée de consultations.

Les entretiens, d'une durée d'environ 30 minutes, ont été enregistrés avec l'accord de chaque médecin et retranscrits par écrit pour leur exploitation.

Nous avons ensuite collaboré avec le service d'épidémiologie du CHU de Nancy pour l'interprétation statistique des résultats de l'étude quantitative.

VI) RESULTATS

1) Les résultats de l'étude quantitative

L'étude a porté sur 30 médecins généralistes installés dans le département des Vosges et répartis en zone urbaine, semi-rurale et rurale. Seuls 12 médecins ont répondu et renvoyé les questionnaires. 4 d'entre eux, exercent en zone rurale, 4 en zone semi-rurale et 4 en zone urbaine.

1.1) Les caractéristiques des médecins consultés

Les médecins ruraux ont vu en moyenne 127 patients ± 62,9 patients durant la semaine de l'étude dont en moyenne 6 ont été diagnostiqués en épisode dépressif caractérisé (EDC) soit une incidence de 4,72% en moyenne.

Dans la zone semi-rurale, les médecins ont vu en moyenne 134,3 patients ± 33,8 patients. Ils ont en moyenne diagnostiqué 5 patients en EDC soit une incidence de 3,72% en moyenne.

En ce qui concerne les médecins exerçant en zone urbaine, ils ont vu en moyenne en consultation 103 patients ± 35,3 patients et ont diagnostiqué en moyenne 5,5 patients en EDC soit une incidence de 5,34% en moyenne.

91,7% des médecins interrogés pensent être suffisamment informés concernant les recommandations de prise en charge de l'EDC, quel que soit leur lieu d'exercice.

Enfin, ils sont 8,3% à avoir une aversion particulière pour les patients dépressifs, pour des raisons d'accès au spécialiste et de problèmes d'observance au traitement.

1.2) Les caractéristiques des patients

L'âge moyen des patients diagnostiqués en EDC est de 49,2 ans (± 16,8 ans) en milieu rural, 46,5 ans (± 15,6 ans) en milieu semi-rural et 57,7 ans (± 17,8 ans) en milieu urbain.

La répartition du sexe des patients inclus dans l'étude est de 29,2% d'hommes en milieu rural, 35% d'hommes en milieu semi-rural et 22,7% d'hommes en milieu urbain (*figure 2*). Soit environ 2 fois plus de femmes que d'hommes quelque soit le lieu d'habitation.

Concernant leur activité professionnelle, ils sont 58,3% à être inactifs en milieu rural, 40,0% en milieu semi-rural et 72,7% en milieu urbain (*figure 3*).

Le risque suicidaire a été abordé dans 62,5% des cas dans le milieu rural, dans 90% des cas dans le milieu semi-rural et dans 36,4% des cas dans le milieu urbain.

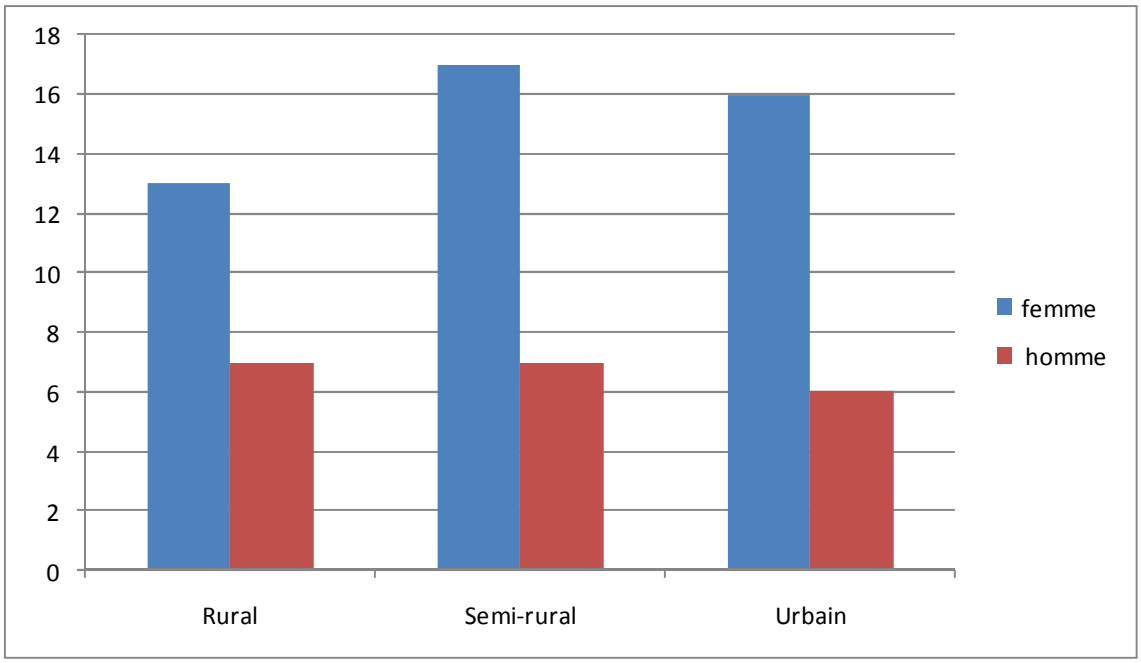


Figure 2: La répartition des sexes selon le lieu d'habitation

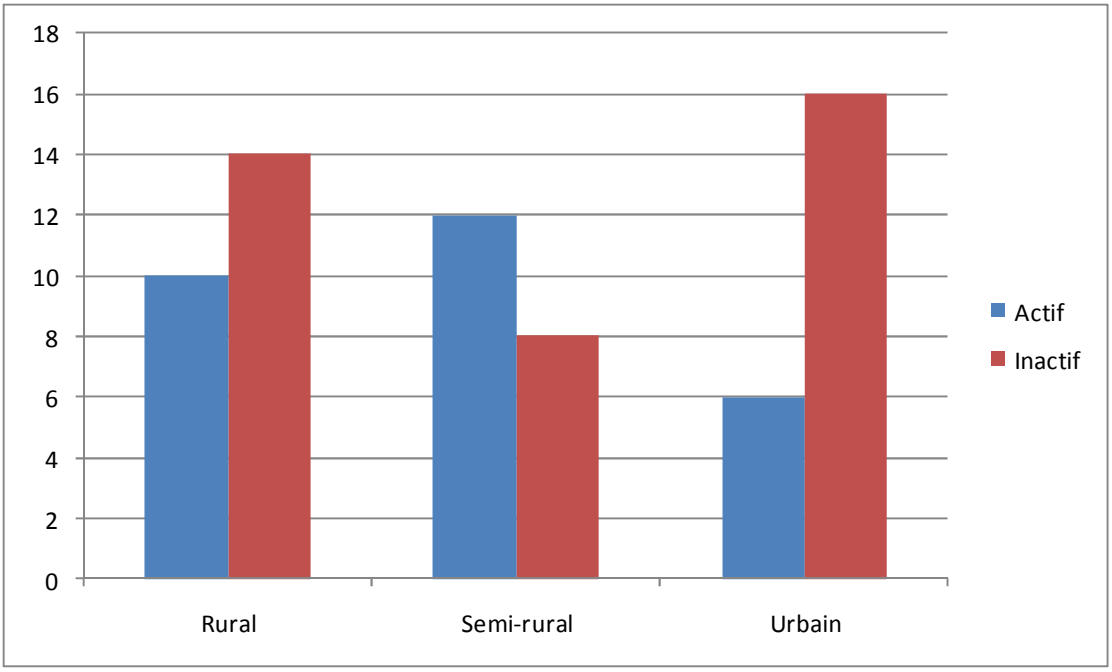


Figure 3: La répartition de l'activité professionnelle selon le lieu d'habitation

Le diagnostic d'EDC n'a pas nécessité l'utilisation d'échelle diagnostique dans 100% des cas en milieu rural, 95% des cas en milieu semi-rural et 100% des cas en milieu urbain.

Le type de dépression diagnostiqué dans le milieu rural est réactionnelle dans 37,5% des cas, chronique dans 25% des cas, récurrente dans 33,3% des cas et masquée dans 4,2% des cas.

Dans le milieu semi-rural, elles sont réactionnelles dans 35% des cas, chroniques dans 30% des cas, récurrentes dans 15% des cas et masquées dans 20% des cas.

Enfin dans le milieu urbain, elles sont réactionnelles dans 31,8% des cas, chroniques dans 40,9% des cas, récurrentes dans 22,7% des cas et masquées dans 4,5% des cas (*figure 4*).

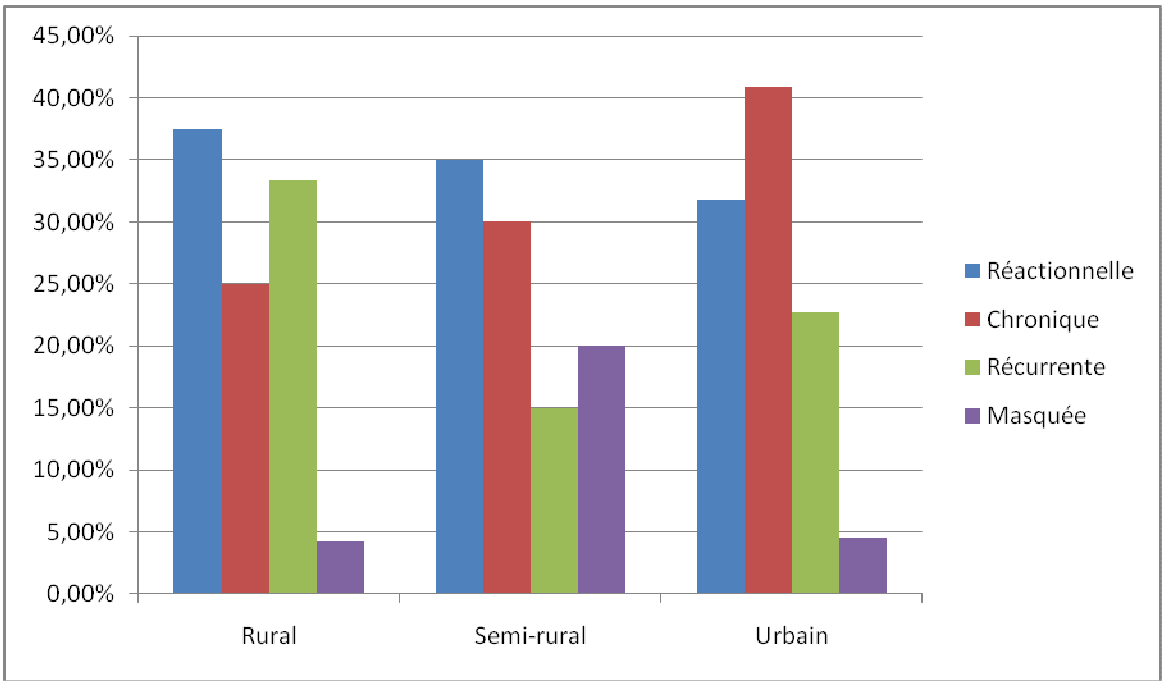


Figure 4: Les types de dépression selon le lieu d'habitation

Pendant la durée de l'étude, les nouveaux diagnostics ont représenté 12,5% des diagnostics d'EDC dans le milieu rural, 25% dans le milieu semi-rural et 4,5% dans le milieu urbain. Les diagnostics de récidive ont représenté 8,3% en milieu rural, 20,3% en milieu semi-rural et 13,6% en milieu urbain.

Les nouveaux diagnostics ainsi que les diagnostics de récidive, c'est-à-dire les patients en phase aigue, représentent donc 20,8% dans le milieu rural, 45,3% dans le milieu semi-rural et 18,1% dans le milieu urbain (*figure 5*).

