



<http://portaildoc.univ-lyon1.fr>

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale -
Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr>

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD LYON 1
UFR de Médecine et de Maïeutique Lyon-Sud
ANNEE 2017 N°72



**VALIDATION D'APPARENCE D'UN QUESTIONNAIRE
SUR LES BARRIERES A LA PRISE EN CHARGE
DE LA DEPRESSION EN MEDECINE GENERALE**

THESE D'EXERCICE EN MEDECINE GENERALE

Présentée à l'Université Claude Bernard Lyon 1
Soutenue publiquement le 2 mars 2017
En vue d'obtenir le titre de Docteur en médecine

Par Leslie LLORENTE
Née le 22/10/1987 à Vienne (38)

Sous la direction de Monsieur le Docteur Hubert MAISONNEUVE

U.F.R. FACULTE DE MEDECINE ET DE MAIEUTIQUE LYON SUD-CHARLES
MERIEUX

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (Classe exceptionnelle)

médicale	BERGERET Alain	Médecine et Santé du Travail
	BROUSSOLLE Emmanuel	Neurologie
	BURILLON-LEYNAUD Carole	Ophthalmologie
	CHIDIAC Christian	Maladies infectieuses ; Tropicales
	DUBREUIL Christian	O.R.L.
	FLOURIE Bernard	Gastroentérologie ; Hépatologie
	FOUQUE Denis	Néphrologie
	GILLY François-Noël	Chirurgie générale
	GOLFIER François	Gynécologie Obstétrique ; gynécologie
	GUEUGNIAUD Pierre-Yves	Anesthésiologie et Réanimation urgence
	LAVILLE Martine	Nutrition
	LAVILLE Maurice	Thérapeutique
	MALICIER Daniel	Médecine Légale et Droit de la santé
	MATILLON Yves	Epidémiologie, Economie Santé et Prévention
	MORNEX Françoise	Cancérologie ; Radiothérapie
	MOURIQUAND Pierre	Chirurgie infantile
	NICOLAS Jean-François	Immunologie
	SALLES Gilles	Hématologie ; Transfusion
	SIMON Chantal	Nutrition
	THIVOLET Charles	Endocrinologie et Maladies métaboliques
VALETTE Pierre Jean	Radiologie et imagerie médicale	
VIGHETTO Alain	Neurologie	

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (1ère Classe)

vieillessement	ADHAM Mustapha	Chirurgie Digestive
	ANDRE Patrice	Bactériologie – Virologie
	BERARD Frédéric	Immunologie
	BONNEFOY Marc	Médecine Interne, option Gériatrie
	BONNEFOY- CUDRAZ Eric	Cardiologie
	BROUSSOLLE Christiane	Médecine interne ; Gériatrie et biologie
	CAILLOT Jean Louis	Chirurgie générale
	CERUSE Philippe	O.R.L.
	DES PORTES DE LA FOSSE Vincent	Pédiatrie
	ECOCHARD René	Bio-statistiques
	FESSY Michel-Henri	Anatomie
	FRANCK Nicolas	Psychiatrie Adultes
	FREYER Gilles	Cancérologie ; Radiothérapie
	GEORGIEFF Nicolas	Pédopsychiatrie
	GIAMMARILE Francesco	Biophysique et Médecine nucléaire
	GLEHEN Olivier	Chirurgie Générale
	JOUANNEAU Emmanuel	Neurochirurgie
	KIRKORIAN Gilbert	Cardiologie
	LANTELME Pierre	Cardiologie

LEBECQUE Serge
LINA Gérard
LONG Anne
LUAUTE Jacques
PEYRON François
PICAUD Jean-Charles
PIRIOU Vincent
POUTEIL-NOBLE Claire
PRACROS J. Pierre
RODRIGUEZ-LAFRASSE Claire
RUFFION Alain
SAURIN Jean-Christophe
TEBIB Jacques
THOMAS Luc
TRILLET-LENOIR Véronique

Biologie Cellulaire
Bactériologie
Médecine vasculaire
Médecine physique et Réadaptation
Parasitologie et Mycologie
Pédiatrie
Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Néphrologie
Radiologie et Imagerie médicale
Biochimie et Biologie moléculaire
Urologie
Hépatogastroentérologie
Rhumatologie
Dermato-Vénérologie
Cancérologie ; Radiothérapie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (2ème Classe)

ALLAOUCHICHE
BARREY Cédric
BOHE Julien
BOULETREAU Pierre
BREVET Marie
CHAPET Olivier
CHOTEL Franck
COTTE Eddy
DALLE Stéphane
DEVOUASSOUX Gilles
DISSE Emmanuel
DORET Muriel
DUPUIS Olivier
FARHAT Fadi
FEUGIER Patrick
FRANCO Patricia
GHESQUIERES Hervé
HAUMONT Thierry
KASSAI KOUPAI Berhouz
LASSET Christine
LEGER FALANDRY Claire
LIFANTE Jean-Christophe
LUSTIG Sébastien
MOJALLAL Alain-Ali
NANCEY Stéphane
PAPAREL Philippe
PIALAT Jean-Baptiste
POULET Emmanuel
REIX Philippe
RIOUFFOL Gilles
SALLE Bruno
reproduction
SANLAVILLE Damien
SERVIEN Elvire
SEVE Pascal

Anesthésie-Réanimation Urgence
Neurochirurgie
Réanimation urgence
Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
Anatomie et cytologie pathologiques
Cancérologie, radiothérapie
Chirurgie Infantile
Chirurgie générale
Dermatologie
Pneumologie
Endocrinologie diabète et maladies métaboliques
Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale
Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale
Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Chirurgie Vasculaire,
Physiologie
Hématologie
Chirurgie Infantile
Pharmacologie Fondamentale, Clinique
Epidémiologie., éco. santé
Médecine interne, gériatrie
Chirurgie Générale
Chirurgie. Orthopédique,
Chirurgie. Plastique.,
Gastro Entérologie
Urologie
Radiologie et Imagerie médicale
Psychiatrie Adultes
Pédiatrie
Cardiologie
Biologie et Médecine du développement et de la
Génétique
Chirurgie Orthopédique
Médecine Interne, Gériatrique

TAZAROURTE Karim
THAI-VAN Hung
THOBOIS Stéphane
TRAVERSE-GLEHEN Alexandra
TRINGALI Stéphane
TRONC François
WALLON Martine
WALTER Thomas

Thérapeutique
Physiologie
Neurologie
Anatomie et cytologie pathologiques
O.R.L.
Chirurgie thoracique et cardio.
Parasitologie mycologie
Gastroentérologie - Hépatologie

PROFESSEURS ASSOCIES NON TITULAIRE

FILBET Marilène
SOUQUET Pierre-Jean

Thérapeutique
Pneumologie

PROFESSEUR DES UNIVERSITES - MEDECINE GENERALE - TITULAIRE

DUBOIS Jean-Pierre
ERPELDINGER Sylvie

PROFESSEUR ASSOCIE - MEDECINE GENERALE – NON TITULAIRE

DUPRAZ Christian

PROFESSEURS ASSOCIES SCIENCES ET TECHNOLOGIES - MEDECINE GENERALE

BONIN Olivier

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (Hors Classe)

ARDAIL Dominique	Biochimie et Biologie moléculaire
BOUVAGNET Patrice	Génétique
CHARRIE Anne	Biophysique et Médecine nucléaire
DELAUNAY-HOUZARD Claire	Biophysique et Médecine nucléaire
LORNAGE-SANTAMARIA Jacqueline	Biologie et Médecine du développement et de la reproduction
MASSIGNON Denis	Hématologie – Transfusion
RABODONIRINA Méja	Parasitologie et Mycologie
VAN GANSE Eric	Pharmacologie Fondamentale, Clinique

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS (1ère Classe)

BELOT Alexandre	Pédiatrie
CALLET-BAUCHU Evelyne	Hématologie ; Transfusion
COURAUD Sébastien	Pneumologie
DECAUSSIN-PETRUCCI Myriam	Anatomie et cytologie pathologiques
DIJOURD Frédérique	Anatomie et Cytologie pathologiques
DUMITRESCU BORNE Oana	Bactériologie Virologie

reproduction
GISCARD D'ESTAING Sandrine

MILLAT Gilles
PERROT Xavier
PONCET Delphine
RASIGADE Jean-Philippe

Biologie et Médecine du développement et de la
Biochimie et Biologie moléculaire
Physiologie
Biochimie, Biologie moléculaire
Bactériologie – Virologie ; Hygiène hospitalière

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (2ème Classe)

BRUNEL SCHOLTES Caroline
COURY LUCAS Fabienne
DESESTRET Virginie
FRIGGERI Arnaud
LEGA Jean-Christophe
LOPEZ Jonathan
MAUDUIT Claire
MEWTON Nathan
NOSBAUM Audrey
VUILLEROT Carole

Bactériologie virologie ; Hyg.hosp.
Rhumatologie
Cytologie – Histologie
Anesthésiologie
Thérapeutique
Biochimie Biologie Moléculaire
Cytologie – Histologie
Cardiologie
Immunologie
Médecine Physique Réadaptation

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES – MEDECINE GENERALE

CHANELIERE Marc
PERDRIX Corinne

PROFESSEURS EMERITES

*Les Professeur émérites peuvent participer à des jurys de thèse ou d'habilitation.
Ils ne peuvent pas être président du jury.*

ANNAT Guy
BERLAND Michel
CARRET Jean-Paul
DALERY Jean
FLANDROIS Jean-Pierre
LLORCA Guy
MOYEN Bernard
PACHECO Yves
PERRIN Paul
SAMARUT Jacques

Physiologie
Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale
Anatomie - Chirurgie orthopédique
Psychiatrie Adultes
Bactériologie – Virologie ; Hygiène hospitalière
Thérapeutique
Chirurgie Orthopédique
Pneumologie
Urologie
Biochimie et Biologie moléculaire

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS	8
LE SERMENT D'HIPPOCRATE	9
LIVRET D'ABREVIATIONS	10
INTRODUCTION	11
METHODE	13
I. Le questionnaire	13
II. Le pré-test	13
III. Les consignes	13
IV. Le guide d'entretien	14
V. La population d'étude	14
VI. Le mode de recueil des données	15
VII. L'analyse du contenu	15
RESULTATS	17
I. Les caractéristiques des entretiens et des interrogés	17
II. Le temps de réponse	19
III. L'analyse des items	20
1) Concernant la dépression	21
2) Concernant les patients dépressifs	22
3) Concernant la pratique des médecins généralistes	24
4) Concernant les soins spécialisés en psychiatrie	24
5) Concernant la communication avec les professionnels en santé mentale	25
6) Concernant les suggestions des interrogés	26
DISCUSSION	27
I. Les perspectives d'amélioration des items	27
1) Concernant la dépression	27
2) Concernant les patients dépressifs	28
3) Concernant la pratique des médecins généralistes	29
4) Concernant les soins spécialisés en psychiatrie	29
5) Concernant la communication avec les professionnels en santé mentale	30
6) Concernant l'exhaustivité du questionnaire	31

7) Les modalités de réponses au questionnaire	32
II. Les forces et les limites de l'étude	32
1) Le double codage	33
2) Le recrutement	33
3) Les biais méthodologiques liés à l'enquêteur	33
4) Les biais affectifs	33
III. Les perspectives	34
CONCLUSION	35
BIBLIOGRAPHIE	37
ANNEXES	41
ANNEXE 1 : Les définitions de la dépression	41
ANNEXE 2 : Le questionnaire	43
ANNEXE 3 : Le guide d'entretien	45
ANNEXE 4 : La grille de codage	46
ANNEXE 5 : Le verbatim de M11	47
ANNEXE 6 : Le questionnaire modifié	54

REMERCIEMENTS

Un grand merci à chaque membre du jury d'avoir accepté de juger cette thèse.

A Monsieur le professeur Alain Moreau,

Vous me faites l'honneur de présider le jury de thèse. Je vous remercie de l'intérêt que vous avez porté à ce travail. Soyez assuré de ma plus sincère reconnaissance et de mon profond respect.

A mon Directeur de thèse **Monsieur le Docteur Hubert Maisonneuve,**

Merci de m'avoir proposée ce sujet de thèse et de m'avoir encadrée avec un tel niveau d'expertise. Je te remercie également pour la formation solide que tu m'as apportée durant mon semestre chez le praticien. Tu m'as beaucoup appris sur le rôle du médecin généraliste et sur la façon de s'épanouir et de s'enrichir professionnellement et personnellement dans cette fonction. Je te remercie infiniment pour ton accompagnement.

A Monsieur le Professeur Thierry D'Amato,

Vous me faites l'honneur de siéger dans ce jury. Je vous remercie de votre confiance en acceptant de me juger sans me connaître. Soyez assuré de ma reconnaissance.

A Monsieur le Professeur Jean Dalery,

Je vous remercie d'avoir intégré ce jury de thèse. Soyez assuré de ma plus sincère reconnaissance et de mon profond respect.

A Monsieur le Professeur Christian Dupraz,

Je vous remercie d'avoir accepté de participer au jury de cette thèse. Merci également pour votre accompagnement durant le DES de médecine générale, notamment durant les journées d'études. Je vous exprime ma reconnaissance.

A tous les médecins interrogés,

Merci pour le temps que vous avez su m'accorder. Vous m'avez livré une partie de vous-mêmes et je vous en suis sincèrement reconnaissante. Je garde en mémoire chacun de nos entretiens.

Je remercie également Arun Senchyna et Alban Glangetas qui ont participé et participent encore à l'élaboration de ce questionnaire. Merci pour nos échanges par Skype qui ont ponctué régulièrement, toujours dans la bonne humeur et avec votre petit accent suisse, le déroulement de ce travail. Je remercie également Noémie Lebret qui vient d'intégrer ce petit groupe de réflexion et qui va prendre la suite de ce travail. Bon courage à toi, j'espère que tu prendras autant de plaisir que moi à réaliser ta thèse.

LE SERMENT D'HIPPOCRATE

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans discrimination.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont 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.

Je donnerai mes soins à l'indigent et je n'exigerai pas un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

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

Je préserverai l'indépendance nécessaire et je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je perfectionnerai mes connaissances pour assurer au mieux ma mission.

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

LIVRET D'ABREVIATIONS

DSM V : Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders V

CIM-10 : 10^{ème} Classification Internationale des Maladies

DAQ : Dépression Attitude Questionnaire

HAS : Haute Autorité de Santé

HAD : Hospital Anxiety and Depression scale

MADRS : Montgomery-Asberg Depression Rating Scale

CMP : Centre Médico-Psychologique

DMP : Dossier Médical Partagé

CMG : Collège de la Médecine Générale

CME : Commission Médicale d'Etablissement

INTRODUCTION

La dépression concerne 350 millions de personnes dans le monde (1). D'ici 2020, elle pourrait être au deuxième rang des maladies à l'échelle mondiale (2). En Europe, la prévalence d'un trouble dépressif majeur au cours de la vie varie de 16,5% (3) à 17% (4). En France, la prévalence d'un trouble dépressif majeur dans les 12 derniers mois parmi les 15-75 ans est estimée à 7,8% et apparaît stable entre 2005 et 2010 (5). Dix-huit pourcents des Français présenteraient un épisode dépressif majeur au cours de leur vie (6). Plusieurs définitions de la dépression existent. Nous présentons en annexe 1 celles du manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-V) de l'association américaine de psychiatrie et de la classification internationale des maladies (CIM-10).