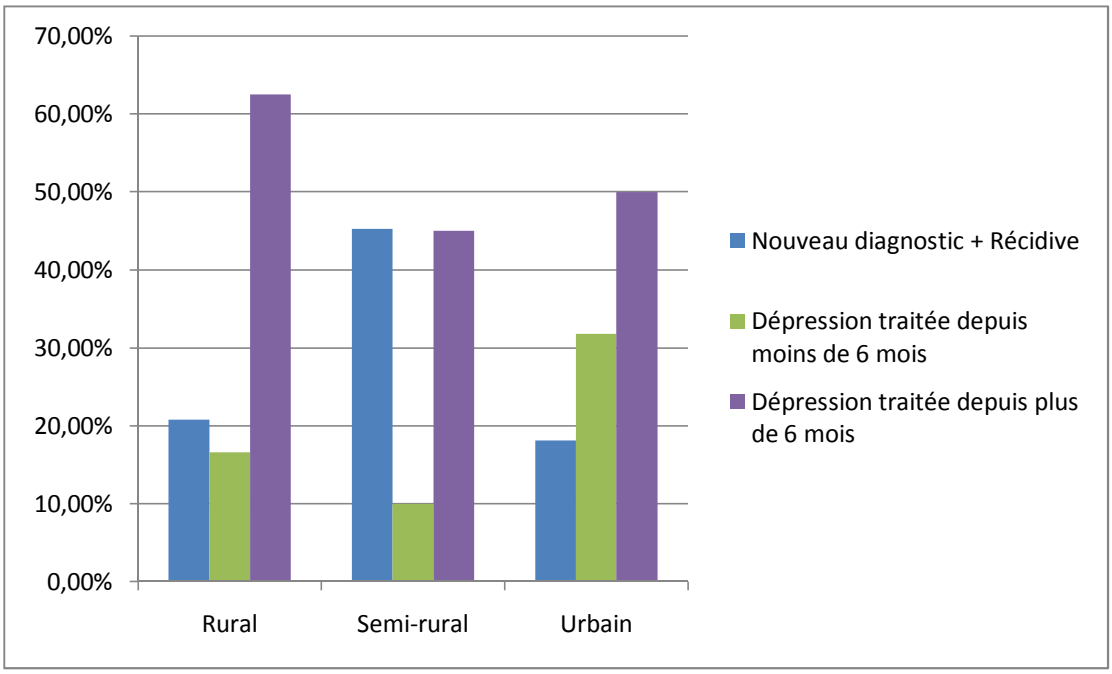


Figure 5: L'ancienneté dans la maladie selon le lieu d'habitation

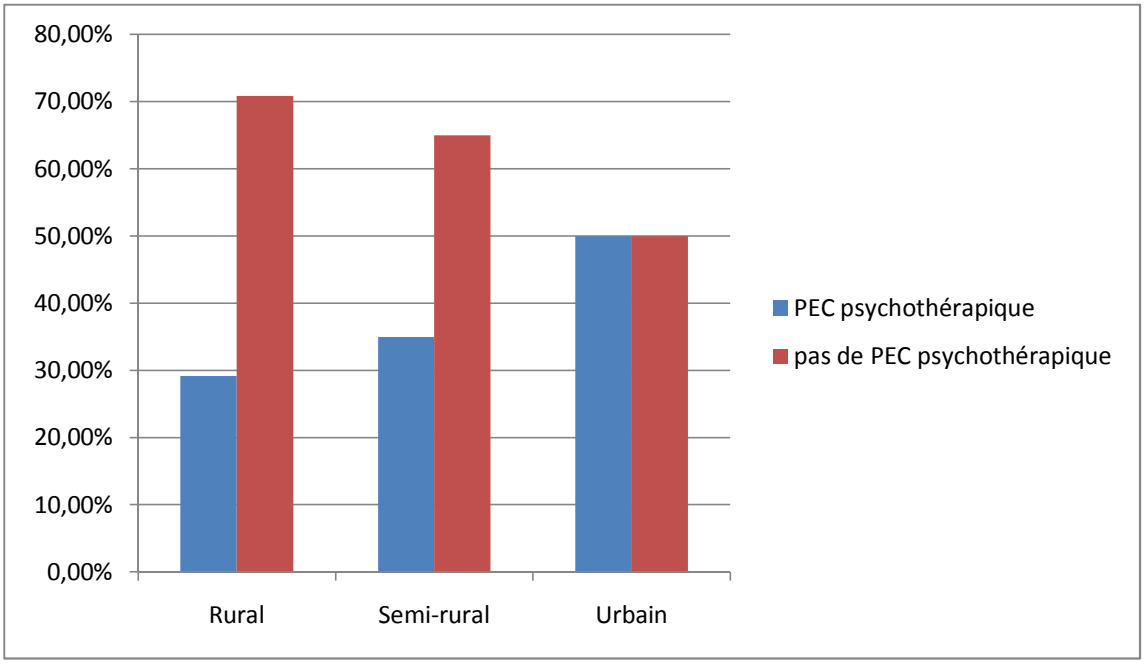


Figure 6: La part de la prise en charge psychothérapique en cours au moment de la consultation selon le lieu d'habitation

Les patients ayant une dépression traitée depuis moins de 6 mois représentent 16,6% dans le milieu rural, 10% dans le milieu semi-rural et 31,8% dans le milieu urbain. Enfin, les patients ayant une dépression traitée depuis plus de 6 mois représentent 62,5% des patients diagnostiqués en EDC dans le milieu rural, 45% dans le milieu semi-rural et 50% dans le milieu urbain.

Au moment de la consultation, les patients bénéficiant d'une prise en charge psychothérapique représentent 29,2% dans le milieu rural, 35% dans le milieu semi-rural et 50% dans le milieu urbain (*figure 6*).

Pour les patients ayant une prise en charge psychothérapique, dans le milieu rural, ils bénéficient d'une psychothérapie cognitivo-comportementale (PCC) dans 28,6% des cas, d'une psychothérapie analytique (PA) dans 57,1% des cas et d'une psychothérapie de soutien au cabinet (PS) dans 14,3% des cas. Dans le milieu semi-rural, ils bénéficient d'une PCC dans 12,5% des cas, d'une PA dans 62,5% des cas et d'une PS dans 25% des cas. Dans le milieu urbain, ils bénéficient d'une PCC dans 18,2% des cas, d'une PA dans 9,1% des cas et d'une PS dans 72,7% des cas (*figure 7*).

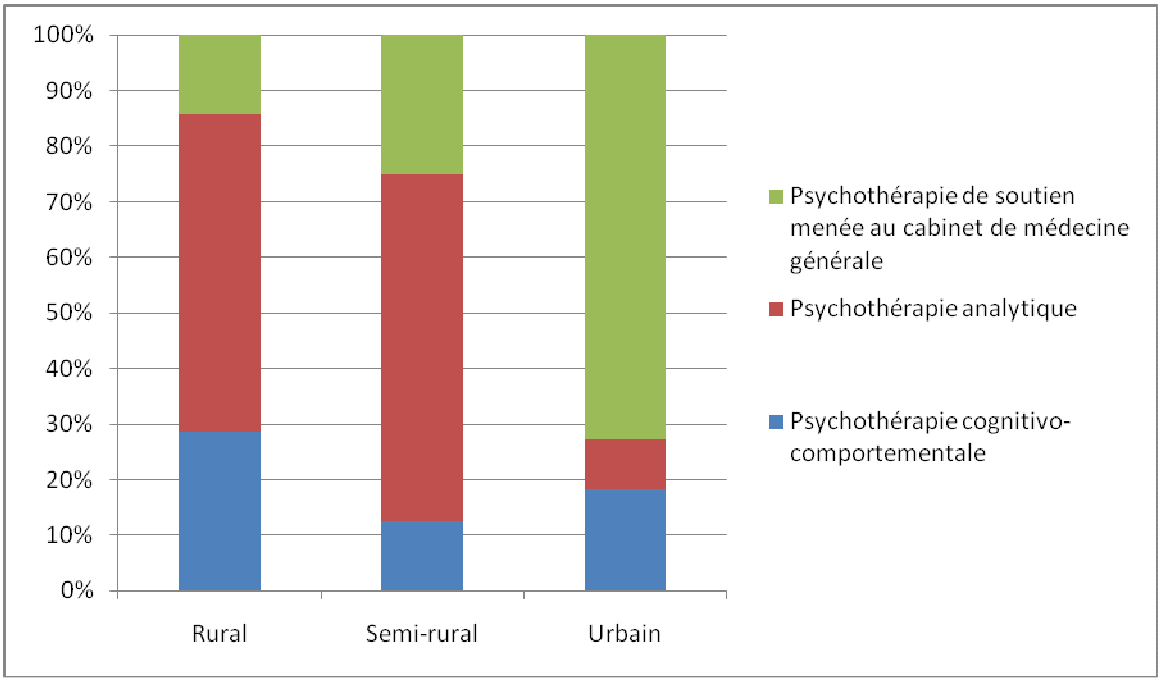


Figure 7: La répartition des types de prise en charge psychothérapique selon le lieu d'habitation

Concernant les traitements médicamenteux proposés, dans le milieu rural, 33,3% des cas bénéficient d'un antidépresseur seul (AD), 62,5% des cas bénéficient d'une association antidépresseur et anxiolytique (AD+AX) et 4,2% des cas n'ont pas eu de traitement prescrit. Dans le milieu semi-rural, 30% des cas bénéficient d'AD, 50% d'une association AD+AX, 10% d'anxiolytique seul (AX) et 10% des cas n'ont pas eu de traitement prescrit. Dans le milieu urbain, ils sont 45,5% à avoir un AD, 40,9% une association AD+AX, 4,5% un AX et 9% des cas n'ont pas eu de traitement prescrit (*figure 8*).

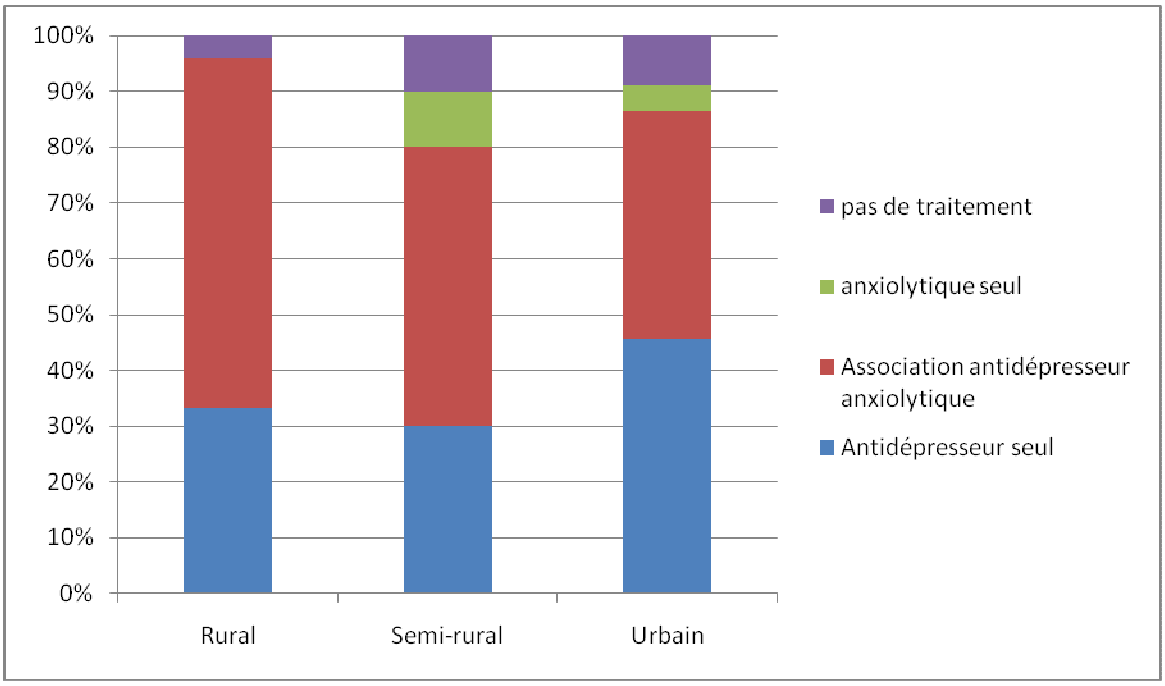


Figure 8: Les types de traitement médicamenteux proposés à l'issue de la consultation selon le lieu d'habitation

Concernant le délai entre la consultation de l'étude et la suivante, on note qu'en rural et semi-rural, les nouveaux diagnostics et les récidives seront revus en général dans les 2 semaines. Dans le milieu urbain, ces mêmes patients seront revus en moins de 3 semaines. Pour le reste des patients, représentant les patients stabilisés, le délai avant la consultation suivante va de 1 à 3 mois (*tableau 3*).

	1 semaine	2 semaines	3 semaines	1 mois	Entre 1 et 2 mois	Entre 2 et 3 mois	Plus de 3mois
Rural	4,2%	20,8%	4,2%	50%	8,3%	4,2%	8,3%
Semi-rural	5%	20%	10%	25%	10%	10%	10%
Urbain	0%	9,1%	9,1%	63,6%	0%	13,6%	4,5%

Tableau 3: Le délai avant la prochaine consultation chez le médecin généraliste selon la localisation géographique

Dans 70,8% des cas, dans le milieu rural, le médecin a adressé le patient au spécialiste, dans le milieu semi-rural dans 75% des cas et dans le milieu urbain dans 50% des cas.

Dans le milieu rural 35% ont accepté, dans le milieu semi-rural 60% ont accepté, dans le milieu urbain 45% ont accepté.

Donc 64,7% ont refusé dans le milieu rural, pour 45,4% à cause d'une expérience antérieure négative, pour 36,4% à cause de la peur de l'étiquette psychiatrique et pour 18,2% pour cause d'éloignement ou de problème de locomotion.

Dans le milieu semi-rural, ils sont 40% à avoir refusé, pour 42,8% d'entre eux à cause de l'étiquette psychiatrique et pour 57,1% d'entre eux à cause d'une indisponibilité professionnelle.

Dans le milieu urbain, ils sont donc 54,5% à avoir refusé, pour 50% d'entre eux à cause d'une expérience antérieure négative et pour 50% d'entre eux à cause de la peur de l'étiquette psychiatrique (*figure 9*).

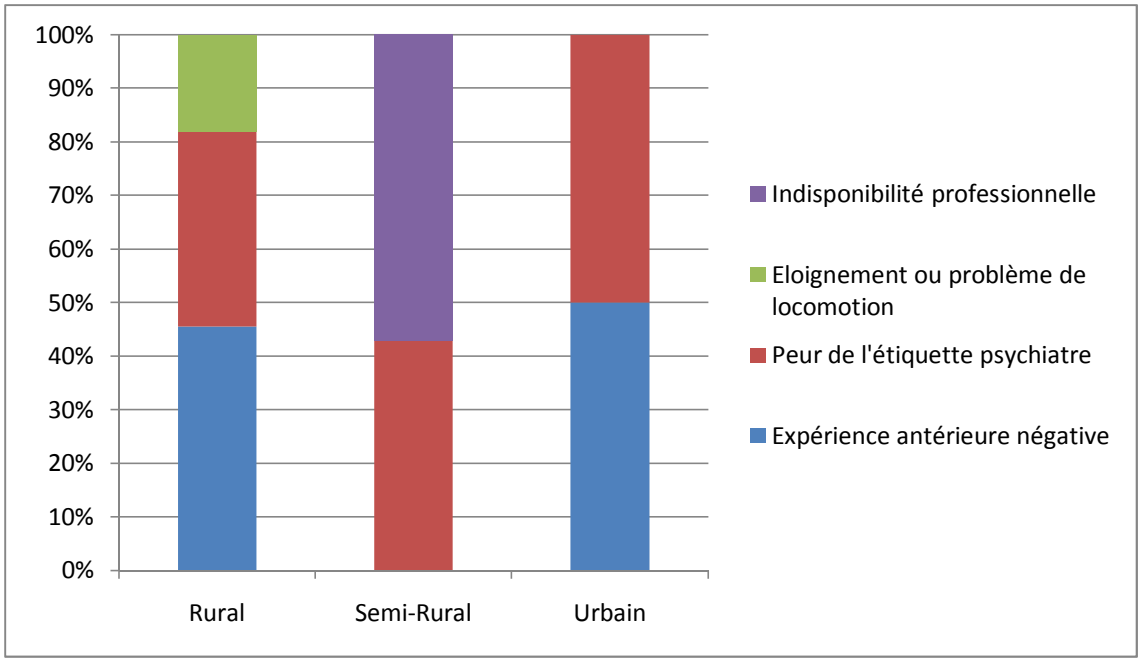


Figure 9: La répartition des motifs de refus d'orientation vers le spécialiste selon le lieu d'habitation

Dans le milieu rural, 71% des patients diagnostiqués ont nécessité, selon le MG, d'être orientés vers le spécialiste. Parmi les 6 patients qui ont accepté, ils sont 3 à avoir été adressés au CMP avec l'intention d'être vu par le psychiatre, 2 ont été adressés chez un psychiatre en ville et 1 chez un psychologue-psychothérapeute en ville. Parmi ceux qui ont refusé d'être adressés soit 11 patients, ils sont 2 à bénéficier d'une psychothérapie au cabinet et 7 ont accepté comme solution alternative, des séances de relaxation (*figure 10*). La part des patients ayant accepté une prise en charge psychothérapique représente 25% des EDC.

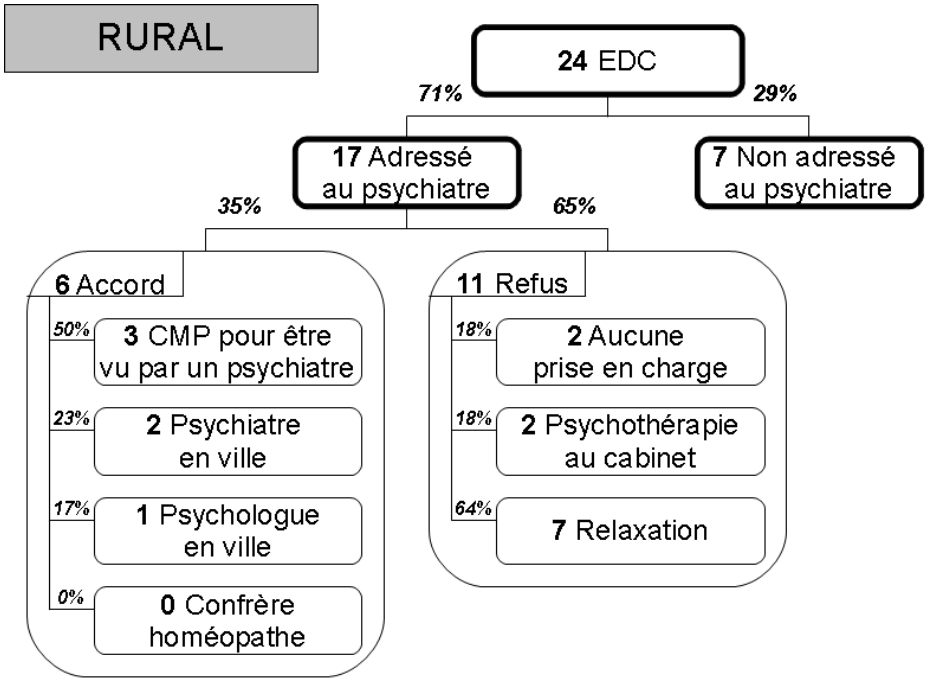


Figure 10: L'itinéraire spécialisé des patients diagnostiqués en EDC dans le milieu rural

Dans le milieu semi-rural, 75% des patients diagnostiqués ont nécessité, selon le MG, d'être orientés vers le spécialiste. Parmi les 9 patients qui ont accepté, ils sont 4 à avoir été adressés au CMP dont 2 avec l'intention d'être vu par le psychiatre et 2 avec l'intention d'être vu par un psychologue, 5 ont été adressés chez un psychiatre en ville. Parmi les 6 patients qui ont refusé d'être adressés, ils sont 5 à bénéficier d'une psychothérapie au cabinet et 1 patient a accepté comme solution alternative, des séances de relaxation (*figure 11*). La part des patients ayant accepté une prise en charge psychothérapique représente 45% des EDC.

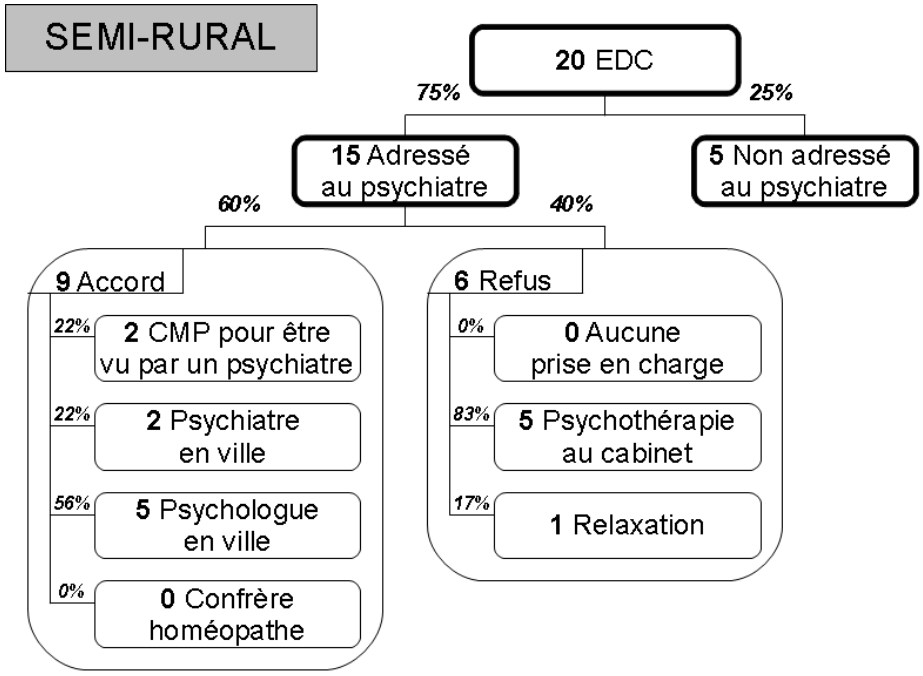


Figure 11: L'itinéraire spécialisé des patients diagnostiqués en EDC dans le milieu semi-rural

Dans le milieu urbain, 75% des patients diagnostiqués, ont nécessité, selon le médecin généraliste, une orientation vers le spécialiste. Parmi les 5 patients qui ont accepté, ils sont 3 à avoir été adressés au CMP dont 2 avec l'intention d'être vu par le psychiatre et 1 avec l'intention d'être vu par le psychologue, 1 patient a été adressé chez un psychiatre en ville et 1 chez un confrère homéopathe en ville. Parmi les 6 patients qui ont refusé d'être adressés, ils ont tous bénéficié d'une psychothérapie au cabinet de médecine générale (*figure 12*). La part des patients ayant accepté une prise en charge psychothérapique (branche accord et psychothérapie au cabinet du médecin généraliste) représente 45% des EDC.

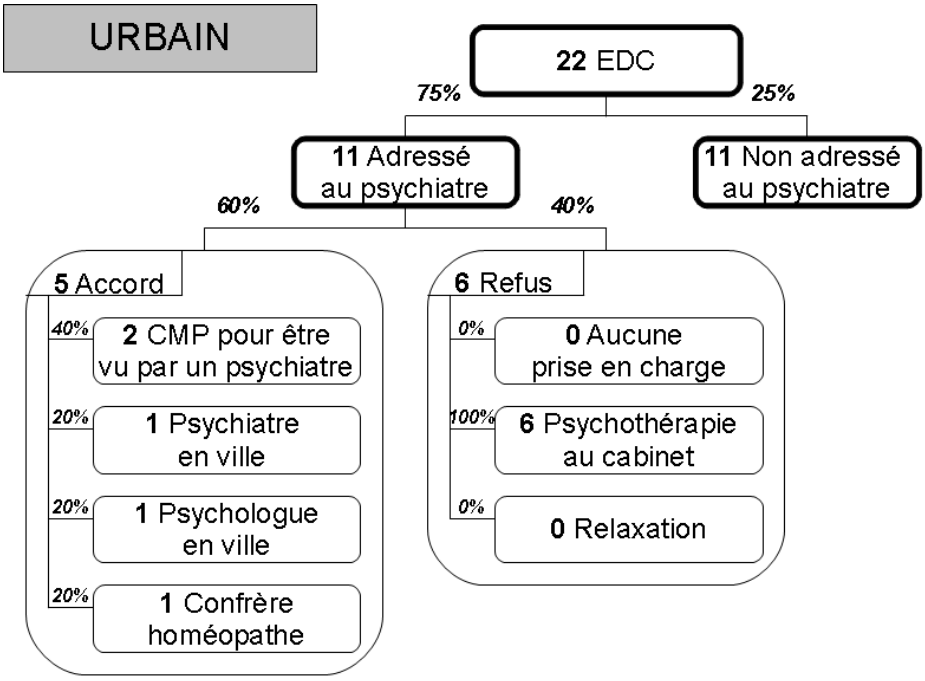


Figure 12: L'itinéraire spécialisé des patients diagnostiqués en EDC dans le milieu urbain

Les arrêts de travail ont concerné 8,3% des patients diagnostiqués en EDC dans le milieu rural et ne dépassent pas 3 semaines. Pour le milieu semi-rural, 20% des patients diagnostiqués ont nécessité un arrêt de travail soit 5 patients sur 20 avec pour 3 d'entre eux un arrêt de moins de 8 jours, 1 d'entre eux de moins de 15 jours et le dernier de plus de 3 semaines. Pour le milieu urbain, ils sont 3 sur 22 soit 13,6% à avoir nécessité un arrêt de travail. Pour 2 d'entre eux, cet arrêt est de moins de 15 jours et pour le dernier, il est de moins de 3 semaines.

Il y a eu une hospitalisation à l'issue de la consultation dans un seul cas suite à une tentative de suicide par défenestration, ce qui représente 5% des patients en milieu semi-rural. Nous n'avons dénombré aucune autre hospitalisation pendant la durée de l'étude.

2) Les résultats de l'étude qualitative

Nous avons décidé de représenter les réponses sous la forme d'un tableau récapitulatif (*Annexe 6*) basé sur la grille d'entretien utilisée (*Annexe 5*).

Le médecin interrogé dans le milieu rural exerce à Rupt sur Moselle, celui de milieu semi-rural exerce à Rambervillers et celui du milieu urbain exerce à St Dié.

2.1) L'établissement du diagnostic d'EDC

Concernant les difficultés pour établir le diagnostic d'EDC, les médecins exerçant en milieu rural et urbain ne ressentent pas de difficulté, seul le médecin exerçant en semi-rural parle d'un problème de formation. Les deux premiers n'utilisent pas d'échelle diagnostique mais se basent sur les critères diagnostiques du DSM IV, seul celui exerçant en semi-rural déclare utiliser parfois l'échelle de Hamilton.

Il semble y avoir un problème d'information car des échelles plus simples et plus adaptées à la pratique en médecine générale sont disponibles : Prime MD, T4 et MINI (*cf. paragraphe sur les échelles diagnostiques*) mais il persiste un problème de validation de ces échelles en médecine générale.

Chacun déclare ensuite s'adapter aux nécessités du patient en fonction de la sévérité en rapprochant les consultations jusqu'à 48h si besoin pour le médecin du milieu rural et en doublant la durée de consultation à 25-30 minutes. Ils déclarent tous avoir des difficultés avec certains diagnostics différentiels comme l'anxiété généralisée dont les signes sont souvent intriqués.

2.2) L'orientation du patient dépressif vers le spécialiste

En milieu rural, l'orientation du patient dépressif vers le psychiatre ne se fait qu'à la demande du patient pour cause d'éloignement et de délais trop longs. Le médecin assure la psychothérapie lui-même et adresse préférentiellement au CMP ou à l'hôpital en cas d'urgence. En milieu semi-rural et urbain, les médecins adressent assez facilement au psychiatre. Pour le médecin du milieu urbain, sa ville étant peu fournie en psychiatres libéraux, les patients doivent se reporter sur le CMP où les délais semblent plus raisonnables qu'ailleurs (10 à 15 jours contre 1 mois à 1 mois et demi). La perception du service public est tout autre pour le médecin exerçant en milieu semi-rural car il lui semble plus difficile d'accès que les psychiatres installés dans le privé. Ses patients y vont assez facilement même si c'est à 25 km.

Ils regrettent tous qu'il y ait peu de retour de courrier les tenants informés de l'avancée de la prise en charge.

Le médecin rural déclare avoir besoin de plus de psychologues pour mener à bien le suivi psychothérapique. Il préfèrerait des psychologues en CMP car dans le privé le coût serait trop élevé pour ses patients. Les délais y sont en effet plutôt longs (1 mois à 1 mois et demi).

Le médecin semi-rural communique avec un psychiatre correspondant installé en ville, rencontré à l'occasion d'une réunion professionnelle, qui lui assure des avis téléphoniques rapides. Le médecin urbain n'a pas de psychiatre correspondant mais serait intéressé par un système proche de l'antibioville pour avoir des avis téléphoniques face aux situations compliquées. Par contre, le médecin rural, n'ayant pas de psychiatre dans son paysage, le premier est à plus de 45 km, n'envisage même pas cette possibilité. Il reste persuadé que son besoin consiste en un nombre plus important de psychologues.

Selon le médecin urbain, la réticence des patients diminue quand le niveau socio-économique augmente mais dans les petites villes, « tout se sait rapidement » selon lui et certains patients préfèrent être orientés vers un psychiatre n'exerçant pas dans la même ville.

Selon le médecin semi-rural, la réticence est bien présente mais en prenant le temps d'expliquer la nécessité d'une telle prise en charge, le patient l'accepte finalement.