Trente-deux à trente-neuf pourcent des français atteints n'auraient pas recours à un professionnel de santé (5),(7). Le recours aux soins tendrait toutefois à se répandre puisque ce chiffre était de 63% en 2005. Malheureusement, les prises en charge restent souvent tardives et le diagnostic serait manqué chez plus de 50 % des patients (8),(9). Le médecin généraliste est le principal professionnel impliqué dans la prise en charge des troubles dépressifs. En Europe, 63% des personnes consultant pour un trouble psychique le font auprès d'un médecin de famille (7). En France, le médecin généraliste est présent dans 67 % des parcours de soins (6). Neuf médecins généralistes sur dix prendraient en charge le patient dépressif sans l'adresser à un spécialiste (10).

Les freins à la prise en charge de la dépression en médecine de ville cités dans la littérature sont nombreux. On retient : des outils diagnostiques de la dépression méconnus, jugés inutiles ou inadaptés par les généralistes (11), la difficulté quant à l'acceptation du diagnostic et du traitement de la dépression chez une majorité de patients dépressifs (12), le manque de temps à consacrer aux patients dépressifs (12), le manque de disponibilité des spécialistes en santé mentale (12, 13) et le problème d'accessibilité aux structures spécialisées (13).

A notre connaissance, aucune de ces études sur les freins à la prise en charge de la dépression en médecine de ville (11, 12, 13) n'a eu recours à un outil de recueil de données validé. Il existe en effet peu d'outils évaluant les attitudes des praticiens envers la dépression. Un des plus utilisés est le "Depression Attitude Questionnaire" (DAQ) (14) dont il existe une version validée en Français (15). Il n'est cependant pas centré sur les barrières à la prise en charge de la dépression. Ces barrières peuvent être regroupées en quatre catégories : les facteurs liés aux patients, les facteurs liés aux médecins, ceux liés à

l'organisation et les facteurs sociétaux (16). Un autre questionnaire a été proposé par Telford Et Hutchinson (17) mais il n'existe pas d'étude validant son contenu.

Avant d'envisager d'éventuelles interventions visant à améliorer la prise en charge de la dépression par les médecins généralistes, il nous semblait pertinent de créer et valider un outil permettant d'explorer les barrières à la prise en charge de la dépression par les médecins généralistes. Dans une précédente étude franco-suisse, nous avons créé et validé le contenu de ce questionnaire francophone (18). L'objectif de cette thèse était de valider l'apparence de ce questionnaire francophone explorant les barrières à la prise en charge de la dépression par les médecins généralistes à travers la réalisation d'un pré-test. Le but était de s'assurer de la bonne compréhension et de la clarté du questionnaire.

METHODES

I. Le questionnaire

Les questionnaires sont des outils de recueil d'information souvent irremplaçables en recherche. Comme pour tout instrument de mesure, les qualités d'un questionnaire doivent être connues avant de réaliser une étude. Les différentes étapes nécessaires pour valider un questionnaire sont bien exposées dans la littérature (19, 20, 21).

Nous avons construit un questionnaire de 42 items listant les barrières à la prise en charge de la dépression en médecine de ville à partir d'une revue de la littérature ayant recensé douze articles. Nous avons validé le contenu à partir d'une évaluation de la clarté et la pertinence par un panel de vingt psychiatres ou généralistes Lyonnais, Genevois et Strasbourgeois sensibilisés aux difficultés de prise en charge de la dépression par les médecins généralistes (18). A l'issue de l'étape de validation de contenu, nous avons conservé 26 items et les avons regroupés en 5 dimensions : la dépression, les patients dépressifs, la pratique des médecins généralistes, les soins spécialisés en psychiatrie et la communication avec les professionnels de santé mentale.

II. Le pré-test

L'étape suivante du processus de validation de notre questionnaire est le pré-test qui va permettre d'évaluer la validité d'apparence du questionnaire (annexe 2). Pour chaque item, le but est de s'assurer que le sens compris par les interrogés correspond au sens donné dans les articles sélectionnés. Il est question d'administrer le questionnaire à un petit échantillon de personnes issues de la population enquêtée et de vérifier l'acceptabilité du questionnaire à travers le niveau de compréhension des questions, la durée de passation et l'impression globale des personnes testées. En cas de problèmes identifiés, des ajustements sont en effet possibles à ce stade d'évaluation du questionnaire.

III. Les consignes

Une étude pilote du pré-test a permis de créer et tester les consignes. Cette phase a mis en avant l'importance d'une consigne clairement explicitée en début d'entretien. Les consignes ont été les suivantes : vous allez lire le questionnaire à voix haute ou basse, y répondre en

cochant la réponse choisie, puis nous discuterons ensemble de ce que vous comprenez et de ce que vous pensez des items.

IV. Le guide d'entretien

Le guide d'entretien a pour rôle de structurer l'entretien semi-directif. Cet outil a pour finalité d'évaluer la compréhension de chacun des items. L'enquêteur a testé lors des trois premiers entretiens un sondage simultané, c'est à dire item par item, un sondage rétrospectif à la fin de chaque catégorie du questionnaire et un sondage rétrospectif à la fin du questionnaire (22). Le sondage rétrospectif par catégorie a donné à l'interrogé une vue d'ensemble des notions abordées par thème tout en permettant à l'enquêteur d'explorer rapidement les pensées de l'interrogé qui ont abouti à la réponse. L'enquêteur a choisi préférentiellement cette méthode pour les entretiens suivants, bien qu'en pratique, il ait régulièrement eu recours aux deux autres techniques.

En fonction d'un problème potentiellement associé à un item, nous avons développé des axes types pour créer cette grille d'entretien. Cinq axes ont été issus de la littérature (23) : explorer le sens de mots ou d'expressions, déterminer si des items sont jugés redondants, faire expliciter le cheminement de la pensée lorsqu'un temps de réflexion semble nécessaire, déterminer si une question est perçue comme offensante et déterminer si les items sont déontologiquement appropriés. Nous avons ajouté deux axes qui s'appliquaient à notre questionnaire : évaluer la fréquence du cas lors d'une généralisation et évaluer le caractère exhaustif du questionnaire. Le recueil qualitatif est en effet l'occasion de vérifier l'exhaustivité du questionnaire déjà appréhendée lors de la validation du contenu. Le guide d'entretien figure en annexe 3. Voici un exemple de question posée en lien avec l'item 15 : « comment comprenez-vous le terme pesant ? » En rapport avec la dernière catégorie concernant la communication avec les professionnels de santé, nous leur demandions par exemple : en quoi « partage de dossier » et « retour d'information » sont-ils similaires ? Dans le cas où les items posaient problème, nous étions attentifs aux suggestions d'amélioration.

V. La population d'étude

Nous souhaitons constituer un échantillon varié selon les critères suivants : sexe, âge, zone d'exercice, intérêt pour le sujet et habitudes de prise en charge. Pour cela, nous avons choisi la technique d'échantillonnage en boule de neige (24). Les sept premiers interrogés correspondaient à un échantillon de convenance, puis ; à chaque entretien, nous

demandions aux médecins interrogés des coordonnées de médecins correspondant aux critères recherchés. La participation à l'étude leur a été proposée par téléphone ou par mail.

VI. Le mode de recueil des données

Nous avons opté pour des entretiens individuels semi-directifs qui sont moins contraignants que les focus group d'un point de vue organisationnel et qui permettent une plus grande liberté d'expression pour les personnes interviewées. Nous avons envoyé le questionnaire par mail aux médecins avant la réalisation des entretiens afin qu'ils puissent se familiariser avec ce dernier s'ils le souhaitent. Les médecins choisissaient les modalités de réalisation des entretiens : ils optaient pour le lieu et de la date de leur choix. Nous avons enregistré les entretiens à l'aide d'un dictaphone après accord des interviewés puis les avons intégralement retranscrits mot-à-mot (25). Afin de garantir anonymat et confidentialité des données aux participants, nous avons supprimé ou modifié des éléments susceptibles de dévoiler leur identité et nous avons rapporté leur âge par tranche.

VII. L'analyse du contenu

Afin d'analyser les données brutes des entretiens, les méthodes conceptualisées en recherche qualitative sont diverses mais suivent une démarche commune : la réduction des données, leur condensation et leur présentation (26). La méthode déductive utilisée dans cette étude consiste à tester les données récoltées à partir d'hypothèses préalablement établies. Autrement dit, des vérifications sont effectuées. Puis c'est par le jeu de l'acceptation ou du rejet de ces hypothèses que sont construites les théories explicatives.

Nous avons préalablement établi une grille de codage inspirée de la littérature (23) (annexe 4). Ainsi, douze codes potentiels pouvaient être liés à chacun des vingt-six items : réponse adaptée, réponse personnalisée, réponse nuancée, généralisation, réponse inappropriée avec anecdote en lien, question redondante, question non applicable, réponse inadaptée avec digression, ne sait pas, lecture répétée, précision, refus de répondre. Nous avons utilisé le code « réponse adaptée » lorsque l'interrogé donnait une explication en accord avec la réponse cochée. A l'inverse, lorsque son explication n'était pas concordante avec la réponse cochée, nous choisissions le code « réponse personnalisée ». Nous choisissions également ce dernier code lorsque l'interrogé donnait une réponse partielle en laissant de côté certains termes de l'item, qu'il adjoignait à l'item des termes supplémentaires ou encore remplaçait des termes par d'autres. Nous choisissions les codes « réponse inadaptée avec digression » ou « réponse inappropriée avec anecdote en lien » lorsque l'interviewé ne

répondait pas à la question posée, en raison d'un problème de compréhension du contenu par exemple. Plusieurs codes pouvaient être associés à un même item. Nous avons utilisé le Logiciel Atlas ti pour réaliser ce codage.

Comme préconisé par Miles et Huberman, nous avons réalisé un double codage indépendant afin d'augmenter la fiabilité et la validité du codage (26). Le deuxième codeur était un enquêteur suisse qui mènera le pré-test auprès des médecins généralistes genevois. En cas de désaccord entre les codes choisis, les deux enquêteurs discutaient les codes afin d'opter pour la meilleure des propositions. Nous avons réalisé ce double codage en deux phases. Dans la première phase, les deux enquêteurs ont effectué un double codage des verbatims dans leur totalité. Lorsqu'un niveau d'accord satisfaisant était trouvé spontanément, les enquêteurs ne codaient plus que 50% des verbatims durant la deuxième phase. Le recueil des données a pris fin lors de l'arrivée à saturation des données, c'est à dire lorsque plus aucun nouveau code n'était créé pour la première fois et que par conséquent la lecture du matériel n'apportait plus de nouveaux éléments (27).

Dans la littérature, un seuil de 85% de réponses adaptées par item est admis pour considérer qu'un item est clair (23). Nous avons donc fixé le seuil à onze réponses adaptées pour considérer que l'item était clair et que le sens était bien compris. Ainsi, tous les items ayant rapporté onze réponses adaptées ou plus n'ont pas nécessité d'en revoir la formulation. Les items ayant remporté dix réponses adaptées ou moins ont été soumis à une analyse des résultats obtenus. Celle-ci a permis de cerner la problématique de l'item et d'y apporter une solution, qu'il s'agisse d'une reformulation, d'une précision ou à l'inverse d'une suppression. Nous avons discuté, en groupe de travail, des modifications à apporter aux items en tenant compte des suggestions des interrogés et en reprenant les données extraites de la revue de la littérature afin de ne pas s'éloigner du sens premier des items.

RESULTATS

I. Les caractéristiques des entretiens et des interrogés

Treize entretiens ont été réalisés entre avril et novembre 2016. La durée moyenne des entretiens était de 39 minutes. Le verbatim d'un de ces entretiens se trouve en annexe 5. L'échantillon d'interviewés comportait sept hommes et six femmes. Ces médecins généralistes exerçaient dans la région lyonnaise en milieu urbain pour neuf d'entre eux ou en milieu semi rural pour quatre autres. Ces entretiens ont eu lieu au cabinet du médecin pour onze d'entre eux, au domicile du médecin pour l'un d'entre eux et dans une cafétéria pour un dernier. Les âges des participants variaient de la tranche d'âge 31 à 35 ans, à la tranche d'âge 66 à 70 ans. Enfin, deux médecins généralistes pratiquaient de la thérapie comportementale et cognitive à leur cabinet, deux autres n'avaient que très peu d'intérêt pour le sujet et les neufs interviewés restant signalaient un intérêt modéré à très important pour le sujet. Les caractéristiques des participants figurent dans le tableau 1.

Entretien	Date - Lieu	Age - Sexe	Année d'installation – Lieu exercice avec code postal	Spécialités	Intérêt pour le sujet - Habitude, fréquence de prise en charge (PEC)
M 1	04/04/16 cabinet	41 à 45 ans homme	2008 semi-rural 69720	médecine générale	intérêt important, psychothérapie de soutien, médication, adressage chez spécialiste, PEC quotidienne
M 2	26/04/16 cabinet	31 à 35 ans femme	2014 urbain 69740	médecine générale	intérêt limité, ne se sent pas à l'aise, médication, PEC quotidienne
M 3	26/04/16 cabinet	61 à 65 ans homme	1987 urbain 60200	médecine générale, gériatrie, maître de stage universitaire (MSU)	intérêt très important, psychothérapie de soutien, médication, adressage chez spécialiste, PEC quotidienne

M 4	20/05/16 cabinet	31 à 35 ans femme	2015 urbain 69200	médecine générale, DIU gynécologie, DU statistiques, master santé publique	intérêt limité, psychothérapie de soutien, adressage chez spécialiste, médication, PEC pluriquotidienne
M 5	24/05/16 cabinet	46 à 50 ans homme	1998 urbain 69110	médecine générale, DU thérapie cognitivo- comportementale (TCC)	psychothérapie de soutien, TCC (activité clinique principale), médication
M 6	03/06/16 cabinet	56 à 60 ans homme	1991 urbain 69200	médecine générale	intérêt important, psychothérapie de soutien, médication, adressage chez spécialiste, PEC quotidienne
M 7	23/06/16 cabinet	56 à 60 ans homme	1989 urbain 69680	médecine générale, mésothérapie, homéopathie	intérêt modéré, médication, adressage chez spécialiste, PEC pluriquotidienne
M 8	05/07/16 domicile	56 à 60 ans femme	1992 semi-rural 69740	médecine générale, homéopathe, acupuncteur, psychologie petite enfance	intérêt très important, médication, adressage chez spécialiste, PEC pluriquotidienne
M 9	12/09/16 cabinet	56 à 60 ans femme	1988 urbain 69003	médecine générale, DU théologie, santé société migration, sida, médecine tropicale, science de la famille (travaille en dispensaire), MSU	intérêt modéré, médication, adressage chez spécialiste, PEC quotidienne
M 10	19/09/16 café	56 à 60 ans homme	1985 urbain 69190	médecine générale, médecine du sport, DU TCC, MSU	intérêt important, peu d'adressage chez spécialiste, TCC quotidienne, médication.