2.3) L'influence de la localisation géographique dans la prise en charge

L'influence de la localisation géographique est bien présente pour le médecin rural même s'il est conscient de s'être installé en milieu rural par choix. Mais il pense que le milieu rural accumule les points négatifs : une population avec de faibles revenus, une démographie médicale en baisse constante et un éloignement important de l'offre de soins. Il nuance, néanmoins, ses propos en déclarant que même s'il y avait plus de psychiatres, ce ne serait pas ceux qui en ont le plus besoin qui en profiteraient le plus.

Le médecin semi-rural décrit une population plutôt aisée pour laquelle les déplacements ne posent pas de problème.

Le médecin urbain décrit un déficit de psychiatres dans sa ville. Ce déficit est confirmé par le rapport sur la démographie des psychiatres en lorraine. Mais il affirme que les patients utilisent alors les CMP ou s'orientent vers les grandes métropoles se trouvant à une soixantaine de kilomètres surtout pour les plus aisés d'entre eux. Il insiste enfin sur la nécessité d'augmenter le nombre de psychiatres dans sa ville du fait de la densité de la population de la ville de St Dié et du faible nombre de psychiatres.

VII) LIMITES DE L'ETUDE

1) Le nombre de patients

Le taux de réponses de la part des médecins a été beaucoup plus faible que prévu malgré de nombreuses relances téléphoniques et par mail. En effet, sur 30 médecins, seuls 12 ont retourné des résultats exploitables, ce qui fait un taux de réponse de 40%.

Nous espérions 150 diagnostics de dépression, soit environ 5 par médecin. Nous constatons que le nombre de patients diagnostiqués varie, pour chaque médecin, entre 1 et 11. Durant la semaine choisie, 4 médecins ont diagnostiqué moins de 3 patients, toute zone géographique confondue.

Nous pensons que le taux faible de réponses est un biais, même s'il s'agit comme nous le rappelons ici, d'une étude pilote.

2) La couverture territoriale

Pour les besoins de l'étude, nous nous sommes référés aux catégories officielles définies par l'I.N.S.E.E. Celles-ci prennent en compte des critères de densité de population et d'attractivité économique à l'échelle des communes. Elles sont représentées sous forme de cartes que nous avons ensuite utilisées pour cibler les lieux d'exercice des médecins interrogés. Le choix des agglomérations vise une répartition couvrant l'ensemble du département des Vosges. Mais le faible nombre de réponses (40%) nous écarte de la couverture territoriale initialement déterminée.

D'autre part, selon les cartes de l'I.N.S.E.E. nous avons noté avec étonnement que la commune de la Bresse et de Cornimont sont considérées comme des zones urbaines. Nous en avons pris acte mais les médecins interrogés, dans ces communes, ont ajouté des remarques sur leur questionnaire. Ils se considèrent plus comme exerçant dans le rural.

Nous sommes donc forcés de constater que les zones urbaines (ou considérées comme telles) ne se ressemblent pas. En effet, on peut difficilement considérer que St Dié, ville de 22647 habitants, mais n'ayant que 2 psychiatres installés, offre les mêmes possibilités que Epinal forte de ses 9 psychiatres ainsi que de nombreux psychologues, psychothérapeutes, relaxologues etc… Nous pouvons également évoquer Remiremont qui n'a aucun psychiatre comme le décrit le **Rapport sur la démographie des psychiatres en lorraine en 2009 [32].**

Cette offre de soins influence également les communes se trouvant en zone semi-rurale (périurbaine). En effet, si nous nous basons sur l'avis du médecin interrogé exerçant à Rambervillers. Il explique qu'il n'a pas de difficulté à orienter vers le psychiatre grâce à une proximité relative avec Epinal (20 km) d'autant plus que ses patients semblent souvent s'y rendre pour y faire leurs courses. Ce qui facilite la réalisation des trajets, qui, lors d'une psychothérapie, peuvent être assez nombreux (mensuels voire hebdomadaires).

Tout ceci nous indique qu'il serait utile d'avoir à notre disposition des cartes prenant en compte des critères d'accessibilité aux soins, sur le modèle des cartes utilisées.

La définition des zones géographiques requerrait donc des précisions lorsqu'elles sont utilisées dans ce type d'études. Il serait, en effet, utile d'y inclure, outre les critères de densité de population et d'attractivité économique des communes, des critères d'accès aux soins par spécialité médicale par exemple. Cela permettrait de préciser les besoins et ainsi d'apporter des solutions plus adaptées aux situations de chaque territoire. Resterait alors à définir la notion de niveau d'accessibilité aux soins qui prendrait en compte, la densité médicale et l'éloignement.

3) La période choisie

La période retenue pour l'étude a pu introduire un autre biais du fait des connaissances que nous avons sur la dépression saisonnière (ou syndrome affectif saisonnier) [40]. En effet, celle-ci représente une prévalence en population générale comprise entre 2 et 10 % selon les études [41] [42].

Ces symptômes apparaissent habituellement à l'automne et disparaissent spontanément au printemps. Notre étude ayant été menée au mois de juin, cela peut expliquer, en partie, le faible nombre de diagnostics d'EDC.

4) La durée de l'étude

Une semaine nous avait semblé suffisante, mais il s'est avéré que le nombre de médecins ayant répondu à notre questionnaire était limité. Cette période nous a paru à posteriori un peu courte pour mener à bien notre enquête.

Mais une étude sur une durée plus longue, certainement plus représentative de l'activité réelle, nous aurait néanmoins exposé à d'autres biais :

- un épuisement des médecins consultés,
- un recueil moins précis des données,
- des patients inclus plusieurs fois.

VIII) DISCUSSION

1) L'analyse des résultats

Le faible taux de réponse ne nous a pas permis de calculer une prévalence mais la part des patients diagnostiqués en EDC dans notre étude est de 4,72% dans le milieu rural, 3,72% en milieu semi-rural et 5,34% en milieu urbain. Or la prévalence de la dépression au cours des 12 derniers mois s'échelonne de 3 à 10 % selon une méta-analyse effectuée sur les estimations issues de 17 études en population générale [45], ce qui correspond aux résultats obtenus.

L'étude ESEMeD [28] montre, par ailleurs, qu'après ajustement sur le statut marital et l'âge, aucune différence dans les prévalences de troubles dépressifs n'est retrouvée selon la taille de la commune de résidence (dichotomisée en plus ou moins 10 000 habitants) [19]. En effet, nous ne retrouvons pas de différence significative concernant l'incidence de l'EDC selon la localisation géographique dans notre étude.

Concernant les caractéristiques des patients, on note qu'il y a près de 2 fois plus de femmes diagnostiquées en EDC quelque soit le lieu d'habitation comme l'atteste la majorité des études réalisées en population générale [38].

Dans la plupart des études internationales, on observe que le chômage et l'inactivité professionnelle sont associés à un risque deux fois plus élevé de dépression [33]. Or dans notre étude, la part des personnes inactives diagnostiquées en EDC est assez importante quelque soit le lieu d'habitation. Cette caractéristique semble donc représenter un facteur de risque de dépression mais sans lien avec le lieu d'habitation selon notre étude.

Concernant le diagnostic, les échelles diagnostiques sont globalement peu utilisées quelque soit le lieu d'exercice. Selon notre volet qualitatif, leur utilisation est vécue comme chronophage et peu adaptée à la pratique courante. Cette perception semble confirmée par les tables rondes de l'étude menées par Cogneau et al. en 2009 [26]. En effet, dans cette étude, seulement 16% des participants ont déclaré avoir recours aux échelles diagnostiques mais jamais de manière systématique. Elles sont rendues responsables de la rupture de la convivialité de l'entretien à cause de leur caractère scientifique et impersonnel. D'autres médecins parlent également du manque de formation à leur utilisation.

Notre étude révèle ensuite une différence significative ($p < 0,001$) concernant l'évaluation du risque suicidaire. Celui-ci est plus souvent abordé dans le milieu rural et semi-rural que dans le milieu urbain. Or les recommandations préconisent une évaluation de ce risque à chaque consultation [12]. Cette question a été évoquée par tous les médecins interrogés mais certains ne le font pas systématiquement. Les différentes études [20] [31] consultées révèlent que certains médecins semblent être réticents à explorer le risque suicidaire par crainte de ne pas maîtriser la conduite à tenir en cas de risque suicidaire élevé voir même d'induire un passage à l'acte. Le fait que la confrontation au suicide soit moins fréquente en ville sachant que la prise en charge initiale est plus souvent réalisée par les services d'intervention rapide hospitaliers pourrait expliquer une évaluation du risque suicidaire moins importante dans le milieu urbain par manque de confrontation au problème.

La comparaison des types de dépression ne révèle pas de différence significative selon le lieu d'habitation. On note toutefois que les dépressions masquées sont plus importantes dans le milieu semi-rural.

Durant la semaine de l'étude, la part des dépressions traitées depuis plus de 6 mois représente la majorité des consultations quelque soit le lieu d'habitation (62,5% en milieu rural, 45% en semi-rural et 50% en urbain).

Même s'il n'y a pas de différence significative, on relève tout de même que les prises en charge psychothérapiques sont plus nombreuses en milieu urbain (50%) qu'en milieu rural et semi-rural (respectivement 29,2% et 35%). Par contre, la majorité des psychothérapies du milieu urbain (75%) sont menées par le médecin généraliste à son cabinet. En effet, certains médecins généralistes sont particulièrement intéressés par la pratique de la psychothérapie au cabinet. Or, le faible nombre de médecins participant à l'étude rend toute interprétation difficile. Néanmoins nous noterons que dans le volet qualitatif de notre étude, le médecin du milieu rural déclare être obligé d'assurer des psychothérapies au cabinet à cause du manque d'offre de soins en psychiatrie. Le médecin exerçant en milieu urbain, décrit également un déficit en psychiatres dans sa ville, ce qui lui impose de revoir régulièrement certains de ses patients dans le cadre d'un suivi psychothérapique au cabinet. On peut donc considérer que la réalisation d'une psychothérapie au cabinet de médecine générale pourrait plus relever de la nécessité que du choix.

D'autre part, on note que les psychothérapies analytiques sont majoritairement utilisées en milieu rural et semi-rural quand il n'y a pas de suivi psychologique au cabinet de médecine générale. La part des psychothérapies cognitivo-comportementales et des psychothérapies de soutien menée au cabinet y sont équilibrées.

Concernant les traitements médicamenteux, on peut noter qu'ils ne sont pas prescrits de manière systématique. En effet, 4,2% des cas en milieu rural n'ont pas eu de traitement médicamenteux prescrit, 10% en milieu semi-rural et 9% en milieu urbain. De même que l'association antidépresseur + anxiolytique représente globalement la moitié des prescriptions. Ceci correspond aux recommandations [46] qui préconisent, tout d'abord, de ne pas prescrire d'antidépresseur pour les épisodes dépressifs caractérisés d'intensité légère, d'autre part, de ne pas associer systématiquement aux antidépresseurs des benzodiazépines.

Concernant le délai entre deux consultations, on note qu'en rural et semi-rural, les nouveaux diagnostics et les récidives sont revus en général en moins de 2 semaines et dans le milieu urbain, ces même patients sont revus en moins de 3 semaines. Pour le reste des patients, représentant les patients stabilisés, le délai avant la consultation suivante va de 1 à 3 mois. Cela correspond aux recommandations qui préconisent de revoir les patients de manière rapprochée (par exemple tous les 15 jours) dans les premiers temps de la prise en charge.

Concernant la prescription d'une prise en charge psychothérapique, les médecins généralistes participant à l'étude ont adressé au psychiatre près de 3 patients sur 4 dans le milieu rural et semi-rural et 1 patient sur 2 en milieu urbain (rappelons qu'un des médecins

exerçant dans le milieu urbain semble proposer des prises en charge psychothérapiques au cabinet). Il n'a pas été retrouvé de différence significative entre les différents lieux d'exercice.

Notons la part importante de patients ayant refusé la consultation psychiatrique proposée par le médecin traitant (*figure 10, 11 et 12*), principalement pour cause d'expériences antérieures négatives, d'une peur de l'étiquette psychiatrique et dans une moindre mesure pour cause d'éloignement ou de problème de locomotion surtout en milieu rural. Cette question a été peu évoquée par le médecin exerçant dans le milieu rural dans le volet qualitatif. En effet, il n'est pas confronté à la réticence des patients car il n'adresse pas souvent au psychiatre.

Par contre, selon le médecin urbain, la réticence des patients diminue quand le niveau socio-économique augmente. Et, selon le médecin semi-rural, cette réticence cède finalement quand il prend le temps d'expliquer la nécessité d'une telle prise en charge. Un autre élément a été apporté par le médecin urbain lorsqu'il évoque la demande de certains de ses patients d'être adressés à un psychiatre exerçant en dehors de leur ville pour une question de discrétion.

Enfin, le volet qualitatif apporte un éclairage sur la perception qu'ont les médecins de l'influence de la localisation géographique sur la prise en charge des patients dépressifs. Pour le médecin rural le lieu de résidence a une réelle influence d'autant plus que le psychiatre le plus proche est à 40km. Selon lui, la campagne cumule les difficultés. Il exerce dans une zone rurale défavorisée avec des habitants aux faibles revenus. Ils ont du mal à se déplacer, car cela représente un coût important surtout si les allers et retours sont fréquents comme pour une psychothérapie. C'est, selon lui, ce qui peut amener certains d'entre eux à n'être suivi que par le médecin généraliste et qui peut entraîner la prescription d'un traitement uniquement médicamenteux alors qu'une psychothérapie aurait pu être suffisante. Surtout que les délais en CMP sont particulièrement longs.

Ces préoccupations semblent moins présentes pour les patients du médecin semi-rural, pour qui la distance les séparant de la ville n'est pas un problème. L'offre de soins est en effet importante à Epinal.

Cependant, le médecin urbain affirme que même s'il exerce en ville, la faible densité en psychiatres dans sa ville le contraint à utiliser les CMP qui offrent une prise en charge psychothérapique dans des délais raisonnables. La faiblesse du nombre de psychiatres libéraux semble être dans ce cas suppléée par une offre de soins publics plus efficace par rapport au milieu rural.

2) La comparaison à la revue de la littérature

La revue de la littérature, n'objective d'aucune étude traitant des différences de prise en charge du patient dépressif selon la localisation géographique, en médecine générale. En effet, les études explorant les différences entre le milieu rural et urbain ne traitent que de l'incidence de la dépression ainsi que de ses facteurs de risques. D'autre part, les études qui traitent des

différences de prise en charge du patient dépressif n'évoquent pas les différences liées à la ruralité ou à l'urbanisme.

2.1) Les études traitant des différences entre le milieu rural et urbain

Les études explorant les différences entre le milieu rural et urbain ne traitent que de l'incidence de la dépression ainsi que de ses facteurs de risques en définissant les différents territoires à l'échelle régionale, départementale ou communale. D'ailleurs, Kovess-Masfety et al. , dans son étude de 2005[18], établit l'absence de définition universelle des caractéristiques du milieu rural ou urbain, ce qui complique la réalisation d'études comparatives.

L'étude ESEMeD en 2000 [28] montre, par ailleurs, qu'après ajustement sur le statut marital et l'âge, aucune différence dans les prévalences de troubles dépressifs n'est retrouvée selon la taille de la commune de résidence (dichotomisée en plus ou moins 10 000 habitants) [19].

D'autant plus que les populations, qu'elles soient dans un environnement rural ou urbain, présentent des composantes socio-économiques diverses qui peuvent avoir un lien étroit avec les troubles dépressifs. Comme nous l'avons présenté plus tôt, dans la plupart des études internationales, on observe que le chômage et l'inactivité professionnelle sont associés à un risque deux à trois fois plus élevé de dépression. De même que les personnes divorcées ou veuves ont une prévalence d'EDC environ deux fois plus élevée que celles vivant maritalement et que le risque de survenue d'EDC chez les célibataires est environ une fois et demi supérieur à celui des personnes vivant en couple [38].

Ainsi, les conditions socio-économiques mais aussi le vécu des individus participeraient plus à l'apparition d'un épisode dépressif que l'endroit où ils vivent. Mais notons que la possibilité que certains évènements de vie aient plus de probabilité de se produire à cause de tel ou tel environnement est envisageable comme l'indique Kovess-Masfety et al. en 2000 [19].

Une autre approche est également utilisée pour apprécier l'adéquation entre l'offre et la demande de soins : les densités médicales. Mais dans le rapport de la commission de démographie médicale, le Professeur Berland en 2005 [43], montre que « l'approche à partir des densités, bien qu'intéressante, est très imparfaite ». En effet, cette approche semble, d'une part, ne pas prendre en compte l'exercice réel des médecins inventoriés (sur 100 000 médecins généralistes recensés dans ADELI et par l'ORDRE seuls un peu plus de la moitié exercent en réalité une médecine de proximité ou de premier recours). Ensuite, elle ne tient pas compte des spécificités régionales. Il est alors nécessaire d'apporter des corrections liées à la structure de la population bénéficiaire des soins (une population composée en majorité de personnes âgées génère une demande de soins plus forte et des types de soins différents alors qu'une population en majorité plus jeune est faiblement demandeuse et se déplace plus facilement). Des corrections liées à la géographie s'imposent également. Le rapport confirme, enfin, qu'il est difficile de comparer 3 professionnels pour 5000 habitants et 15 professionnels pour 25 000 habitants car les éventuels problèmes d'accès se posent de manière totalement différente.

En conséquence, en s'appuyant sur ces études, il serait utile d'élaborer une définition plus juste des caractéristiques du milieu rural et du milieu urbain. Nous avons tenté d'y répondre en introduisant le milieu semi-rural, mais il est apparu tellement hétérogène qu'il n'a pas révélé de différences significative avec les autres types de territoires.

Même si cela pourrait compliquer les études futures, il serait donc intéressant d'associer des indicateurs sociaux et économiques aux cartes de densité de population en y ajoutant des éléments de démographie médicale pour établir les bases d'une recherche complémentaire à notre étude pilote.

2.2) Les études traitant des difficultés de prise en charge en médecine générale

Nous avons exploré les publications traitant des difficultés de prise en charge du patient dépressif sans différencier le lieu d'habitation.

Elles s'attachent principalement à identifier les difficultés de prise en charge de cette pathologie en médecine générale ou à l'adéquation des traitements de l'épisode dépressif caractérisé en France.

En effet, les données qualitatives collectées dans le cadre de l'enquête de Mercier et al. [20] en 2009 se rapprochent des données rapportées dans le volet qualitatif de notre étude.

Les médecins généralistes ont relevé un certain nombre de difficultés :

- Tout d'abord, les médecins généralistes, s'avouant perfectibles, considèrent qu'on leur propose des référentiels peu opérationnels en pratique.
- Ensuite, les psychiatres sont vus comme compétents par leurs pairs, mais peu disponibles pour la prise en charge des patients les plus graves et avec lesquels il existe une communication déficiente (manque de retour d'information). Ils parlent également d'une démographie défavorable dans certaines zones ainsi qu'un circuit psychiatrique public vécu comme archaïque.
- Enfin, une difficulté d'accessibilité aux traitements non médicamenteux de la dépression.

Ils ont alors tenté de formuler des propositions applicables sans attendre une hypothétique progression démographique :

- Le développement de formations médicales interactives par petits groupes et adaptées à l'exercice [21] [22], idéalement complétées par des rappels au moment des décisions (*reminders*) pourraient améliorer ces pratiques.
- La coordination des soins entre psychiatres et généralistes, entre les professionnels et les institutions [12] devrait être développée. Cela implique une explicitation du rôle de chacun dans la prise en charge. Un travail de fond concernant la communication entre intervenants de santé [24] devrait être développé, pour améliorer les trajectoires de soins des patients dépressifs [23]. Cette orientation implique une prise de conscience de la nécessité de développer la recherche en

soins primaires pour lesquels la France souffre d'un retard inquiétant par rapport à d'autres pays qui ont compris cette nécessité [25].

A ce propos, Briffault et al. en 2008 [26] fait un état des lieux sur le recours aux soins et l'adéquation des traitements de l'EDC en France. Son étude s'inscrit dans le cadre de la conception d'un programme national d'intervention en santé publique, en France et s'appuie notamment sur une enquête épidémiologique nationale en population générale de grande envergure qui a été réalisée en 2005 (le Baromètre santé 2005) par l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (I.N.P.E.S.).

L'objectif de l'article était d'analyser les données de cette enquête épidémiologique française, pour déterminer les proportions de traitements adéquats selon les recommandations de bonne pratique chez les personnes présentant un EDC en fonction des différents professionnels consultés. Ses principaux résultats montrent que « le faible niveau d'adéquation des traitements de la dépression en France tient tant à la relative faiblesse du recours aux professionnels, tout particulièrement aux professionnels considérés comme compétents, qu'à la faiblesse d'une prise en charge adéquate chez les personnes ayant eu recours ».

D'autre part, il relève que dans la population générale, seuls 10,8% des patients ayant présenté un EDC ont bénéficié d'une psychothérapie alors que 30,2% des patients ayant consulté un professionnel compétent (médecin généraliste en général) ont bénéficié d'une psychothérapie. Dans notre étude, la part des patients ayant accepté l'orientation vers le spécialiste représente 25% dans le milieu rural, 45% dans le milieu semi-rural et urbain. Il n'y a pas de différence significative mais cet écart est intéressant.

Il montre également qu'il existe une importante différence dans la proportion des traitements adéquats, selon que les personnes consultent pour raison de santé mentale ou non. Ils montrent enfin qu'il existe d'importantes disparités dans l'adéquation des traitements reçus en fonction des professionnels consultés ; « le recours aux professionnels spécialisés et plus encore le recours conjoint au secteur primaire et spécialisé, étant celui qui offre aux personnes dépressives les meilleures chances de bénéficier d'un traitement adéquat ».

Cette affirmation préconise donc la nécessité d'offrir au patient dépressif la possibilité de bénéficier d'un recours conjoint au médecin généraliste et au psychiatre pour avoir une prise en charge la plus adéquate. Or, cette nécessité est loin d'être remplie dans le département des Vosges.

Dans un autre article réalisé par Norton et al. en 2009 [27], l'étude avait pour objectif d'estimer en médecine générale la fréquence des troubles psychiatriques, de décrire le niveau de détection de ces troubles par le médecin généraliste et d'étudier la prescription d'anxiolytiques et d'antidépresseurs en fonction du diagnostic. Leurs résultats soulignent la fréquence élevée des troubles psychiatriques en médecine générale et montrent que, comme dans d'autres pays, les médecins généralistes français détectent près d'un cas sur deux de trouble psychiatrique identifié par un instrument diagnostic. Toutefois, la détection augmente avec la sévérité des troubles, ce qui atténue les conséquences de sa non détection. La moitié

des sujets traités par antidépresseurs et anxiolytiques ne remplit pas les critères principaux pour lesquels l'efficacité des ces médicaments a été démontrée. Ce résultat aide à éclairer le paradoxe français d'une des plus fortes consommations de psychotropes en Europe [28] [29] [30], malgré un nombre important de sujets déprimés non traités. Il reste maintenant à valider en médecine générale française un outil d'aide au diagnostic, en vue d'améliorer la détection et la prise en charge précoce des troubles psychiatrique.

Une dernière étude a retenu notre attention, menée par Cogneau en 2009 [31]. Elle avait pour objectif de recueillir l'avis des médecins généralistes concernant leur pratique de prise en charge des patients dépressifs et les moyens de l'améliorer. Ce recueil des avis s'est opéré par l'organisation de tables rondes sous forme d'échanges de pratiques entre pairs. Il y a eu 83 réunions regroupant 521 participants. Il en est ressorti que l'amélioration de la prise en charge des patients dépressifs, tient à plusieurs éléments et en premier lieu dans leur exercice. Tout d'abord, valider en médecine générale les stratégies de diagnostic par rapport au DSM IV ou à la CIM 10, ensuite utiliser des échelles d'autoévaluation des patients (type HADS) systématiquement chez des patients ayant des signes de dépression et disposer d'un « outil » d'évaluation du risque suicidaire avec une formation à son utilisation. Ils ont également conclu à la nécessité de mettre en place des formations aux techniques de psychothérapie avec une systématisation des rendez-vous de suivi ainsi que la formalisation d'un contrat thérapeutique. Concernant l'organisation du système de soins, d'autres propositions ont été formulées, comme pouvoir coter un C « psy » pour compenser les consultations plus longues, développer les relations avec les psychiatres localement et de disposer d'un annuaire des psychothérapeutes et psychiatres. Il serait également utile selon eux, de mettre en place dans chaque région, un accueil psychiatrique d'urgence, répondant à un cahier des charges établi en commun : psychiatres, médecins généralistes et autorités de santé et enfin rembourser les psychothérapies faites par les psychologues.

2.3) Les perspectives

Suite à l'élaboration du rapport de la commission de la démographie médicale en 2005 [43], plusieurs propositions ont été formulées.

Tout d'abord, la commission préconise l'établissement d'outils de pilotage clairement identifiés associant une instance nationale, l'O.N.D.P.S. (Observatoire National de la Démographie des Professionnels de Santé), chargée de surveiller l'état de la démographie du pays, à des instances régionales permettant l'identification de l'offre de soins, de son évolution dans les régions ainsi que la détermination des besoins et la programmation des objectifs régionaux en matière de démographie médicale.

Ensuite, il faut attirer et fidéliser des médecins dans des zones déficitaires actuellement en agissant sur la formation, l'installation et l'exercice.

Enfin, la mise en place d'un dispositif capable d'évaluer l'influence des mesures proposées est nécessaire.

Pour finir, nous pouvons évoquer une expérimentation sur la téléconsultation en psychiatrie qui a été réalisée dans le Haut pays niçois entre novembre 1999 et novembre 2000 [39]. Elle a donné des résultats prometteurs car elle a permis de diversifier l'accessibilité aux soins de santé mentale pour les patients de cette zone éloignée, tout en préservant un bon niveau de qualité de soins. Pourtant, il reste quelques réserves par rapport à ce nouveau mode de consultation aussi bien de la part des professionnels que des patients. En effet, elle ne remplacera jamais la consultation classique en face à face mais c'est un outil qui peut diminuer la distance entre le patient et son médecin et qui aura sa place dans la médecine de demain sachant que dans les pays anglo-saxons (Etats-Unis, Australie, Canada), pionniers en la matière, cette solution est largement développée.

CONCLUSION

L'objectif de notre étude était d'identifier les différences de prise en charge du patient dépressif selon sa localisation géographique dans le département des Vosges. Nous nous proposions également de comprendre les écarts de prise en charge par rapport aux recommandations et de vérifier si la densité médicale influence la prise en charge du patient dépressif.

Une part importante de notre travail a reposé sur l'identification des différentes zones géographiques. Nous voulions déterminer une zone rurale, semi-rurale et urbaine. D'une part, ces dénominations sont couramment utilisées par les médecins eux-mêmes, d'autre part, il semble évident que ces différentes zones font référence à des populations et à des modes de vie particuliers.

Cette identification s'est faite grâce aux définitions officielles de l'I.N.S.E.E. découpées en 6 zones géographiques incluant des critères de densité de population et des critères d'attractivité économique. Nous les avons regroupées en 3 zones, à savoir rurale, semi-rurale et urbaine, pour la réalisation de notre étude.

Or, notre étude a révélé, par exemple, que deux zones urbaines pouvaient présenter plus de différences entre elles, en matière d'accès aux soins psychiatriques, qu'entre une zone urbaine importante et une zone semi-rurale peu éloignée de celle-ci.

D'autre part, les difficultés d'accès aux soins touchent plutôt les populations à faibles revenus, qui comme le décrivent les géographes, s'éloignent de plus en plus des villes à cause des loyers trop élevés et se retrouvent dans le milieu rural [33]. Cette paupérisation du milieu rural associée à une démographie médicale peu avantageuse (nombre de médecins généralistes de plus de 55 ans en hausse) et à une répartition aléatoire de l'offre de soins en psychiatrie peut amener à défavoriser certains territoires urbains.