M 11	04/10/16 cabinet	36 à 40 ans femme	2006 semi-rural 69124	médecine générale, MSU	intérêt très important, psychothérapie de soutien, médication, adressage chez spécialiste, PEC pluriquotidienne
M 12	10/11/16 cabinet	46 à 50 ans femme	1999 semi-rural 38 280	médecine générale, DESC gériatrie, DU initiation soins palliatifs, DU urgences pédiatriques	intérêt modéré, psychothérapie de soutien, médication, adressage chez spécialiste, PEC quotidienne
M 13	18/11/16 cabinet	66 à 70 ans homme	1982 urbain 69 680	médecine générale, gérontopsiatrie	intérêt important, médication, adressage chez spécialiste, PEC quotidienne

Tableau 1 : Les caractéristiques des participants

II. Le temps de réponse

La moyenne des temps nécessaires pour lire et répondre à l'ensemble du questionnaire a été de 4 minutes 41 secondes. La médiane de ces temps a été de 4 minutes 16 secondes. Ces deux valeurs ont pris en compte dix entretiens, le chronométrage de trois des entretiens n'étant pas réalisable (en raison d'un interrogatoire item par item dans l'entretien 1, d'une discussion entre l'interrogé et l'enquêteur qui ponctuait trop régulièrement la lecture du questionnaire dans l'entretien 4, ou encore en raison d'un pré-remplissage du questionnaire par l'interrogé pour l'entretien 8). Les temps de réponse par entretien sont figurés dans le tableau 2.

Entretien	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Catégorie1	/	/	1'54''	/	58''	43''	23''	/	23''	56''	40''	37''	1'58''
Catégorie2	/	/	1'30''	48''	55''	1'42''	1'40''	/	38''	57''	55'	54''	1'54''
Catégorie3	/	/	30''	15''	1'	28''	14''	/	20''	13''	16''	44''	20''
Catégorie4	/	/	1'05''	/	53''	55''	1'	/	30''	40''	40''	50''	2'34''
Catégorie5	/	/	1'30''	/	30''	1'15''	1'25''	/	47''	58''	41''	1'12''	2'02''
Total	/	3'45''	6'29''	/	4'16''	5'03''	4'42''	/	2'38''	3'44'	3'12''	4'17''	8'48''

Tableau 2 : Temps de lecture par catégorie et temps de lecture total du questionnaire par entretien

III. L'analyse des items

Le tableau 3 résume les résultats du codage des items.

	Réponse adaptée	Réponse personnalisée	Réponse nuancée	Généralisation	Réponse inappropriée avec anecdote en lien	Question redondante	Question non applicable	Réponse inadaptée avec digression	Ne sait pas	Lecture répétée	Précision	Refus de répondre
Item 1	8	4	1					1		1	2	
Item 2	13		3									
Item 3	4	1	1					1	7		6	
Item 4	7	3						1	2		1	
Item 5	6	1			1			1	3	1		1
Item 6	10	3	1								1	
Item 7	11	1	1					1				
Item 8	12	1	4									
Item 9	11		4		1		1					
Item 10	9	2	5					1	1	1	2	
Item 11	6	2	1		1			3	1	3	4	
Item 12	12	1	9									
Item 13	6	6	1					1		1	1	
Item 14	13		2									
Item 15	10	3	3								1	
Item 16	12	1	5							1	1	
Item 17	11					1		1	1	1	4	
Item 18	12		7					1			3	
Item 19	6	5	2	1	1	2			1	1	1	
Item 20	13		4			3				1		
Item 21	9		3			6	3	1		1	1	
Item 22	11	1	4	1			1					
Item 23	12		5			8		1		1		
Item 24	5	5	1						3	2	1	
Item 25	12		3		1							
Item 26	8	1	4			4		4		2	1	

Tableau 3 : codage des items

Treize des vingt-six items ont remporté de onze à treize réponses adaptées : les items 2, 7, 8, 9, 12, 14, 16, 17, 18, 20, 22, 23, 25. Ces items ont donc été considérés comme clairs par les interrogés. Nous détaillerons les treize autres items (1, 3, 4, 5, 6, 10, 11, 13, 15, 19, 21, 24, 26) qui n'ont remporté que quatre à dix réponses adaptées.

1) Concernant la dépression

- Item 1 : les symptômes de la dépression ne sont pas spécifiques.

Deux médecins ont réclamé des précisions : « *Tu veux dire qu'ils sont globaux ? Par spécifiques, ça veut dire qu'ils sont pas propres à la dépression ?* » (M4), « *En particulier, ce qui me gêne, c'est la définition de la dépression. De quoi on parle ?* » (M3). Quatre interviewés ont personnalisé leur réponse en y adjoignant par exemple le terme « *caractérisée* » en référence à la dépression comme l'a fait M3 ou en ajoutant à la fin de l'item « *sauf si on en considère l'intensité et la durée* » comme l'a fait M5. Un participant a digressé en ne répondant pas à la question posée.

- Item 3 : les guidelines concernant la dépression manquent d'applicabilité pratique.

Sept médecins n'ont pas su répondre à la question : « *les guidelines, si je les connaissais, je te le dirais* » (M1), « *Je sais même pas ce que c'est les guidelines concernant la dépression* » (M10). Six participants souhaitaient obtenir des précisions : « *Mais de quelles guidelines on parle ? C'est l'HAS ? Ça manque de référence* » (M5), « *C'est quoi "guidelines" ?* » (M13). Seuls quatre interrogés ont donné une réponse adaptée : « *Les outils que nous avons dans ce sens-là ne sont pas utilisables pour la médecine de tous les jours, compte tenu du tempo sur lequel nous exerçons* » (M6). M5 a proposé une réponse personnalisée en suggérant une reformulation : « *Les recommandations officielles concernant la dépression manquent d'applicabilité pratique, ça serait déjà plus intéressant.* » Enfin, un interrogé a digressé dans sa réponse.

- Item 4 : les outils de dépistage de la dépression (par exemple échelle de dépression HAD ou échelle MADRS) manquent d'utilité pratique.

Deux interviewés ont signalé qu'ils ne savaient pas répondre à la question : « *HAD ou MADRS, je sais pas ce que c'est. Je pense que c'est une liste d'items. Pour moi c'est inconnu, je sais pas tout ce qu'il y a dedans* » (M8). Un interrogé n'a pas répondu à la question et a digressé. Enfin, trois médecins ont personnalisé leur réponse : « *C'est pas ce qui fait le diagnostic de la dépression mais ça l'aide. Donc manque d'utilité pratique, pas tout à fait d'accord quand même, mais comme je ne veux pas l'utiliser comme moyen diagnostic, je sais pas quoi mettre. Ni d'accord ni pas d'accord* » (M13).

- Item 5 : les outils d'évaluation de la dépression (par exemple classification CIM 10 léger, sévère ou échelle de Beck) manquent d'utilité pratique.

Trois médecins ont indiqué qu'ils ne savaient pas répondre à la question : « *Pour moi, c'est inconnu, je sais pas tout ce qu'il y a dedans* » (M8). M9 n'a pas répondu à la question : « *je m'en fiche complètement, je m'en fiche de classer* ». Une réponse personnalisée a été donnée par M5 : « *Pour moi, ces outils de mesures sont très pratiques... Une échelle d'évaluation, c'est une façon de mesurer... Attention, c'est deux choses différentes, pour moi. Outil de dépistage HAD, c'est un outil de mesure. C'est bizarre qu'il y ait classification CIM 10, léger, modéré ou sévère ou échelle de Beck. Pour moi, la classification CIM ou DSM IV, est une classification clinique. On prend des critères et on en fait un diagnostic. Alors que l'échelle de Beck, normalement, elle doit être associée à HAD ou MADRS puisque c'est une échelle d'évaluation ou de dépistage.* » Enfin, deux interrogés ont rapporté une réponse inadaptée ou inappropriée.

2) Concernant les patients dépressifs

- Item 6 : la population générale est bien informée sur la dépression, son orientation et sa prise en charge.

Dix médecins ont donné une réponse adaptée. En revanche, trois interviewés ont personnalisé leur réponse : « *je distinguerais l'information sur la maladie qui est pas si mal que ça, mais pas du tout sur la prise en charge* » (M5). M11 a demandé des précisions : « *Son orientation, ça j'avoue que je ne sais pas ce que ça veut dire dans cette phrase.* »

- Item 7 : les personnes déprimées subissent une stigmatisation sociale.

Cet item n'a pas posé de problème de compréhension puisqu'il a été récolté onze réponses adaptées. On retient toutefois que l'un des médecins (M5) a personnalisé sa réponse en soulignant que le terme « dépressives » était plus pertinent que « déprimées ». Ce même interrogé a réitéré cette remarque pour tous les items dans lesquels figuraient le terme « déprimé / déprimés / déprimées », à savoir les items 8, 9, 10, 11, 13 et 15.

- Item 10 : les personnes déprimées acceptent facilement d'être adressées chez un spécialiste en santé mentale.

Deux médecins auraient souhaité des précisions : « *un spécialiste en santé mentale, c'est pas très très clair par contre ça pour moi. Spécialiste en santé mentale, c'est quoi ? C'est un médecin psychiatre ? Un psychologue ? ... Ça peut être plein de personnes. Un médecin généraliste qui fait beaucoup de psychothérapie, est-ce que c'est un spécialiste en santé mentale ?* » (M4). Ce même interrogé a signalé qu'il ne savait pas comment répondre à la question : « *Concernant les patients dépressifs, on peut pas faire de généralité. Pour moi c'est impossible. C'est trop variable. C'est pas les mêmes personnes qui ont pas les mêmes comportements. Au niveau social, ils ont pas les mêmes impératifs. Forcément, la prise en charge sera pas la même. L'abord de la dépression sera pas le même.* » Un médecin n'a pas répondu à la question et a digressé. Enfin, deux interviewés ont personnalisé leur réponse : « *Facilement, non. Quand ils arrivent à un stade, que je les ai déjà vu plusieurs fois et que ça part en cacahuète, ils peuvent accepter* » (M7).

- Item 11 : l'adhésion des personnes déprimées est limitée par l'impression que la symptomatologie ne s'améliore pas.

Seules six réponses adaptées ont été données. Trois interrogés ont dû relire l'item pour pouvoir y répondre. Quatre médecins ont demandé des précisions : « *D'ailleurs adhésion à quoi ? Adhésion au traitement, au diagnostic, au projet thérapeutique ?* » (M5). Un médecin (M3) n'a pas su répondre à la question : « *Je sais pas, j'arrive pas à me représenter ce que cette phrase veut dire. Je comprends pas.* » Deux interviewés ont donné une réponse personnalisée : « *Je suis pas d'accord avec la phrase parce que je la comprends pas... Est-ce qu'on peut dire : l'adhésion d'une personne atteint par un cancer est limitée par l'impression que la symptomatologie ne s'améliore pas ? Non. Adhérer, c'est être d'accord. Accepter, c'est consentir* » (M5). Enfin, quatre participants ont donné une réponse inadaptée ou inappropriée : « *C'est l'histoire du caillou. Si ta femme te fait chier, si ton boulot te fait chier, t'auras beau donner n'importe quoi, ils iront pas mieux. On en est à "vire le caillou". Un vieil adage de médecin : "la maladie arrive toujours au galop et repart toujours au pas". Il faut du temps. On est dans une société qui est pressée. C'est incompatible avec la vitesse de la médecine* » (M7).

3) Concernant la pratique des médecins généralistes

- Item 13 : prendre en charge un patient déprimé demande trop de temps.

Six réponses adaptées ont été données : « *ça dépend. Première consultation, ça demande beaucoup de temps. Deuxième consultation, ça dépend des fois* » (M4). Six médecins ont apporté une réponse personnalisée : « *Trop, ça demande pas trop de temps, ça demande du temps, c'est sûr* » (M2), « *"D'accord", voire même "tout à fait d'accord". Ce qui m'a gêné, c'est le trop* » (M6). Enfin, un participant (M3) a donné une réponse inadaptée avec digression : « *Je trouve que le temps, c'est exactement comme le gaz en physique. Il occupe l'espace qu'on veut bien lui donner.* »

- Item 15 : travailler avec des patients déprimés est pesant.

Une réponse adaptée a été donnée par dix interviewés. Quatre participants y ont apporté une nuance : « *C'est pesant quand moi-même je ne suis pas bien, quand moi-même j'ai des difficultés personnelles. Mais globalement, c'est plutôt intéressant, voire même enrichissant parce qu'on va partager quelque chose de l'intimité du patient* » (M11). Les trois autres interrogés ont donné une réponse personnalisée : « *Non je crois pas que ça soit pesant, c'est pas le bon terme pesant...Impliquant* » (M3). On retrouve également parmi ces réponses personnalisées la remarque de M5 identique à celle de l'item 7 sur l'inadéquation du terme « déprimé » dans cet item.

4) Concernant les soins spécialisés en psychiatrie

- Item 19 : je n'utilise pas assez les structures spécialisées (par méconnaissance, manque de confiance, mauvaises expériences...)

Six médecins ont donné une réponse adaptée : « *C'est vrai qu'il y a des structures dont je me suis détournée parce que quand je les appelais, il y avait toujours trois mois de délai même pour une hospitalisation. Les mauvaises expériences, je suis tout à fait d'accord que c'est ce qui fait que je n'utilise pas certaines structures. Les mauvaises expériences ont amené du manque de confiance* » (M11). Cinq médecins ont donné une réponse personnalisée : « *C'est le "pas assez" que j'ai répondu pas d'accord. Je les utilise suffisamment. Par contre, ça veut pas dire que je les utilise beaucoup* » (M5). Un interrogé (M1) a signalé qu'il ne savait pas répondre à la question tout en demandant des précisions comme le montre le verbatim : « *je sais pas quoi répondre à la question. Là encore c'est ambigu pour moi. Quelles structures spécialisées ? Parce que l'hôpital, c'est pas moi* »

qui gère et les cliniques privées effectivement je ne les utilise pas ». Enfin, un médecin a apporté une réponse inadaptée avec digression et deux autres ont signalé une redondance avec l'item 20.

5) Concernant la communication avec les professionnels en santé mentale

- Item 21 : le partage des dossiers avec les professionnels en santé mentale est facile.