En conséquence, la réalisation d'une étude de plus grande ampleur devra prendre en compte cette difficulté et tenter d'établir un zonage prenant en compte les densités de population mais également les critères socio-économiques des populations ainsi que des éléments de démographie médicale à l'échelle locale en définissant un critère d'accès aux soins. Ceci pourrait d'ailleurs s'appliquer quelle que soit la spécialité médicale ou chirurgicale étudiée.

Même si notre étude n'a pas permis de mettre en avant des différences significatives entre les prise en charge par le médecin généraliste en milieu rural, semi-rural et urbain, elle a identifié des disparités territoriales importantes dans le département des Vosges. Ces disparités concernent principalement l'accès au psychiatre. Un patient résidant en zone périurbaine peut parfois bénéficier d'une offre de soins plus importante qu'un patient urbain, sachant que la répartition des psychiatres dans ce département est particulièrement inégale.

Cette difficulté d'accès au psychiatre est caractérisée par des délais de consultation allant d'une semaine en milieu urbain à un mois et demi en milieu rural (secteur privé et public confondus) et imposant parfois au médecin généraliste d'assurer une prise en charge

psychothérapique pendant ce temps. Or il est insuffisamment formé et manque de temps car il est lui-même victime de la démographie médicale (mauvaise répartition des médecins généralistes dont la moyenne d'âge ne cesse d'augmenter).

Les territoires ruraux cumulent donc plusieurs faiblesses qu'il est important de surmonter.

Tout d'abord, cet objectif passe par une amélioration de la coordination entre médecins généralistes et psychiatres, la formation des médecins généralistes et la proposition d'organisations types susceptibles de leur permettre de mieux prendre en charge ce type de patients.

Puis, l'amélioration de la maitrise de la démographie médicale est nécessaire. Comme le décrit le rapport de la commission de la démographie médicale en 2005 [43].

Enfin, il sera utile d'explorer les éventuels apports de la téléconsultation en psychiatrie. Cette spécialité ne nécessitant pas d'examen clinique, elle pourrait mieux se plier aux contraintes de la téléconsultation malgré les réticences et les modalités de mise en place qu'il faudra préciser.

BIBLIOGRAPHIE

[1]Organisation Mondiale de la Santé. Rapport sur la Santé dans le Monde. Genève: OMS 1997.

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

[3] Elkaïm M, et al. Comprendre et traiter la souffrance psychique, Seuil, 2007

[4] American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th edition revised. Washington DC : American Psychiatric Association, 2000, 943 p.

[5] Organisation mondiale de la Santé. CIM-10/ICD-10. *Classification internationale des maladies*, 10e révision, chapitre V (F : p. troubles mentaux et troubles du comportement. Critères diagnostiques pour la recherche). Genève : Masson, 1994, 226 p.

[6] Lejoyeux M., Leon E, Rouillon F. Prévalence et facteurs de risque du suicide et des tentatives de suicide. L'Encéphale, 1994 ; XX :495-503

[7] Debout M. Le suicide. Rapport du Conseil économique et social 1993

[8] Bourgeois ML. Enquêtes rétrospectives dans l'étude du suicide. Neuro-psy 1998, N° spécial, avril: 20-24

[9] Dumel F. Comment évaluer le risque suicidaire et notamment l'imminence ou la gravité d'un passage à l'acte en médecine générale ? http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/conf&rm/conf/confsuicide/dumel.html

[10] Haute Autorité de Santé. Prise en charge des complications évolutives d'un épisode dépressif caractérisé de l'adulte. Recommandations. Paris: HAS 2007. Avril 2007.

[11] Poirot I. Syndromes dépressifs et échelles d'évaluation. Médecine du sommeil Année 2 juillet, août septembre 2005

[12] Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Prise en charge d'un épisode dépressif isolé de l'adulte en ambulatoire. Recommandations. Paris: Anaes 2002. Mai 2002.

[13] Whooley MA et al. Case-finding instruments for depression. Two questions are as good as many. J Gen Intern Med. 1997;12: 439-445

[14] Brody DS & al. Identifying patients with depression in the primary care setting. Arch Int Med. 1998, 7 (21) : 2469-2475.

[15] Duburq A, Charpak Y, Blin P. Comment diagnostiquer la dépression en médecine générale ? Elaboration d'un test de repérage des patients. Rev Prat MG, 2000, 14 (506) : 1403-7.

[16] Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge. Conférence de consensus. Paris: Anaes 2000. Octobre 2000.

[17] Plan psychiatrie et santé mentale 2005-2008. http://www.sante.gouv.fr/

[18] Kovess-Masfety V, et al. Mood disorders and urban/rural settings : Comparisons between two French regions. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol (2005), doi:10.1007/s00127-005-0934-x

[19] Kovess-Masfety V, et al. A European Approach to Rural-Urban Differences in Mental Health : The ESEMeD 2000 Comparative Study. Can J Psychiatry 2005;50;14: 926-36.

[20] Mercier A, et al. Enquête sur la prise en charge des patients dépressifs en soins primaires : les médecins généralistes ont des difficultés et des solutions. Encephale (2009), doi:10.1016/j.encep.2009.04.002

[21] Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé. Efficacité des méthodes de mise en œuvre des recommandations médicales. 2000.

[22] Baker R, Redish S, Robertson N. Randomised controlled trial of tailored strategies to implement guidelines for the management of patients with depression in general practice. Br J Gen Pract 2001;51:737-41.

[23] Gilbody S, Whitty P, Grimshaw J, et al. Educational and organizational interventions to improve the management of depression in primary care: A systematic review. JAMA 2003;289:3145-51.

[24] Richard C, Lussier MT. La communication professionnelle en santé. Saint-Laurent (Québec) : ERPI ; 2005.

[25] Van Weel C. Longitudinal research and data collection in primary care. Ann Fam Med 2005;3(Suppl. 1):546-51.

[26] Briffault X, et al. Recours aux soins et adéquation des traitements de l'épisode dépressif majeur en France. Encephale (2009), doi:10.1016/j.encep.2008.10.011

[27] Norton J, et al. Prévalence des troubles psychiatriques en médecine générale selon le *patient health questionnaire* : adéquation avec la détection par le médecin et le traitement prescrit. Encephale (2009), doi:10.1016/j.encep.2008.06.018

[28] Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, et al. Psychiatric drug utilization in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. Acta Psychiatr Scand Suppl 2004:55-64.

[29] Ohayon MM, Lader MH. Use of psychotropic medication in the general population of France, Germany, Italy, and the United Kingdom. J Clin Psychiatry 2002;63:817-25.

[30] Gasquet I, Nègre-Pagès L, Fourrier A, et al. Usage des psychotropes et troubles psychiatriques en France : résultats de l'étude épidémiologique ESEMeM/MHEDEA 2000/(ESEMeD) en population générale. Encéphale 2005 ;31 :195-206.

[31] Cogneau J, Liard F, Pouchain D. Amélioration de la prise en charge des patients déprimés : l'apport de « tables rondes » de médecins généralistes, Supplément La Revue Du Praticien, Vol 59, 20 décembre 2009.

[32] Kahn JP, Sibertin-Blanc D, Heymann C, Schmitt, Coudray P, Gazel E, Brusquet, Rigon, Badoinot M, Dell'Era D, Gaulard S, et al. Rapport sur la démographie des psychiatres en lorraine, ONDPS, Septembre 2009

[33] Elie G, Popelard A, Vannier P. Exode urbain, exil rural ; Le Monde Diplomatique, août 2010.

[34] Romestaing P, Le Breton-Lerouvillois G. Atlas de la démographie médicale en région Lorraine : Situation au 1er janvier 2009, CNOM 2009.

[35] Pasquet PJ, Chevallier L, Cuche H. Itinéraire des déprimés, réflexion sur leurs trajectoires en France. Rapport d'experts document de synthèse ; 2001, http://www.rees-franche.com/en/IMG/pdf/RAP-Depression_synthfin.pdf.

[36] « La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales», Rapport de la DREES (février 2009) http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er679.pdf

[37] Atlas de la démographie médicale en France, Situation au 1er janvier 2009, CNOM (Septembre 2009) http://www.web.ordre.medecin.fr/demographie/atlas2010.pdf

[38] Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé. La dépression en France, Enquête Anadep 2005

[39] Stab P, Staccini P, Lambotin M, et al. La téléconsultation en psychiatrie : évaluation d'une expérience originale dans le haut-pays niçois 2003

[40] Rosenthal NE, Sack DA, Gillin JC, et al. Seasonal affective disorder: a description of the syndrome and preliminary findings with light therapy. *Arch Gen Psychiatry* 1984 ; 41 : 72-80.

[41] Sartori S, Poirrier R. Syndrome affectif saisonnier et photothérapie : concepts théoriques et applications cliniques. *Encéphale* 1996 ; 22 : 7-16.

[42] Atezaz Saeed S, Timothy JB. Seasonal affective disorders. *Am Fam Physician* 1998 ; 15 : 57 (6) : 1340-6, 1351-2.

[43] Berland Y. Commission démographie médicale; Paris. Ministère des solidarités, de la santé et de la famille (avril 2005) http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/054000315/index.shtml

[44] Psychiatrie et santé mentale. PPSM 2005-2008. Ministère de la Santé

[45] Wittchen H. U, Jacobi F. Size and burden of mental disorders in Europe--a critical review and appraisal of 27 studies. *European Neuropsychopharmacology*, 2005 Aug, vol. 15, n° 4 : p. 357-376.

[46] Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé. Bon usage des antidépresseurs au cours des troubles dépressifs chez l'adulte. Avril 2005.

ANNEXES

Annexe 1 : Lettre adressée aux médecins participant à l'étude **68**

Annexe 2 : Questionnaire destiné au médecin participant à l'étude **69**

Annexe 3 : Questionnaire à remplir par patient diagnostiqué en EDC **70**

Annexe 4 : Exemplaire de la classification DSM IV adressée à chaque médecin de l'étude **71**

Annexe 5 : Grille d'entretien utilisée pour mener le volet qualitatif **72**

Annexe 6 : Résultats du volet qualitatif de l'étude **73**

Annexe 7 : CMP et antennes CMP dans le département des Vosges **76**

Annexe 8 : Arbre décisionnel de prise en charge d'un épisode dépressif caractérisé isolé selon la réponse au traitement de première intention [12] **79**

Annexe 9 : Critères de définition de l'urgence de la crise suicidaire..... **80**

Annexe 1 : Lettre adressée aux médecins participant à l'étude

ELASRI Rachid
17 impasse de Frolois
54850 MEREVILLE
Tel : 0630200871
E-mail : r_elasri@msn.com
Le Vendredi 28 mai 2010

Chère consœur, cher confrère,

Suite à notre conversation téléphonique, je vous fais parvenir les questionnaires de l'étude que je réalise dans le cadre de mon travail de thèse de médecine générale, dont le sujet est le suivant :

« Evaluation des différences de prise en charge du patient dépressif en médecine générale selon la localisation géographique dans le département des Vosges en 2010».

Il s'agit d'une étude que je réalise auprès de plusieurs médecins généralistes dans le département des Vosges, exerçant aussi bien en zone rurale, semi-rurale ou urbaine.

Elle traite donc des différences de prise en charge du patient dépressif et notamment les difficultés d'accès au spécialiste selon la localisation géographique dans le département des Vosges.

Pour cela, je vous adresse un questionnaire à remplir pour chaque patient présentant un épisode dépressif majeur comme diagnostic principal, qu'il soit en cours de traitement ou non, pendant la semaine du 7 juin au 12 juin 2010.

L'inclusion des patients comprend tout patient âgé de 18 à 65 ans (pour éviter la spécificité de l'adolescence et du patient âgé) dont le diagnostic principal est un épisode dépressif majeur, nouveau ou en cours de traitement, et que ce soit ou non le motif initial de consultation.

Les patients présentant des troubles bipolaires ainsi que ceux présentant des troubles induits par une substance sont exclus de l'étude, de même que tout patient âgé de moins de 18 ans et de plus de 65 ans.

Le deuxième questionnaire vous est ensuite destiné. Il est à remplir à l'issue de la semaine de l'étude. Il permet de définir les caractéristiques de votre exercice.

Je vous fais donc parvenir une dizaine d'exemplaires papiers représentant environ 2 consultations par jour.

Bien entendu, ce questionnaire peut vous être envoyé par mail en pièce jointe sur simple demande par téléphone ou par mail pour que vous puissiez l'imprimer à tout moment.

Vous remerciant par avance pour votre participation.

Veuillez agréer, chère consœur, cher confrère, l'expression de mes sincères salutations.

Annexe 2 : Questionnaire destiné au médecin participant à l'étude

Questionnaire concernant le médecin généraliste consulté pour l'étude réalisée pendant la semaine du 07 / 06 / 2010 au 12 / 06 / 2010

Localisation géographique :

Semi-rural ❑ Rural ❑ Urbain ❑

Nombre total de consultations pendant cette semaine :

Nombre de diagnostics d'épisode dépressif majeur (ou caractérisé) :

Vous considérez vous suffisamment informé des recommandations concernant le diagnostic et la prise en charge de l'épisode dépressif majeur ?

Oui ❑ Non ❑

Avez-vous une aversion particulière pour les patients dépressifs ?

Oui ❑ Non ❑

Si Oui pourquoi ?

Je ne me sens pas suffisamment compétent ❑
Les consultations sont trop longues ❑
L'accès au spécialiste est difficile ❑
L'observance pose problème (arrêt prématuré de traitement…) ❑

Remarques concernant le sujet d'étude :

<u>Annexe 3 :</u> Questionnaire à remplir par patient diagnostiqué en EDC

Questionnaire concernant les diagnostics d'épisode dépressif majeur (ou caractérisé) réalisés pendant la semaine du 07 / 06 / 2010 au 12 / 06 / 2010

<u>Patient :</u> Âge : …..... ans
Sexe : Féminin ❑ Masculin ❑
Activité professionnelle : Actif ❑ Inactif ❑

<u>Avez-vous utilisé une échelle diagnostique pour établir le diagnostic ?</u>
Oui ❑ Non ❑ Non, je n'en dispose pas ❑

<u>Le risque suicidaire a-t-il été abordé ?</u> Oui ❑ Non ❑

<u>A quel type de dépression concluez-vous ?</u>
Masquée ❑ Réactionnelle ❑ Récurrente ❑ Chronique❑

<u>Concernant le diagnostic, est-ce :</u>
Un nouveau diagnostic ❑ Une dépression traitée depuis moins de 6 mois ❑
Une récidive ❑ Une dépression traitée depuis plus de 6 mois ❑

<u>Le patient bénéficie-t-il d'une prise en charge psychothérapique actuellement ?</u>
Oui ❑ Non ❑
<u>Si Oui, laquelle :</u>
Psychothérapie cognitivo-comportementale ❑
Psychothérapie analytique ❑
Psychothérapie de soutien menée par vous-même ❑
Pas de thérapeutique spécifique, patient reconvoqué ❑

<u>Quel traitement médicamenteux avez-vous proposé ? (plusieurs réponses possibles)</u>
Antidépresseur seul ❑
Association antidépresseur + anxiolytique ❑
Anxiolytique seul ❑
Pas de traitement ❑
<u>Autre :</u> Homéopathie ❑
Phytothérapie ❑
Antipsychotique ❑
Hypnotique ❑

<u>Quand avez vous prévu de revoir le patient ?</u>
1 semaine ❑ 2 semaines ❑ 3 semaines ❑ 1 mois ❑
Entre 1 et 2 mois ❑ Entre 2 et 3 mois ❑ Plus de 3 mois ❑

<u>Pensez-vous que le patient doit être adressé au spécialiste ?</u> Oui ❑ Non ❑

<u>Si Oui, le patient l'a-t-il accepté ?</u> Oui ❑ Non ❑
<u>Si Non, Pourquoi ?</u>
Trop éloigné ou moyen de locomotion ❑ Indisponibilité professionnelle ❑
Peur de l' « étiquette » psychiatre ❑ Expérience antérieure négative ❑

<u>S'il a été adressé, vers quel professionnel ?</u>
Psychiatre ❑ Psychologue-Psychothérapeute ❑
C.M.P. le plus proche ❑ Confrère homéopathe ou acupuncteur ❑

<u>S'il n'a pas été adressé, lui avez vous proposé une solution alternative ?</u>
Psychothérapie au cabinet ❑ Relaxation ❑ Sophrologie ❑ Autre : .....

<u>A-t-il nécessité un arrêt de travail ?</u> Oui ❑ Non ❑
<u>Si Oui, de quelle durée ?</u> Inférieur à 8 jours ❑ Entre 15 jours et trois semaines ❑
Entre 8 jours et 15 jours ❑ Au-delà de trois semaines ❑

<u>Y a-t-il eu une hospitalisation à l'issue de la consultation ?</u> Oui ❑ Non ❑

<u>Annexe 4 :</u> Exemplaire de la classification DSM IV adressée à chaque médecin de l'étude

Rappel :

CRITERES DIAGNOSTIQUES D'UN EPISODE DEPRESSIF MAJEUR, C'EST-A-DIRE CARACTERISE (DSM-IV-TR)

A. Au moins 5 des symptômes suivants doivent être présents pendant une même période d'une durée de deux semaines et avoir représenté un changement par rapport au fonctionnement antérieur; au moins un des symptômes est soit une humeur dépressive, soit une perte d'intérêt ou de plaisir.

1- Humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, presque tous les jours signalée par le sujet (par exemple : se sent triste ou vide) ou observée par les autres (par exemple : pleure).

2- Diminution marquée de l'intérêt et du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités, pratiquement toute la journée, presque tous les jours (signalée par le sujet ou observé par les autres)

3- Perte ou gain de poids significatif en absence de régime (par exemple : modification du poids corporel en 1 mois excédant 5%) ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours.

4- Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours.

5- Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours (constatés par les autres, non limités à un sentiment subjectif de fébrilité ou de ralentissement intérieur).

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

7- Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée (qui peut être délirante) presque tous les jours (pas seulement se faire prier ou se sentir coupable d'être malade).

8- Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision presque tous les jours (signalées par le sujet ou observées par les autres).

9- Pensées de mort récurrentes (pas seulement une peur de mourir), idées suicidaires récurrentes sans plan précis ou tentative de suicide ou plan précis pour se suicider.

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

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

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

E. Les symptômes ne sont pas expliqués par un deuil, c'est-à-dire après la mort d'un être cher, les symptômes persistent pendant plus de 2 mois ou s'accompagnent d'une altération marquée du fonctionnement, de préoccupations morbides, de dévalorisation, d'idées suicidaires, de symptômes psychotiques ou d'un ralentissement psychomoteur.

Annexe 5 : Grille d'entretien utilisée pour mener le volet qualitatif

Tout d'abord une présentation rapide du contexte de l'entretien :

« Nous menons une étude sur les différences de prise en charge du patient dépressif en médecine générale selon la localisation géographique.

Pour cela, nous avons réalisé une étude quantitative sur une semaine de consultation auprès de plusieurs médecins généralistes du département des Vosges, exerçant dans une zone urbaine, semi-rurale ou rurale.

Ensuite, pour compléter l'étude, nous avons opté pour un deuxième volet consistant en une étude qualitative auprès de trois médecins généralistes exerçant dans chaque zone d'activité définie.

Nous allons donc traiter du thème de l'étude en nous basant sur votre sentiment propre. »

Que pensez-vous des difficultés pour établir le diagnostic d'épisode dépressif caractérisé ?

Vous considérez vous suffisamment informé ou à l'aise avec le diagnostic et la prise en charge de l'EDC ?

Que pensez-vous des échelles diagnostiques concernant leur utilisation?

Quid des diagnostics différentiels ?

Que pensez-vous des difficultés pour orienter le patient dépressif vers le spécialiste ?

Contact privilégié avec un psychiatre correspondant ?

Quels sont les réticences des patients par rapport à une orientation vers le spécialiste ?

Que pensez-vous des délais de consultation, aussi bien dans les CMP que chez le psychiatre libéral ?

Que pensez-vous de l'influence de la localisation géographique sur la prise en charge de vos patients dépressifs ?

Annexe 6 : Résultats du volet qualitatif de l'étude

	Rural	Semi-rural	Urbain
Question n°1 : **Que pensez- vous des difficultés pour établir le diagnostic d'épisode dépressif caractérisé ?**	Pas de difficulté sur le diagnostic	Pas assez formé pour poser un diagnostic précis	Pas de difficulté pour le diagnostic
	A une échelle diagnostique à sa disposition mais ne l'utilise pas	Echelle de Hamilton mais ne l'utilise pas à chaque fois, car prend du temps et rompt le déroulement de la consultation	N'utilise pas d'échelle diagnostique car considère que la prise en charge dépend de la sévérité du syndrome dépressif et de l'acceptation de la prise en charge par le patient.
	Consultation doublée c'est-à-dire de 25 à 30 minutes avec un suivi une ou 2 fois par semaine ou toutes les 48h si besoin dans l'attente d'un relais avec le psychiatre.	Se base sur le DSM IV et les recommandations pour le traitement puis revoit le patient 15 jours après ou avant si nécessaire.	Ne se base pas forcément sur les recommandations pour la prise en charge. Certains sont vus tous les 15 jours ou toutes les semaines si besoin (idées noires) principalement en fin de journées car ils nécessitent plus de temps. Hospitalisations très rares, 1 par an en passant par les urgences.
	Diagnostics différentiels posent problème quand les signes cliniques sont communs à l'EDC et à d'autres pathologies psychiatriques.		Diagnostic différentiel principal est l'anxiété généralisée, les signes sont souvent intriqués.
	Psychiatre uniquement à la demande du patient. En cas d'urgence, patient adressé au CMP ou à l'hôpital. Sinon c'est lui qui assure la psychothérapie	Adresse assez facilement au psychiatre	Propose fréquemment d'adresser au psychiatre mais la spécificité de cette spécialité exige que la démarche vienne du patient lui-même. Sa ville est peu fournie en psychiatres, proposition au patient de s'adresser au CMP en prenant rendez-vous lui-même. Les délais sont raisonnables 10 à 15 jours.

	Rural	Semi-rural	Urbain
Question n°2 : **Que pensez-vous des difficultés pour orienter le patient dépressif vers le spécialiste ?**	Ne recourt pas facilement au psychiatre sauf si demande du patient ou situation d'urgence ou cas difficile.	Adresse assez facilement au psychiatre. Ils ne sont pas facile d'accès surtout dans le service public, il envoie toujours dans le privé. Les patients se déplacent quand même alors que la ville la plus proche est à 25km. (Ils vont y faire leurs courses en général). Population plutôt aisée.	Propose assez fréquemment le psychiatre mais carence en psychiatres dans sa ville surtout qu'ils exigent que la démarche vienne du patient. Il propose donc le CMP avec prise de rendez-vous par le patient également. Les délais sont raisonnables (10 à 15 jours)
	A plutôt besoin de psychologues principalement pour le suivi psychothérapique mais le coût est élevé en libéral et pas de remboursement donc se rabat sur le CMP mais délais plutôt longs (1 mois à 1 mois et demi).	Adresse au psychiatre en général s'il n'y a pas d'amélioration après 2 à 3 consultations. Problème du manque de retour de courrier de la part du psychiatre.	Peu de retour de courrier de la part des CMP
	Pas de psychiatre dans son paysage pour pouvoir avoir un correspondant. A plus besoin de psychologues.	Travail privilégié avec un psychiatre installé en ville (rencontré à l'occasion d'une réunion professionnelle) qui lui assure des avis téléphoniques rapides.	Un psychiatre correspondant pourrait être une bonne chose pour avoir un avis téléphonique surtout pour des situations compliquées. Utiliserait volontiers cette opportunité à la manière des avis téléphoniques d'antibioville.
	N'est pas confronté à la réticence des patients car n'adresse pas souvent au psychiatre.	Confronté à la réticence des patients, le médecin généraliste doit déstigmatiser l'a priori négatif et lui expliquer que c'est une spécialité à part entière qui prend aussi bien en charge des patients gravement atteints que des patients moins gravement atteints mais qui en ont besoin.	Les patients vont plus facilement voir leur médecin traitant. Il voit d'ailleurs certains patients tous les 15 jours. Selon lui la réticence est moins présente chez les CSP moyens et plus. Dans les petites villes, certains patients refusent de voir un psychiatre de la ville car « tout se sait rapidement ». Ils recherchent alors des prises en charge à Nancy ou Strasbourg.

	Rural	Semi-rural	Urbain
Question n°3 : **Que pensez-vous de l'influence de la localisation géographique sur la prise en charge de vos patients dépressifs ?**	Il y a une réelle influence, car en campagne, des patients psychotiques lourds ou dépressifs sont exclusivement suivis par le médecin généraliste car il n'y a pas de psychiatre pour les suivre. Le psychiatre le plus proche est à 40km de là où il est installé. Si on ajoute à cela que ce sont des zones rurales défavorisées avec de faibles revenus. Mais c'est aussi un choix personnel de s'installer en milieu rural. Il est vrai que c'est la loi de l'offre et de la demande ; s'il y avait plus de psychiatres, ce n'est pas forcément ceux qui en auraient le plus besoin qui en profiteraient.	La distance qui sépare les patients de la ville ne leur pose pas de problème. Population plutôt aisée.	La population s'adapte car d'une part il y a peu de psychiatres en ville, ils utilisent alors les CMP et d'autre part ils se trouvent à proximité relative de 2 grandes villes. Une plus grande présence de psychiatres en ville, permettrait d'adapter les prises en charges en fonction des patients.

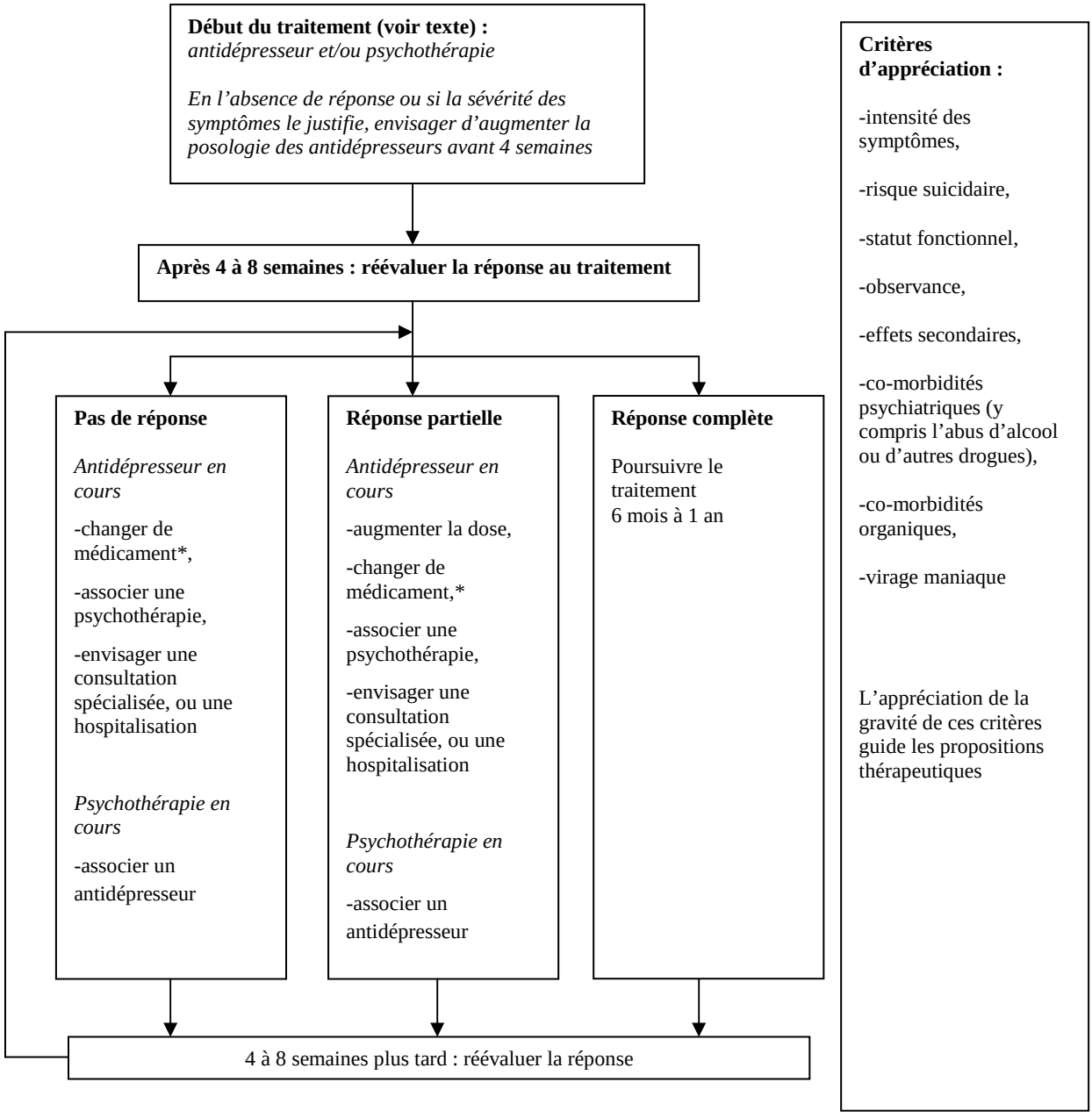
Annexe 7 : CMP et antennes CMP dans le département des Vosges