Neuf médecins ont donné une réponse adaptée : *« C'est pas le dossier lui-même, c'est la communication à propos d'un patient. C'est-à-dire, ce qu'on peut être amené à échanger entre le professionnel de santé et le médecin traitant. Pas du tout d'accord parce que j'ai tout à fait le sentiment que c'est unilatéral »* (M3). Trois de ces réponses ont été nuancées : *« les jeunes psychiatres partagent volontiers, les vieux psychiatres pas forcément »* (M9). Trois interrogés ont signalé que la question n'est pas pertinente : *« pour moi, l'item 21 n'a pas d'intérêt, sauf si on arrive à avoir le dossier médical partagé qui n'arrivera à mon avis jamais »* (M4), *« partage de dossier, ça peut être à l'hôpital, mais en cabinet de ville, je vois pas trop comment ça peut s'appliquer »* (M2). Un participant (M1) a donné une réponse inadaptée avec digression : *« Est-ce que je peux donner les données médicales aux professionnels de santé mentale ? Oui absolument, pas de souci. C'est des médecins »*. Enfin, cinq médecins ont signalé une redondance avec l'item : *« Moi j'ai l'impression que retour d'information et partage de dossier, c'est redondant, c'est un peu la même chose. Et il y en a pas »* (M5) et un médecin a rapporté une redondance avec l'item 26.

- Item 24 : il y a une différence de culture entre psychiatres et généralistes dans la coordination et la transmission de l'information.

Trois médecins ont indiqué qu'ils ne savaient pas répondre à la question : *« J'en sais rien, s'il y a une différence de culture... J'en sais rien, puisque je ne les connais pas les psychiatres »* (M7). Cinq participants ont apporté une réponse personnalisée : *« Il y a une différence de culture entre psychiatres et généralistes : oui, dans la façon de voir les choses, de poser et diagnostiquer, de prendre en charge le patient, mais dans la coordination et la transmission de l'information, non il n'y a pas de différence »* (M13), *« J'ai mis "pas d'accord", mais bien sûr qu'il y en a une, mais quand même on est tous médecins »* (M11). Seuls cinq interviewés ont donné une réponse adaptée : *« C'est vraiment une différence de conception et d'appréhension. C'est une différence de culture, oui ça me va. Les psychiatres,*

ou psychologues refusent d'être le porte-parole du patient. Et nous, on est ça. C'est notre boulot, d'être le porte-parole, le facilitateur d'expression du patient » (M3).

- Item 26 : l'échange d'informations concernant les patients dépressifs est facile par écrit.

Huit médecins ont apporté une réponse adaptée : « Si on considère que c'est une maladie, il y a des signes, il y a un traitement, qu'il soit médicamenteux ou non médicamenteux comme la psychothérapie. C'est quand même facile à écrire » (M4). Cinq interrogés ont nuancé leur réponse : « Moi j'ai de la difficulté, et par choix j'ai décidé de mettre très peu de choses de ce que le patient a pu me confier. Je reste assez succincte. Et puis dernièrement, à l'inverse, il s'est trouvé que j'ai eu de très bons comptes rendus. J'ai reçu des comptes rendus très bons, ou très mauvais de confrères » (M11). Quatre médecins ont donné une réponse inadaptée avec digression : « Ça dépend des personnes avec lesquelles je travaille. Il y en a qui échange plus facilement par écrit que d'autres. Des fois on reçoit les comptes rendus longtemps après » (M8). Un participant a proposé une réponse personnalisée. Enfin, trois interviewés ont signalé une redondance avec l'item 23 : « Mais c'est pareil, l'échange d'information et le retour d'information » (M5) et un interrogé (M11) a signalé une redondance avec l'item 21 : « partage de dossier et échange d'information par écrit, c'est un peu la même chose ».

6) Concernant les suggestions des interrogés

Quatre médecins ont exprimé le fait que la formation initiale insuffisante des médecins généralistes pouvait être une barrière : « La formation des médecins généralistes. On n'est pas très formés en fait à ça » (M2). Deux médecins ont signalé que l'état de santé mentale des généralistes pouvait aussi être un frein à une bonne prise en charge de la dépression : « L'état de santé des généralistes. On sait que les généralistes ne vont pas très bien... Evidemment, pour prendre en charge une dépression, il faut avoir un minimum d'énergie, d'écoute, savoir rester dans l'empathie. Si vous êtes vous-même épuisé, si vous-même sur le plan émotionnel, vous êtes déprimés, ce que l'autre va vous envoyer, c'est de la résonance » (M5), « J'ai l'impression que moi, quand je suis moi-même pas bien, et bien c'est plus difficile d'être à l'écoute de mes patients déprimés. Demandez aux médecins s'ils ont conscience que leurs propres difficultés peuvent être une barrière à des prises en charge » (M11). Enfin, deux médecins ont abordé la notion du traitement médicamenteux (de son acceptation par les patients et du moment jugé opportun pour le généraliste à le proposer) qui serait problématique.

DISCUSSION

L'objectif de cette étape de validation était de déterminer le niveau de compréhension de chacun des items. Le guide d'entretien, construit selon les préconisations de la littérature (23), a répondu à son objectif puisqu'il a permis de mettre en avant les points manquant de clarté dans la présentation du sujet, la formulation ou le cheminement des items de notre questionnaire. Treize des vingt-six items ont remporté de onze à treize réponses adaptées : les items 2, 7, 8, 9, 12, 14, 16, 17, 18, 20, 22, 23, 25. Ces items ont donc été considérés comme clairs par les interrogés. Les treize autres items (1, 3, 4, 5, 6, 10, 11, 13, 15, 19, 21, 24, 26) n'ont remporté que quatre à dix réponses adaptées. Nous devons discuter des modifications à apporter.

I. Les perspectives d'amélioration des items

Nous présentons en annexe 6 les suggestions de modification du questionnaire.

1) Concernant la dépression

Un médecin a souligné l'importance d'une définition plus précise de la dépression dans notre questionnaire. Il paraîtrait ainsi judicieux de faire apparaître le terme « caractérisée » en lien avec la dépression dans l'introduction de notre questionnaire. Dans la continuité de cette remarque, les termes « dépressifs/dépressives » devraient être préférés aux termes « déprimés/ déprimées » dans l'ensemble des items du questionnaire : les items 7, 8, 9, 10, 11, 13 et 15.

A propos de l'item 3 relatif aux guidelines de la dépression, sept de nos treize interviewés ne connaissaient pas le contenu de ces guidelines. Ils n'ont pas été en mesure de répondre sur leur applicabilité pratique. On pourrait imaginer qu'une proportion non négligeable de généralistes français n'aurait pas recours à ces recommandations pourtant officielles, ce qui remettrait en cause leur conception et leur applicabilité comme l'avait suggéré une précédente étude (11). Un interrogé a signalé que le terme « guidelines » pouvait englober de nombreuses références. La multiplicité des supports pourrait aussi figurer comme une source de confusion. Il nous paraîtrait judicieux de traduire guidelines par « recommandations de bonne pratique » dans notre questionnaire francophone.

Concernant les outils de dépistage et les outils d'évaluation de la dépression cités dans les items 4 et 5, trois participants sur treize ne les connaissaient pas et, par conséquent, ne s'en servaient pas. Six interviewés signalaient se référer aisément aux tests de dépistage en laissant de côté les outils d'évaluation jugés moins pertinents dans leur pratique. Selon une étude française, les outils de repérage et d'évaluation de la dépression ne seraient connus que par 50% des médecins généralistes français ; et parmi ceux qui les connaissent, 80% les considèrent comme utiles, mais seulement 19,8% de ceux-ci les utiliseraient (28). Quatre médecins ont précisé utiliser le test de Hamilton qui ne figure pas dans nos items. Il nous semblerait licite de le mentionner dans la mesure où il s'agit, en France, d'un acte coté. De plus, une précédente étude avait également révélé que l'échelle psychiatrique de la dépression d'Hamilton était de loin la plus fréquemment utilisée lors des consultations de médecine générale (77,6 %) (29). On note néanmoins que la totalité de ces quatre interrogés ont mentionné le test de Hamilton comme un test de dépistage alors qu'il s'agit d'un test d'évaluation. Un interrogé a déclaré ne pas faire non plus de distinction entre les outils utiles au dépistage et ceux utiles à l'évaluation. On retrouve donc une certaine confusion dans la classification des outils servant au dépistage d'une part et à l'évaluation d'autre part. Il nous faudra être attentif à ces deux items dans la prochaine étape de validation et observer si les deux questions sont discriminantes ou si, au contraire, elles comportent les mêmes réponses. Par ailleurs, un médecin a signalé que la classification CIM 10 est une classification diagnostique et non une échelle d'évaluation. Par conséquent, elle n'aurait pas sa place dans l'item 5. En accord avec cette remarque, nous l'avons retirée de l'item.

2) Concernant les patients dépressifs

A propos de l'item 6, la connaissance de la population sur la dépression semblait correcte pour un médecin à l'inverse de la connaissance sur sa prise en charge. Le sens du terme « orientation », qui pour les auteurs fait référence au lieu de prise en charge (30), a également posé problème pour un interrogé. Afin de faciliter la compréhension et affiner notre questionnaire, nous proposons de supprimer le terme coordination et scinder cet item en deux items : le premier concernant l'information sur la dépression et le deuxième concernant l'information sur sa prise en charge.

Concernant l'item 10, un médecin n'a pas su répondre en raison d'un manque de précision concernant l'expression « spécialistes en santé mentale ». A l'exception de ce dernier, l'ensemble des autres médecins n'a pas signalé être gêné pour répondre à cet item bien que « spécialistes en santé mentale » les renvoyaient à diverses entités : centre médico-psychologique (CMP), psychologue, psychiatre, conseiller conjugal et familial, médiateur

familial, sophrologue. Dans nos articles sources, il était fait mention des psychiatres, psychologues, infirmiers de psychiatrie, assistante sociale, psychomotricienne, ergothérapeute, thérapeute familial et même des médecins généralistes (30, 31, 32, 33, 34). Ces données sont semblables à celle d'une autre étude française dans laquelle les référents en santé mentale mentionnés par divers soignants interviewés appartenaient à diverses professions médicales et paramédicales (35). Il ne nous semble pas utile de préciser à quels types de spécialistes en santé mentale nous faisons référence dans cet item.

A propos de l'item 11, trois interviewés ont dû procéder à une relecture de l'item et quatre ont demandé des précisions relatives au terme « adhésion ». Le taux élevé de réponses inadaptées ou inappropriées (quatre au total) a également mis en avant un problème de compréhension. Nous proposons la précision suivante : l'adhésion des personnes dépressives *au projet thérapeutique* est limitée par l'impression que la symptomatologie ne s'améliore pas.

3) Concernant la pratique des médecins généralistes

Concernant l'item 13, parmi les six réponses personnalisées données, cinq font référence à l'adverbe « trop » jugé inapproprié dans cet item. Nous proposons une reformulation de l'item : prendre en charge un patient dépressif demande *plus de temps que ce que je voudrais y consacrer*.

Dans l'item 15, deux participants préféraient au terme « pesant » les termes de « impliquant » ou « difficile ». Pour les autres interviewés, ce terme paraissait approprié : « *On le comprend bien parce que ça englobe plein de choses* » (M4). Aucune modification ne nous semble utile concernant cet item, à l'exception du remplacement du terme « déprimés » par « dépressifs » comme déjà mentionné plus haut.

4) Concernant les soins spécialisés en psychiatrie

L'item 19 remporte moins de cinquante pour cent de réponses adaptées. Trois participants ont paru gênés par la tournure négative du verbe et les termes « pas assez ». Deux médecins ont donné une réponse inadaptée. Les points de suspension à la fin de l'item invitent en effet à donner d'autres raisons que la méconnaissance, le manque de confiance ou les mauvaises expériences. Enfin, il a été signalé une redondance avec la notion de connaissance abordée dans l'item 21. A la lumière de l'ensemble de ces remarques, et bien que les articles sources n'explicitaient pas aussi clairement ces notions (34,36), il nous paraît

judicieux de scinder l'item 19 en deux items de la sorte : J'utilise *peu* les structures spécialisées par manque de confiance et J'utilise *peu* les structures spécialisées suites à de mauvaises expériences.

5) Concernant la communication avec les professionnels en santé mentale

Trois médecins ont estimé que l'item 21 n'avait pas sa place. Pour ces derniers, le partage de dossier faisait référence au dossier médical partagé (DMP) qui n'est pas à ce jour effectif en médecine libérale. Les interviewés ayant apporté des réponses adaptées ont traduit « partage de dossier » par échange d'information en général : « *la communication au sens large, à propos d'un patient.* » (M3) ou encore « *Echange d'information, échange de ressenti de sa part et de ma part. C'est pas un dossier papier.* » (M13). Dans les articles sources, il était fait mention d'une « incapacité à partager dossiers médicaux et informations » (37), d'une « communication pauvre avec les spécialistes » (38) ou encore d'une « collaboration minimale » (39). Le dossier médical partagé (DMP), qui va progressivement être déployé en France par l'Assurance Maladie, fait partie intégrante de la communication en générale autour d'un dossier. Il nous paraît donc pertinent de conserver cet item en l'état dans notre questionnaire.

Concernant l'item 24, trois participants ont déclaré ne pas assez connaître leurs confrères psychiatres pour être en mesure de se prononcer sur une éventuelle différence de culture. Trois médecins ont personnalisé leur réponse en expliquant qu'il existait bel et bien une différence de culture alors qu'ils avaient opté pour la réponse « pas d'accord ». Il peut s'agir d'une volonté de ne pas marquer le clivage entre les deux professions. Il semblerait plutôt que cette différence de culture, si elle existe, ne concerne pas la transmission des informations. Un médecin (M4) a signalé que le terme coordination lui posait problème : « *Après coordination, c'est un terme générique ou on fourre beaucoup de choses et j'aime pas ce terme.* » Nous supprimons le terme de l'item pour en augmenter la clarté. Notre item se veut centrer sur la transmission de l'information et les attentes des uns et des autres face à cet échange. En effet, une étude menée à Lyon en 2015 auprès de médecins généralistes et de psychiatres avait fait le constat d'un réel défaut de communication et d'une coopération mal organisée (40). Il en découlait un suivi médical non satisfaisant pour les uns comme pour les autres. Nous proposons une autre tournure : *les attentes concernant la transmission de l'information ne sont pas les mêmes entre psychiatres et généralistes.*

L'item 25 a remporté douze réponses adaptées. Il est toutefois intéressant de noter qu'un médecin a apporté une deuxième lecture à cet item en s'exprimant sur son ressenti lors des

rencontres avec les psychiatres, alors qu'il était question de la facilité de ces rencontres à être planifiées. On peut aussi noter que le terme « rencontres » ne se limite pas aux rencontres physiques et fait référence à divers moyens pour certains interrogés : mails, courriers, chat, formations, appels téléphoniques ce qui peut expliquer une certaine redondance avec les autres items de la catégorie.

Le dernier item remporte quatre réponses inadaptées. Ceci s'explique par une deuxième lecture possible de l'item : est-ce que cet échange d'information est facilement fait en pratique par écrit ? La lecture souhaitée par les auteurs est la suivante : est-il facile d'écrire à propos d'un patient dépressif ? (41). Nous proposons donc une reformulation de l'item : *écrire à propos d'un patient dépressif est facile*.

Quant aux redondances signalées dans cette catégorie, nous proposons : de laisser en l'état l'item 21 qui fait référence à la communication au sens large et au dossier médical partagé en particulier; de laisser en l'état l'item 23 qui fait référence au retour d'information de la part des professionnels en santé mentale par le biais de l'écrit mais pas uniquement, et de modifier l'item 26 qui se focalise sur le fait d'écrire à propos des patients dépressifs.

6) Concernant l'exhaustivité du questionnaire

A la fin de chaque entretien, nous testions l'exhaustivité du questionnaire. Trois suggestions ont été proposées. La première a été soulevée par quatre interviewés qui ont suggéré que la formation initiale des médecins généralistes était insuffisante. Un item relatif à la formation des médecins généralistes figurait dans l'étude de la validation du contenu : « le médecin généraliste manque de formation pour la prise en charge de la dépression » (34, 42). Il est ressorti de cette étude que cet item n'était pas pertinent. Il n'a ainsi pas été conservé pour le pré-test. La deuxième suggestion, relative à l'état de santé mentale des généralistes, n'apparaissait pas aussi spécifiquement dans le questionnaire soumis au panel d'experts lors de la phase de validation de contenu. Parmi les trois items s'en rapprochant le plus (le médecin généraliste est gêné de discuter des problèmes psychologiques avec les patients (31), le médecin généraliste est mal à l'aise avec la prise en charge des patients dépressif (30, 32, 39), travailler avec des patients déprimés est pesant (10)), seul le dernier avait été conservé, les deux autres n'étant pas jugés assez pertinents. Dans la littérature, pas ou peu d'éléments aussi spécifiques que les verbatims n'ont été retrouvés (43, 44, 45, 46). Ainsi, nous ne retenons pas d'argument assez fort pour former un item distinct. Enfin, la dernière suggestion a abordé les traitements médicamenteux. Deux items y faisaient référence dans le questionnaire initial soumis aux experts (les personnes déprimées ne sont pas

observantes dans leur traitement médicamenteux (initiation ou suivi) (37, 38, 39), le médecin généraliste est mal à l'aise avec les différents traitements médicamenteux (12, 31, 37)) et n'ont pas été conservés car jugés non pertinents par le panel d'experts.

Notre questionnaire se voulait le plus exhaustif possible, en regard de la revue de la littérature initiale et de l'analyse des suggestions sus-citées. De plus, nous souhaitons, pour les étapes de validation suivantes, laisser la possibilité aux interrogés de fournir des commentaires libres après chaque catégorie du questionnaire. L'analyse de ces commentaires pourrait faire apparaître des notions mal ou sous représentées dans les items existants (22, 47).

7) Les modalités de réponses au questionnaire

L'échelle de réponse est un point important dans le design d'un questionnaire. Dans une échelle de Lickert, un nombre pair de propositions oblige à prendre position en supprimant la tendance, fréquente parmi les indécis, de choisir la note centrale (19). D'après Nemoto et Beglar, la réponse centrale n'est pas nécessaire dans la mesure où, à la suite du pré-test, le questionnaire ne devrait comporter que des items pour lesquels des interrogés savent répondre (48). Toutefois, la position neutre peut être choisie dans 4 cas de figure : une réponse mitigée, un item non applicable, un interrogé qui ne comprend pas l'item ou un interrogé qui n'arrive pas à se décider (21). Il nous paraît donc légitime de garder une position neutre. Nous proposons de remplacer « ni d'accord ni pas d'accord » par « ne se prononce pas » qui, à notre sens, amène plus facilement à une justification ou un commentaire libre. Nous ajoutons également une consigne précisant la possibilité de noter des commentaires, notamment lorsque la réponse « ne se prononce pas » est cochée.

II. Les forces et les limites de l'étude

Il n'existe pas, à notre connaissance, d'instrument validé permettant d'étudier les barrières à la prise en charge de la dépression en médecine de famille. La principale force de l'étude est une méthodologie solide qui s'appuie sur les données de la littérature quant à la réalisation du pré-test (19, 20, 21,49). Nous avons également construit notre guide d'entretien et notre grille de codage selon les préconisations de la littérature (23).

1) Le double codage

Le double codage indépendant avec confrontation des résultats a renforcé la fiabilité et la validité de notre analyse. De plus, il était question d'un codage « théorique » (les catégories étaient données par la théorie et nous les retrouvions dans le matériau) par opposition à un codage « pur » ce qui a d'autant facilité la reproductibilité du codage (50). Enfin, cette grille de codage a été établie selon les préconisations de la littérature (23).

2) Le recrutement

Le point de départ de l'échantillonnage a été un échantillonnage de convenance. Puis, le recrutement s'est poursuivi dans une idée de diversification des profils. Les profils des interrogés ont été variés en regard du sexe, du mode d'exercice, de l'âge et de l'intérêt pour notre sujet. En revanche, nous n'avons pas interrogé de médecins exerçant en zone rurale, ce qui peut être source d'un biais de sélection. Le pré-test réalisé auprès de médecins suisses devra palier à ce problème de représentativité de la population étudiée.

3) Les biais méthodologiques liés à l'enquêteur

On ne peut s'affranchir de l'éventuel impact de l'enquêteur sur l'orientation des réponses. Ainsi, le manque d'expérience de l'enquêteur a pu nuire à la qualité des entretiens. Néanmoins, le déroulement des entretiens a respecté la trame du guide d'entretien et tous les items ont été explorés au cours de chacun des entretiens. Nous avons, en outre, construit le guide d'entretien selon les préconisations de la littérature (23) et l'avons testé lors d'entretiens préliminaires.

4) Les biais affectifs

Sept participants faisaient partie de l'entourage professionnel de l'enquêteur. Le lien qui unissait interrogé et enquêteur a permis de favoriser une discussion constructive. Il a toutefois pu être à l'origine de biais par une influence réciproque, comme le biais de désirabilité sociale. Lors d'un recueil de données qualitatives, ce biais reste minime à partir du moment où l'enquêteur fait expliciter les réponses aux interrogés. De plus, en observant les réponses données notamment aux items 13 et 15, il ne semble pas qu'il y ait de différence de résultats entre interviewés connus et non connus.

III. Les perspectives

Ce pré-test s'inscrit dans une étude franco-suisse. Un travail identique à celui-ci sera effectué dans la région genevoise afin de poursuivre la validation d'apparence de notre questionnaire modifié. L'enquêteur suisse mènera, à partir du même guide d'entretien (annexe 3), des entretiens individuels semi-directifs auprès de médecins généralistes genevois. Après retranscription des entretiens, nous réaliserons un double codage indépendant en utilisant la même grille de codage (annexe 4). Il sera intéressant de comparer les résultats des deux pré-tests réalisés en des lieux où l'organisation du système de soins est différente. La mise en commun des résultats permettra d'entériner ou non les modifications des items proposées ici (annexe 7).

L'étape ultérieure de validation du questionnaire consistera en une évaluation de ses qualités psychométriques, notamment la reproductibilité et la cohérence interne (19, 21). A cette fin, le questionnaire sera diffusé à un échantillon représentatif des médecins généralistes français et suisses romands. La validité de construit (20), correspondant également à la validité convergente, sera évaluée dans le même temps grâce à la diffusion concomitante d'un autre questionnaire à choix multiples exposant des mises en situation clinique. L'objectif sera d'arriver à validation finale du questionnaire. L'issue de ce travail permettra d'aboutir à un outil solide d'évaluation quantitative des barrières à la prise en charge de la dépression en médecine générale en France ou dans des pays Francophones.

La dynamique actuelle est à la collaboration entre médecine de ville et psychiatrie de secteur. Une charte de partenariat a été rédigée conjointement par le Collège de Médecine Générale française (CMG) et la Conférence Nationale des présidents de Commission Médicale d'Etablissement (CME) en 2014 (51). La mise en application de la Charte, à travers des réunions pluridisciplinaires entre généralistes et psychiatres d'un même secteur, a été expérimentée par Charlotte ROUAULT (52). Ces rencontres ont paru bénéfiques pour leur collaboration, mais les autres propositions concrètes pour favoriser une approche coordonnée du parcours de santé restent peu nombreuses. Notre outil pourrait alors servir de base à l'étude d'autres interventions à mener. Dans une optique d'amélioration de la prise en charge de cette pathologie, il paraît nécessaire d'identifier les points offrant un ratio équilibré entre efficacité potentielle d'une intervention et faisabilité. Notre questionnaire, sous réserve que les médecins y répondent, pourrait alors faire le constat des barrières dans un premier temps puis le bilan de courtes interventions menées dans un second temps. Notre outil répond bien à un besoin et sa validation lui donne des qualités intéressantes.

CONCLUSIONS

La dépression atteint plus de 3 millions de personnes en France. Le médecin généraliste est souvent le seul professionnel de santé impliqué dans la prise en charge du syndrome dépressif. Les freins à la prise en charge de la dépression en médecine de ville sont nombreux. Afin de proposer d'éventuelles interventions visant à améliorer cette prise en charge, l'analyse des difficultés rencontrées par les médecins de familles par un outil validé paraît pertinente.

Cette thèse s'inscrit dans un projet franco-suisse de création et de validation d'un questionnaire francophone visant à explorer les barrières à la prise en charge de la dépression en médecine de ville. A partir d'une revue de la littérature, nous avons créé un questionnaire listant les barrières à la prise en charge de la dépression par les médecins généralistes. Après validation du contenu par des experts psychiatres et généralistes, nous avons restreint le questionnaire à 26 items répartis en 5 dimensions : la dépression, les patients dépressifs, la pratique des médecins généralistes, les soins spécialisés en psychiatrie et la communication avec les professionnels de santé mentale.

L'objectif de cette thèse était de valider l'apparence à travers la réalisation d'un pré-test. Pour chaque item, le but était de s'assurer que le sens compris par les interrogés correspondait au sens donné dans les articles sélectionnés lors de la revue de la littérature. Nous avons donc mené une étude qualitative avec réalisation de 13 entretiens individuels semi-directifs auprès de médecins généralistes de la région lyonnaise. Le temps de passation du questionnaire était en moyenne inférieur à 5 minutes. La durée moyenne des entretiens était de 39 minutes. Pour vérifier la compréhension de notre questionnaire, nous avons procédé à une analyse déductive des entretiens à l'aide d'une grille de codage préétablie comportant douze codes. Treize items ont suscité des problèmes de compréhension et ont fait l'objet d'une reformulation. A partir de deux items comprenant plusieurs notions, nous avons construit quatre items avec une seule notion pour faciliter la clarté.

Par la suite, nous allons revalider l'apparence de notre questionnaire modifié selon des méthodes identiques à celle de notre étude.

Il est prévu par la suite d'étudier la reproductibilité, la cohérence interne et la validité de construit du questionnaire en le soumettant à deux reprises à un large panel de médecins généralistes Français et Suisses. L'issue de ce travail permettra d'aboutir à un outil francophone validé d'évaluation des barrières à la prise en charge de la dépression en médecine générale. Cet outil s'inscrit en synergie avec la dynamique actuelle de

collaboration entre médecins généralistes et psychiatres de secteur menée dans le cadre de la charte de partenariat entre le Collège de Médecine Générale française (CMG) et la Commission Médicale d'Établissement (CME) qui a été élaborée en 2014.

BIBLIOGRAPHIE

1. Organisation mondiale pour la Santé. Plan d'action global pour la santé mentale: 2013-2020. 2012.
2. Cambridge MA, Murray CJL, Lopez AD. The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020, Harvard University Press, 1996.
3. Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, Bruffaerts R, Brugha TS, Bryson H, et al. Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta psychiatrica scandinavica*. 2004; 109: 21-27.
4. Potthoff P, Guether B, Kanitscheider C, Wiebers IV – Prevalence of depression in europe, a comparison of six countries – TNS Healthcare, a Kantar Health Company, New York, USA Germany. 2008.
5. Beck F, Guignard R. La dépression en France (2005-2010): prévalence, recours au soin et sentiment d'information de la population. *La Santé de l'homme*. 2012; 43-45.
6. Chee C, Beck F, Sapinho D, Guilbert P. La dépression en France. 2009.
7. Alonso J, Lépine J.P. Overview of key data from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD). *Journal of Clinical Psychiatry*. 2007.
8. Mitchell AJ, Vaze A, Rao S. Clinical diagnosis of depression in primary care: a meta-analysis. *The Lancet*. 2009; 374(9690): 609-19.
9. Cepoiu M, McCusker J, Cole M, Sewitch M, Belzile E, Ciampi A. Recognition of depression by non-psychiatric physicians—a systematic literature review and meta-analysis. *Journal of general internal medicine*. 2008; 23 (1): 25-36.
10. Dumesnil H, Cortaredona S, Cavillon M, Mikol F, Aubry C, Sebbah R, Verdoux H, Verger P. La prise en charge de la dépression en médecine générale de ville. 2012.
11. Morvan ML, Nabbe P. Barrières à l'utilisation des outils de diagnostic de la dépression en médecine de famille. Etude qualitative par entretiens individuels semi-directifs auprès de médecins généralistes du Nord-Finistère. Université de Brest. 2014.
12. Rijswijk E, Hout H, Lisdonk E, Zitman F, Weel C. Barriers in recognising, diagnosing and managing depressive and anxiety disorders as experienced by Family Physicians; a focus group study. *BMC Fam Pract*. 20 juill 2009;10(1):52.
13. Telford R, Hutchinson A, Jones R, Rix S, Howe A. Obstacles to effective treatment of depression: a general practice perspective. *Fam Pract*. 2 janv 2002;19(1):45-52.*

14. Kerr M, Blizard R, Mann A. General practitioners and psychiatrists: comparison of attitudes to depression using the depression attitude questionnaire. *British Journal of General Practice*. 1995; 45 (391): 89-92.
15. Chambe J, Le Reste JY, Maisonneuve H, Sanselme AE, Oho-Mpondo J, Nabbe P, Terluin B. Evaluating the validity of the French version of the Four-Dimensional Symptom Questionnaire with differential item functioning analysis. 2015. *Family practice*, cmv025.
16. Mechanic D. Barriers to help-seeking, detection, and adequate treatment for anxiety and mood disorders : implications for health care policy. *J Clin Psychiatry*. 2007; 68 Suppl 2:20-6.
17. Telford R, Hutchinson A, Jones R, Rix S, Howe A. Obstacles to effective treatment of depression: a general practice perspective. *Family Practice*. 2002; 19 (1): 45-52.
18. Senchyna A, Champet C, Haller-Hester D, Maisonneuve H. Les barrières à la prise en charge de la dépression en médecine de famille. Création et premières étapes de validation d'un questionnaire francophone adressé aux médecins de famille. Université de Genève. 2015.
19. Bouletreau A, Chouanière D, FONTANA JM, et al. Concevoir, traduire et valider un questionnaire. A propos d'un exemple, EUROQUEST. 1999.
20. Ringsted C, Hodges B, Scherpbier A. La boussole de la recherche»: Une introduction à la recherche en éducation médicale: Guide AMEE n° 56. *Pédagogie Médicale*. 2015; 14 (1): 49-72.
21. Waclawski ER. Health Measurement Scales - A Practical Guide to Their Development and Use. *Occupational Medicine*. 2010; 60 (2): 156-156.
22. Artino AR, La Rochelle JS, Dezee KJ, Gehlbach H. Developing questionnaires for educational research: AMEE Guide No. 87. *Med Teach*. 2014; 36(6):463-474.
23. Nápoles-Springer, Anna M, Santoyo-Olsson J, O'Brien H, Stewart A. Using cognitive interviews to develop surveys in diverse populations. *Medical care*. 2006. 44 (11): S21-30.
24. Savoie-Zajc L. Comment peut-on construire un échantillonnage scientifiquement valide? *Recherches qualitatives, Hors série 5*, 2007, 99-111.
25. Letrillart L, Bourgeois I, Vega A, Cittée J, Lutsman M. Un glossaire d'initiation à la recherche qualitative / Deuxième partie : de « Maladie » à « Verbatim ». *Exercer*, 2009; 20(88) :106-12.
26. Miles MB, Huberman AM. *Analyse des données qualitatives*. 2e édition 2003. Paris.
27. Blais M, Martineau S. L'analyse inductive générale : description d'une démarche visant à donner un sens à des données brutes. *Recherches qualitatives*, 2006. 26(2), 1-18.

28. Chabry C, Phelippeau JP. Prise en charge ambulatoire de la dépression chez l'adulte. Expression des besoins par les médecins généralistes. Urcam. 2005.
29. Tournant B. L'utilisation des échelles psychiatriques dans la prise en charge du patient dépressif par les médecins généralistes, université de Picardie Jules Verne, faculté de médecine d'Amiens, 2015.
30. Rapport final du projet « Définition des besoins de collaboration avec les spécialistes et de formation pour les médecins de premier recours (MPR) »; Alliance contre la dépression.
31. Richards JC, Ryan P, McCabe MP, Groom G, Hickie IB. Barriers to the effective management of depression in general practice. *Aust N Z J Psychiatry*. 1 oct 2004;38(10):795-803.
32. Wong SYS, Lee K, Chan K, Lee A. What are the barriers faced by general practitioners in treating depression and anxiety in Hong Kong? *Int J Clin Pract*. 1 avr 2006; 60(4):437-41.
33. Jones KM, Piterman L, Spike N. Difficult-to-Treat-Depression—Perceptions of GPs and GP Trainees. *Open J Psychiatry*. 2014;04(03):228-37.
34. Mercier A, Kerhuel N, Stalnikiewitz B, Aulanier S, Boulnois C, Bécrot F, et al. Enquête sur la prise en charge des patients dépressifs en soins primaires : les médecins généralistes ont des difficultés et des solutions. *L'Encéphale*. juin 2010;36, Supplément 2:D73-82.
35. Martin JB. Regards croisés sur les représentations sociales autour de la santé mentale, à travers l'étude de l'hôpital de jour itinérant du secteur 59G02, implanté dans la cité, Université Lille 2/Université Paris 13, 2014.
36. Barley EA, Murray J, Walters P, Tylee A. Managing depression in primary care: A meta-synthesis of qualitative and quantitative research from the UK to identify barriers and facilitators. *BMC Fam Pract*. 2011;12:47.
37. Whitebird RR, Solberg LI, Margolis KL, Asche SE, Trangle MA, Wineman AP. Barriers to Improving Primary Care of Depression Perspectives of Medical Group Leaders. *Qual Health Res*. 1 juin 2013;23(6):805-14.
38. Nutting PA, Rost K, Dickinson M, Werner JJ, Dickinson P, Smith JL, et al. Barriers to Initiating Depression Treatment in Primary Care Practice. *J Gen Intern Med*. 1 févr 2002;17(2):103-11.
39. Schumann I, Schneider A, Kantert C, Löwe B, Linde K. Physicians' attitudes, diagnostic process and barriers regarding depression diagnosis in primary care: a systematic review of qualitative studies. *Fam Pract*. 19 oct 2011;cmr092.
40. Chastagner AS. Analyse de la coopération entre médecins généralistes et psychiatres : Enquête de pratiques avant l'introduction d'une Charte de partenariat dans le 8ème arrondissement de Lyon 8^e. Université Claude Bernard. 2016.

41. PRISM Dépression - suivi post focus group : Reflets & propositions d'action. Genève 2011 (non publié)
42. Telford R, Hutchinson A, Jones R, Rix S, Howe A. Obstacles to effective treatment of depression: a general practice perspective. *Family Practice* 2002; 19: 45-52.
43. Baik SY, Bowers BJ, Oakley LD, Susman JL. What comprises clinical experience in recognizing depression? : the primary care clinician's perspective. *J Am Board Fam Med* 2008;21:200-10.
44. Baik SY, Bowers BJ, Oakley LD, Susman JL. The recognition of depression: the primary care clinician's perspective. *Ann Fam Med* 2005;3:31-7.
45. Andersson SJ, Lindberg G, Troein M. What shapes GPs' work with depressed patients? *Fam Pract* 2002;19:623-31.
46. Fleury MJ, Imboua A, Aubé D, Farand L, Lambert Y. General practitioners' management of mental disorders: a rewarding practice with considerable obstacles. *BMC Fam Pract* 2012;13:19.
47. McKenzie JF, Wood ML, Kotecki JE, Clark JK, Brey RA. Establishing content validity: Using qualitative and quantitative steps. *Am J HealthBehav* 23(4):311–318. 1999.
48. Nemoto T, Beglar D. Developing Likert-Scale Questionnaires. JALT2013 Conference Proceedings. 2014.
49. Johnson C, Aaronson N, Blazeby JM, Bottomley A, Fayers P, Koller M, Kuliš D, Ramage J, et al. Guidelines for Developing Questionnaire Modules, April 2011.
50. Ayache M, Dumez H. Le codage dans la recherche qualitative une nouvelle perspective? Le Libellio d'Aegis, 2011.
51. Muller C, Druais PL. Charte de partenariat, médecine générale et psychiatrie de secteur. 2014.
52. Rouault C. Collaboration entre médecins généralistes et psychiatres publiques dans une commune de l'Isère (France) en 2015: constats et phénomènes entrant en jeu dans le développement de la collaboration sur le terrain. Faculté de médecine de Grenoble. 2016.

ANNEXES

ANNEXE 1 : Les définitions de la dépression

Définition de la dépression selon le DSM V

A - Au moins cinq des symptômes suivants doivent avoir été présents pendant une même période d'une durée de deux semaines et avoir représenté un changement par rapport au fonctionnement antérieur; au moins un des symptômes est soit (1) une humeur dépressive, soit (2) une perte d'intérêt ou de plaisir. NB. Ne pas inclure des symptômes qui sont manifestement imputables à une affection générale.

1. Humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, presque tous les jours, signalée par le sujet (sentiment de tristesse ou vide) ou observée par les autres (pleurs). NB : éventuellement irritabilité chez l'enfant ou l'adolescent.
2. Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités pratiquement toute la journée, presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).
3. Perte ou gain de poids significatif (5% en un mois) en l'absence de régime, ou diminution ou augmentation de l'appétit tous les jours. NB : chez l'enfant, prendre en compte l'absence de l'augmentation de poids attendue.
4. Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours (constatée par les autres).
5. Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours.
6. Fatigue ou perte d'énergie tous les jours.
7. Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée (qui peut être délirante) presque tous les jours (pas seulement se faire grief ou se sentir coupable d'être malade).
8. Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).
9. Pensées de mort récurrentes (pas seulement une peur de mourir), idées suicidaires récurrentes sans plan précis ou tentative de suicide ou plan précis pour se suicider.

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

C - Les symptômes ne sont pas imputables aux effets physiologiques directs d'une substance ou d'une affection médicale générale.

NB : Les critères A et C caractérisent l'épisode dépressif majeur (ou épisode dépressif caractérisé)

NB : La réaction à une perte significative (ex : deuil, ruine financière, perte secondaire à un désastre naturel, affection médicale ou handicap sévères), incluant un sentiment de tristesse intense, de la rumination, de l'insomnie, une perte d'appétit et une perte de poids notée au niveau du critère A et, peut ressembler à un épisode dépressif. Bien que ces symptômes puissent être compréhensibles ou considérés comme adaptés face à cette perte, la présence d'un épisode dépressif caractérisé associé à la réponse normale à cette perte doit aussi être envisagée. Cette décision demande que le jugement clinique tienne compte de l'histoire

individuelle et des normes culturelles concernant l'expression de la souffrance dans un contexte de perte.

Pour constituer un trouble dépressif majeur, les critères D et E doivent s'y ajouter.

D - L'épisode ne répond pas aux critères du troubles schizoaffectif et ne se superpose pas à une schizophrénie, à un trouble schizophréniforme, à un trouble délirant ou à une autre trouble psychotique.

E - Il n'y a jamais eu d'épisode maniaque ou hypomaniaque.

Critères diagnostiques d'un épisode dépressif selon la CIM 10

1. Episode dépressif : critères généraux (obligatoires) :

G1. L'épisode dépressif doit persister au moins 2 semaines (devant une symptomatologie sévère ou un risque suicidaire, le délai de deux semaines n'est pas retenu).

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

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

2 Le degré de sévérité : repose sur le nombre, la nature et la sévérité des critères.

- léger : deux critères sous A) et deux critères sous B)

- moyen : deux critères sous A) et trois critères sous B)

- sévère : tous les critères sous A) et C) et quatre critères sous B)

A) (1) Humeur dépressive à un degré nettement anormal pour le sujet
(2) Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour des activités habituellement agréables.
(3) Réduction de l'énergie ou augmentation de la fatigabilité.

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

C) Modification de l'activité psychomotrice, caractérisée par une agitation ou un ralentissement (signalés ou observés).

La dépression en médecine générale

Le but de ce questionnaire est d'explorer les barrières à la prise en charge de la dépression en médecine générale, selon les médecins généralistes.

Pour chacun des items suivants, merci de choisir la proposition correspondant le plus à votre avis personnel.

<u>Concernant la dépression :</u>	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Ni d'accord ni pas d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord
1 - Les symptômes de la dépression ne sont pas spécifiques	0	0	0	0	0
2 - Il est facile de distinguer une simple tristesse de l'humeur d'un syndrome dépressif	0	0	0	0	0
3 - Les guidelines concernant la dépression manquent d'applicabilité pratique	0	0	0	0	0
4 - Les outils de dépistage de la dépression (par exemple échelle de dépression HAD ou échelle MADRS) manquent d'utilité pratique	0	0	0	0	0
5 - Les outils d'évaluation de la dépression (par exemple classification CIM 10 : léger, modéré, sévère, ou échelle de Beck) manquent d'utilité pratique	0	0	0	0	0
<u>Concernant les patients dépressifs :</u>	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Ni d'accord ni pas d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord
6 - La population générale est bien informée sur la dépression, son orientation et sa prise en charge	0	0	0	0	0
7 - Les personnes déprimées subissent une stigmatisation sociale	0	0	0	0	0
8 - Les personnes déprimées sous-estiment la sévérité de leur dépression	0	0	0	0	0
9 - Les personnes déprimées acceptent facilement le diagnostic de dépression	0	0	0	0	0
10 - Les personnes déprimées acceptent facilement d'être adressées chez un spécialiste en santé mentale	0	0	0	0	0
11 - L'adhésion des personnes déprimées est limitée par l'impression que la symptomatologie ne s'améliore pas	0	0	0	0	0
12 - Les soins en santé mentale sont bien remboursés	0	0	0	0	0

Concernant votre pratique :

- 13 - Prendre en charge un patient déprimé demande trop de temps
- 14 - Prendre en charge des patients dépressifs est bien rémunéré
- 15 - Travailler avec des patients déprimés est pesant

Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Ni d'accord ni pas d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord
0	0	0	0	0
0	0	0	0	0
0	0	0	0	0

Concernant les soins spécialisés en psychiatrie (psychiatres, psychologues, structures ambulatoires spécialisées, services hospitaliers ou cliniques, ...) :

- 16 - Les professionnels en santé mentale sont disponibles pour la prise en charge de nouveaux patients
- 17 - Je ne connais pas bien les spécialisations des psychiatres pour certaines pathologies (par exemple addiction, trouble bipolaire, ...)
- 18 - La capacité d'accueil des structures spécialisées est suffisante
- 19 - Je n'utilise pas assez les structures spécialisées (par méconnaissance, manque de confiance, mauvaises expériences, ...)
- 20 - Je connais bien les services offerts par les structures spécialisées

Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Ni d'accord ni pas d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord
0	0	0	0	0
0	0	0	0	0
0	0	0	0	0
0	0	0	0	0
0	0	0	0	0

Concernant la communication avec les professionnels en santé mentale :

- 21 - Le partage de dossiers avec les professionnels en santé mentale est facile
- 22 - Obtenir un conseil téléphonique des professionnels en santé mentale est facile
- 23 - Le retour d'informations sur les patients de la part des professionnels en santé mentale est difficile
- 24 - Il y a une différence de culture entre psychiatres et généralistes dans la coordination et la transmission de l'information
- 25 - Les rencontres avec les professionnels en santé mentale pour discuter des cas sont faciles
- 26 - L'échange d'informations concernant les patients dépressifs est facile par écrit

Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Ni d'accord ni pas d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord
0	0	0	0	0
0	0	0	0	0
0	0	0	0	0
0	0	0	0	0
0	0	0	0	0
0	0	0	0	0

ANNEXE 3 : Le guide d'entretien

1. Explorer le sens de mots ou d'expressions : Que comprenez-vous dans l'item: « les symptômes de la dépression ne sont pas spécifiques » ? Comment comprenez-vous « les guidelines » dans « les guidelines concernant la dépression manquent d'applicabilité pratique » ? Dans l'item « les personnes déprimées subissent une stigmatisation sociale », qu'est-ce que « stigmatisation sociale » signifie pour vous ?
2. Déterminer si des items sont jugés redondants : en quoi l'item « le partage de dossiers avec les professionnels en santé mentale est faciles » est-il différent de « le retour d'informations sur les patients de la part des professionnels en santé mentale est difficile » ?
3. Déterminer si une question est perçue comme offensante : dans l'item « il y a une différence de culture entre psychiatres et généralistes dans la coordination et la transmission de l'information », qu'est-ce que « différence de culture signifie » pour vous ?
4. Déterminer si les questions sont déontologiquement appropriées : comment comprenez-vous le terme « pesant » dans l'item : « travailler avec des patients déprimés est pesant » ?
5. Evaluer le caractère exhaustif du questionnaire quant au sujet : quel(s) aspect(s) de la problématique « les barrières à la prise en charge de la dépression en médecine de famille » n'a/ont pas été abordé(s) dans le questionnaire et vous paraît/paraissent importants ?
6. Faire expliciter le cheminement de réflexion lorsqu'un temps de réflexion semble nécessaire : A quoi pensez-vous en lisant : « je ne connais pas bien les spécialisations des psychiatres pour certaines pathologies (par exemple addiction, trouble bipolaire,...) » ? Qu'est-ce que « la population générale est bien informée sur la dépression, son orientation et sa prise en charge ? » évoque chez vous comme réflexion ?
7. Evaluer la fréquence du cas lors d'une généralisation : vous avez répondu : (lire la réponse cochée) à la question « travailler avec des patients déprimés est pesant ». A quelle fréquence êtes-vous amené à travailler avec des patients dépressifs ?

ANNEXE 4 : La grille de codage

1 = Réponse adaptée : l'interrogé donne une réponse claire, sans ambiguïté, avec des explications concordantes à la réponse cochée.

2 = Réponse personnalisée : l'interrogé donne des explications contradictoires par rapport à la réponse cochée ou bien l'interrogé donne une réponse partielle en laissant de côté certains termes de l'item ou au contraire adjoint à l'item des termes supplémentaires.

3 = Réponse nuancée : l'interrogé ne sait comment répondre car il existe des variations selon les circonstances.

4 = Généralisation : l'interrogé généralise à partir d'un cas.

5 = Réponse inappropriée avec anecdote en lien : l'interrogé ne répond pas à la question et raconte une anecdote en lien.

6 = Question redondante : l'interrogé signale que la question est similaire à une précédente.

7 = Question non applicable : l'interrogé signale que la question n'est pas pertinente dans son cas.

8 = Réponse inadaptée avec digression : l'interrogé ne répond pas à la question et raconte une anecdote non liée à la question.

9 = Ne sait pas : l'interrogé indique qu'il ne connaît pas la réponse à la question.

10 = Lecture répétée : l'interrogé veut qu'on lui répète ou veut relire la question.

11 = Précision : l'interrogé veut des précisions sur la question ou indique qu'il n'en comprend pas le sens de l'item.

12 = Refus de répondre : l'interrogé indique qu'il ne souhaite pas répondre à la question.

ANNEXE 5 : Le verbatim de M11

Item 1 : les symptômes de la dépression ne sont pas spécifiques (lecture de l'item). Vous avez répondu « pas du tout d'accord ». Qu'est-ce que vous comprenez de cette phrase ?

Je comprends qu'on peut pas s'appuyer sur les symptômes cliniques du patient pour diagnostiquer une dépression. Les symptômes d'une dépression, comme moi je les ai listés pour faire mes diagnostics pourraient être le signe d'une autre maladie. J'ai répondu « pas du tout d'accord » parce que moi j'ai une liste de symptômes, et je trouve que c'est une pathologie qui a des symptômes spécifiques. Dans la dépression, il y a un syndrome dépressif, avec un ensemble de symptômes qui, pour moi, sont spécifiques.

Item 2 : il est facile de distinguer une simple tristesse de l'humeur d'un syndrome dépressif (lecture de l'item). Vous avez mis « ni d'accord ni pas d'accord ». Qu'est-ce que ça vous évoque ?

Pour moi, c'est difficile pour quelqu'un qu'on ne connaît pas d'avant, de savoir s'il est juste triste ou s'il est dépressif. Quelqu'un que je ne vais pas connaître d'avant, je vais avoir du mal juste en l'écoutant parler pour faire ce distinguo. Par contre, des patients que je connais depuis longtemps, ça va être beaucoup plus facile.

Item 3 : les guidelines concernant la dépression manquent d'applicabilité pratique (lecture de l'item). Vous avez mis « tout à fait d'accord ».

Oui, parce que je ne les utilise plus. Je m'en suis éloignée rapidement des guidelines. Ça doit faire cinq ou six ans que je ne les utilise plus du tout.

Est-ce que le terme pose problème dans un questionnaire francophone ?

Non, moi je l'ai compris. Dedans, j'ai imaginé qu'il y a avait des choses comme l'HAS, le Hamilton, des choses comme ça.

Item 4 : les outils de dépistage de la dépression (par exemple échelle de dépression HAD ou échelle MADRS) manquent d'utilité pratique (lecture de l'item). Vous avez répondu « tout à fait d'accord ».

Une fois de plus, moi je n'utilise que le Hamilton, et je le fais en fin de consultation pour justifier ma cotation CPAM. Je me sers plus des échelles, peut-être parce que je les ai intégrées complètement aux entretiens que je fais.

Item 5 : les outils d'évaluation de la dépression (par exemple classification CIM 10 léger, modérée, sévère ou échelle de Beck) manquent d'utilité pratique (lecture de l'item). « Tout à fait d'accord ».

Pareil, je ne les utilise pas. Donc si je les utilise pas, c'est qu'ils vont pas me sembler pratique. L'échelle de Beck, je ne la connais pas, je vous le dis honnêtement. La classification légère, modérée, sévère, je vais le faire, mais pour moi, c'est pas du CIM 10. Je vais le faire toute seule mais je vais pas le classier dans quelque chose de déjà ordonné.

Vous avez quelque chose à rajouter sur cette catégorie concernant la dépression ?

Je trouve que c'est difficile d'alterner les items positifs et négatifs. Mais ça oblige à rester vigilant donc c'est pas mal, plutôt que de répondre de façon systématique.

Item 6 : la population générale est bien informée sur la dépression, son orientation et sa prise en charge (lecture de l'item). « Pas d'accord », qu'est-ce que ça vous évoque ?

Les gens seraient capables facilement de se rendre compte quand ils sont déprimés, alors que quand soi-même on est déprimé, on a du mal à se rendre compte qu'on va mal. Son orientation, ça j'avoue que je ne sais pas ce que ça veut dire dans cette phrase. Sa prise en charge, ça veut dire que mes patients ils sauraient déjà que la dépression ça peut se soigner par des médicaments mais aussi de la psychothérapie de soutien ou par des techniques comportementalistes ou d'autres choses, alors qu'à chaque fois, les patients sont étonnés de tout ce que je peux leur proposer.

« Population générale », qu'est-ce que vous mettez derrière ce terme ?

Pour moi, c'est les gens qui viennent me voir, c'est mes patients. Ça inclue aussi mes amis, des boulangers ou des gens comme ça. Quand j'ai répondu, j'ai pensé à mes patients et pas forcément aux gens que je connais.

Item 7 : les personnes déprimées subissent une stigmatisation sociale (lecture de l'item). « D'accord ». A quoi vous pensez ?

Au fait que quand on annonce ce diagnostic-là, les gens le refusent. Souvent ils me disent que non, ils ne sont pas comme untel ou untel. Nous on est médecin, donc on sait que c'est une maladie. Mais quand j'en parle dans mon entourage, il y en a beaucoup qui pensent qu'avec un coup de pied aux fesses, ça ira beaucoup mieux, ou au contraire que c'est des grands malades psychiatriques et qu'ils iront jamais mieux. Il y a une stigmatisation dans les deux sens : ou c'est nié ou c'est dramatisé et montré comme une déviance.

Item 8 : les personnes déprimées sous-estiment la sévérité de leur dépression (lecture de l'item). « Ni d'accord ni pas d'accord ». A quoi vous pensez ?

J'ai pensé à mes patients que je vois en consultation. J'ai des gens qui viennent me voir en consultation parce qu'ils sont tristes et quand je leur annonce qu'ils sont déprimés, ils l'entendent complètement. Et j'ai des gens qui viennent me voir en me disant : « je suis déprimé », et en fait c'est juste une anxiété réactionnelle, et on voit bien qu'ils continuent de manger, de dormir, d'avoir une libido. Et d'autres, au contraire, je leur dis régulièrement : « vous allez très très mal », et ils me disent « oh non, docteur, c'est juste un passage à vide », alors qu'ils ont tous les critères de gravité qu'on connaît. J'ai pas pu cocher autre chose que « ni d'accord ni pas d'accord » parce que je vois les deux, je vois toutes les situations face à cette annonce diagnostic.

Alors justement, concernant le diagnostic, item 9 : les personnes déprimées acceptent facilement le diagnostic de dépression (lecture de l'item).

J'ai mis « pas d'accord », parce que ça arrive régulièrement que j'ai des patients qui refusent que je leur dise : vous êtes déprimé, il va falloir qu'on se revoit pour parler et peut-être qu'il faudra prendre des médicaments.

Pour vous, y-a-t'il redondance entre les items 8 et 9 ?

Pour moi, non. Je trouve plutôt que c'est l'item 7 et 9 qui sont en lien et que mes patients refusent le diagnostic parce qu'ils ont peur d'une stigmatisation.

Item 10 : les personnes déprimées acceptent facilement d'être adressées chez un spécialiste en santé mentale (lecture de l'item). Vous avez répondu : « pas du tout d'accord ».

Oui, parce que j'ai beaucoup de difficultés. Voir un psychiatre, c'est très compliqué, même quand j'ai besoin d'un avis, je dois un peu les travailler au corps. Et les psychologues, j'arrive pas à les envoyer dès le diagnostic, dès la première consultation. Souvent, il me faut plusieurs rendez-vous où on va prendre le temps de parler pour leur expliquer qu'en fait, on a commencé ensemble une prise en charge en santé mentale. Je mets même pas ce mot là, je dis : on a commencé ensemble une psychothérapie, pour qu'après ils acceptent de poursuivre avec un thérapeute diplômé. Donc c'est pas facile, parce que les patients ont du mal à aller voir le psychiatre, parce que le psychologue, c'est pas remboursé, parce que peut être aussi comme je fais souvent de la psychothérapie de soutien, ils ont du mal à lâcher leur médecin traitant.

« Spécialistes en santé mentale », vous avez parlé de psychiatres et de psychologues, est-ce que vous voyez autre chose ?

Pour moi, c'est les deux références quand j'ai un patient déprimé, mais c'est vrai que ça m'arrive de les adresser parfois à une sophrologue parce qu'on en a une sur la commune. Après il y a les CMP, mais pour moi les CMP ça représente la même chose, psychiatres et psychologues.

Item 11 : l'adhésion des personnes déprimées est limitée par l'impression que la symptomatologie ne s'améliore pas (lecture de l'item). Vous avez répondu « ni d'accord ni pas d'accord », qu'est-ce que ça vous évoque ?

Pas grand-chose, parce que j'avoue que mes patients, ils ne me le disent pas ça. Ils reviennent me voir, et ils me disent juste : ça va mieux, ou ça va pas mieux. Et ça m'atteint pas beaucoup quand ils me disent : ça va pas mieux, parce que pour moi c'est normal de pas aller mieux tout de suite. Donc en fait, c'est peut-être parce que moi-même, je n'y accorde pas beaucoup d'importance, le fait qu'il n'y ait pas d'évolution rapide. Ça glisse sur moi, c'est peut-être pour ça que j'entends pas ça de mes patients. Donc « ni d'accord ni pas d'accord », parce que j'ai un biais de pratique sûrement.

Item 12 : les soins en santé mentale sont bien remboursés (lecture de l'item). « Pas du tout d'accord ».

Oui, ça me paraît évident. L'accès au CMP où il y a des soins gratuits, dans ma région à moi, c'est compliqué. Les gens qui vont très mal sont quand même pris en charge rapidement au CMP, voire parfois même je passe par l'hôpital psychiatrique. Et après le reste, c'est ni bien remboursé par les mutuelles ni bien remboursé par la sécu.

Le reste, vous pensez à quoi ?

Les psychologues, les sophro, tous les thérapeutes, c'est pas du tout pris en charge. C'est mon sentiment en tous cas.

Item 13 : concernant ma pratique, prendre en charge un patient déprimé demande trop de temps (lecture de l'item). « Ni d'accord ni pas d'accord ». A quoi vous pensez ?

C'est vrai que ça prend du temps. Mais dans l'adjectif trop, pour moi c'est quelque chose de négatif. Donc oui ça prend du temps, mais je trouve que c'est pas du temps perdu. C'est ce que je dis aux gens souvent : « ah docteur, je vous fais perdre votre temps. – Non, non. Le temps qu'on passe ensemble, c'est du temps gagné sur votre maladie et sur d'autres entretiens, donc c'est le temps qu'il faut maintenant ». Cette question, elle m'a fait sourire parce que la question du temps et de l'argent, c'est des choses en psychothérapie qui ont beaucoup de sens caché. Donc j'ai répondu « ni d'accord ni pas d'accord ».

Item 14 : prendre en charge des patients dépressifs est bien rémunéré (lecture de l'item). « Pas d'accord ». Moi j'utilise la cotation CPAM sur la consultation surprise où la personne va s'effondrer en pleurs dans votre bureau. Et après je fais du dépassement d'honoraire, parce que j'estime que 23 euros quand je passe trois quart d'heure avec quelqu'un... Donc « pas d'accord » parce que je suis obligé de faire du dépassement alors que dans ma pratique, comme je suis conventionné, c'était pas mon souhait.

Item 15 : travailler avec des patients déprimés est pesant (lecture de l'item). « Ni d'accord ni pas d'accord ».

Ça prend du temps, il faut trouver une petite solution pour se faire payer. C'est pesant quand moi-même je ne suis pas bien, quand moi-même j'ai des difficultés personnelles. Mais globalement, c'est plutôt intéressant, voire même enrichissant parce qu'on va partager quelque chose de l'intimité du patient. C'est pesant uniquement quand moi-même je ne suis pas bien. Le reste du temps, ça me semble pas pesant. [Digression].

Est-ce que vous trouvez que le terme « pesant » est approprié ?

Oui, ça fait assez fantasmer pour imaginer l'aspect négatif qu'on peut avoir avec des patients déprimés.

Item 16 : les professionnels en santé mentale sont disponibles pour la prise en charge de nouveaux patients (lecture de l'item). « Pas d'accord ». A quoi vous pensez ?

Pour ce qui est des psychiatres et du CMP, ils sont débordés. Pour ce qui est des psychologues, effectivement, j'en ai quelques-uns qui ont arrêté de prendre des nouveaux patients aussi. Après, heureusement, dans le coin j'ai des correspondants qui restent disponibles mais il y a eu un moment où ça a été compliqué dans mon secteur.

« Disponibles », vous l'entendez comment ?

Disponibles, c'est-à-dire avec des rendez-vous rapides. Donc, moi je trouve qu'ils sont pas tout le temps disponibles, mais comme nous, c'est pas leur faute particulièrement.

Item 17 : je ne connais pas bien les spécialisations des psychiatres pour certaines pathologies (par exemple addiction, trouble bipolaire) (lecture de l'item). « Ni d'accord ni pas d'accord ».

Du coup pour les addictions, là pareil j'ai deux personnes avec qui je travaille donc j'ai l'impression de trouver dans mon réseau. Pour les troubles bipolaires, j'en ai quelques-uns des patients qui ont présenté ça, et c'est d'ailleurs pas forcément moi qui ai fait le diagnostic. C'est plutôt le psychiatre en seconde intention sur des épisodes dépressifs itératifs. Donc j'ai mis « ni d'accord ni pas d'accord » parce que j'ai l'impression d'avoir trouvé ce dont moi j'avais besoin, donc pas d'accord. Et je suis quand même d'accord parce que c'est vrai que j'ai pas une liste très fournie et très précise de psychiatres avec leur sous-spécialisation.

« Spécialisation », vous l'entendez par sous-spécialisation ?

Voilà, comme spécialisation par pathologie psychiatrique. [Digression]. La spécialisation en psychiatrie ne me semble pas une bonne chose pour nos patients pour l'idée que je me fais du soin psychique.

Item 18 : la capacité d'accueil des structures spécialisées est suffisante (lecture de l'item). « Pas du tout d'accord ». Elle est nettement insuffisante.

Elle est nettement insuffisante. Pour moi, c'est très très clair, que ce soit en ambulatoire ou en hospitalier. [Digression].

Item 19 : je n'utilise pas assez les structures spécialisées (par méconnaissance, manque de confiance, mauvaises expériences) (lecture de l'item). « D'accord ».

C'est vrai qu'il y a des structures dont je me suis détourné parce que quand je les appelais, il y avait toujours trois mois de délais même pour une hospitalisation. Les mauvaises expériences, je suis tout à fait d'accord que c'est ce qui fait que je n'utilise pas certaines structures. Les mauvaises expériences ont amené du manque de confiance. Et puis il y a ceux que je connais et je sais avec qui ça va fonctionner, donc c'est toujours avec les mêmes que je travaille. J'ai un peu mis des œillères. Je ne m'intéresse plus aux gens avec qui j'ai mal travaillé et sur qui j'ai un a priori, alors que les chefs de services et les directeurs d'établissement changent. Il y a sûrement des endroits avec qui je pourrais retravailler et que j'appelle même plus.

Item 20 : je connais bien les services offerts par les structures spécialisées (lecture de l'item). Vous êtes « d'accord ».

Oui, quand j'étais interne, j'ai travaillé en hôpital psychiatrique, donc le soin hospitalier, qui pour moi reste ma référence, je la connais bien. Les CMP, même si j'ai du mal à ce qu'ils prennent en charge mes patients, ça reste des structures d'appui très importantes pour moi, du coup je les connais bien. Comme je les appelle souvent, on arrive à dialoguer par téléphone de patients connus. Donc j'ai cette sensation-là, les structures spécialisées avec qui je travaille, je les connais bien.

Y-a-t-il redondance entre cet item et le 17 sur la spécialisation des psychiatres ?

Pas forcément, pour moi le psychiatre c'est vraiment la personne installée seule, ou dans un service particulier et pour moi les structures, c'est plutôt les structures hospitalières ou les institutions comme le CMP. Donc non.

Item 21 : le partage des dossiers avec les professionnels en santé mentale est facile (lecture de l'item). Vous avez répondu « ni d'accord ni pas d'accord ».

Oui, ça dépend des gens avec qui on travaille. Il y a en a avec qui c'est très facile de leur donner des informations et qu'il nous en redonne, et puis il y en a d'autres, c'est très difficile de les contacter et d'avoir un compte-rendu. Ça dépend des endroits.

« Partage de dossier », vous l'entendez comment ?

Comme transmission d'informations, mais dans les deux sens. Moi je vais donner des informations à mon collègue sur ce que j'ai pu récolter de mon patient des consultations antérieures, et lui après il va me transmettre ce que lui aussi il a pu voir pendant ses consultations. Pour moi, le partage, c'est pas juste que je donne quelque chose, c'est que j'ai un retour.

Item 22 : obtenir un conseil téléphonique des professionnels en santé mentale est facile (lecture de l'item). Vous avez répondu « d'accord ».

Parce que j'ai trouvé les interlocuteurs avec qui je peux dialoguer. Mais en dehors des personnes que je connais, je sais pas si j'arriverais à obtenir un conseil facilement. En tous cas, quand j'appelle aux urgences psychiatriques, je sais qu'il y aura toujours quelqu'un là-bas qui va me répondre et ça c'est très rassurant.

Item 23 : le retour d'information sur les patients de la part des professionnels en santé mental est difficile (lecture de l'item). « Ni d'accord ni pas d'accord ».

Pareil, ça dépend des structures. Il va y avoir des structures où on va avoir un compte-rendu très détaillé et souvent quand le compte-rendu est bien détaillé, j'ai même pas besoin de les rappeler. Et il y a d'autres structures où le compte-rendu est très succinct, et puis quand on appelle, on arrive pas à joindre la personne qui a rédigé le compte-rendu. Ça dépend beaucoup des lieux d'hospitalisation. Pour ce qui est des consultations ambulatoires, avec les psychiatres avec qui on a partagé des patients, je l'ai toujours fait par téléphone. Les psychiatres m'envoient rarement un courrier. A contrario, toutes les psychologues à qui j'adresse me font toujours un petit mot. Ça dépend du professionnel qui reçoit mon patient.

Pour vous, entre le « partage de dossier » et le « retour d'information », il y a redondance ou pas ?

Le retour d'information c'est une partie du partage de dossier. Donc non j'ai pas trouvé ça redondant.

Item 24 : il y a une différence de culture entre psychiatres et généralistes dans la coordination et la transmission de l'information (lecture de l'item). Vous avez mis « pas d'accord ».

J'ai trouvé que c'était un item qui était bien tourné. J'ai mis « pas d'accord », mais bien sûr qu'il y en a une, mais quand même on est tous médecins. Dans la coordination et la transmission de l'information, les psychiatres ils savent que quand même on a besoin de

savoir ce qu'avaient nos patients et où ils sont, s'ils sont chez eux ou à l'hôpital. Donc il y a une différence de culture, mais moi j'ai quand même la sensation d'être face à un confrère quoi.

Comment vous le définiriez «différence de culture » ?

Déjà, il y a une question de sémantique. Ils ont un vocabulaire beaucoup plus riche que nous pour parler de la relation qu'ils ont avec leurs patients, ne serait-ce que les notions de transfert et contre-transfert. *[Digression]*. Ils vont prendre de la distance dans la relation qu'ils instaurent avec leurs patients, la réflexion qu'ils ont sur leur positionnement, ce que le patient ressent dans l'aspect du soin et de la relation de soin. Donc je pense qu'il y a une différence de culture. Nous, en tant que généralistes, on sous-estime ce qui va se passer entre le patient et nous, on sous-estime ce que la patient nous fait et ce qu'on fait au patient. Donc la différence de culture est dans la sémantique et dans notre positionnement dans le soin.

Item 25 : les rencontres avec les professionnels en santé mentale pour discuter des cas sont faciles (lecture de l'item). « Pas d'accord ».

Moi ça m'est jamais arrivé d'aller rencontrer un confrère physique pour parler d'un ou de plusieurs patients. *[Digression]*. Rencontrer physiquement, même des gens du CMP, ça m'est arrivé mais très ponctuellement donc c'est pas facile.

Item 26 : l'échange d'informations concernant les patients dépressifs est facile par écrit (lecture de l'item). « Ni d'accord ni pas d'accord ».

Moi j'ai de la difficulté à mettre par écrit et je pense que c'est important de laisser au patient la liberté d'être le patient qu'il a envie d'être avec chaque thérapeute. Du coup, je fais des courriers très succincts à mes correspondants et je dis au patient : vous m'avez raconté votre histoire une fois, et il faudra que vous la reracontiez à mon collègue, je préfère que ce soit vous qui le fassiez plutôt que ce soit mes mots. Moi j'ai de la difficulté, et par choix j'ai décidé de mettre très peu de choses de ce que le patient a pu me confier. Je reste assez succincte. Et puis dernièrement, à l'inverse, il s'est trouvé que j'ai eu de très bons comptes rendus. Des comptes rendus très faciles à lire et très éclairants sur des patients que j'avais fait hospitaliser. J'ai reçu des comptes rendus très bons, ou très mauvais de confrères.

Y'a-t-il des redondances dans cette catégorie ?

Pour moi, partage de dossier et échange d'information par écrit, c'est un peu la même chose. La 23 est peut-être aussi explorée par d'autres items déjà.

Y'a-t-il un aspect de la problématique qui vous paraît important et qui ne serait pas abordé dans ce questionnaire ?

J'ai l'impression que moi, quand je suis moi-même pas bien, et bien c'est plus difficile d'être à l'écoute de mes patients déprimés. Les barrières intimes, personnelles, et non professionnelles en fait, du médecin. Nos problématiques personnelles, elles ont quand même un impact dans notre disponibilité ou non à la dépression, c'est de la relation humaine. L'item N°15 est peut-être à développer. Demander aux médecins s'ils ont conscience que leurs propres difficultés peuvent être une barrière à des prises en charge.

N.B : Les 12 autres verbatims sont à disposition sur demande.

Les barrières à la prise en charge de la dépression en médecine générale

Le but de ce questionnaire est d'explorer les barrières à la prise en charge de la dépression caractérisée en médecine générale, selon les médecins généralistes. Pour chacun des items suivants, merci de choisir la proposition correspondant le plus à votre avis personnel. Vous pouvez préciser vos réponses dans le cadre 'commentaire libre', notamment si vous cochez « ne se prononce pas ».

<u>Concernant la dépression :</u>	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Ne se prononce pas	D'accord	Tout à fait d'accord
1 - Les symptômes de la dépression ne sont pas spécifiques	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2 - Il est facile de distinguer une simple tristesse de l'humeur d'un syndrome dépressif	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3 - Les recommandations de bonne pratique concernant la dépression manquent d'applicabilité pratique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4 - Les outils de dépistage de la dépression (par exemple échelle de dépression HAD) manquent d'utilité pratique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5 - Les outils d'évaluation de la dépression (par exemple échelle de Hamilton ou échelle de Beck) manquent d'utilité pratique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Commentaire libre :

Concernant les patients dépressifs :

	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Ne se prononce pas	D'accord	Tout à fait d'accord
6 - La population générale est bien informée sur la dépression	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7 - La population générale est bien informée sur la prise en charge de la dépression	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8 - Les personnes dépressives subissent une stigmatisation sociale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9 - Les personnes dépressives sous-estiment la sévérité de leur dépression	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10 - Les personnes dépressives acceptent facilement le diagnostic de dépression	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11 - Les personnes dépressives acceptent facilement d'être adressées chez un spécialiste en santé mentale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12 - L'adhésion des personnes dépressives au projet thérapeutique est limitée par l'impression que la symptomatologie ne s'améliore pas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13 - Les soins en santé mentale sont bien remboursés	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Commentaire libre :

Concernant votre pratique :

	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Ne se prononce pas	D'accord	Tout à fait d'accord
14 - Prendre en charge un patient dépressif demande plus de temps que ce que je voudrais y consacrer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15 - Prendre en charge des patients dépressifs est bien rémunéré	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16 - Travailler avec des patients dépressifs est pesant	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Commentaire libre :

Concernant les soins spécialisés en psychiatrie (psychiatres, psychologues, structures ambulatoires spécialisées, services hospitaliers ou cliniques, ...) :

	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Ne se prononce pas	D'accord	Tout à fait d'accord
17 - Les professionnels en santé mentale sont disponibles pour la prise en charge de nouveaux patients	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18 - Je ne connais pas bien les spécialisations des psychiatres pour certaines pathologies (par exemple addiction, trouble bipolaire, ...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19 - La capacité d'accueil des structures spécialisées est suffisante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20 – Je connais bien les services offerts par les structures spécialisées	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21 - J'utilise peu les structures spécialisées par manque de confiance	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22 - J'utilise peu les structures spécialisées suite à de mauvaises expériences	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Commentaire libre :

Concernant la communication avec les professionnels en santé mentale :

	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Ne se prononce pas	D'accord	Tout à fait d'accord
23 - Le partage de dossier avec les professionnels en santé mentale est facile	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24 - Obtenir un conseil téléphonique des professionnels en santé mentale est facile	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25 - Le retour d'informations sur les patients de la part des professionnels en santé mentale est difficile	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26 - Les attentes concernant la transmission de l'information ne sont pas les mêmes entre psychiatres et généralistes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27 - Les rencontres avec les professionnels en santé mentale pour discuter des cas sont faciles	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28 - Ecrire à propos d'un patient dépressif est facile	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Commentaire libre :

**VALIDATION D'APPARENCE D'UN QUESTIONNAIRE SUR LES BARRIERES A LA
PRISE EN CHARGE
DE LA DEPRESSION EN MEDECINE GENERALE**

Résumé :

Introduction : Les freins à la prise en charge de la dépression en médecine de ville par les médecins généralistes sont nombreux. Il semble pertinent de créer et valider un outil permettant d'explorer ces barrières. L'objectif de cette thèse était de valider l'apparence d'un questionnaire francophone explorant les barrières à la prise en charge de la dépression par les médecins généralistes à travers la réalisation d'un pré-test.

Méthode : Nous avons construit un questionnaire francophone à 26 items listant les barrières à la prise en charge de la dépression en médecine de ville. Nous avons validé son contenu lors d'une première étape. Puis, nous avons mené une étude qualitative avec réalisation d'entretiens individuels semi-directifs auprès de médecins généralistes de la région lyonnaise. Nous avons analysé les entretiens à l'aide d'une méthode déductive avec double codage indépendant à partir d'une grille de codage préétablie.

Résultats : Nous avons réalisé 13 entretiens d'une durée moyenne de 39 minutes. La durée de passation du questionnaire était en moyenne inférieure à 5 minutes. Treize des 26 items ont été considérés comme clairs par les interrogés. Les treize autres items ont suscité des problèmes de compréhension.

Conclusion : Nous proposons des modifications avec ajout de 2 items avant de poursuivre les étapes de validation de notre questionnaire comportant 28 items.

Mots-cles : validation d'apparence, questionnaire, dépression, barrières, médecine générale, pré-test.

Jury :

Président du jury :

Monsieur le Professeur Alain MOREAU, Professeur des universités, Médecine générale

Membres du jury :

Monsieur le Professeur Thierry D'AMATO, Professeur des universités, Psychiatrie

Monsieur le Professeur Jean DALERY, Professeur émérite, Psychiatrie

Monsieur le Professeur Christian DUPRAZ, Professeur associé, Médecine générale

Monsieur le Docteur Hubert Maisonneuve, Docteur, Médecine générale