	Adresse	Code Postal	Ville établissement	Horaires d'ouverture	Créneaux de consultation sans rendez-vous
CMP	51 Avenue Président Kennedy	88300	NEUFCHATEAU	Du lundi au vendredi de 9h à 17h	Du lundi au vendredi de 9h à 17h
Antenne de CMP	1260 Avenue Division Leclerc BP 249	88307	NEUFCHATEAU	Du lundi au vendredi de 9h à 17h	Du lundi au vendredi de 9h à 17h
CMP	17 Rue de Voiveselles	88800	VITTEL	Du lundi au vendredi de 9h à 17h	Du lundi au vendredi de 9h à 17h
Antenne de CMP	191 Avenue Maurice Barres	88800	VITTEL	Du lundi au vendredi de 9h à 17h	Du lundi au vendredi de 9h à 17h
CMP	26 Rue de la Collegiale	88260	DARNEY	Du lundi au vendredi de 9h à 17h	
Antenne de CMP	Mairie	88240	BAINS LES BAINS	Vendredis après-midi sur RDV	
CMP	1 Avenue Graillet	88500	MIRECOURT	Du lundi au vendredi de 9h à 17h	Du lundi au vendredi de 9h à 17h
CMP	43 Boulevard Thiers	88200	REMIREMONT	Du lundi au vendredi de 9h à 18h et le samedi de 10h à 12h	En fonction des urgences
Antenne de CMP	9 Rue Carnot	88400	GERARDMER	Lundis après-midi de 13h30 à 16h30	En fonction des urgences
Antenne de CMP	CH Remiremont 1 Rue Georges Lang	88200	REMIREMONT	Du lundi au vendredi de 9h à 18h	En fonction des urgences
Antenne de CMP	9 Rue des Granges Puton	88200	REMIREMONT		
CMPPA	43 Boulevard Thiers	88200	REMIREMONT	Du lundi au vendredi de 9h à 17h	En fonction des urgences
CMP	4 Rue du Lieutenant Seidel	88150	THAON LES VOSGES	Du lundi au vendredi de 9h à 17h	Permanence infirmière et premier accueil pendant les heures d'ouverture
Antenne de CMP	20 Rue Madagascar	88130	CHARMES	Lundi, mardi et vendredi de 9h et 17h	Permanence infirmière et premier accueil pendant les heures d'ouverture
Antenne de CMP	16 Rue de L'Hôpital	88600	BRUYERES	Mardi, mercredi et vendredi de 9h et 17h	Permanence infirmière et premier accueil pendant les heures d'ouverture
Antenne de CMP	18 Rue Aristide Briand	88700	RAMBERVILLERS	Lundi, mardi et mercredi de 9h à 17h	Permanence infirmière et premier accueil pendant les heures d'ouverture
CMP	18 Rue de la Préfecture	88000	EPINAL	Du lundi au vendredi de 9h à 18h	Permanence infirmière et premier accueil pendant les heures d'ouverture

Antenne de CMP	3 Avenue Robert Schumann BP 590	88021	EPINAL	Du lundi au vendredi de 8h à 18h	Présence médicale tous les matins et un samedi matin sur deux, permanence infirmière et premier accueil pendant les heures d'ouverture
Antenne de CMP	Mairie 1 Rue le Château	88220	XERTIGNY	2 heures par semaine 10h00 à 12h00	RDV programmés
Antenne de CMP	6 Quai des Bons Enfants	88000	EPINAL	Structure de soins d'hospitalisation, pas de consultation externe	Consultation médicale au CMP pour les patients pris en charge
CMPPA	Maison de Santé Saint Jean 31 Rue Thiers	88000	EPINAL	Du lundi au vendredi de 9h à 17h	Permanence infirmière et premier accueil pendant des heures d'ouverture
Antenne de CMP	CHI 13 Rue Eugène Lutherer	88190	GOLBEY	Lundi, mardi de 14h00 à 16h30	RDV programmés
UCSA	Maison d'Arrêt 13 Rue J. Villard	88000	EPINAL	Du lundi au vendredi de 10h à 18h	Présence médicale tous les matins
CMP	3 – 5 Rue Jacques Delille	88100	SAINT DIE	Du lundi au vendredi de 9h à 19h et samedi de 9h à 13h - hors jours fériés	Du lundi au vendredi de 9h à 19h et samedi de 9h à 13h
Antenne de CMP	CH St Charles 26 Rue du Nouvel Hôpital	88187	SAINT DIE	Du lundi au vendredi de 9h à 16h	Du lundi au vendredi de 9h à 17h
Antenne de CMP	8 Rue des Violoncelles	88500	MIRECOURT	Tous les jours de 8h30 à 19h	Pas de consultation
CMPPA	3 – 5 Rue Jacques Delille	88100	SAINT DIE	Du lundi au vendredi de 9h à 19h et samedi de 9h à 13h – hors jours fériés	Du lundi au vendredi de 9h à 19h et samedi de 9h à 13h
CMP	10 Rue du Luxembourg	88800	VITTEL	Du lundi au vendredi de 9h à 17h	En dehors de l'urgence pour a quelle un créneau est dégagé, tous les entretiens se font sur RDV
Antenne de CMP	7 Ter Rue Jules Ferry	88300	NEUFCHATEAU	Du lundi au vendredi de 9h à 17h	Antenne de CMP de Vittel : lorsque l'antenne est ouverte : si urgence ou demande d'intervention par le CHG Neufchâteau (Pôle Mère Enfant), un créneau est dégagé. En dehors de l'urgence, tous les entretiens se font sur RDV. En cas de fermeture de la structure : relais par le CMP de Vittel (ou par la PUL de Neufchâteau concernant les interventions sur le CHG Neufchâteau)

Antenne de CMP	1 Avenue Graillet	88500	MIRECOURT	Sur RDV	Comme indiqué dans l'item « horaires d'ouverture », les consultations se déroulent sur RDV. Antenne du CMP de Vittel : lorsque l'antenne est ouverte : si urgence, possibilité éventuelle de dégager un créneau. Si pas de possibilité : relais par le CMP Vittel
CMP	9 Rue Paul Doumer	88000	EPINAL	Du lundi au vendredi de 9h à 17h	Si urgence : à tout moment, sinon pas de créneau organisé
Antenne de CMP	16 rue de l'Hôpital	88600	BRUYERES	Sur RDV	Si urgence : à tout moment, sinon pas de créneau organisé
Antenne de CMP	14 Rue Marcel Goulette	88130	CHARMES	Sur RDV	Non applicable
Antenne de CMP	3 Avenue R. Schumann	88021	EPINAL	Sur RDV	
CMP	9 Rue René Jacquot	88100	SAINT DIE	Du lundi au vendredi de 9h à 18h et sur RDV	Absence de créneaux mais en cas d'urgence constatée, une réponse sera apportée
Antenne de CMP	13 Rue Pasteur	88110	RAON L'ETAPE	Sur RDV le mercredi	Absence de créneaux mais en cas d'urgence constatée, une réponse sera apportée
Antenne de CMP	18 Rue Aristide Briand	88700	RAMBERVILLERS	De 9h à 17h sur RDV lundis, mercredis (un mercredi sur 2) et vendredis	Absence de créneaux mais en cas d'urgence constatée, une réponse sera apportée
CMP	7 Rue du Capitaine Flayelle	88200	REMIREMONT	Du lundi au vendredi de 9h à 17h et sur RDV	Absence de créneaux mais en cas d'urgence constatée, une réponse sera apportée
Antenne de CMP	9 Rue Carnot	88400	GERARDMER	Les mardis et mercredis de 9h à 17h sur RDV	Absence de créneaux mais en cas d'urgence constatée, une réponse sera apportée
Antenne de CMP	Antenne du CMP	88200	REMIREMO NT	Du lundi au vendredi de 8h à 17h et sur RDV	Une réponse est apportée à l'urgence (présence sur place)
CMP	2 Quai Colonel Serot	88000	EPINAL	Du lundi au vendredi de 9h à 17h et le mercredi extension possible jusqu'à 20h	Du lundi au vendredi de 9h à 17h et le mercredi extension possible jusqu'à 20h

<u>Annexe 8 :</u> Arbre décisionnel de prise en charge d'un épisode dépressif caractérisé isolé selon la réponse au traitement de première intention [12]



*choisir soit un antidépresseur d'une autre classe, ou, en cas d'impossibilité, un autre antidépresseur de la même classe

Source : Recommandations Anaes 2002

Annexe 9 : Critères de définition de l'urgence de la crise suicidaire

Les degrés d'urgence de la crise suicidaire selon les conclusions de la conférence de consensus de novembre 2000 « La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge ».

Urgence faible	**Urgence moyenne**	**Urgence élevée**
Le patient en crise : · est dans une relation de confiance établie avec un praticien · désire parler et est à la recherche de communication · cherche des solutions à ses problèmes · pense au suicide mais n'a pas de scénario suicidaire précis · pense encore à des moyens et à des stratégies pour faire face à la crise · n'est pas anormalement troublé mais psychologiquement souffrant.	Le patient en crise : · présente un équilibre émotionnel fragile · envisage le suicide. Son intention est claire · a envisagé un scénario suicidaire mais dont l'exécution est reportée · ne voit de recours autre que le suicide pour cesser de souffrir · a besoin d'aide et exprime directement ou indirectement son désarroi · est isolé.	Le patient en crise : · est décidé, a planifié le passage à l'acte prévu pour les jours qui viennent · est coupé de ses émotions, rationalise sa décision ou est très émotif, agité, troublé · est complètement immobilisé par la dépression ou dans un état de grande agitation · dont la douleur et la souffrance sont omniprésentes ou complètement tues · a un accès direct et immédiat à un moyen de se suicider · a le sentiment d'avoir tout fait et tout essayé · est très isolé.

VU

NANCY, le **16 novembre 2010**

Le Président de Thèse

Professeur R. SCHWAN

NANCY, le **16 novembre 2010**

Le Doyen de la Faculté de Médecine

Professeur H. COUDANE

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE / *3491*

NANCY, le **18 Novembre 2010**

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY 1

Par délégation

Madame C. CAPDEVILLE-ATKINSON

RÉSUMÉ DE LA THÈSE :

La prise en charge du patient dépressif en médecine générale présente de nombreuses difficultés. Celles-ci semblent d'autant plus importantes que l'on introduit le paramètre de la localisation géographique. Or il n'y a pas de travaux retrouvés incluant ces données dans la littérature.

Le but de ce travail est d'identifier les différences de prise en charge et d'accès au psychiatre dans le milieu rural, semi-rural ou urbain.

C'est une étude pilote réalisée auprès de médecins généralistes vosgiens, pendant une semaine de consultation, exerçant dans chacune des zones définies pour l'étude. Elle comprend un volet quantitatif incluant 30 médecins généralistes et un volet qualitatif consistant en un entretien avec 3 médecins généralistes.

Même s'il n'apparaît pas de différences significatives sur la prise en charge, la mise en œuvre des recommandations reste complexe pour les médecins généralistes. L'étude montre, en effet, que dans certaines zones urbaines, faiblement pourvues en psychiatres, les difficultés d'orientation vers le spécialiste, en termes de délai par exemple, peuvent être aussi importantes qu'en milieu rural. A l'inverse certaines zones semi-rurales semblent favorisées grâce à la proximité d'un grand pôle urbain dont l'offre de soins en psychiatrie est plus large.

Cela permet de montrer d'une part, la nécessité de l'adoption d'une définition précise des zones rurale, semi-rurale et urbaine incluant des critères d'accès aux soins, d'autre part, la difficulté d'appliquer les recommandations en médecine générale.

Le médecin généraliste est donc amené à adapter sa prise en charge en fonction du contexte de son exercice. Se posent alors des problèmes de formation et d'organisation afin de proposer au patient une prise en charge optimale.

TITRE EN ANGLAIS :

The differences of care for the depressive patient in rural, largely rural and urban areas: a pilot study with general practitioners from a French department, the Vosges

THÈSE DE MÉDECINE GÉNÉRALE – ANNÉE 2010

MOTS-CLÉS : dépression, rural, semi-rural, urbain, médecine générale, étude pilote, Vosges

INTITULÉ ET ADRESSE DE L'U.F.R. :

Faculté de Médecine de Nancy
9, avenue de la Forêt de Haye
54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex