



UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2019 - 2020

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Connaissances et perceptions des internes de médecine générale
de Lille concernant la prise en charge des patients atteints d'un
épisode dépressif caractérisé.**

Présentée et soutenue publiquement le 15 octobre 2020 à 18h au Pôle
Formation par **Bryan DI GIORGIO**

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Olivier COTTENCIN

Asseseurs :

Monsieur le Professeur Denis DELEPLANQUE

Monsieur le Docteur Ali AMAD

Madame le Docteur Anita TILLY

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Arnaud LEROY

Table des Matières

I. Liste des abréviations	6
II. Introduction.	7
III. Partie 1/ Rappel sur l'épisode dépressif caractérisé	10
1. Epidémiologie	10
2. Physiopathologie [35,36,37]	11
a) Altération neurobiologique	11
b) Altération neurobiochimique	11
c) Altérations génétiques et épigénétiques	12
d) Altération de l'axe HPA et rôle de l'immunité	13
e) Rôle des mitochondries	14
3. Diagnostic	15
a) Forme clinique typique de l'EDC	15
b) Forme clinique atypique de l'EDC	16
c) Le trouble dépressif caractérisé	18
d) Diagnostics différentiels [30,38,39]	18
e) Examens complémentaires	19
f) Risque suicidaire	20
4. Prise en charge	23
a) Généralité	23
b) Psychothérapie	23
i. Description	23
ii. Indication	25
c) Traitement médicamenteux	25
i. Traitements antidépresseurs	25
ii. Autres traitements étiologiques	26
iii. Traitement anxiolytique et apparenté	27
iv. Indication	27

d) Autres techniques thérapeutiques _____	28
i. Thérapeutiques alternatives et complémentaires _____	29
ii. Neurostimulation _____	29
iii. Indication _____	30
e) Suivi et surveillance _____	31
f) Adaptation à la médecine générale _____	31
g) Conclusion _____	33

IV. Partie 2/ Etude _____ 35

1. Matériel et méthode _____	35
a) Population cible _____	35
b) Type d'étude et schéma d'étude _____	35
c) Outils _____	36
i. Questionnaire _____	36
ii. Vidéo _____	37
d) Recueil des données _____	37
e) Analyse statistique _____	38
2. Présentation des résultats _____	38
a) Résultats de l'analyse descriptive du questionnaire avant vidéo _____	38
i. Réponses aux questions explorant la perception des IMG de Lille sur la prise en charge de patients souffrant d'EDC _____	49
ii. Réponses aux questions explorant les connaissances sur les données épidémiologiques, la physiopathologie et la prise en charge de l'EDC _____	49
b) Comparaison des résultats entre le premier et le cinquième semestre _____	51
c) Comparaison des réponses aux questionnaires avant et après vidéo _____	56
i. Comparaison des réponses aux questions explorant la perception des IMG de Lille sur la PEC de patients souffrant d'EDC _____	56
ii. Comparaison des réponses aux questions explorant les connaissances sur les données épidémiologiques, la physiopathologie et la PEC de l'EDC _____	56

V. Partie 3/ Discussion	61
1. Reprise des principaux résultats	61
2. Discussion avec la littérature	63
3. Discussion méthodologique, limites et biais	64
4. Conclusion	65
VI. Références bibliographiques	67
VII. Annexes	77
1. Annexe 1 : Dépense de l'assurance maladie en 2017	77
2. Annexe 2 : Modèle stress-vulnérabilité.	78
3. Annexe 3 : Psychothérapie usuelle recommandée par la HAS	79
4. Annexe 4 : Les différentes classe d'antidépresseur extrait du Référenciel de Psychiatrie du CNUP	80
5. Annexe 5 : Contrôle clinico-biologique à réaliser dans le cadre d'un traitement par neuroleptique	81
6. Annexe 6 : Questionnaire	82
7. Annexe 7 : Flow Chart du déroulé de l'étude	85

I. Liste des abréviations

EDC : Episode Dépressif Caractérisé

TDC : Trouble Dépressif Caractérisé

ONDAM : Objectif National des Dépenses de l'Assurance Maladie

MG : Médecin Généraliste

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

DPC : Développement Professionnel Continu

AD : Antidépresseur

HPST : Hôpital, Patient, Santé, Territoire

MAO-A : Mono-amine oxydase - A

SERT : Serotonin transporter

5HT-A1 / 2 : 5-hydroxytryptamine a1 / 2

BDNF : Brain-Derived Neurotrophic Factor

miARN : micro acide ribonucléique

ADN : Acide désoxyribonucléique

CRH : Corticotropin-releasing hormone

DSM-V : Diagnostic and statistical manual of mental disorders V

BDI-II : Beck Depression Inventory II

PHQ-9 : Patient Health Questionnaire 9

MADRS : Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale

HDRS : Hamilton Depression Rating Scale

TCC : Thérapie cognitivo-comportementale

TA : Thérapie Analytique

TIP : Thérapie interpersonnelle

IMC : Indice de Masse Corporelle

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

CPP : Comité de Protection des Personnes

DMG : Département de Médecine Générale

CNUP : Collège National des Universitaires de Psychiatrie

II. Introduction.

L'épisode dépressif caractérisé est un trouble psychiatrique de plus en plus fréquent dans la population générale [1 – 4]. Il s'agit d'une pathologie invalidante et grave se traduisant par de nombreux symptômes au cœur desquels on retrouve une tristesse pathologique, une perte de plaisir et des symptômes cognitifs pouvant mener dans de trop nombreux cas jusqu'au décès du patient par suicide, celui-ci étant l'une des principales causes de décès prématuré en 2013 [1, 5]. Les répercussions personnelles tant sur le plan familial que socio-professionnel peuvent être considérables [6], cette pathologie étant en passe de devenir la principale cause d'années de vie perdues et d'incapacité aussi bien dans les pays développés que dans les pays en voie de développement [7 - 9].

D'une manière générale, les troubles psychiatriques représentent un coût important pour la société comme le révèle une cartographie des dépenses de l'Assurance Maladie faite en 2017 (Annexe 1) [10 - 12]. Elle montre que la prise en charge des troubles de l'humeur (dont l'EDC fait partie) – comprenant les soins de ville, les dépenses hospitalières, les traitements et les prestations en espèces – a consommé plus de 8% de l'ONDAM de cette même année, soit autant que pour la prise en charge du diabète et deux fois plus que pour les maladies respiratoires et cardiaques chroniques. En France, un tiers des patients souffrant d'EDC sont en arrêt de travail pour 81 jours en moyenne [13] et, selon l'OMS, la moyenne du nombre de jours travaillés perdus dû à un EDC serait d'environ 34 jours dans 21 pays différents [9, 14]. Au niveau mondial, l'EDC sera l'affection qui entraînera les plus gros coûts de santé après les maladies cardio-vasculaires en 2020 [8].

Dans ce contexte, la prise en charge de l'EDC est une priorité de santé publique [7, 15] et le médecin généraliste, professionnel incontournable des soins primaires et pivot sur lequel s'articule le système de santé français, reste l'un des professionnels de santé les plus consultés pour ce trouble puisqu'environ 60 % des patients présentant une symptomatologie d'EDC font appel à lui en première intention et qu'en moyenne, il possède une patientèle dont la prévalence de l'EDC varie de 15 à 35 % selon les études [16 - 20].

Cependant, du fait de la complexité de ce trouble, environ la moitié des patients présentant une symptomatologie d'EDC ne sont pas diagnostiqués par les MG [21], ces taux régressant à 25% pour la détection des EDC graves, mais pouvant dépasser les 50 % pour les autres types de sévérités [22, 23]. De plus, seulement 50% des MG rapportaient connaître les recommandations en vigueur et 15% reconnaissaient que leur manque de connaissance sur cette pathologie est un obstacle à la gestion efficace de l'EDC [18] – la déclaration d'un manque d'expérience par les MG étant associée à une prescription accrue d'antidépresseurs

[24]. De même, plus de la moitié des patients souffrant de troubles mentaux couramment pris en charge en médecine générale – largement représentée par l'EDC – sont orientés vers d'autres professionnels de santé du fait de manque de connaissance en santé mentale [19] bien que la prise en charge de cette pathologie soit considérée comme gratifiante par la majorité des praticiens [25].

Certaines données montrent que la moitié des patients reçoivent un traitement médicamenteux alors qu'ils ne font pas partie des groupes retenus dans l'indication telle que retenue dans l'AMM [22, 26, 27], qu'une partie des patients reçoivent, en première intention, des molécules ne correspondant pas aux recommandations usuelles [28, 29] ou à une dose trop faible et/ou pour une durée trop courte [16] ou que les taux de traitement médicamenteux des patients atteint d'EDC dépassent péniblement les 60 % [21]. En somme, il semblerait que seulement 25 % des patients reçoivent un traitement adéquat [30]. Enfin, et alors que les recommandations actuelles proposent une prise en charge psychothérapeutique quelle que soit l'intensité de l'EDC [29], certaines études montrent qu'entre seulement 30 et 50 % des patients en bénéficient [26, 31] – taux qui devrait être théoriquement de 100% – et qu'environ 60 % des MG pensent qu'un traitement médicamenteux seul est suffisant pour la prise en charge de l'EDC modéré dans la plupart des cas [32].

Bien que cette dernière reste insatisfaisante en France [33], les MG, forts de leur expérience et du DPC avec au moins $\frac{3}{4}$ de praticiens ayant bénéficié d'une formation sur cette pathologie [26], sont de plus en plus performants pour la prise en charge des troubles mentaux et de l'EDC [34]. Le DPC reste le gold standard pour se tenir à jour dans les recommandations et pouvoir proposer des prises en charge optimales au regard des dernières données scientifiques, et c'est donc en toute logique qu'il est devenu obligatoire depuis la loi HPST de 2009 [35]. Il permet d'entretenir des connaissances déjà acquises et d'acquérir de nouvelles compétences. Chez les médecins généralistes, il permet d'améliorer leur connaissance sur l'EDC [18, 36 - 38] et ces derniers se disaient plus positifs dans leurs attitudes envers l'EDC et le traitement de ces patients après une formation en santé mentale tout en n'étant qu'environ 30% à se sentir confiants dans la prise en charge psychothérapeutique de ces patients [26]. De même, les interventions brèves semblent efficaces pour l'optimisation des connaissances sur le diagnostic et le traitement de l'EDC [39].

Seulement, toutes ces données concernent surtout des MG forts d'une expérience construite après plusieurs années de pratique et de DPC. Mais qu'en est-il des jeunes médecins nouvellement diplômés ou des internes appelés à recevoir un nombre conséquent de patients présentant un EDC dès le début de leur pratique post internat ? Ils ne devront composer qu'avec les seules connaissances acquises durant leur cursus universitaire, celles-ci

ne pouvant se résumer qu'aux quelques cours magistraux des 1^{er} et 2^{ème} cycles puisque pour l'instant, il n'existe aucune obligation de réaliser un stage dans une unité de psychiatrie, que ce soit durant le deuxième ou troisième cycle [17]. C'est pourquoi, devant ce qui semble être une formation en psychiatrie insuffisante, nous avons voulu connaître quelles étaient réellement les connaissances et perceptions des internes de médecine générale de Lille sur l'EDC et nous avons voulu évaluer quel impact une intervention brève pouvait avoir sur ces deux éléments.

Cette thèse avait donc deux objectifs principaux : donner une image des perceptions et connaissances des IMG de Lille et voir si ces dites connaissances étaient perfectibles à la suite d'une intervention courte.

III. Partie 1/ Rappel sur l'épisode dépressif caractérisé

1. Epidémiologie

L'EDC présente une prévalence d'environ 10 % sur un an et on estime qu'environ 20 % de la population a souffert ou souffrira de cette pathologie au cours de sa vie [1 - 4, 14, 40 - 42]. Elle touche tous les âges mais reste plus fréquente chez les 25-44 ans avec une disparité entre les sexes puisque le pic est entre 18 et 34 ans chez l'homme alors que chez la femme, il est entre 35 et 44 ans [2, 41]. De plus, les femmes souffrent deux fois plus d'EDC que les hommes [2, 4, 40 - 42].

Il s'agit d'une pathologie grave puisque qu'une personne souffrant d'un EDC présente 7 à 8 fois plus d'idées suicidaires que dans la population générale menant à un risque de tentative de suicide multiplié par 21. Ainsi, entre 5 à 20 % de ces patients décéderont par suicide [1, 30, 43, 44], ce dernier étant la troisième cause de mortalité prématurée en France en 2013 (soit plus que les tumeurs du sein et du côlon réunis, les hépatopathies ou les cardiopathies et presque 3 fois plus que les accidents de la voie publique) [5]

Pour finir, et bien que les données semblent insuffisantes pour répondre définitivement à cette question, soulignons que la prévalence de l'EDC a tendance à augmenter progressivement dans la population avec une croissance comprise entre 2 et 3 % par rapport aux années 2000. [2, 3]

2. Physiopathologie

Le syndrome dépressif est une pathologie complexe aux origines étiologiques multiples. Il peut exister des anomalies à plusieurs niveaux – génétique, biochimique, cellulaire, physiologique ou encore anatomique – et bien souvent, ces altérations sont intriquées les unes aux autres [35 - 37]. Elles sont décrites séparément dans les chapitres qui suivent, restent à l'heure d'aujourd'hui parcellaire et sont appelées à être mis à jour en fonction des recherches actuelles et futures.

a) Altération neurobiologique

Dans l'EDC, on peut retrouver d'une part, une atteinte cellulaire de certaines régions cérébrales – comprenant une taille neuronale plus petite, une diminution du nombre de cellules gliales, des dendrites plus courtes et une plasticité cellulaire altérée – et d'autre part, des altérations morphométriques et métaboliques de plusieurs territoires corticaux ou sous corticaux – comme le lobe pré-frontal, orbitaire ou encore le striatum et les structures liées au système limbique [45 - 47].

b) Altération neurobiochimique

Ensuite, on peut retrouver des altérations neurobiochimiques de différents vies neuromodulatrices. Le système des monoamines reste l'un des plus étudiés, ce dernier comprenant les neurotransmetteurs bien connus que sont la noradrénaline, la dopamine et la sérotonine entre autres. Cependant, d'autres types de neurotransmetteurs, comme l'acétylcholine et le glutamate, semblent eux aussi avoir un rôle dans la physiopathologie de l'EDC [45 - 47].

Tout d'abord, il semble qu'une diminution des concentrations de sérotonine ou d'acétylcholine dans les fentes synaptiques participe à l'installation de l'EDC. En effet, l'augmentation du catabolisme et du recyclage des monoamines ou de l'acétylcholine, par le biais de l'augmentation de la densité en MAO-A, en SERT ou la diminution de l'activité de l'acétylcholinestérase par exemple, semble associée à un taux plus élevé d'EDC. Il semblerait aussi que les personnes présentant des antécédents d'EDC ont un risque accru de rechute en cas d'appauvrissement en tryptophane, acide aminé essentiel précurseur de la sérotonine.

Les récepteurs des monoamines semblent aussi jouer un rôle puisqu'une dysrégulation des récepteurs de la sérotonine 5HT-A1 et 5HT-A2 semblent participer au trouble de l'humeur retrouvé dans l'EDC tout comme les récepteurs muscariniques de l'acétylcholine qui, après activation agoniste, semblent exacerber les symptômes dépressifs. Par ailleurs, le glutamate sécrété à des taux excessifs en cas de stress chronique peut, en actionnant alors certains récepteurs spécifiques, diminuer la sécrétion du BDNF qui, par son absence, induit, entre autres, une neurodégénérescence – avec atrophie cellulaire, apoptose neuronale et gliale – et diminution de la neurogenèse et de la neuroplasticité pouvant être à l'origine de l'EDC.

On peut aussi noter que des taux sériques élevés d'homocystéine par le biais d'une carence en folates et vitamine B12 par exemple, sont associés de manière significative à un risque accru d'EDC. Ceci peut s'expliquer par deux mécanismes. Premièrement, des taux sanguins élevés d'homocystéine peuvent mener à des altérations vasculaires cérébrales qui, elles-mêmes, peuvent prédisposer à l'EDC. L'autre mécanisme concerne la synthèse des neurotransmetteurs monoaminergiques qui se retrouvent altérée si les concentrations en homocystéine sont trop élevées puisque celle-ci participe à leur métabolisme.

Pour finir, il existe des preuves, bien que mitigées, laissant penser que le système dopaminergique, par le biais d'une sécrétion inappropriée dans certaines régions du cerveau en cas de stress important, joue un rôle dans le développement de l'EDC.

c) Altérations génétiques et épigénétiques

Concernant les altérations génétiques et épigénétiques, aucun gène n'a été identifié comme seul facteur étiologique de syndrome dépressif mais il existe des polymorphismes pouvant être à l'origine d'une prédisposition en cas de stress du fait d'une mauvaise adaptation [45 - 47]. Par exemple, certaines personnes sont plus exposées au syndrome dépressif devant un stress si elles sont porteuses de l'allèle dit « court » du gène codant pour le récepteur à la sérotonine en comparaison à l'allèle dit « long ». Cela s'explique par le fait que les porteurs de l'allèle « court » ont une synthèse du récepteur à la sérotonine moindre et qu'en état de stress, les neurones sérotoninergiques s'adaptent plus lentement induisant une stimulation inappropriée de l'amygdale et une prédisposition à l'EDC. On peut aussi citer l'augmentation du risque de développer un EDC chez les patients porteurs de l'allèle « Met » plutôt que l'allèle « Val » du gène codant pour le BDNF, facteur de croissance à l'origine de nombreuses régulations génétiques et cellulaires neurologiques avec pour conséquence, un hippocampe de plus petite taille au métabolisme modifié, hypersensible au stress qui, en

présence de l'allèle court du récepteur de la sérotonine, pourrait expliquer la vulnérabilité à l'EDC et les difficultés d'adaptation en cas de stress.

En parallèle, les facteurs épigénétiques semblent jouer un rôle important. Cette hypothèse est apparue après avoir observé une discordance significative dans le syndrome dépressif chez des jumeaux homozygotes partageant le même environnement, la prédisposition étant alors liée à la méthylation des histones et l'expression de certains miARN. Notons par exemple que l'homocystéine et ses métabolites peuvent aussi avoir un rôle dans les prédispositions liées aux phénomènes épigénétiques puisqu'ils ont la capacité de modifier la méthylation de l'ADN et donc l'expression de certains gènes.

Par ailleurs, certains modèles ont montré qu'un stress majeur peut générer des modifications épigénétiques s'inscrivant sur le long terme et ainsi diminuer de manière permanente l'expression de gènes codant pour les récepteurs aux glucocorticoïdes au niveau de l'hippocampe avec pour conséquence, une augmentation de l'activité de l'axe HPA et, comme cela sera décrit après, une prédisposition à l'EDC.

Ce lien entre facteurs prédisposant et réaction aux stress, à l'origine d'une variabilité d'adaptation inter-individuelle constatée depuis plusieurs années dans les pathologies psychiatriques (et historiquement, pour la schizophrénie depuis les années 70) a donné naissance au modèle stress/vulnérabilité qui peut être résumé simplement au travers d'un graphique disponible en Annexe 2. Ce modèle décrit un seuil de stress au-delà duquel un individu sera hautement prédisposé à développer un trouble dépressif, ce seuil étant variable d'un individu à l'autre en fonction de leur vulnérabilité propre [48].

d) Altération de l'axe HPA et rôle de l'immunité

L'axe hypothalamo-hypophysio-surrénalien (axe HPA) permet d'adapter la réponse au stress d'un individu et d'y faire face. L'hypothalamus, face à un stress, produit la CRH, elle-même stimulant la production d'ACTH par l'anté-hypophyse, ce qui permet d'actionner la sécrétion de glucocorticoïdes par la surrénale. Ces derniers ont de nombreuses fonctions dont celle de régulation du système immunitaire [45 - 47].

Lors d'un stress prolongé ou d'une réponse inappropriée au stress, une sécrétion prolongée de glucocorticoïde induit une résistance progressive à ceux-ci avec perte de sensibilité des systèmes effecteurs. Cette situation se pérennise dans le temps du fait d'une perte de rétrocontrôle négatif censé réguler la sécrétion de glucocorticoïde du fait d'une désensibilisation du récepteur post synaptique 5HT-A1 et d'une régulation positive du

récepteur 5HT-A2, renforçant alors la sécrétion de CRH. Ainsi, le système immunitaire dont l'activité est en partie modulée par la sécrétion de glucocorticoïdes, génère un état pro inflammatoire délétère pour le système nerveux. En effet, il a été démontré que les cytokines pro-inflammatoires et le stress oxydatif inhérent à cette situation peuvent induire une pléthore d'anomalies comprenant une neurodégénérescence, des dommages cellulaires pouvant aller jusqu'à l'apoptose neuronale, une diminution de la neurogenèse et de la neuroplasticité, des altérations métaboliques et génétiques avec une modification de l'expression des transporteurs et récepteurs de la sérotonine et du glutamate et, pour finir, un épuisement du tryptophane plasmatique essentiel à synthèse de sérotonine, l'ensemble de ces anomalies concourant au développement de l'EDC [45 - 47].

Notons pour finir que de nombreuses maladies infectieuses, auto immunes ou neurodégénératives, à l'origine d'un état pro-inflammatoire chronique, présentent logiquement un plus haut risque d'EDC [46]

e) Rôle des mitochondries

Les mitochondries sont les usines énergétiques des cellules. Elles produisent des molécules riches en énergies, nécessaire au métabolisme cellulaire, grâce à ce que l'on appelle la respiration mitochondriale qui, sans rentrer dans les détails, est un processus d'oxydo-réduction reposant sur la consommation d'oxygène. [49]

Plusieurs preuves suggèrent que des altérations mitochondriales, qu'elles soient morphologiques, génétiques ou métaboliques peuvent être à l'origine de l'EDC. Par exemple, en cas de dysfonction de la chaîne respiratoire mitochondriale, le stress oxydatif engendré peut avoir les mêmes répercussions neuronales que l'état pro inflammatoire décrit ci-dessus et donc prédisposer à l'EDC [46].

3. Diagnostic

a) Forme clinique typique de l'EDC

Le diagnostic d'EDC est un diagnostic clinique [8]. Il repose sur des critères définis dans le DSM V [8, 14, 40, 50, 51]. En pratique, on doit retrouver, sur une durée d'au moins 15 jours, 5 des critères suivants :

- Humeur dépressive
- Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir
- Perte ou gain de poids significatif ou diminution ou augmentation de l'appétit
- Insomnie ou hypersomnie
- Agitation ou ralentissement psychomoteur
- Fatigue ou perte d'énergie
- Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité
- Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision
- Idées suicidaires

Pour poser le diagnostic d'EDC, au moins un des deux premiers items de cette liste doit être présent et l'ensemble de la symptomatologie doit entraîner une détresse cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou interpersonnel. De plus, notons que les symptômes ne doivent pas être imputables à un diagnostic différentiel [40, 50, 51]

Ensuite, la gravité de l'EDC est elle aussi définie dans le DSM V et graduée en 3 niveaux allant de [40, 50 - 52] :

- Léger (symptômes juste suffisants au diagnostic/peu de retentissement)
- Moyen (plus de symptômes que nécessaire/retentissement modéré)
- Sévère (quasiment tous les symptômes/retentissement social majeur)

Dans la pratique, on peut s'aider d'outils d'aide au diagnostic, à l'évaluation et au suivi qui se présentent sous forme d'échelle [51, 52]. Celles recommandées en première intention par la HAS sont :

- La BDI-II et PHQ-9 comme aide au diagnostic, sous forme d'auto-questionnaire

- La MADRS comme aide au diagnostic, à l'évaluation et au suivi sous forme d'hétéro-questionnaire

- L'HDRS comme aide à l'évaluation et au suivi, sous forme d'hétéro-questionnaire.

Notons que ces outils ne sont que des aides pour la pratique clinique, tant pour le diagnostic que pour le suivi et ne peuvent prétendre remplacer l'évaluation clinique. De même, soulignons que l'évaluation de la sévérité de l'épisode dépressif reste soumise au jugement du clinicien [8, 14, 16, 51].

b) Forme clinique atypique de l'EDC

Il existe des formes cliniques distinctes d'EDC qui, en plus des différents critères définis ci-dessus, présentent une symptomatologie spécifique [8, 40, 50]

L'EDC avec caractéristiques mélancoliques est associé à une symptomatologie sévère et à un risque suicidaire élevé. On retrouve une souffrance morale profonde, un ralentissement moteur majeur et parfois, un mutisme. Elle se caractérise par une anesthésie affective associée à plusieurs des symptômes suivants :

- Une humeur dépressive marquée par un découragement profond, un sentiment de désespoir, voire d'incurabilité,
- Des symptômes cliniques plus marqués le matin
- Des troubles du sommeil avec réveils matinaux précoces
- Une agitation ou un ralentissement psychomoteur marqué,
- Une perte d'appétit ou de poids significative,
- Une culpabilité excessive ou inappropriée.

L'EDC avec catatonie génère, en plus de ce que l'on peut retrouver dans l'EDC typique, des symptômes psychomoteurs pouvant comprendre :

- Une immobilité motrice se manifestant par une catalepsie ou une stupeur catatonique
- Ou au contraire une activité motrice excessive non influencée par les stimuli extérieurs, stérile
- Un négativisme extrême ou mutisme

- Des mouvements volontaires particuliers, stéréotypés, un maniérisme, des grimaces ou des positions catatoniques
- Une écholalie ou échopraxie.

L'EDC avec caractéristiques psychotiques conjugue symptomatologie dépressive et délirante correspondant le plus souvent à des idées de ruine, d'incapacité, de maladie, de mort, d'indignité ou de culpabilité. Outre les idées délirantes, on peut parfois retrouver des hallucinations. Deux sous types d'EDC avec caractéristiques psychotiques existent :

- Ceux étant décrits comme congruents à l'humeur, c'est-à-dire que le contenu de toutes les idées délirantes et hallucinations est en rapport avec les thèmes dépressifs.
- Ceux étant décrits comme non congruents à l'humeur, c'est-à-dire qu'il n'y a aucun rapport entre la symptomatologie délirante et le thème dépressif.

Notons qu'il existe une entité clinique particulière, le syndrome de Cotard qui se définit comme un EDC accompagné d'idées délirantes de négation d'organes, du temps ou du monde.

L'EDC avec caractéristiques mixtes correspond à un EDC associé à au moins 3 symptômes maniaques ou hypomaniaques tel que définis dans le DSM et présents sur la majorité des jours de l'EDC.

L'EDC avec caractéristiques atypiques associe l'humeur triste quasi constante de l'EDC typique à des réactivités ponctuelles. De plus, d'autres symptômes peuvent être associés à cette réactivité de l'humeur :

- Une augmentation de l'appétit ou une prise de poids importante,
- Une hypersomnie,
- Une sensation de membres lourds,
- Une sensibilité au rejet dans les relations interpersonnelles ne se limitant pas à l'épisode.

L'EDC avec détresse anxieuse est associé à des signes d'anxiété au 1^{er} plan et est associé à un risque suicidaire majeur lors des épisodes de raptus anxieux. Les principaux symptômes de cette forme clinique, outre les signes typiques d'EDC, sont :

- Une sensation d'énervement ou de tension intérieure.

- Une sensation d'agitation inhabituelle.
- Une difficulté à se concentrer en raison de l'inquiétude.
- Une peur que quelque chose de terrible n'arrive.
- Une impression de perte de contrôle de soi-même.

c) Le trouble dépressif caractérisé

L'EDC unipolaire peut s'inscrire dans une entité plus large, le Trouble Dépressif Caractérisé. En fonction de différentes caractéristiques, le DSM V décrit plusieurs types de TDC. Ainsi, on liste :

- Le TDC isolé qui est en fait la présence d'un unique EDC
- Le TDC récurrent défini par la survenu d'au moins 2 EDC séparés d'une période sans symptôme d'au moins 2 mois consécutifs.
- Le TDC persistant qui, comme son nom l'indique, correspond à la présence d'une symptomatologie d'EDC pendant au moins 2 ans.
- Le Trouble dysphorique prémenstruel (uniquement chez la femme). Il correspond à la présence de symptômes dépressifs parfois associés à des symptômes physiques au cours de la plupart des cycles menstruels.
- Le TDC secondaire à une pathologie ou une substance.

d) Diagnostics différentiels

Avant de poser définitivement le diagnostic d'EDC, il convient d'éliminer les autres causes pouvant être responsables d'une symptomatologie dépressive. Il existe des causes psychiatriques mais aussi non psychiatriques pouvant présenter des EDC dans leur tableau clinique, ces pathologies devant bénéficier d'une prise en charge globale [40, 50, 51]

En premier lieu, il convient d'éliminer les autres troubles psychiatriques qui sont :

- Les troubles bipolaires de type 1 ou 2
- Les psychoses chroniques et troubles délirants
- Les troubles de l'adaptation
- Les troubles anxieux
- Les troubles somatoformes et des conduites alimentaires

- Les troubles de la personnalité.

Ensuite, les causes non psychiatriques doivent elles aussi être écartées. Il faut donc s'assurer que l'EDC ne soit pas lié à l'une des étiologies non psychiatriques suivantes :

- Prise de toxique comme l'alcool, le cannabis ou n'importe quelle autre drogue.
- Iatrogénie de certains médicaments, surtout en cas de polymédication.
- Atteinte neurologique : maladie neurodégénérative ou lésion organique (AVC, tumeur, ...)
- Atteinte endocrinienne : hypothyroïdie et hypercorticisme notamment.
- Troubles métaboliques
- Causes générales et métaboliques : elles sont nombreuses, non spécifiques et pouvant toucher tous les systèmes (maladie dégénérative, auto-immune, infectieuse, trouble ionique, maladie de Wilson, etc...)

e) Examens complémentaires

Les examens complémentaires sont nécessaires dans la prise en charge de l'EDC pour, d'une part, ne pas méconnaître un diagnostic différentiel à la symptomatologie frustrée et d'autre part, éliminer les contre-indications à la prise de certains antidépresseurs [8, 40, 50, 53, 54]. De plus, il semblerait que les patients pris en charge en psychiatrie présenteraient des comorbidités non psychiatriques plus fréquemment que chez le reste de la population générale [55], renforçant l'intérêt d'examens complémentaires systématiques.

Le CNUG recommande la réalisation du bilan suivant [54] :

- Bilan biologique comprenant : NFS, ionogramme sanguin, glycémie à jeun, créatinémie, bilan hépatique complet, TSHus, BHCG si femme en âge de procréer
- Recherche de toxiques si suspicion
- TDM cérébrale avec injection de produit de contraste +/- IRM cérébrale
- ECG
- EEG

Ces examens devront être complétés s'il existe des éléments cliniques ou anamnestiques faisant suspecter une autre pathologie avec, par exemple, un bilan cognitif

complet en cas de suspicion de démence, une polysomnographie en cas de suspicion d'apnée du sommeil etc...

f) Risque suicidaire

Comme nous l'avons vu précédemment, l'EDC est pourvoyeur d'un risque suicidaire majeur [51]. Rappelons que 30 à 50 % des TS en France sont secondaires à un EDC et qu'environ 4 patients sur 5 décédés par suicide souffraient de cette pathologie [30, 50, 56]. Dans ce contexte, l'évaluation du risque suicidaire est essentielle dans toute prise en charge d'un patient présentant une symptomatologie dépressive.

Ainsi, les idées suicidaires doivent être systématiquement recherchées lors de la prise en charge d'un patient présentant un EDC, que ce soit lors du premier entretien ou lors du suivi [51]. Si elles sont présentes, plusieurs paramètres doivent être précisés pour caractériser « l'urgence suicidaire ».

Il s'agit [14, 40, 51] :

- Du début, de la durée, de l'intensité et la fréquence de ces idées suicidaires
- Du niveau de souffrance du sujet et de la présence d'éléments d'impulsivités
- De l'imminence du passage à l'acte
- De l'existence d'un scénario suicidaire et de comportements préparatoires nécessaire à la concrétisation du passage à l'acte
- De la recherche et l'accès à des moyens létaux ainsi que leur dangerosité
- De l'impossibilité pour le patient de concevoir d'éventuelles alternatives au suicide
- Du partage des idées suicidaire à l'entourage (proche ou non)
- De la présence d'un facteur déclenchant contextuel ou l'existence d'un isolement social

Le profil des idées suicidaires permet de définir le risque suicidaire. Celui-ci est classé en trois niveaux – faible, modéré et élevé – comme décrit ci-dessous et la prise en charge doit s'adapter à ceux-ci [40, 51].

Les patients présentant un risque suicidaire faible nécessitent une vigilance particulière du clinicien et une réévaluation régulière. La relation de confiance, l'alliance et le dialogue avec le praticien ne sont pas rompus et le patient recherche toujours des solutions à ses

problèmes. Il n'y a pas de scénario suicidaire et il envisage encore d'autres scénarios de sortie de crise.

Les patients présentant un risque suicidaire modéré peuvent nécessiter une hospitalisation si le praticien le juge nécessaire. Quoiqu'il en soit, si le patient n'est pas hospitalisé, un suivi renforcé doit être réalisé avec des contacts réguliers et si nécessaire, un avis psychiatrique. Il s'agit des patients isolés, exprimant leur désarroi, présentant un équilibre émotionnel fragile et qui envisagent le suicide comme unique recours pour soulager sa souffrance, avec un scénario construit mais dont l'exécution est reportée.

Les patients présentant un risque suicidaire élevé nécessitent une hospitalisation avec ou sans consentement du fait d'idées suicidaires scénarisées, avec accès au moyen de se suicider et planifié de manière claire. Il s'agit de patients pouvant être très isolés, coupé de leurs émotions, très ralentis ou au contraire très émotifs, agités ou anxieux. La souffrance est omniprésente ou au contraire complètement tue, le patient a le sentiment d'avoir tout essayé et rationalise sa décision.

Au-delà des éléments cliniques cités ci-dessus, il faut rechercher l'existence de facteurs de risques suicidaires associés qui sont [14, 40, 51, 56] :

- Les antécédents d'actes auto ou hétéro agressifs, les antécédents familiaux de suicide.
- Certains facteurs psycho-sociaux comme le fait d'être un homme, jeune, isolé, dans une situation précaire, ayant subi une perte récente, pratiquant une profession à risque, subissant des facteurs de stress ou appartenant à une minorité sexuelle.
- L'absence de facteur protecteur
- Certaines caractéristiques cliniques comprenant le désespoir, les symptômes psychotiques, l'anxiété majeure, l'impulsivité et le fait de présenter un EDC sévère.
- Les comorbidités, en particulier l'abus de substances psychoactives ou au contraire le sevrage, mais aussi les troubles de la personnalité et les maladies somatiques invalidantes, en particulier le cancer.

L'accumulation de ces facteurs de risques, tous comme la présence de facteurs protecteurs (soutien social ou familial fort, raisons positives de vivre...) doivent être considérés par le praticien dans la stratégie de prise en charge des patients présentant un risque

suicidaire quel qu'il soit (renforcement du suivi, hospitalisation ou au contraire, suivi ambulatoire...) [51]

4. Prise en charge

a) Généralité

La prise en charge d'un EDC repose avant tout sur la construction d'une alliance thérapeutique avec le patient. Ceci passe par une explication claire, loyale et détaillée de la maladie, des traitements disponibles et la mise en place, en concertation avec le patient, d'un projet thérapeutique en prenant en compte ses préférences, ses antécédents et en incluant l'entourage familial si le patient est d'accord. [14, 51, 53, 57].

Les 2 axes principaux de prise en charge sont les techniques psychothérapeutiques et les techniques médicamenteuses s'associant de manière variable en fonction de la gravité des symptômes et des préférences du patient [51, 58, 59].

Par ailleurs, d'autres stratégies de traitement peuvent être adoptées en fonction des caractéristiques cliniques de l'EDC [43, 60, 61]. On peut citer par exemple la luminothérapie ou les techniques de neurostimulation qui seront détaillées plus bas.

L'ensemble des éléments de prise en charge repose sur des recommandations qu'elles soient nationales ou internationales. Elles ont été élaborées pour fournir une ligne directrice optimale sans considération de paramètres géographiques, démographiques, professionnels ou personnels. Ces recommandations vont être détaillées et expliquées dans les chapitres suivants et, pour finir, un chapitre sera consacré à l'adaptation à la médecine générale, adaptation nécessaire dans cette spécialité qui possède ses caractéristiques propre et parfois limitante.

b) Psychothérapie

i. Description

De nombreuses techniques ont été développées pour la prise en charge de l'EDC et nombre d'entre elles ont apporté la preuve de leur efficacité [51, 59, 62 - 65]. Le titre de psychothérapeute, subordonné à l'inscription au Registre National des Psychothérapeutes

réglementé par la loi d'août 2004 et précisé par décret en mai 2010, n'est accessible qu'après 400 heures de formation théorique en psychopathologie associées à un stage pratique de plusieurs mois, les psychiatres en étant bien sûr dispensés et considérés comme psychothérapeutes dès validation de leur DES [40].

Les techniques préconisées en première intention pour la prise en charge d'un EDC du fait d'un niveau de preuve supérieur sont [59]

- La thérapie cognitivo-comportementale
- La thérapie d'activation
- La psychothérapie interpersonnelle

Cependant, la HAS précise qu'en l'absence de données comparatives suffisantes, d'autres psychothérapies peuvent être mises en œuvre comme [51] :

- La psychothérapie de soutien.
- Les psychothérapies psychodynamiques ou d'inspiration analytique.
- Les thérapies systémiques.
- Ou la thérapie d'acceptation et d'engagement.

La diversité des techniques psychothérapeutiques (décrite en annexe 3) permet de s'adapter à certaines contraintes qui doivent être considérées pour une prise en charge optimale du patient, à savoir [54, 59, 51]:

- Le fonctionnement psychique et les préférences éventuelles du patient ;
- La présence de facteurs de stress psychosociaux significatifs et les difficultés interpersonnelles du patient ;
- Les réponses antérieures positives à un type spécifique de psychothérapie ;
- La disponibilité et les compétences du clinicien dans les approches spécifiques psychothérapeutiques ;
- Les comorbidités associées à l'EDC, qu'elles soient psychiatriques ou non ;
- Les possibilités de prise en charge financière.

Le nombre de séances et la durée nécessaire pour obtenir une efficacité des psychothérapies n'est pas clairement défini [59]. Il semblerait que des effets positifs commencent à apparaître en moins de 10 séances pour certaines formes de psychothérapies

[58] et que le facteur majeur d'amélioration soit une multiplication des séances les premières semaines après le début de la maladie [59].

ii. Indication

La psychothérapie est indiquée quel que soit le niveau de gravité de l'EDC [40, 50, 51, 59]. Celle-ci doit au moins être une thérapie dite « de soutien », non structurée et si nécessaire, une thérapie structurée type TCC, TA ou TIP par exemple [51, 59].

c) Traitement médicamenteux

Les traitements médicamenteux étiologiques de l'EDC font appel avant tout aux antidépresseurs auxquels peuvent s'adjoindre d'autres traitements ayant fait la preuve de leur efficacité comme les neuroleptiques [29, 58, 66 - 68]. A côté de cela peuvent être prescrit, à but symptomatique et pour une durée limitée, des traitements anxiolytiques. [51]

i. Traitements antidépresseurs

Les antidépresseurs sont répartis en 5 grandes classes. [40, 50, 51]. Il s'agit :

- Des inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) ;
- Des inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (IRSN) ;
- Des imipraminiques ;
- Des inhibiteurs de la monoamine oxydase (IMAO)
- De la classe dite des « autres antidépresseurs »

Les principaux médicaments de ces différentes classes sont résumés en annexe 4

Du fait de leur meilleur profil de tolérance, il est conseillé d'utiliser en première intention les ISRS, IRSN ou certains des traitements retrouvés dans la classe des « autres antidépresseurs » comme cela sera détaillé plus bas [40, 51, 58]. Ainsi, les IMAO et imipraminiques seront réservés aux patients non répondeurs aux stratégies thérapeutiques précédentes. [40, 51]

Avant la prescription d'un antidépresseur, il est nécessaire de prendre en compte différents paramètres, à savoir [40, 51, 58, 69]

- Les comorbidités psychiatriques ou non psychiatriques et l'existence de contre-indications absolues ou relatives, en particulier une altération de la fonction rénale ou hépatique, l'existence d'une grossesse en cours ou d'un allaitement maternel
- La préférence du patient
- La réponse antérieure à un antidépresseur
- La sécurité, la tolérance et les effets secondaires anticipés
- L'utilisation thérapeutique d'effet latéraux, certains étant plus stimulants, d'autres plus sédatifs.
- Les coûts.

Notons qu'il est recommandé de surveiller le patient étroitement les deux premières semaines après l'introduction du traitement pour rechercher un comportement suicidaire, une agitation ou un autre facteur majorant le risque suicidaire mais également les effets indésirables non psychiatriques qui peuvent survenir avant les effets bénéfiques [39].

ii. Autres traitements étiologiques

Dans certaines situations qui seront détaillées plus bas, l'EDC peut être traité avec d'autres molécules que celles retrouvées dans les antidépresseurs. Il s'agit de certains neuroleptiques – à savoir la Quétiapine, l'Olanzapine, la Risperidone et l'Aripiprazole – du Lithium ou d'hormones thyroïdiennes. [29, 58, 67, 68, 70]

Notons que l'introduction de ces traitements relèvent le plus souvent du psychiatre [50], qu'ils sont contre-indiqués dans plusieurs situations et nécessitent un bilan pré-thérapeutique et un suivi particulier [40]. Ainsi, il convient de :

- Rechercher d'éventuelles contre-indications
- Rechercher les facteurs de risque cardiovasculaires personnels et familiaux et mesurer le périmètre abdominal, l'IMC, et la tension artérielle avant introduction, particulièrement pour les neuroleptiques, ceux-ci étant d'importants pourvoyeurs de maladies « métaboliques »

- Réaliser un bilan biologique complet tel que décrit dans la partie « examens complémentaires » auquel s'ajoutera un bilan lipidique et une prolactinémie si introduction d'un neuroleptique
- Surveiller l'apparition d'effets indésirables. Pour les neuroleptiques, il convient de réaliser des contrôles cliniques et biologiques à distance de l'introduction du traitement comme décrit dans l'annexe 5
- Contrôler l'ECG après l'introduction d'un traitement neuroleptique pour éliminer un allongement du QT

iii. Traitement anxiolytique et apparenté

Comme décrit précédemment, l'EDC est pourvoyeur d'anxiété, d'agitation et/ou d'insomnie invalidante. Pour ces symptômes, la HAS précise qu'un traitement par benzodiazépine ou apparenté peut être introduit en association au traitement antidépresseur pour une durée de 2 semaines [51]

De plus, certains neuroleptiques peuvent être prescrits à but anxiolytique dans les formes sévères en veillant à respecter les règles de prescription précédemment citées [50]. On peut par exemple mentionner la Cyamémazine qui possède l'AMM dans cette indication [71].

iv. Indication

Les traitements pharmacologiques sont indiqués dès le stade modéré de l'EDC [40, 51, 58].

En première intention, un traitement antidépresseur doit être introduit, de préférence de la classe des ISRS, ISRN ou « autres » [51] et certaines données suggèrent une légère augmentation de l'efficacité pour 4 d'entre eux, à savoir Sertraline (ISRS), Escitalopram (ISRS), Venlafaxine (ISRS-NA) et Mirtazapine (AUTRES) [58, 66] tout en prenant en compte le fait qu'il existe un risque accru de trouble du rythme cardiaque avec l'Escitalopram [72]. Ils doivent être introduits à dose minimale efficace, être augmentés progressivement toutes les 2 à 4 semaines jusqu'à une posologie permettant une rémission d'au moins 50 % de la symptomatologie sur une échelle standardisée [29, 40, 58].

Si, à posologie maximale, le patient n'a pas répondu au traitement, il faut :

- soit changer l'antidépresseur par un autre de première ligne si l'amélioration clinique est < 25 % sur échelle standardisée et reconduire progressivement ce nouveau traitement jusqu'à posologie efficace [29, 58]
- soit, si le patient a partiellement répondu au traitement de première intention avec au moins une amélioration de 25 % sans dépasser 50 % sur échelle standardisée, ajouter un traitement adjuvant par un autre antidépresseur – à savoir la Miansérine ou la Mirtazapine, tout en gardant à l'esprit que l'association de 2 AD majore le risque d'EI – ou par ajout d'un des neuroleptiques décrits ci-dessus [58, 67, 68], le seul à avoir l'AMM dans cette indication étant la Quétiapine [73]. Ce traitement adjuvant devra être lui aussi réévalué toutes les 2 à 4 semaines et conduit à posologie nécessaire pour une rémission d'au moins 50 % des symptômes, jusqu'à posologie maximale si besoin [58].

En cas d'échec de ce traitement adjuvant, il sera nécessaire de repartir sur une prescription d'antidépresseur de première ligne. [58]

Notons cependant que les recommandations de la HAS sur la prise en charge de l'EDC en premier recours stipule, en dépit des recommandations internationales sur lesquelles elle s'appuie, « qu'en cas de réponse insuffisante, il est recommandé d'augmenter la posologie de l'antidépresseur ou à défaut, de changer d'antidépresseur ». [51]

En cas de résistance aux traitements, définie comme une réponse inadéquate à deux traitements de première ligne bien conduits pendant au moins 6 semaines [40, 58], la stratégie de prise en charge devient personnalisée, en milieu spécialisé, et peut inclure un antidépresseur d'une autre classe que ceux utilisés ou d'autres stratégies thérapeutiques comme les techniques de neurostimulation. [29, 58, 61]

d) Autres techniques thérapeutiques

Les autres techniques thérapeutiques vont être divisées en deux : d'une part, les thérapeutiques dites complémentaires ou alternatives et d'autre part, les traitements par neurostimulation.

i. Thérapeutiques alternatives et complémentaires

Les données de la littérature suggèrent qu'au-delà des thérapeutiques précédemment décrites, d'autres traitements peuvent avoir une efficacité dans la prise en charge de l'EDC [29, 60, 74]. Ainsi, les preuves les plus probantes d'efficacité ont été retrouvées pour :

- Le Millepertuis, pour des doses allant de 500 à 1800 mg/jr, pendant 4 à 12 semaines,
- Les Omega 3, à hauteur de 3 à 9gr/jr pendant 4 à 16 semaines,
- L'exercice physique (à hauteur d'un exercice mettant en jeu 70% de la fréquence cardiaque de réserve pendant 30 minutes et trois fois par semaine),
- La luminothérapie, uniquement pour les EDC saisonniers, à une intensité de 10000 lux, 30 minutes le matin pendant 6 semaines.

ii. Neurostimulation

Les principales techniques de neurostimulation utilisées pour le traitement de l'EDC sont la stimulation magnétique transcrânienne (rTMS) et l'électroconvulsivothérapie (ECT) [29, 50, 61].

La stimulation magnétique transcrânienne répétée (rTMS) consiste à appliquer une stimulation magnétique de certaines régions cérébrales à l'aide de bobines électromagnétiques appliquées sur le cuir chevelu.

Les deux protocoles ayant les plus grandes preuves d'efficacité sont la rTMS à haute fréquence (10 Hz) du cortex préfrontal dorsolatéral gauche et la rTMS à basse fréquence (1 Hz) du cortex préfrontal dorsolatéral droit. Le traitement consiste à stimuler à 120% du seuil moteur, 5 fois par semaine jusqu'à 20 séances minimum ou rémission des symptômes. Les rechutes existent et la poursuite d'un traitement d'entretien permet de diminuer celles-ci. Cependant, les preuves sont pour l'instant insuffisantes pour préconiser une durée de traitement particulier. [61]

Les contre-indications [75] absolues sont la présence de matériel ferromagnétique ou dispositif implanté de neurostimulation comme les implants cochléaires et les enfants de moins de 2 ans. Les contre-indications relatives sont quant à elles plus nombreuses, à savoir la présence d'un pacemaker, présence d'un système de stimulation du nerf vague ou médullaire, la grossesse, les enfants, les troubles auditifs et la présence de facteurs de risques d'épilepsie.

L'électroconvulsivothérapie, quant à elle, est une procédure qui consiste à administrer un courant électrique intracérébral en vue de déclencher une crise épileptique, procédure réalisée sous anesthésie générale brève.

Le nombre de séances nécessaires pour obtenir une rémission varie entre 6 et 15 séances, sans dépasser 2 à 3 séances par semaine, et avant le début du traitement, il convient d'éliminer les contre-indications suivantes [61] :

- Lésion expansive intracérébrale ou risque d'hypertension intracrânienne,
- Infarctus du myocarde récent,
- Hémorragie cérébrale récente,
- Anévrisme vasculaire instable ou malformation,
- Phéochromocytome,
- Contre-indications liées à l'anesthésie générale.

iii. Indication

Les « **thérapeutiques alternatives et complémentaires** », du fait d'un niveau de preuve supérieur pour les traitements pharmacologiques et psychothérapeutiques, ne peuvent être proposées en monothérapie que dans l'EDC léger selon les préférences du patient ou en adjonction aux thérapeutiques usuelles dans les autres cas et dans les formes plus sévères. [56]

La stimulation magnétique transcrâniennes répétée (rTMS) peut être indiquée chez les patients présentant un EDC ayant résisté à un traitement par antidépresseur bien conduit [61]

L'électroconvulsivothérapie (ECT) est quant à elle indiquée en cas de résistance aux traitements antidépresseurs ou en première ligne s'il existe des caractéristiques psychotiques ou une symptomatologie sévère mettant en jeu le pronostic vital à court terme comme des idées suicidaires sévères ou des répercussions non psychiatriques importantes (anorexie, déshydratation...) [50, 61].

e) Suivi et surveillance

Un suivi rapproché doit être effectué dès le début de la prise en charge [51] et au moins une fois par semaine le premier mois de traitement [50]. Ce suivi permet de surveiller, d'une part, l'évolution de l'EDC et d'adapter la prise en charge si besoin et d'autre part, la tolérance du traitement et l'apparition d'effets indésirables.

Ainsi, une attention particulière devra être portée sur l'aggravation des symptômes, l'apparition d'idées suicidaires ou l'apparition d'un virage maniaque ou hypomaniaque sous antidépresseur [50], ce dernier nécessitant l'arrêt du traitement et une prise en charge spécialisée.

La durée de traitement devra être d'au moins 6 mois et jusqu'à 1 an en cas de premier épisode et l'arrêt du traitement doit se faire progressivement sur plusieurs semaines pour éviter tout risque de sevrage [40, 50, 51, 58]. Cependant, en cas d'existence de facteur de risque de récurrence (notamment l'existence d'épisodes antérieurs ou de facteurs de stress), il est conseillé de poursuivre le traitement d'une durée d'au moins 2 ans [40, 50, 58] voire au-delà si persistance de symptômes résiduels.

f) Adaptation à la médecine générale

Rappelons d'ores et déjà que plus d'un patient sur deux souffrant d'un EDC consulte, en première intention, son médecin généraliste [16]. Ainsi, ce dernier devra initier une prise en charge adaptée à sa pratique et selon les cas, orienter le patient vers un psychiatre.

L'orientation vers un psychiatre pour une prise en charge adaptée, qu'elle soit ambulatoire ou en hospitalisation sera justifiée dans les cas suivants [40, 50, 51] :

- Patient avec un risque suicidaire élevé ou risque de mise en danger (risque d'automutilation ou de comportement à risque par exemple)
- EDC sévère ou en cas de symptômes psychotiques, mélancoliques, atypiques, ou non psychiatriques sévères associés
- Présence de symptômes maniaques ou hypomaniaques ou risque élevé de trouble bipolaire
- Présence de comorbidités psychiatriques telles qu'une addiction ou un trouble anxieux sévère.

- A chaque fois qu'une situation particulière l'exige comme un isolement socio-familial ou une altération des capacités d'autonomie et d'observance.
- Résistance aux traitements
- Ages extrêmes de la vie (sujet jeune ou âgé)

Dans certaines de ces situations, comme par exemple en cas de risque suicidaire élevé, le patient devra être adressé immédiatement dans une structure adaptée, à défaut dans un service d'urgences, pour être évalué par un psychiatre et cela sans son consentement si la situation l'exige.

Dans d'autres situations, comme par exemple en cas de syndrome dépressif sévère, une prise en charge psychiatrique spécialisée sera nécessaire dans les plus brefs délais mais sans urgence.

En médecine générale, certaines des stratégies de prise en charge développées dans les chapitres précédents ne peuvent être appliquées du fait de certaines limites pratiques, organisationnelles ou professionnelles. De ce fait, puisqu'un EDC résistant au traitement nécessite l'orientation vers un psychiatre pour la suite de la prise en charge, le médecin généraliste n'a pas à prescrire les traitements de deuxième ligne comme les antidépresseurs imipraminiques. Il en va bien sûr de même pour les traitements par neurostimulation qui se font le plus souvent en milieu hospitalier.

Concernant les traitements adjuvants, les recommandations de la HAS de 2017 [29], bien que s'appuyant sur de nombreuses recommandations dans différents pays en faisant état, ne décrit pas clairement quelle place leur accorder dans la pratique de la médecine générale car, bien qu'un EDC sévère soit pris en charge conjointement avec un psychiatre, un EDC modéré ayant répondu partiellement au traitement de première ligne ne nécessitera pas nécessairement, selon ces mêmes recommandations, d'orientation vers un psychiatre. Ainsi, cela laisse supposer qu'en cas de réponse partielle à un antidépresseur de première ligne chez un patient présentant un EDC modéré, un médecin généraliste puisse introduire un traitement adjuvant sous réserve de respecter les règles de prescription (AMM et notamment, la réalisation d'un ECG pré et post thérapeutique pour les neuroleptiques ce qui, en pratique, n'est parfois pas réalisable en cabinet de médecine générale). Cependant, il est d'usage de demander un avis psychiatrique dans cette situation.

Concernant les psychothérapies, celles dites « structurées » nécessitent des formations spécifiques et ne sont réalisables qu'au cours de consultations dédiés puisque bien plus longues que le temps moyen d'une consultation en médecine générale [18, 25]. Ainsi, du fait

de ces obstacles à une époque où la demande de soins est de plus importante dans un contexte de démographie médicale sous tension [76], les médecins généralistes déclarent ne pas avoir de temps pour réaliser ce genre de prise en charge [18]. De ce fait, si le patient le désire, il peut être orienté vers un psychologue ou un psychiatre pour la réalisation d'une thérapie structurée.

Cependant, le médecin généraliste peut réaliser une psychothérapie non structurée, dite « de soutien », inhérente à la fonction de soignant et propre à la relation de soin entre un médecin et son patient. Elle repose sur [40, 51, 77] :

- L'empathie, la confiance et le soutien avec écoute active ;
- Un travail de réflexion pour clarifier les problématiques, l'histoire du sujet, ses émotions, ses perceptions et l'aider à la résolution de problèmes dans une dimension directive de conseil, d'information et d'explications ;
- Une restauration des investissements et des projets ;
- Une programmation précise de rendez-vous dans ce cadre ;
- Une vérification et un maintien de l'alliance thérapeutique avec le patient ;
- Une relation collaborative impliquant le patient, le conjoint et/ou l'entourage de manière adaptée à la situation, et impliquant la construction d'objectifs communs ;
- Une prise en charge psychosociale si nécessaire ;
- Des aménagements du travail si nécessaire.

Pour conclure, le médecin généraliste est tout à fait capable de réaliser la prise en charge initiale pharmacologique et psychothérapeutique d'un patient présentant un EDC typique d'intensité faible à modérée sans risque suicidaire élevé. En cas d'EDC sévère, de la présence de critères d'hospitalisation, d'EDC sévère, de risque suicidaire élevé ou de la demande du patient, une orientation vers un psychiatre devra être réalisée.

g) Conclusion

Dans ce chapitre, nous avons détaillé les données épidémiologiques, les éléments physiopathologiques connus à ce jour, la démarche diagnostique et les stratégies de prise en charge de l'EDC. Comme nous l'avons vu dans l'introduction, une partie significative de la patientèle d'un médecin généraliste présente un EDC et il existe parfois des freins – qu'ils soient pratiques, organisationnels, liés aux connaissances ou au rapport à cette maladie – à la

prise en charge optimale de cette pathologie. Les internes de médecine générale devraient donc, à la fin de leur cursus et dans l'idéal avant la prise en charge autonome des patients souffrant d'EDC, savoir appréhender cette pathologie et posséder les connaissances nécessaires pour proposer une prise en charge adaptée. Cette thèse a donc pour but de connaître la proportion d'IMG de Lille possédant les connaissances nécessaires à la bonne prise en charge de l'EDC et d'explorer la présence de frein liés aux soignants puis, pour finir, d'évaluer l'impact d'une formation brève sur l'optimisation des connaissances.

IV. Partie 2/ Etude

1. Matériel et méthode

a) Population cible

La population cible de l'étude était l'ensemble des internes de médecine générale du CHU de Lille durant le premier semestre de l'année universitaire 2019-2020. Le recrutement a été réalisé via des groupes fermés de réseaux sociaux, théoriquement uniquement accessibles aux internes de la spécialité donnée et inscrits à la faculté de Lille. Ce vecteur de diffusion a été choisi car il est devenu la norme au sein des différentes promotions d'internes pour le partage d'informations de toutes formes quelles qu'elles soient (personnelles, administratives, associatives...). Ainsi, à Lille, ce vecteur de diffusion a permis d'atteindre 593 internes sur les promotions ECN de 2017, 2018 et 2019. Le nombre d'internes inscrits aux groupes sociaux en question était similaire.

Sur l'ensemble de ces internes, 62 ont répondu aux questionnaires proposés, soit 10.45 % des effectifs globaux. Sur ces 62 personnes, 28 (soit 45%) étaient en premier semestre, 2 (soit 3%) en deuxième, 7 (soit 11%) en troisième, 3 (soit 5%) en quatrième et 22 (soit 36 %) en cinquième semestre.

Aucune déclaration à la CNIL au CPP ou au comité d'éthique n'était nécessaire selon l'algorithme décisionnel développé par le DMG de l'université de Strasbourg en partenariat avec celui de l'université de Renne [78]

b) Type d'étude et schéma d'étude

Les connaissances et perceptions des internes de MG de Lille ont été analysées via un questionnaire à variable qualitative binaire, l'ensemble des questions étant fermées par des réponses « oui » ou « non » sauf pour les questions n° 1 et 7 (annexe 6). Ce questionnaire a permis dans un premier temps de réaliser une analyse descriptive globale de l'ensemble des réponses, puis en fonction du nombre de semestres étudiés et, pour finir, la réalisation d'une comparaison des taux de réponses entre ceux des internes de 1^{er} et de 5^{ème} semestre.

Après avoir répondu à ce questionnaire, l'interne était invité à visionner une courte vidéo en ligne de quelques minutes reprenant les principaux éléments d'épidémiologie, physiopathologie et de prise en charge de l'EDC.

Pour finir, après le visionnage de cette vidéo, une troisième phase consistait à répondre au même questionnaire que le précédent pour évaluer l'impact de cette intervention sur les connaissances de cette pathologie. Pour ce faire, une étude de type « avant-après » a été réalisée. (Flow Chart en annexe 7)

c) Outils

i. Questionnaire

Le questionnaire utilisé – disponible en Annexe 6 – pour la réalisation de cette étude était composé de 29 questions en partie inspirées de la littérature internationale sur ce même sujet [79 - 81]. Les questions explorant les perceptions et connaissances épidémiologiques ou générales sur la prise en charge de l'EDC sont similaires à celles de la littérature internationale. Cependant, certaines questions plus précises ont été introduites, notamment pour explorer les connaissances des IMG de Lille sur les stratégies thérapeutiques possibles en médecine générale. Le but de ces questions était de tester leur capacité à prendre en charge efficacement les patients atteints d'EDC. Ce questionnaire a été exporté sur un formulaire de la plateforme Google Forms® en 2 clones identiques – l'un pour le recueil des données pré-vidéo, l'autre pour celle post-vidéo – le rendant accessible à toute personne possédant le lien de connexion.

Son but était d'explorer les 3 principaux axes d'intérêt pour cette thèse, à savoir les connaissances des données épidémiologiques et de la prise en charge de l'EDC et la perception et le ressenti qu'ont les internes de MG lors de la PEC de ces patients.

Aucune donnée démographique n'a été récupérée autre que celle du nombre de semestres validés.

L'ensemble des questions étaient fermées et n'attendaient qu'une réponse binaire soit par « oui », soit par « non » mis à part la question n° 1 – concernant le semestre actuellement en cours – et la question n° 7 demandant la dénomination d'un outil utilisé pour l'évaluation d'un EDC. Mis à part pour cette dernière, répondre à la question en cours était obligatoire pour avancer dans le questionnaire que ce soit celui avant ou celui après la vidéo.

ii. Vidéo

La vidéo utilisée dans cette thèse – consultable à l'adresse suivante : <https://youtu.be/Slqc9ssxHGA> – a été réalisée à partir du logiciel Microsoft Powerpoint®. Elle a été directement intégrée au formulaire Google Forms® entre les deux questionnaires.

Cette vidéo contenait 9 diapositives reprenant et expliquant les différents points importants de l'EDC (épidémiologie, physiopathologie, prise en charge). Les données visuelles étaient accompagnées d'explications orales, l'ensemble formant un média consultable sur la plateforme Youtube® d'une durée de 7min et 30 sec. Cette vidéo n'était accessible qu'aux personnes ayant répondu à l'ensemble du premier questionnaire et l'accès au second ne devenait possible qu'après avoir validé le visionnage de la vidéo.

Les données analytiques fournies par les outils de Youtube studio® montrent que la vidéo a été visionnée 85 fois correspondant donc à des re-visionnages par plusieurs internes (au moins 13). L'audience oscille entre 57.7% et 80 % sur l'ensemble de la vidéo donnant en moyenne une durée de visionnage est de 4 min 33 soit 60, 5% de la totalité de la vidéo. Le maximum d'audience – respectivement 77 et 80 % – concerne les diapositives « prise en charge médicamenteuse » et « prise en charge – précision ». Puisque chaque diapositive s'étale sur plusieurs minutes et qu'il restait possible de se déplacer dans la vidéo sans restriction, ces informations sont uniquement exploratoires.

d) Recueil des données

Le recueil des données a été réalisé au cours de 2 sessions, l'une au début du mois de février 2020 et une autre un mois plus tard. Le lien de connexion permettant d'accéder séquentiellement au questionnaire pré-vidéo, à la vidéo puis au questionnaire post-vidéo, a été publié dans les groupes sociaux des promotions cibles. La première session de février a permis de recueillir 46 réponses et la deuxième session 16 réponses supplémentaires. La totalité des répondants a complété l'ensemble des réponses.

e) Analyse statistique

L'ensemble des données a été analysée de manière descriptive permettant de présenter de manière absolue et relative les taux de réponse de chaque question, que ce soit pour le questionnaire pré ou post-vidéo (Tableau 1).

Une analyse en sous-groupes du premier questionnaire a permis de comparer les résultats entre les premiers et les cinquièmes semestres d'études au moyen des tests de Chi 2 ou de Fischer (Tableau 2). L'intérêt d'une telle comparaison est de savoir si le troisième cycle des études médicales des IMG de Lille leur apporte des connaissances supplémentaires sur l'EDC. L'analyse avec les autres semestres n'était de toute façon pas possible devant des trop petites tailles d'échantillons pour les deuxièmes, troisièmes, et quatrièmes semestres.

Puis pour finir, des tests de Mc Nemar ont été effectués pour comparer les réponses du premier questionnaire à celui du deuxième à la recherche d'une différence significative dans les réponses (Tableau 3).

2. Présentation des résultats

a) Résultats de l'analyse descriptive du questionnaire avant vidéo

Le tableau 1 présente les résultats des réponses aux 2 questionnaires en fonction du nombre de semestres validés. L'ensemble des 62 internes ont répondu à la totalité des questions que ce soit pour le questionnaire avant ou celui après vidéo.

L'analyse des données descriptives des questions « avant-vidéos » est découpé en deux parties :

- La première regroupe les réponses aux questions ciblant les perceptions des IMG sur la prise en charge des patients souffrant d'EDC
- La deuxième, quant à elle, explore les réponses des questions testant leurs connaissances sur la prise en charge de l'EDC.

Tableau 1 : Statistiques descriptives globale et en sous-groupe

Question	Paramètre	Modalité	Global N=62	Premier N=28	Deuxième N=2	Troisième N=7	Quatrième N=3	Cinquième N=22
Q2 : Considérez-vous l'épisode Dépressif caractérisé comme un problème de santé publique ?	APRES	Oui	62 (100%)	28 (100%)	2 (100%)	7 (100%)	3 (100%)	22 (100%)
	AVANT	Oui	62 (100%)	28 (100%)	2 (100%)	7 (100%)	3 (100%)	22 (100%)
Q3 : Pensez-vous que l'épisode dépressif caractérisé affecte plus les personnes d'un groupe d'âge particulier ?	APRES	Oui	47 (75.8%)	21 (75%)	2 (100%)	6 (85.7%)	2 (66.7%)	16 (72.7%)
		Non	15 (24.2%)	7 (25%)	0 (0%)	1 (14.3%)	1 (33.3%)	6 (27.3%)
	AVANT	Oui	6 (9.7%)	4 (14.3%)	0 (0%)	1 (14.3%)	0 (0%)	1 (4.5%)
		Non	56 (90.3%)	24 (85.7%)	2 (100%)	6 (85.7%)	3 (100%)	21 (95.5%)
Q4 : Pensez-vous que l'épisode dépressif caractérisé affecte plus un sexe en particulier ?	APRES	Oui	62 (100%)	28 (100%)	2 (100%)	7 (100%)	3 (100%)	22 (100%)
	AVANT	Oui	22 (35.5%)	12 (42.9%)	0 (0%)	2 (28.6%)	2 (66.7%)	6 (27.3%)
		Non	40 (64.5%)	16 (57.1%)	2 (100%)	5 (71.4%)	1 (33.3%)	16 (72.7%)
Q5 : Diriez-vous que l'épisode dépressif caractérisé est une pathologie grave pouvant mener au décès du patient ?	APRES	Oui	62 (100%)	28 (100%)	2 (100%)	7 (100%)	3 (100%)	22 (100%)
	AVANT	Oui	60 (96.8%)	28 (100%)	2 (100%)	6 (85.7%)	3 (100%)	21 (95.5%)
		Non	2 (3.2%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (14.3%)	0 (0%)	1 (4.5%)

Question	Paramètre	Modalité	Global N=62	Premier N=28	Deuxième N=2	Troisième N=7	Quatrième N=3	Cinquième N=22
Q6 : Connaissez-vous un outil utilisé pour évaluer les patients souffrant d'un épisode dépressif caractérisé ? Si la réponse est oui, veuillez spécifier l'outil à la question suivante.	APRES	Oui	61 (98.4%)	28 (100%)	2 (100%)	6 (85.7%)	3 (100%)	22 (100%)
		Non	1 (1.6%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (14.3%)	0 (0%)	0 (0%)
	AVANT	Oui	37 (59.7%)	17 (60.7%)	1 (50%)	3 (42.9%)	3 (100%)	13 (59.1%)
		Non	25 (40.3%)	11 (39.3%)	1 (50%)	4 (57.1%)	0 (0%)	9 (40.9%)
Q7 : Pour ceux ayant répondu oui à la question précédente, quel outil connaissez-vous pour l'évaluation de l'épisode dépressif caractérisé ? Sinon, passez cette question.	APRES BDI	Oui	14 (23%)	6 (21.4%)	1 (50%)	2 (33.3%)	0 (0%)	5 (22.7%)
		Non	47 (77%)	22 (78.6%)	1 (50%)	4 (66.7%)	3 (100%)	17 (77.3%)
	APRES DSMV	Oui	2 (3.3%)	1 (3.6%)	1 (50%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
		Non	59 (96.7%)	27 (96.4%)	1 (50%)	6 (100%)	3 (100%)	22 (100%)
	APRES HAD	Oui	1 (1.6%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (4.5%)
		Non	60 (98.4%)	28 (100%)	2 (100%)	6 (100%)	3 (100%)	21 (95.5%)
	APRES HDRS	Oui	34 (55.7%)	16 (57.1%)	0 (0%)	3 (50%)	3 (100%)	12 (54.5%)
		Non	27 (44.3%)	12 (42.9%)	2 (100%)	3 (50%)	0 (0%)	10 (45.5%)
	APRES MADRS	Oui	6 (9.8%)	3 (10.7%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	3 (13.6%)
		Non	55 (90.2%)	25 (89.3%)	2 (100%)	6 (100%)	3 (100%)	19 (86.4%)
	APRES PHQ9	Oui	9 (14.8%)	5 (17.9%)	0 (0%)	1 (16.7%)	0 (0%)	3 (13.6%)
		Non	52 (85.2%)	23 (82.1%)	2 (100%)	5 (83.3%)	3 (100%)	19 (86.4%)

Question	Paramètre	Modalité	Global N=62	Premier N=28	Deuxième N=2	Troisième N=7	Quatrième N=3	Cinquième N=22
APRES Questionnaires		Oui	1 (1.6%)	1 (3.6%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
		Non	60 (98.4%)	27 (96.4%)	2 (100%)	6 (100%)	3 (100%)	22 (100%)
AVANT BDI		Oui	2 (5.4%)	1 (5.9%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (7.7%)
		Non	35 (94.6%)	16 (94.1%)	1 (100%)	3 (100%)	3 (100%)	12 (92.3%)
AVANT DSMV		Oui	2 (5.4%)	0 (0%)	1 (100%)	0 (0%)	1 (33.3%)	0 (0%)
		Non	35 (94.6%)	17 (100%)	0 (0%)	3 (100%)	2 (66.7%)	13 (100%)
AVANT GDS		Oui	5 (13.5%)	2 (11.8%)	0 (0%)	1 (33.3%)	0 (0%)	2 (15.4%)
		Non	32 (86.5%)	15 (88.2%)	1 (100%)	2 (66.7%)	3 (100%)	11 (84.6%)
AVANT HAD		Oui	4 (10.8%)	3 (17.6%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (7.7%)
		Non	33 (89.2%)	14 (82.4%)	1 (100%)	3 (100%)	3 (100%)	12 (92.3%)
AVANT HDRS		Oui	24 (64.9%)	11 (64.7%)	0 (0%)	2 (66.7%)	2 (66.7%)	9 (69.2%)
		Non	13 (35.1%)	6 (35.3%)	1 (100%)	1 (33.3%)	1 (33.3%)	4 (30.8%)
AVANT MADRS		Non	34 (91.9%)	16 (94.1%)	1 (100%)	3 (100%)	3 (100%)	11 (84.6%)
		Oui	3 (8.1%)	1 (5.9%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (15.4%)
AVANT PHQ9		Oui	2 (5.4%)	1 (5.9%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (7.7%)
		Non	35 (94.6%)	16 (94.1%)	1 (100%)	3 (100%)	3 (100%)	12 (92.3%)
AVANT Questionnaires		Oui	1 (2.7%)	1 (5.9%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
		Non	36 (97.3%)	16 (94.1%)	1 (100%)	3 (100%)	3 (100%)	13 (100%)

Question	Paramètre	Modalité	Global N=62	Premier N=28	Deuxième N=2	Troisième N=7	Quatrième N=3	Cinquième N=22
Q8 : Pensez-vous que le risque suicidaire doit être évalué chez tous les patients présentant un épisode dépressif caractérisé, qu'il soit léger ou grave, réactionnel ou spontané ?	APRES	Oui	62 (100%)	28 (100%)	2 (100%)	7 (100%)	3 (100%)	22 (100%)
	AVANT	Oui	62 (100%)	28 (100%)	2 (100%)	7 (100%)	3 (100%)	22 (100%)
Q9 : Pensez-vous connaître tous les mécanismes physiopathologiques sous-tendant l'épisode dépressif caractérisé ?	APRES	Oui	27 (43.5%)	13 (46.4%)	2 (100%)	4 (57.1%)	2 (66.7%)	6 (27.3%)
		Non	35 (56.5%)	15 (53.6%)	0 (0%)	3 (42.9%)	1 (33.3%)	16 (72.7%)
	AVANT	Oui	1 (1.6%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (14.3%)	0 (0%)	0 (0%)
		Non	61 (98.4%)	28 (100%)	2 (100%)	6 (85.7%)	3 (100%)	22 (100%)
Q10 : Pensez-vous que les patients souffrant d'un épisode dépressif caractérisé ont tendance à être discriminés dans la société ?	APRES	Oui	61 (98.4%)	28 (100%)	2 (100%)	7 (100%)	3 (100%)	21 (95.5%)
		Non	1 (1.6%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (4.5%)
	AVANT	Oui	59 (95.2%)	26 (92.9%)	2 (100%)	7 (100%)	3 (100%)	21 (95.5%)
		Non	3 (4.8%)	2 (7.1%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (4.5%)
Q11 : Vous sentez vous à l'aise face aux patients souffrant d'un épisode dépressif caractérisé et trouvez-vous ça facilement gérable en cabinet de médecine générale ?	APRES	Oui	19 (30.6%)	9 (32.1%)	2 (100%)	0 (0%)	2 (66.7%)	6 (27.3%)
		Non	43 (69.4%)	19 (67.9%)	0 (0%)	7 (100%)	1 (33.3%)	16 (72.7%)
	AVANT	Oui	14 (22.6%)	7 (25%)	1 (50%)	0 (0%)	1 (33.3%)	5 (22.7%)
		Non	48 (77.4%)	21 (75%)	1 (50%)	7 (100%)	2 (66.7%)	17 (77.3%)

Question	Paramètre	Modalité	Global N=62	Premier N=28	Deuxième N=2	Troisième N=7	Quatrième N=3	Cinquième N=22
Q12 : Trouvez-vous gratifiant le fait de passer du temps à soigner des patients souffrant d'un épisode dépressif caractérisé ?	APRES	Oui	46 (74.2%)	21 (75%)	2 (100%)	3 (42.9%)	1 (33.3%)	19 (86.4%)
		Non	16 (25.8%)	7 (25%)	0 (0%)	4 (57.1%)	2 (66.7%)	3 (13.6%)
	AVANT	Oui	43 (69.4%)	21 (75%)	2 (100%)	2 (28.6%)	1 (33.3%)	17 (77.3%)
		Non	19 (30.6%)	7 (25%)	0 (0%)	5 (71.4%)	2 (66.7%)	5 (22.7%)
Q13 : Trouvez-vous que travailler avec des patients souffrant d'un épisode dépressif caractérisé est difficile ou fastidieux ou appréhendez-vous parfois leur prise en charge ?	APRES	Oui	49 (79%)	18 (64.3%)	2 (100%)	7 (100%)	3 (100%)	19 (86.4%)
		Non	13 (21%)	10 (35.7%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	3 (13.6%)
	AVANT	Oui	57 (91.9%)	24 (85.7%)	2 (100%)	7 (100%)	3 (100%)	21 (95.5%)
		Non	5 (8.1%)	4 (14.3%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (4.5%)
Q14 : Pensez-vous avoir reçu une formation suffisante tout au long de votre cursus universitaire concernant la prise en charge d'un épisode dépressif caractérisé en cabinet de médecine générale ?	APRES	Oui	7 (11.3%)	4 (14.3%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (33.3%)	2 (9.1%)
		Non	55 (88.7%)	24 (85.7%)	2 (100%)	7 (100%)	2 (66.7%)	20 (90.9%)
	AVANT	Oui	5 (8.1%)	2 (7.1%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	3 (13.6%)
		Non	57 (91.9%)	26 (92.9%)	2 (100%)	7 (100%)	3 (100%)	19 (86.4%)
Q15 : Connaissez-vous la prise en charge exacte d'un épisode dépressif caractérisé en première intention ?	APRES	Oui	58 (93.5%)	26 (92.9%)	2 (100%)	7 (100%)	3 (100%)	20 (90.9%)
		Non	4 (6.5%)	2 (7.1%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (9.1%)
	AVANT	Oui	30 (48.4%)	11 (39.3%)	1 (50%)	3 (42.9%)	3 (100%)	12 (54.5%)
		Non	32 (51.6%)	17 (60.7%)	1 (50%)	4 (57.1%)	0 (0%)	10 (45.5%)

Question	Paramètre	Modalité	Global N=62	Premier N=28	Deuxième N=2	Troisième N=7	Quatrième N=3	Cinquième N=22
Q16 : En médecine générale, diriez-vous que les seules options thérapeutiques disponibles pour la prise en charge d'un épisode dépressif caractérisé sont les antidépresseurs et les psychothérapies ?	APRES	Oui	14 (22.6%)	6 (21.4%)	0 (0%)	1 (14.3%)	0 (0%)	7 (31.8%)
		Non	48 (77.4%)	22 (78.6%)	2 (100%)	6 (85.7%)	3 (100%)	15 (68.2%)
	AVANT	Oui	24 (38.7%)	9 (32.1%)	0 (0%)	5 (71.4%)	0 (0%)	10 (45.5%)
		Non	38 (61.3%)	19 (67.9%)	2 (100%)	2 (28.6%)	3 (100%)	12 (54.5%)
Q17 : Connaissez-vous les alternatives thérapeutiques disponibles pour la prise en charge d'un épisode dépressif caractérisé n'ayant pas ou insuffisamment répondu aux thérapeutiques de première ligne ?	APRES	Oui	59 (95.2%)	28 (100%)	2 (100%)	7 (100%)	3 (100%)	19 (86.4%)
		Non	3 (4.8%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	3 (13.6%)
	AVANT	Oui	25 (40.3%)	13 (46.4%)	1 (50%)	0 (0%)	3 (100%)	8 (36.4%)
		Non	37 (59.7%)	15 (53.6%)	1 (50%)	7 (100%)	0 (0%)	14 (63.6%)
Q18 : Pensez-vous qu'il reste plusieurs stratégies de prise en charge à proposer aux patients déprimés qui ne réagissent pas à ce que font les médecins généralistes ?	APRES	Oui	59 (95.2%)	26 (92.9%)	2 (100%)	7 (100%)	3 (100%)	21 (95.5%)
		Non	3 (4.8%)	2 (7.1%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (4.5%)
	AVANT	Oui	56 (90.3%)	24 (85.7%)	2 (100%)	7 (100%)	3 (100%)	20 (90.9%)
		Non	6 (9.7%)	4 (14.3%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (9.1%)

Question	Paramètre	Modalité	Global N=62	Premier N=28	Deuxième N=2	Troisième N=7	Quatrième N=3	Cinquième N=22
Q19 : Pensez-vous qu'une prise en charge psychothérapeutique doit être proposée à tous les patients présentant un épisode dépressif caractérisé, quelle que soit sa gravité ?	APRES	Oui	60 (96.8%)	28 (100%)	2 (100%)	7 (100%)	3 (100%)	20 (90.9%)
		Non	2 (3.2%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (9.1%)
	AVANT	Oui	50 (80.6%)	24 (85.7%)	2 (100%)	3 (42.9%)	3 (100%)	18 (81.8%)
		Non	12 (19.4%)	4 (14.3%)	0 (0%)	4 (57.1%)	0 (0%)	4 (18.2%)
Q20 : Diriez-vous que la psychothérapie pour les patients souffrant d'un épisode dépressif caractérisé doit toujours être confiée à un spécialiste ?	APRES	Oui	14 (22.6%)	10 (35.7%)	0 (0%)	2 (28.6%)	0 (0%)	2 (9.1%)
		Non	48 (77.4%)	18 (64.3%)	2 (100%)	5 (71.4%)	3 (100%)	20 (90.9%)
	AVANT	Oui	19 (30.6%)	10 (35.7%)	1 (50%)	4 (57.1%)	0 (0%)	4 (18.2%)
		Non	43 (69.4%)	18 (64.3%)	1 (50%)	3 (42.9%)	3 (100%)	18 (81.8%)
Q21 : Pensez-vous que certains épisodes dépressifs caractérisés peuvent bénéficier d'une prise en charge uniquement psychothérapeutique ?	APRES	Oui	61 (98.4%)	28 (100%)	2 (100%)	7 (100%)	3 (100%)	21 (95.5%)
		Non	1 (1.6%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (4.5%)
	AVANT	Oui	58 (93.5%)	27 (96.4%)	0 (0%)	7 (100%)	3 (100%)	21 (95.5%)
		Non	4 (6.5%)	1 (3.6%)	2 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (4.5%)

Question	Paramètre	Modalité	Global N=62	Premier N=28	Deuxième N=2	Troisième N=7	Quatrième N=3	Cinquième N=22
Q22 : Est-ce que, selon vous, les antidépresseurs seuls produisent généralement un résultat satisfaisant dans le traitement des patients souffrant d'un épisode dépressif caractérisé en médecine générale ?	APRES	Oui	12 (19.4%)	5 (17.9%)	0 (0%)	2 (28.6%)	0 (0%)	5 (22.7%)
		Non	50 (80.6%)	23 (82.1%)	2 (100%)	5 (71.4%)	3 (100%)	17 (77.3%)
	AVANT	Oui	11 (17.7%)	6 (21.4%)	0 (0%)	1 (14.3%)	0 (0%)	4 (18.2%)
		Non	51 (82.3%)	22 (78.6%)	2 (100%)	6 (85.7%)	3 (100%)	18 (81.8%)
Q23 : Pensez-vous que le délai de réponse aux traitements pharmacologiques est de 4 à 8 semaines ?	APRES	Oui	32 (51.6%)	15 (53.6%)	2 (100%)	2 (28.6%)	0 (0%)	13 (59.1%)
		Non	30 (48.4%)	13 (46.4%)	0 (0%)	5 (71.4%)	3 (100%)	9 (40.9%)
	AVANT	Oui	51 (82.3%)	25 (89.3%)	2 (100%)	6 (85.7%)	3 (100%)	15 (68.2%)
		Non	11 (17.7%)	3 (10.7%)	0 (0%)	1 (14.3%)	0 (0%)	7 (31.8%)
Q24 : Est-ce que, selon vous, les traitements de première intention pour un épisode dépressif caractérisé peuvent être des ISRS ?	APRES	Oui	62 (100%)	28 (100%)	2 (100%)	7 (100%)	3 (100%)	22 (100%)
	AVANT	Oui	60 (96.8%)	27 (96.4%)	2 (100%)	7 (100%)	3 (100%)	21 (95.5%)
Q25 : Est-ce que, selon vous, les traitements de première intention pour un épisode dépressif caractérisé peuvent être les thymorégulateurs ?	APRES	Oui	11 (17.7%)	4 (14.3%)	0 (0%)	1 (14.3%)	0 (0%)	6 (27.3%)
		Non	51 (82.3%)	24 (85.7%)	2 (100%)	6 (85.7%)	3 (100%)	16 (72.7%)
	AVANT	Non	59 (95.2%)	25 (89.3%)	2 (100%)	7 (100%)	3 (100%)	22 (100%)
		Oui	3 (4.8%)	3 (10.7%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)

Question	Paramètre	Modalité	Global N=62	Premier N=28	Deuxième N=2	Troisième N=7	Quatrième N=3	Cinquième N=22
Q26 : Est-ce que, selon vous, les traitements de première intention pour un épisode dépressif caractérisé peuvent être les tricycliques ?	APRES	Oui	13 (21%)	7 (25%)	0 (0%)	2 (28.6%)	1 (33.3%)	3 (13.6%)
		Non	49 (79%)	21 (75%)	2 (100%)	5 (71.4%)	2 (66.7%)	19 (86.4%)
	AVANT	Oui	12 (19.4%)	9 (32.1%)	0 (0%)	1 (14.3%)	2 (66.7%)	0 (0%)
		Non	50 (80.6%)	19 (67.9%)	2 (100%)	6 (85.7%)	1 (33.3%)	22 (100%)
Q27 : Est-il possible, selon vous, d'associer plusieurs anti-dépresseurs en cas d'échec du traitement de première ligne ?	APRES	Oui	45 (72.6%)	24 (85.7%)	1 (50%)	6 (85.7%)	2 (66.7%)	12 (54.5%)
		Non	17 (27.4%)	4 (14.3%)	1 (50%)	1 (14.3%)	1 (33.3%)	10 (45.5%)
	AVANT	Oui	16 (25.8%)	6 (21.4%)	1 (50%)	2 (28.6%)	0 (0%)	7 (31.8%)
		Non	46 (74.2%)	22 (78.6%)	1 (50%)	5 (71.4%)	3 (100%)	15 (68.2%)
Q28 : Pensez-vous que, dans certaines situations, les neuroleptiques peuvent faire partie de l'arsenal thérapeutique dans la prise en charge de l'épisode dépressif caractérisé par le médecin généraliste ?	APRES	Oui	30 (48.4%)	18 (64.3%)	2 (100%)	2 (28.6%)	2 (66.7%)	6 (27.3%)
		Non	32 (51.6%)	10 (35.7%)	0 (0%)	5 (71.4%)	1 (33.3%)	16 (72.7%)
	AVANT	Oui	21 (33.9%)	14 (50%)	1 (50%)	1 (14.3%)	0 (0%)	5 (22.7%)
		Non	41 (66.1%)	14 (50%)	1 (50%)	6 (85.7%)	3 (100%)	17 (77.3%)
Q29 : Pensez-vous que l'épisode dépressif caractérisé résistant à deux lignes de traitements peut être géré en cabinet de médecine générale ?	APRES	Oui	2 (3.2%)	1 (3.6%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (4.5%)
		Non	60 (96.8%)	27 (96.4%)	2 (100%)	7 (100%)	3 (100%)	21 (95.5%)
	AVANT	Oui	4 (6.5%)	1 (3.6%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	3 (13.6%)
		Non	58 (93.5%)	27 (96.4%)	2 (100%)	7 (100%)	3 (100%)	19 (86.4%)

Question	Paramètre	Modalité	Global N=62	Premier N=28	Deuxième N=2	Troisième N=7	Quatrième N=3	Cinquième N=22
Q30 : Pensez-vous qu'un traitement antidépresseur ayant été efficace dans un premier épisode dépressif caractérisé doit être poursuivi au long cours ?	APRES	Oui	21 (33.9%)	11 (39.3%)	1 (50%)	3 (42.9%)	0 (0%)	6 (27.3%)
		Non	41 (66.1%)	17 (60.7%)	1 (50%)	4 (57.1%)	3 (100%)	16 (72.7%)
	AVANT	Oui	19 (30.6%)	11 (39.3%)	2 (100%)	1 (14.3%)	0 (0%)	5 (22.7%)
		Non	43 (69.4%)	17 (60.7%)	0 (0%)	6 (85.7%)	3 (100%)	17 (77.3%)

i. Réponses aux questions explorant la perception des IMG de Lille sur la prise en charge de patients souffrant d'EDC

Ces paramètres ont été explorés au travers de 5 questions, celles numérotées de 11 à 15. Les données montrent que 77.4% des internes ne se sentent pas à l'aise face à la gestion des patients souffrant d'EDC. De manière cohérente, 91% des répondeurs expriment une appréhension associée à des difficultés dans la prise en charge de l'EDC et ne pensent pas avoir reçu une formation suffisante tout au long de leur cursus universitaire concernant cette pathologie. Ils déclarent d'ailleurs être 51% à ne pas connaître la PEC exacte d'un EDC en première intention. Cependant, malgré ces difficultés, plus de deux tiers (69.4 %) des internes trouvent gratifiant de prendre en charge un patient souffrant d'EDC.

ii. Réponses aux questions explorant les connaissances sur les données épidémiologiques, la physiopathologie et la prise en charge de l'EDC

Les connaissances sur les données épidémiologiques ont été explorées au travers de 4 questions, celles numérotées de 2 à 5. Si l'ensemble des internes, ou quasiment, s'accordent à dire qu'il s'agit d'un problème de santé publique (100%) et d'une pathologie grave pouvant mener au décès du patient (96.8%), la plus grande partie ne sait pas, d'une part, qu'elle affecte plus un groupe d'âge particulier (9.7%) et d'autre part, que sa prévalence varie en fonction du sexe (35.5%).

Par ailleurs, la presque totalité des internes (98.4%) déclarent ne pas connaître les mécanismes physiopathologiques à l'œuvre dans l'EDC (cf question 9).

Les connaissances sur la PEC de l'EDC ont été explorées par un nombre plus important de questions. Les 6^{ème} et 7^{ème} concernent les outils connus et utilisés pour le diagnostic et le suivi de l'EDC. Ainsi, 59.7% des internes pensent connaître un outil dédié à l'évaluation des patients souffrant d'EDC. Parmi ces internes, la plus grande majorité (64.9%) utilise l'HDRS, les autres échelles étant représentées de manière équivalente (entre 5 et 10%) par la BDI, la PHQ-9, la GDS, la HAD et la MADRS, plusieurs internes ayant donné 2 échelles dans leur réponse.

Concernant l'évaluation du risque suicidaire, la totalité des internes a conscience que celui-ci doit être évalué chez tout patient présentant un EDC, quel que soit sa gravité (question 8).

Les connaissances sur les thérapeutiques dédiées à l'EDC ont été étudiées grâce aux questions 16 à 30 :

- Concernant les psychothérapies (questions 19 à 21), 80.6% des internes pensent qu'une prise en charge psychothérapeutique est nécessaire quelle que soit la gravité de l'EDC et 93.5% savent même que certains EDC peuvent bénéficier uniquement de cette prise en charge. Cependant, 30.6 % des répondeurs affirment que la réalisation d'une psychothérapie doit obligatoirement être confiée à un spécialiste.
- Concernant les traitements médicamenteux (questions 16 à 18 et 22 à 30), 82.3 % admettent qu'un traitement médicamenteux seul ne produit pas le meilleur résultat, que le délai de réponse est de 4 à 8 semaines et 69.4% ne poursuivrait pas un traitement au long cours pour un premier EDC. La majorité sait que les ISRS peuvent être un traitement de première intention (96.8%) à l'inverse des thymorégulateurs (4.8%), les résultats restants plus mitigés pour les tricycliques puisqu'à la question « *Est-ce que, selon vous, les traitements de première intention pour un épisode dépressif caractérisé peuvent être les tricycliques ?* », 19.4% des internes répondent « oui ». Par ailleurs, pour 74.2 % des personnes interrogées, il n'est pas possible d'associer plusieurs traitements antidépresseurs en cas d'échec de traitement de première ligne et 98.5 % des internes s'accordent à dire qu'un patient résistant à deux lignes de traitement ne peut pas être géré en cabinet de médecine générale. Sur la place des neuroleptiques dans l'arsenal thérapeutique, seulement 33.9% pensent qu'ils peuvent en faire partie pour la prise en charge de l'EDC par le médecin généraliste. Trente-huit virgule sept pour-cent affirment que les seules options thérapeutiques en MG sont les antidépresseurs et les psychothérapies et, globalement, 59.7% des internes disent ne pas connaître les alternatives thérapeutiques disponibles en cas d'EDC ayant peu ou pas répondu aux traitements de première ligne. Cependant, 90.3% d'entre eux savent qu'il reste plusieurs stratégies thérapeutiques pour les patients n'ayant pas réagi à ce qu'a fait le médecin généraliste.

b) Comparaison des résultats entre le premier et le cinquième semestre

Les réponses au questionnaire pré-vidéo des internes de 1^{er} et 5^{ème} semestre ont été comparées pour mettre en évidence une potentielle différence de perception et connaissance sur l'EDC entre ces deux promotions et, de ce fait, savoir si le troisième cycle des études médicales avait un impact sur ces deux paramètres. Les résultats sont présentés au sein du tableau 2.

Il n'existe une différence significative ($p < 0.05$) que pour les réponses à deux questions, à savoir la question 26 « *Est-ce que, selon vous, les traitements de première intention pour un épisode dépressif caractérisé peuvent être les tricycliques ?* » et la question 28 « *Pensez-vous que, dans certaines situations, les neuroleptiques peuvent faire partie de l'arsenal thérapeutique dans la prise en charge de l'épisode dépressif caractérisé par le médecin généraliste ?* ». Ainsi, l'ensemble des internes de 5^{ème} semestre ont répondu « non » à la question 26 alors que seulement 67.9 % des 1^{er} semestre ont donné cette même réponse. De même, pour la question 28, les internes de 5^{ème} semestre étaient significativement plus nombreux (77.3%) à répondre « non » que les internes de 1^{er} semestre (50%)

Tableau 2 : Comparaison des résultats du questionnaire pré vidéo entre premier et cinquième semestre

	Modalité	Premier N=28	Cinquième N=22	pvalue
Q2 : Considérez-vous l'épisode dépressif caractérisé comme un problème de santé publique ?	Oui	28 (100%)	22 (100%)	NA
Q3 : Pensez-vous que l'épisode dépressif caractérisé affecte plus les personnes d'un groupe d'âge particulier ?	Oui Non	4 (14.3%) 24 (85.7%)	1 (4.5%) 21 (95.5%)	NA
Q4 : Pensez-vous que l'épisode dépressif caractérisé affecte plus un sexe en particulier ?	Oui Non	12 (42.9%) 16 (57.1%)	6 (27.3%) 16 (72.7%)	0.25
Q5 : Diriez-vous que l'épisode dépressif caractérisé est une pathologie grave pouvant mener au décès du patient ?	Oui Non	28 (100%) 0 (0%)	21 (95.5%) 1 (4.5%)	NA
Q6 : Connaissez-vous un outil utilisé pour évaluer les patients souffrant d'un épisode dépressif caractérisé ? Si la réponse est oui, veuillez spécifier l'outil à la question suivante.	Oui Non	17 (60.7%) 11 (39.3%)	13 (59.1%) 9 (40.9%)	0.91
Q8 : Pensez-vous que le risque suicidaire doit être évalué chez tous les patients présentant un épisode dépressif caractérisé, qu'il soit léger ou grave, réactionnel ou spontané ?	Oui	28 (100%)	22 (100%)	NA
Q9 : Pensez-vous connaître tous les mécanismes physiopathologiques sous-tendant l'épisode dépressif caractérisé ?	Non	28 (100%)	22 (100%)	NA
Q10 : Pensez-vous que les patients souffrant d'un épisode dépressif caractérisé ont tendance à être discriminés dans la société ?	Oui Non	26 (92.9%) 2 (7.1%)	21 (95.5%) 1 (4.5%)	NA

	Modalité	Premier N=28	Cinquième N=22	pvalue
Q11 : Vous sentez vous à l'aise face aux patients souffrant d'un épisode dépressif caractérisé et trouvez-vous ça facilement gérable en cabinet de médecine générale ?	Oui	7 (25%)	5 (22.7%)	0.85
	Non	21 (75%)	17 (77.3%)	
Q12 : Trouvez-vous gratifiant le fait de passer du temps à soigner des patients souffrant d'un épisode dépressif caractérisé ?	Oui	21 (75%)	17 (77.3%)	0.85
	Non	7 (25%)	5 (22.7%)	
Q 13 : Trouvez-vous que travailler avec des patients souffrant d'un épisode dépressif caractérisé est difficile ou fastidieux ou appréhendez-vous parfois leur prise en charge ?	Oui	24 (85.7%)	21 (95.5%)	0.29
	Non	4 (14.3%)	1 (4.5%)	
Q14 : Pensez-vous avoir reçu une formation suffisante tout au long de votre cursus universitaire concernant la prise en charge d'un épisode dépressif caractérisé en cabinet de médecine générale ?	Oui	2 (7.1%)	3 (13.6%)	NA
	Non	26 (92.9%)	19 (86.4%)	
Q15 : Connaissez-vous la prise en charge exacte d'un épisode dépressif caractérisé en première intention ?	Oui	11 (39.3%)	12 (54.5%)	0.28
	Non	17 (60.7%)	10 (45.5%)	
Q16 : En médecine générale, diriez-vous que les seules options thérapeutiques disponibles pour la prise en charge d'un épisode dépressif caractérisé sont les antidépresseurs et les psychothérapies ?	Oui	9 (32.1%)	10 (45.5%)	0.34
	Non	19 (67.9%)	12 (54.5%)	
Q 17 : Connaissez-vous les alternatives thérapeutiques disponibles pour la prise en charge d'un épisode dépressif caractérisé n'ayant pas ou insuffisamment répondu aux thérapeutiques de première ligne ?	Oui	13 (46.4%)	8 (36.4%)	0.47
	Non	15 (53.6%)	14 (63.6%)	

	Modalité	Premier N=28	Cinquième N=22	pvalue
Q18 : Pensez-vous qu'il reste plusieurs stratégies de prise en charge à proposer aux patients déprimés qui ne réagissent pas à ce que font les médecins généralistes ?	Oui Non	24 (85.7%) 4 (14.3%)	20 (90.9%) 2 (9.1%)	NA
Q19 : Pensez-vous qu'une prise en charge psychothérapeutique doit être proposée à tous les patients présentant un épisode dépressif caractérisé, quelle que soit sa gravité ?	Oui Non	24 (85.7%) 4 (14.3%)	18 (81.8%) 4 (18.2%)	0.72
Q20 : Diriez-vous que la psychothérapie pour les patients souffrant d'un épisode dépressif caractérisé doit toujours être confiée à un spécialiste ?	Oui Non	10 (35.7%) 18 (64.3%)	4 (18.2%) 18 (81.8%)	0.17
Q21 : Pensez-vous que certains épisodes dépressifs caractérisés peuvent bénéficier d'une prise en charge uniquement psychothérapeutique ?	Oui Non	27 (96.4%) 1 (3.6%)	21 (95.5%) 1 (4.5%)	NA
Q22 : Est-ce que, selon vous, les antidépresseurs seuls produisent généralement un résultat satisfaisant dans le traitement des patients souffrant d'un épisode dépressif caractérisé en médecine générale ?	Oui Non	6 (21.4%) 22 (78.6%)	4 (18.2%) 18 (81.8%)	1.00
Q23 : Pensez-vous que le délai de réponse aux traitements pharmacologiques est de 4 à 8 semaines ?	Oui Non	25 (89.3%) 3 (10.7%)	15 (68.2%) 7 (31.8%)	0.083
Q24 : Est-ce que, selon vous, les traitements de première intention pour un épisode dépressif caractérisé peuvent être des ISRS ?	Oui Non	27 (96.4%) 1 (3.6%)	21 (95.5%) 1 (4.5%)	NA

	Modalité	Premier N=28	Cinquième N=22	pvalue
Q25 : Est-ce que, selon vous, les traitements de première intention pour un épisode dépressif caractérisé peuvent être les thymorégulateurs ?	Oui Non	3 (10.7%) 25 (89.3%)	0 (0%) 22 (100%)	NA
Q26 : Est-ce que, selon vous, les traitements de première intention pour un épisode dépressif caractérisé peuvent être les tricycliques ?	Oui Non	9 (32.1%) 19 (67.9%)	0 (0%) 22 (100%)	0.003
Q27 : Est-il possible, selon vous, d'associer plusieurs anti-dépresseurs en cas d'échec du traitement de première ligne ?	Oui Non	6 (21.4%) 22 (78.6%)	7 (31.8%) 15 (68.2%)	0.41
Q28 : Pensez-vous que, dans certaines situations, les neuroleptiques peuvent faire partie de l'arsenal thérapeutique dans la prise en charge de l'épisode dépressif caractérisé par le médecin généraliste ?	Oui Non	14 (50%) 14 (50%)	5 (22.7%) 17 (77.3%)	0.048
Q29 : Pensez-vous que l'épisode dépressif caractérisé résistant à deux lignes de traitement peut être géré en cabinet de médecine générale ?	Oui Non	1 (3.6%) 27 (96.4%)	3 (13.6%) 19 (86.4%)	NA
Q 30 : Pensez-vous qu'un traitement antidépresseur ayant été efficace dans un premier épisode dépressif caractérisé doit être poursuivi au long cours ?	Oui Non	11 (39.3%) 17 (60.7%)	5 (22.7%) 17 (77.3%)	0.21

c) Comparaison des réponses aux questionnaires avant et après vidéo

Le tableau 3 présente les résultats de l'étude avant / après et montre que plusieurs réponses aux questionnaires – en tout point identiques – ont été modifiées de manière significative ($p < 0.05$).

i. Comparaison des réponses aux questions explorant la perception des IMG de Lille sur la PEC de patients souffrant d'EDC

Les réponses aux questions explorant les perceptions des internes sur la prise en charge de l'EDC n'ont pas été modifiées de manière significative mis à part pour la question 13 qui explore les difficultés et appréhension des IMG dans la prise en charge de l'EDC (91.9 % de « oui » en pré-vidéo VS 79% en post-vidéo, $p = 0.011$).

ii. Comparaison des réponses aux questions explorant les connaissances sur les données épidémiologiques, la physiopathologie et la PEC de l'EDC

Les réponses aux questions portant sur les connaissances épidémiologiques de prévalence en fonction de l'âge (question 3) et du sexe (question 4), sont significativement différentes entre les questionnaires avant et après vidéo. En effet, pour la question 3 interrogeant le lien entre prévalence et âge, le nombre de réponses positives a été multiplié par presque 8 (9.7 % VS 75.8 %, $p < 0.001$) et, pour la question 4 interrogeant cette fois le lien entre prévalence et sexe, 100% des internes ont répondu « oui » en post-vidéo alors qu'ils n'étaient que 35.5 % en pré-vidéo ($p < 0.001$)

Les réponses aux questions concernant la physiopathologie et la prise en charge de l'EDC ont été modifiées de manière significative pour nombre d'entre elles. Tout d'abord, la question 10 portant sur les connaissances physiopathologiques est passée de 1.6% à 43.5% de réponses positives ($p < 0.001$).

Par ailleurs, ils disaient être 59.7% à connaître un outil d'évaluation de l'EDC en pré-vidéo contre 98.4% en post-vidéo ($p < 0.001$). De même, 48.4% pensaient connaître la prise en charge d'un EDC en pré-vidéo contre 98.5% après visionnage de la vidéo ($p < 0.001$). Les questions 16 et 17, explorant les connaissances sur les options et alternatives thérapeutiques, héritaient respectivement de 38.7 % et 40.3 % de « oui » en pré vidéo contre 22.6% ($p = 0.012$) et 95.2 % ($p < 0.001$) de cette même réponse et 96.8 % des internes pensaient qu'une prise en charge psychothérapeutique était nécessaire pour tout EDC en post-vidéo contre 80.6% en pré-vidéo ($p = 0.007$). Pour la question 23, 82.3% étaient initialement d'accord avec un délai de réponse au traitement de 4 à 8 semaines contre 51.6% en post-vidéo ($p < 0.001$).

Concernant les traitements médicamenteux, les internes n'étaient, au premier questionnaire, que 4.8% à penser possible la prescription de thymorégulateurs puis, sur le deuxième questionnaire, ce taux est passé à 17.7% ($p = 0.032$). D'autre part, à la question 27 proposant l'association de plusieurs traitements antidépresseurs au-delà de la première ligne de traitement, 25.8% répondaient « oui » avant vidéo et 72.6% après vidéo.

Tableau 3 : Comparaison des résultats Avant et Après visionnage de la vidéo.

Question	Modalité	Paramètre		pvalue
		AVANT	APRES	
Q2 : Considérez-vous l'épisode dépressif caractérisé comme un problème de santé publique ?	Oui	62	62	NA
	Non	0	0	
Q3 : Pensez-vous que l'épisode dépressif caractérisé affecte plus les personnes d'un groupe d'âge particulier ?	Oui	6	47	p < 0.001
	Non	56	15	
Q4 : Pensez-vous que l'épisode dépressif caractérisé affecte plus un sexe en particulier ?	Oui	22	62	p < 0.001
	Non	40	0	
Q5 : Diriez-vous que l'épisode dépressif caractérisé est une pathologie grave pouvant mener au décès du patient ?	Oui	60	62	p = 0.48
	Non	2	0	
Q6 : Connaissez-vous un outil utilisé pour évaluer les patients souffrant d'un épisode dépressif caractérisé ? Si la réponse est oui, veuillez spécifier l'outil à la question suivante.	Oui	37	61	p < 0.001
	Non	25	1	
Q8 : Pensez-vous que le risque suicidaire doit être évalué chez tous les patients présentant un épisode dépressif caractérisé, qu'il soit léger ou grave, réactionnel ou spontané ?	Oui	62	62	NA
	Non	0	0	
Q9 : Pensez-vous connaître tous les mécanismes physiopathologiques sous-tendant l'épisode dépressif caractérisé ?	Oui	1	27	p < 0.001
	Non	61	35	
Q10 : Pensez-vous que les patients souffrant d'un épisode dépressif caractérisé ont tendance à être discriminés dans la société ?	Oui	59	61	p = 0.16
	Non	3	1	
Q11 : Vous sentez-vous à l'aise face aux patients souffrant d'un épisode dépressif caractérisé et trouvez-vous ça facilement gérable en cabinet de médecine générale ?	Oui	14	19	p = 0.096
	Non	48	43	
Q12 : Trouvez-vous gratifiant le fait de passer du temps à soigner des patients souffrant d'un épisode dépressif caractérisé ?	Oui	43	46	p = 0.26
	Non	19	16	

Question	Modalité	Paramètre		pvalue
		AVANT	APRES	
Q13 : Trouvez-vous que travailler avec des patients souffrant d'un épisode dépressif caractérisé est difficile ou fastidieux ou appréhendez-vous parfois leur prise en charge ?	Oui Non	57 5	49 13	p = 0.011
Q14 : Pensez-vous avoir reçu une formation suffisante tout au long de votre cursus universitaire concernant la prise en charge d'un épisode dépressif caractérisé en cabinet de médecine générale ?	Oui Non	5 57	7 55	p = 0.32
Q15 : Connaissez-vous la prise en charge exacte d'un épisode dépressif caractérisé en première intention ?	Oui Non	30 32	58 4	p < 0.001
Q16 : En médecine générale, diriez-vous que les seules options thérapeutiques disponibles pour la prise en charge d'un épisode dépressif caractérisé sont les antidépresseurs et les psychothérapies ?	Oui Non	24 38	14 48	p = 0.012
Q17 : Connaissez-vous les alternatives thérapeutiques disponibles pour la prise en charge d'un épisode dépressif caractérisé n'ayant pas ou insuffisamment répondu aux thérapeutiques de première ligne ?	Oui Non	25 37	59 3	p < 0.001
Q18 : Pensez-vous qu'il reste plusieurs stratégies de prise en charge à proposer aux patients déprimés qui ne réagissent pas à ce que font les médecins généralistes ?	Oui Non	56 6	59 3	p = 0.26
Q19 : Pensez-vous qu'une prise en charge psychothérapeutique doit être proposée à tous les patients présentant un épisode dépressif caractérisé, quel que soit sa gravité ?	Oui Non	50 12	60 2	p = 0.007
Q20 : Diriez-vous que la psychothérapie pour les patients souffrant d'un épisode dépressif caractérisé doit toujours être confiée à un spécialiste ?	Oui Non	19 43	14 48	p = 0.22
Q21 : Pensez-vous que certains épisodes dépressifs caractérisés peuvent bénéficier d'une prise en charge uniquement psychothérapeutique ?	Oui Non	58 4	61 1	p = 0.18
Q22 : Est ce que, selon vous, les antidépresseurs seuls produisent généralement un résultat satisfaisant dans	Oui Non	11 51	12 50	p = 0.78

Question	Modalité	Paramètre		pvalue
		AVANT	APRES	
le traitement des patients souffrant d'un épisode dépressif caractérisé en médecine générale ?				
Q23 : Pensez-vous que le délai de réponse aux traitements pharmacologiques est de 4 à 8 semaines ?	Oui	51	32	p < 0.001
	Non	11	30	
Q24 : Est-ce que, selon vous, les traitements de première intention pour un épisode dépressif caractérisé peuvent être des ISRS ?	Oui	60	62	p = 0.48
	Non	2	0	
Q25 : Est-ce que, selon vous, les traitements de première intention pour un épisode dépressif caractérisé peuvent être les thymorégulateurs ?	Oui	3	11	p = 0.032
	Non	59	51	
Q26 : Est-ce que, selon vous, les traitements de première intention pour un épisode dépressif caractérisé peuvent être les tricycliques ?	Oui	12	13	p = 0.76
	Non	50	49	
Q27 : Est-il possible, selon vous, d'associer plusieurs anti-dépresseurs en cas d'échec du traitement de première ligne ?	Oui	16	45	p < 0.001
	Non	46	17	
Q28 : Pensez-vous que, dans certaines situations, les neuroleptiques peuvent faire partie de l'arsenal thérapeutique dans la prise en charge de l'épisode dépressif caractérisé par le médecin généraliste ?	Oui	21	30	p = 0.071
	Non	41	32	
Q29 : Pensez-vous que l'épisode dépressif caractérisé résistant à deux lignes de traitement peut être géré en cabinet de médecine générale ?	Oui	4	2	p = 0.41
	Non	58	60	
Q30 : Pensez-vous qu'un traitement antidépresseur ayant été efficace dans un premier épisode dépressif caractérisé doit être poursuivi au long cours ?	Oui	19	21	p = 0.62
	Non	43	41	

V. Partie 3/ Discussion

1. Reprise des principaux résultats

Les données recueillies à travers ces questionnaires suggèrent, d'une part, que les connaissances des IMG de Lille sur l'EDC sont globalement bonnes mais perfectibles et d'autre part, que ces derniers ne sont globalement pas à l'aise avec la prise en charge de cette pathologie. Effectivement, sur ce dernier point, la majorité des participants disent se sentir mal à l'aise, expriment une appréhension et des difficultés pour la PEC des patients souffrant d'EDC.

Concernant les connaissances sur cette pathologie, des notions élémentaires comme l'importance du problème de santé publique et la gravité de cette pathologie sont connues par la quasi-totalité des internes mais, cependant, des notions plus précises comme la prévalence par rapport à l'âge ou au sexe ne semblent pas être maîtrisées par la plus grande partie des internes tout comme les mécanismes physiopathologiques.

Les lignes directrices les plus importantes dans la prise en charge de l'EDC sont quant à elles maîtrisées par la plus grande partie des participants. Effectivement, plus de la moitié connaît une échelle d'évaluation de l'EDC et l'ensemble sait qu'il faut évaluer le risque suicidaire de manière systématique. De plus, la très grande majorité sait qu'il faut une prise en charge psychothérapeutique pour l'ensemble des EDC, qu'elle est parfois suffisante pour certains types d'EDC et qu'une prise en charge médicamenteuse seule ne produit pas les meilleurs résultats. Sur ce dernier point, la quasi-totalité connaît les ISRS comme traitement de première intention et dit passer la main à un spécialiste en cas de résistance à deux lignes de traitements. Cependant, l'exploration des concepts de prise en charge un peu plus sophistiqués montre qu'en dehors des grandes lignes précédemment citées, une partie significative des internes ne les maîtrise pas alors qu'ils restent théoriquement réalisables en cabinet de médecine générale. Ainsi, un tiers des participants pense que la psychothérapie doit obligatoirement être réalisée par un spécialiste alors que les médecins généralistes sont tout à fait aptes à pratiquer, au moins, une psychothérapie de soutien parfois suffisante pour une prise en charge optimale du patient. En outre, ils sont environ 1 interne sur 5 – uniquement des 1^{er} semestres – à penser possible la prescription d'antidépresseurs tricycliques en première intention, ce qui n'est pas recommandé. De plus, alors qu'il s'agit de recommandations internationales sur l'EDC n'ayant que partiellement répondu aux thérapeutiques de première ligne, seulement un tiers environ affirme qu'un traitement par

association d'antidépresseurs ou par neuroleptiques – dont une majorité de 1^{er} semestres pour ces derniers – est possible, dans certaines situations, en cabinet de médecine générale et, logiquement, un peu moins de deux tiers disent ne pas connaître les alternatives thérapeutiques en cas d'EDC n'ayant peu ou pas répondu aux traitements de première ligne.

L'analyse des réponses données aux 2 questionnaires montre une évolution favorable entre les réponses avant et celles après la vidéo sur les connaissances de l'EDC. Effectivement, la plupart des internes ont correctement répondu à l'ensemble des questions d'ordre épidémiologique dans le questionnaire post-vidéo alors que les questions liant prévalence de la maladie au sexe ou à l'âge avaient reçu une majorité de réponses erronées dans le questionnaire pré-vidéo.

De plus, dans le questionnaire post-vidéo, la quasi-totalité des internes disaient connaître un outil d'évaluation, la prise en charge de l'EDC et les alternatives thérapeutiques alors qu'ils étaient environ la moitié pour chacune de ces questions en phase pré-vidéo. Cependant, bien qu'ils aient été significativement plus nombreux à reconnaître l'association d'antidépresseurs possible au-delà de la première ligne de traitement dans le questionnaire post-vidéo, il n'y a pas eu de changement significatif dans les réponses concernant la possibilité de prescription de neuroleptique dans certaines situations et, paradoxalement, ils étaient presque 4 fois plus nombreux à penser possible la prescription de thymorégulateur en première intention une fois la vidéo visionnée, résultats pouvant être dus à une mauvaise interprétation des informations données dans la vidéo.

D'autres réponses ont évolué de manière significative mais ont néanmoins gardé la même tendance. C'est le cas de la question sur la nécessité d'une prise en charge psychothérapeutique dans l'EDC – passant de 80 à 96% de réponse positive – et de la question considérant comme seules options thérapeutiques les AD et les psychothérapies, passant de 38 à 22% de réponses positives.

Notons que la question interrogeant sur le délai de réponse au traitement était ambiguë pouvant expliquer le fait qu'initialement, quatre cinquièmes des internes ont pensé qu'il était de 4 à 8 semaines puis seulement la moitié après le visionnage de la vidéo. Cela peut être dû à la confusion qu'il y a entre délai de réponse clinique, qui est de 2 à 4 semaines, et délai d'évaluation thérapeutique, qui doit être fait entre 4 et 8 semaines pour ne pas méconnaître une réponse tardive.

En sommes, au premier questionnaire, environ 1/3 des questions explorant les connaissances des IMG de Lille dépassait la barre de 75 % de « bonne » réponse et 2/3 ne la

dépassait pas avec, pour certaines d'entre elles, des taux de « mauvaises » réponses supérieurs à 50 %. L'intervention brève, par le biais de la vidéo, a permis une amélioration significative du nombre de « bonne » réponses pour 36 % des questions et finalement, 63 % des questions cumulaient plus de 80 % de bonne réponse dans la phase post-vidéo.

2. Discussion avec la littérature

Les données collectées avec le premier questionnaire, en pré-vidéo, montrent que les IMG de Lille possèdent globalement de bonnes connaissances sur l'EDC et sa prise en charge mais qu'elles restent perfectibles sur certains points. Les principales notions comme l'importance du problème de santé publique et la gravité de cette pathologie sont connues des internes. Il en va de même pour les points clefs de prise en charge de cette pathologie puisque la très grande majorité des IMG de Lille sont en accord avec les recommandations et la nécessité d'évaluer systématiquement le risque suicidaire, de la possibilité de ne traiter que par psychothérapie dans certaines situations ou, si nécessaire, d'y ajouter un ISRS en première intention et, pour finir, sur le fait de passer la main à un spécialiste en cas de résistance à deux lignes de traitements.

Cependant, d'autres points plus spécifiques mais néanmoins essentiels à une prise en charge optimale de l'EDC sont mal maîtrisés par les IMG de Lille en regard des données issues de la littérature internationale. Ainsi, sur le plan épidémiologique, plus de la moitié ne lie pas l'EDC à l'âge ou au sexe bien qu'il existe une corrélation. Concernant l'évaluation clinique, bien que la HAS ne recommande que 4 échelles – à savoir La BDI-II, la PHQ -9, la MADRS et l'HDRS – les IMG ne sont que 60 % environ à les mentionner. Concernant la psychothérapie recommandée de manière systématique quel que soit le niveau de gravité de l'EDC, un cinquième des IMG ne l'introduirait pas toujours dans la PEC. Ils sont aussi respectivement 5 et 20 % environ à dire possible l'introduction d'un thymorégulateur ou d'un tricyclique en première intention alors qu'aucune recommandation n'en fait état et, a contrario, alors que l'association de certains AD ou l'ajout d'un neuroleptique sont possibles voire préconisés dans la littérature internationale de référence, il n'y a respectivement qu'un quart et un tiers des IMG le pensant possible. Pour finir, près d'un tiers d'entre eux pense nécessaire la poursuite au long cours d'un traitement introduit dans le cadre d'un premier AD alors que les recommandations actuelles proposent d'arrêter le traitement à partir du 6^{ème} mois sans symptômes.

Toutes ces données montrent des tendances identiques dans les connaissances liées à la PEC de l'EDC entre les populations de médecins généralistes décrites dans la littérature internationale et les internes de médecine générale de Lille bien que ces derniers semblent posséder quelques connaissances supplémentaires. Par exemple, les MG semblent moins nombreux à indiquer nécessaire une prise en charge psychothérapeutique dans l'EDC et en pratique libérale, seulement 50% des patients en bénéficie. De même, alors qu'environ 60 % des MG pensent qu'un traitement médicamenteux seul est suffisant pour la PEC de l'EDC, ils ne sont que 18 % chez les IMG de Lille.

Les rares études ayant exploré l'évolution des connaissances des MG sur l'EDC après interventions brèves montrent que ces dernières ont souvent un impact positif non négligeable sur l'amélioration des connaissances. Les résultats de cette thèse suggèrent la même chose puisqu'il existe une amélioration significative de la justesse des réponses pour bon nombre des questions entre les deux questionnaires.

3. Discussion méthodologique, limites et biais

Bien que cette thèse donne une image des connaissances et perceptions des IMG de Lille sur l'EDC et leur évolution après une intervention brève, il existe de nombreux points méthodologiques discutables.

Tout d'abord, les procédures de recrutement sur les réseaux sociaux ne permettent pas d'identifier de manière fiable la population cible. Bien que ces groupes privés soient théoriquement réservés aux IMG de Lille, la seule procédure de contrôle appliquée pour l'adhésion est l'évaluation du profil par les modérateurs, sans nécessité de justificatif universitaire. Ainsi, pouvait être accepté sur les groupes sociaux privés toute personne en faisant la demande et dont l'adhésion était validée par les modérateurs. De plus, et puisqu'aucune procédure de vérification n'était appliquée pour accéder aux questionnaires depuis le lien partagé sur ces réseaux sociaux, il est impossible d'affirmer qu'aucune personne ne faisant pas partie de la population cible ait accédé aux questionnaires. On peut aussi souligner que ce recrutement ne s'est pas fait de manière homogène puisque les internes de 3ème semestre, globalement aussi nombreux que les premiers et cinquième semestre, ne représentait que 11 % des effectifs. Par ailleurs, l'homogénéité n'ayant pas été assurée par une randomisation, il existe probablement un biais de sélection lié à l'intérêt porté à la prise en charge de l'EDC par les IMG de Lille. Effectivement, il est raisonnable de penser que les personnes ayant participé à cette thèse sont intéressées par le sujet qu'elle traite et peuvent

avoir des connaissances sur cette pathologie un peu plus importante expliquant les bons résultats aux questionnaires.

Par ailleurs, la collecte d'autres données démographiques aurait permis une interprétation plus précise des résultats. Par exemple, il aurait été intéressant de savoir si les répondeurs avaient réalisé un stage dans un service de psychiatrie dans leur cursus ou s'ils avaient déjà dû gérer la PEC d'un patient présentant un EDC. Ce choix avait initialement pour but de ne pas alourdir cette thèse et multiplier les données à analyser mais limite l'interprétation des résultats.

Concernant le questionnaire, et bien qu'il explore un champ élargi des perceptions et connaissances des IMG sur l'EDC, l'exploration d'autres notions semblait, a posteriori, nécessaire. On peut par exemple citer l'absence de questions concernant les examens complémentaires, la psychothérapie de soutien ou les diagnostics différentiels principaux à ne pas méconnaître comme le trouble bipolaire ce qui aurait permis de cibler plus précisément les points sur lesquels les IMG ne sont pas à l'aise avec la prise en charge de l'EDC.

L'étude « avant-après » possède, quant à elle, et de manière inhérente à ce genre d'analyse, de nombreuses limites méthodologiques. Cependant, au vu de la progression de bonnes réponses entre les deux questionnaires et des taux de visionnage tout de même important, il est raisonnable de penser que l'intervention brève est responsable de l'impact positif. Cependant, il est impossible d'extrapoler ces modifications de connaissances à des modifications de pratiques et il n'est pas non plus possible de savoir si elles se maintiendront dans le temps.

4. Conclusion

Les résultats décrits précédemment montrent que les IMG de Lille ont tendance à appréhender la prise en charge des patients souffrant d'EDC mais que la majorité possèdent malgré tout les connaissances essentielles sur cette pathologie, et cela sans véritable différence entre la première et la dernière année de l'internat. Cependant, certaines techniques thérapeutiques comme l'utilisation de neuroleptiques restent inconnues du plus grand nombre alors qu'elles pourraient améliorer la gestion de cette pathologie quand le MG ne peut recourir à l'avis d'un confrère spécialiste suffisamment tôt comme cela pourrait être le cas dans les territoires sous-dotés. L'autre intérêt de cette thèse est de montrer qu'une intervention brève peut avoir un effet bénéfique sur les connaissances des participants. Il n'est pas possible d'affirmer que cet effet se maintienne dans le temps mais on peut imaginer que

ce type d'intervention, comme par exemple la réalisation de cours lors du troisième cycle, pourrait constituer une première étape pour l'optimisation des connaissances des IMG de Lille pour leur pratique future. Une vidéo comme celle utilisée dans cette thèse présente plusieurs avantages : elle associe enseignement visuel et vocal, permet de faire passer des messages clés sous la forme de diagramme simple et compris de tous, permet la synthèse des données pour une meilleure assimilation, le tout dans un temps restreint minimisant les phénomènes de « décrochage » rencontrés lors des enseignements magistraux s'étalant dans la durée. Elle permet aussi de revenir facilement sur des notions non comprises et de s'y arrêter autant que nécessaire.

Maintenant que nous avons vu que nous avons une image des connaissances et perceptions des IMG de Lille sur l'EDC et que nous savons que certaines notions ne sont pas encore complètement maîtrisées, il serait intéressant de réaliser une comparaison entre les IMG de Lille ayant et n'ayant pas réalisé un stage dans un service de psychiatrie pour évaluer l'intérêt d'une telle formation dans un contexte où il existe une volonté de rendre obligatoire la réalisation d'un semestre ou d'un trimestre d'internat en service psychiatrique.

VI. Références bibliographiques

1. Dépression | Inserm - La science pour la santé [Internet]. [cité 19 juill 2020]. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/depression>
2. Léon C. La dépression en France chez les 18-75 ans : résultats du baromètre santé 2017 / depression in France among the 18-75 year-olds: results from the 2017 health barometer..
3. Fond G, Lancon C, Auquier P, Boyer L. Prévalence de la dépression majeure en France en population générale et en populations spécifiques de 2000 à 2018 : une revue systématique de la littérature. *La Presse Médicale*. avr 2019;48(4):365-75.
4. Lépine J-P, Gasquet I, Kovess V, Arbabzadeh-Bouchez S, Nègre-Pagès L, Nachbaur G, et al. Prévalence et comorbidité des troubles psychiatriques dans la population générale française : résultats de l'étude épidémiologique ESEMeD/MHEDEA 2000/ (ESEMeD). *L'Encéphale*. avr 2005;31(2):182-94.
5. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) et de Santé publique France. L'état de santé de la population en France - RAPPORT 2017 - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/recueils-ouvrages-et-rapports/recueils-annuels/l-etat-de-sante-de-la-population/article/l-etat-de-sante-de-la-population-en-france-rapport-2017>
6. Anseau M, Fischler B, Dierick M, Mignon A, Leyman S. Prevalence and impact of generalized anxiety disorder and major depression in primary care in Belgium and Luxemburg: the GADIS study. *Eur psychiatr*. mai 2005;20(3):229-35.
7. Mathers C, Fat DM, Boerma JT, World Health Organization, éditeurs. The global burden of disease: 2004 update. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2008. 146 p.

8. Épisode dépressif caractérisé de l'adulte : prise en charge en premier recours - Diagnostic [Internet]. Haute Autorité de Santé. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1739917/fr/episode-depressif-caracterise-de-l-adulte-prise-en-charge-en-premier-recours
9. Alonso J, Petukhova M, Vilagut G, Chatterji S, Heeringa S, Üstün TB, et al. Days out of role due to common physical and mental conditions: results from the WHO World Mental Health surveys. *Mol Psychiatry*. déc 2011;16(12):1234-46.
10. Personnes traitées par antidépresseurs ou régulateurs de l'humeur (hors pathologies) en 2017 [Internet]. L'assurance Maladie. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/etudes-en-sante-publique/cartographie-des-pathologies-et-des-depenses/fiches-par-pathologie/traitements-psychotropes.php>
11. Personnes prises en charge pour troubles névrotiques et de l'humeur en 2017 [Internet]. L'assurance Maladie; Disponible sur: <https://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/etudes-en-sante-publique/cartographie-des-pathologies-et-des-depenses/fiches-par-pathologie/traitements-psychotropes.php>.
12. Cartographie médicalisée des dépenses de santé [Internet]. L'assurance Maladie. Disponible sur: https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/DP_Cartographie_des_depenses_et_des_pathologies_def.pdf
13. Morvan Y, Prieto A, Briffault X, Blanchet A, Dardennes R, Rouillon F, et al. La dépression : prévalence, facteurs associés et consommation de soins. *La dépression*. 2005;27.
14. Lam RW, McIntosh D, Wang J, Enns MW, Kolivakis T, Michalak EE, et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2016 Clinical Guidelines for the Management of Adults with Major Depressive Disorder: Section 1. Disease Burden and Principles of Care. *Can J Psychiatry*. sept 2016;61(9):510-23.
15. Weltgesundheitsorganisation, éditeur. *Mental health: new understanding, new hope*. repr. Geneva: World Health Organization; 2002. 178 p. (The world health report).

16. Magalon-Bingenheimer K, Magalon D, Zendjidjian X, Boyer L, Griguer Y, Lançon C. Dépression en médecine générale. *La Presse Médicale*. avr 2013;42(4):419-28.
17. Fovet T, Amad A, Geoffroy, PA, Messaadi N, Thomas P. État actuel de la formation des médecins généralistes à la psychiatrie et à la santé mentale en France. *L'information psychiatrique*. 2014;90(5):319.
18. Richards JC, Ryan P, McCabe MP, Groom G, Hickie IB. Barriers to the effective management of depression in general practice.
19. Fleury M-J, Bamvita J-M, Tremblay J. Variables associated with general practitioners taking on serious mental disorder patients. *BMC Fam Pract*. déc 2009;10(1):41.
20. Roca M, Gili M, Garcia-Garcia M, Salva J, Vives M, Garcia Campayo J, et al. Prevalence and comorbidity of common mental disorders in primary care. *Journal of Affective Disorders*. déc 2009;119(1-3):52-8.
21. Craven MA, Bland R. Depression in Primary Care: Current and Future Challenges. *Can J Psychiatry*. août 2013;58(8):442-8.
22. Norton J, de Roquefeuil G, David M, Boulenger J-P, Ritchie K, Mann A. Prévalence des troubles psychiatriques en médecine générale selon le patient health questionnaire : adéquation avec la détection par le médecin et le traitement prescrit. *L'Encéphale*. déc 2009;35(6):560-9.
23. Sartorius N, Ustün TB, Organization WH. Mental illness in general health care : an international study [Internet]. Chichester : Wiley; 1995. Disponible sur: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/36937>
24. Hanslik T, Blanchon T, Cantegriel I, Younes N, Passerieux C, Thomas G. RAPPORT D'ÉTUDE ÉPIDÉMIOLOGIQUE - Psychotropes [Internet]. Réseau Sentinelles. Report No.: IU2007-05. Disponible sur: <https://www.sentiweb.fr/document/955>

25. Fleury M-J, Imboua A, Aubé D, Farand L, Lambert Y. General practitioners' management of mental disorders: A rewarding practice with considerable obstacles. *BMC Fam Pract.* déc 2012;13(1):19.
26. Dumesnil H, Cortaredona S, Cavillon M, Mikol F, Aubry C, Sebbah R, et al. La prise en charge de la dépression en médecine générale de ville.
27. Bouhassira M, Allicar MP, Blachier C, Nouveau A, Rouillon F. Which patients receive antidepressants ? A 'real world' telephone study. *Journal of Affective Disorders.* avr 1998;49(1):19-26.
28. Hérique A, Kahn J-P. Réalités et recommandations dans la prescription et l'observance des antidépresseurs en médecine générale : évaluation des pratiques dans le traitement de la dépression en Lorraine et Champagne-Ardenne. *L'Encéphale.* févr 2009;35(1):73-9.
29. Épisode dépressif caractérisé de l'adulte : prise en charge en premier recours – Prise en charge thérapeutique et suivi [Internet]. Haute Autorité de Santé. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1739917/fr/episode-depressif-caracterise-de-l-adulte-prise-en-charge-en-premier-recours
30. Courtet P, Olié É. Les antidépresseurs préviennent le suicide... en attendant mieux ! *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine.* avr 2014;198(4-5):881-92.
31. Robinson WD, Geske JA, Prest LA, Barnacle R. Depression Treatment in Primary Care. *The Journal of the American Board of Family Medicine.* 1 mars 2005;18(2):79-86.
32. Andersson SJ, Troein M, Lindberg G. General practitioners' conceptions about treatment of depression and factors that may influence their practice in this area. A postal survey. *BMC Fam Pract.* déc 2005;6(1):21.
33. Problèmes de repérage, mauvais usage des antidépresseurs : la dépression doit être mieux identifiée et traitée de façon personnalisée [Internet]. Haute Autorité de Santé. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2803297/fr/problemes-de-reperage

mauvais-usage-des-antidepresseurs-la-depression-doit-etre-mieux-identifiee-et-traitee-de-facon-personnalisee

34. Kroenke K, Taylor-Vaisey A, Dietrich AJ, Oxman TE. Interventions to Improve Provider Diagnosis and Treatment of Mental Disorders in Primary Care: A Critical Review of the Literature. *Psychosomatics*. janv 2000;41(1):39-52.

35. Développement professionnel continu (DPC) [Internet]. Haute Autorité de Santé. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3019319/fr/developpement-professionnel-continu-dpc

36. Naismith SL, Hickie IB, Scott EM, Davenport TA. Effects of mental health training and clinical audit on general practitioners' management of common mental disorders. *Medical Journal of Australia* [Internet]. juill 2001 [cité 4 juill 2020];175(S1). Disponible sur: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.5694/j.1326-5377.2001.tb143789.x>

37. Shirazi M, Parikh SV, Alaeddini F, Lonka K, Zeinaloo AA, Sadeghi M, et al. Effects on Knowledge and Attitudes of Using Stages of Change to Train General Practitioners on Management of Depression: A Randomized Controlled Study. *Can J Psychiatry*. oct 2009;54(10):693-700.

38. McCall L, Clarke D, Rowley G. Does a continuing medical education course in mental health change general practitioner knowledge, attitude and practice and patient outcomes? *Primary Care Mental Health*. 1 mars 2004;2:13-22.

39. Kutcher S, Lauria-Horner B, MacLaren C, Bujas-Bobanovic M, Karlovic Z. Short-term educational intervention improves family physicians' knowledge of depression. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*. 2003;23(4):239-43.

40. Collège national des Universitaires de Psychiatrie (France), Association pour l'enseignement de la sémiologie psychiatrique (France), Collège universitaire national des enseignants en addictologie (France). *Référentiel de psychiatrie et addictologie: psychiatrie de l'adulte, psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, addictologie*. 2016.

41. Gignonzac V. La dépression dans la population active occupée en France en 2017. baromètre santé 2017 / depression among the working population in France. 2017 health barometer.

42. Serrano-Blanco A, Palao DJ, Luciano JV, Pinto-Meza A, Luján L, Fernández A, et al. Prevalence of mental disorders in primary care: results from the diagnosis and treatment of mental disorders in primary care study (DASMAP). *Soc Psychiat Epidemiol*. févr 2010;45(2):201-10.

43. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) et de Santé publique France. Suicide : enjeux éthiques de la prévention, singularités du suicide à l'adolescence - 3e rapport / février 2018 - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) et de Santé publique France.; Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ons3.pdf>

44. Léon C. Baromètre de santé publique France 2017 : tentatives de suicide et pensées suicidaires chez les 18-75 ans / santé publique France health barometer 2017: suicidal attempts and suicidal ideation among the 18-75 years-old.

45. aan het Rot M, Mathew SJ, Charney DS. Neurobiological mechanisms in major depressive disorder. *Canadian Medical Association Journal*. 3 févr 2009;180(3):305-13.

46. Fišar Z. Pathophysiology of Mood Disorders and Mechanisms of Action of Antidepressants and Mood Stabilizers. In: Van Bockstaele EJ, éditeur. *Endocannabinoid Regulation of Monoamines in Psychiatric and Neurological Disorders* [Internet]. New York, NY: Springer New York; 2013 [cité 4 juill 2020]. p. 103-34. Disponible sur: http://link.springer.com/10.1007/978-1-4614-7940-6_6

47. Beck AT. The Evolution of the Cognitive Model of Depression and Its Neurobiological Correlates. *AJP*. août 2008;165(8):969-77.

48. Zubin J, Spring B. Vulnerability--a new view of schizophrenia. *J Abnorm Psychol*. avr 1977;86(2):103-26.

49. FMPMC-PS - Respiration Mitochondriale - Objectifs au cours de Révisions Biochimie PCEM2 Révisions Biochimie Métabolique [Internet]. Disponible sur: <http://www.chups.jussieu.fr/polys/biochimie/RMbioch/POLY.Chp.7.5.html>

50. Amad A, Tilly A. DEPRESSION en MEDECINE GENERALE.

51. Épisode dépressif caractérisé de l'adulte : prise en charge en premier recours – Recommandations [Internet]. Haute Autorité de Santé. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1739917/fr/episode-depressif-caracterise-de-l-adulte-prise-en-charge-en-premier-recours

52. Pélissolo A. Les dépressions sévères : quels concepts ? quels critères ? L'Encéphale. déc 2009;35:S243-9.

53. Kosel M, Perroud N, Bondolfi G. Dépression : analyse décisionnelle pour la prise en charge par le médecin de premier recours. Revue Médicale Suisse. 2012;18.

54. ALD n° 23 - Troubles dépressifs récurrents ou persistants de l'adulte [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 20 juill 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_767572/fr/ald-n-23-troubles-depressifs-recurrents-ou-persistants-de-l-adulte.

55. Arlotto E, Felicé M-P, Favre C, Bun H, Cornet M. Intérêt du bilan biologique d'entrée dans le dépistage de comorbidités chez les patients hospitalisés en psychiatrie. L'Encéphale. janv 2008;34(1):61-5.

56. Rihmer Z. Suicide risk in mood disorders: Current Opinion in Psychiatry. janv 2007;20(1):17-22.

57. Declercq T, Callens J, Cloetens H, De Lepeleire J, Habraken H, Ameele HVD. Recommandation de Bonne Pratique: La dépression chez l'adulte [Internet]. Société Scientifique de Médecine Générale (SSMG). Disponible sur: https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/dep-ression_fr.pdf

58. Kennedy SH, Lam RW, McIntyre RS, Tourjman SV, Bhat V, Blier P, et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2016 Clinical Guidelines for the Management of Adults with Major Depressive Disorder: Section 3. Pharmacological Treatments. *Can J Psychiatry*. sept 2016;61(9):540-60.

59. Parikh SV, Quilty LC, Ravitz P, Rosenbluth M, Pavlova B, Grigoriadis S, et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2016 Clinical Guidelines for the Management of Adults with Major Depressive Disorder: Section 2. Psychological Treatments. *Can J Psychiatry*. sept 2016;61(9):524-39.

60. Ravindran AV, Balneaves LG, Faulkner G, Ortiz A, McIntosh D, Morehouse RL, et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2016 Clinical Guidelines for the Management of Adults with Major Depressive Disorder: Section 5. Complementary and Alternative Medicine Treatments. *FOC*. janv 2018;16(1):85-94.

61. Milev RV, Giacobbe P, Kennedy SH, Blumberger DM, Daskalakis ZJ, Downar J, et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2016 Clinical Guidelines for the Management of Adults with Major Depressive Disorder: Section 4. Neurostimulation Treatments. *Can J Psychiatry*. sept 2016;61(9):561-75.

62. Psycho-thérapie de la dépression en médecine de premier recours. *Swiss Arch Neurol Psychiatr Psychother*. 10 août 2016;167(05):147-54.

63. Linde K, Sigterman K, Kriston L, Rucker G, Jamil S, Meissner K, et al. Effectiveness of Psychological Treatments for Depressive Disorders in Primary Care: Systematic Review and Meta-Analysis. *The Annals of Family Medicine*. 1 janv 2015;13(1):56-68.

64. Cuijpers P, van Straten A, van Schaik A, Andersson G. Psychological treatment of depression in primary care: a meta-analysis. *Br J Gen Pract*. 1 févr 2009;59(559):e51-60.

65. Ijaz S, Davies P, Williams CJ, Kessler D, Lewis G, Wiles N. Psychological therapies for treatment-resistant depression in adults. Cochrane Common Mental Disorders Group, éditeur. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. 15 mai 2018 [cité 4 juill 2020]; Disponible sur: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD010558.pub2>

66. Cipriani A, Furukawa TA, Salanti G, Chaimani A, Atkinson LZ, Ogawa Y, et al. Comparative efficacy and acceptability of 21 antidepressant drugs for the acute treatment of adults with major depressive disorder: a systematic review and network meta-analysis. *The Lancet*. avr 2018;391(10128):1357-66.
67. Nelson JC, Papakostas GI. Atypical Antipsychotic Augmentation in Major Depressive Disorder: A Meta-Analysis of Placebo-Controlled Randomized Trials. *Am J Psychiatry*. 2009;(6):12.
68. Komossa K, Depping AM, Gaudchau A, Kissling W, Leucht S. Second-generation antipsychotics for major depressive disorder and dysthymia. *Cochrane Common Mental Disorders Group*, éditeur. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. 8 déc 2010. Disponible sur: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD008121.pub2>
69. Orberle L, Broers B. La depression [Internet]. Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG); Disponible sur: https://www.hug.ch/sites/interhug/files/structures/medecine_de_premier_recours/Strategies/strategie_depression.pdf
70. Ouertani A, Lahmar E, Innaoui R, Jomli R, Nacef F. Potentialisation des antidépresseurs par le lithium dans la dépression unipolaire.
71. TERCIAN [Internet]. Haute Autorité de Santé. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1344395/fr/tercian
72. Synthèse élaborée collectivement par la Rédaction. Pour mieux soigner, des médicaments à écarter : bilan 2020. *La Revue Prescrire*. déc 2019;39(434):931-42.
73. XEROQUEL [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 20 juill 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1065592/fr/xeroquel.
74. Golden RN, Gaynes BN, Ekstrom RD, Hamer RM, Jacobsen FM, Suppes T, et al. The Efficacy of Light Therapy in the Treatment of Mood Disorders: A Review and Meta-Analysis of the Evidence. *AJP*. avr 2005;162(4):656-62.

75. Lefaucheur J-P, André-Obadia N, Poulet E, Devanne H, Haffen E, Londero A, et al. Recommandations françaises sur l'utilisation de la stimulation magnétique transcrânienne répétitive (rTMS) : règles de sécurité et indications thérapeutiques. *Neurophysiologie Clinique/Clinical Neurophysiology*. déc 2011;41(5-6):221-95.

76. Bouet P. Atlas de la démographie médicale en France - Situation au 1er Janvier 2018 [Internet]. Conseil National de l'Ordre des Médecins; [cité 20 juill 2020]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/externalpackage/analyse_etude/hb1htw/cnom_atlas_2018_0.pdf

77. DRUAIS P-L, OUAZANA A. La dépression en Médecine Générale, La psychothérapie de soutien : une approche spécifique [Internet]. Collège de la Médecine Générale; [cité 20 juill 2020]. Disponible sur: <https://lecmg.fr/wp-content/uploads/2019/02/La-de%CC%81pression-en-MG-2017.pdf>

78. Formalités réglementaires 2020 en recherche en santé [Internet]. [cité 26 juin 2020]. Disponible sur <https://sondages.unistra.fr/limesurvey/index.php/262984?lang=fr> .

79. Mulango ID, Atashili J, Gaynes BN, Njim T. Knowledge, attitudes and practices regarding depression among primary health care providers in Fako division, Cameroon. *BMC Psychiatry*. déc 2018;18(1):66.

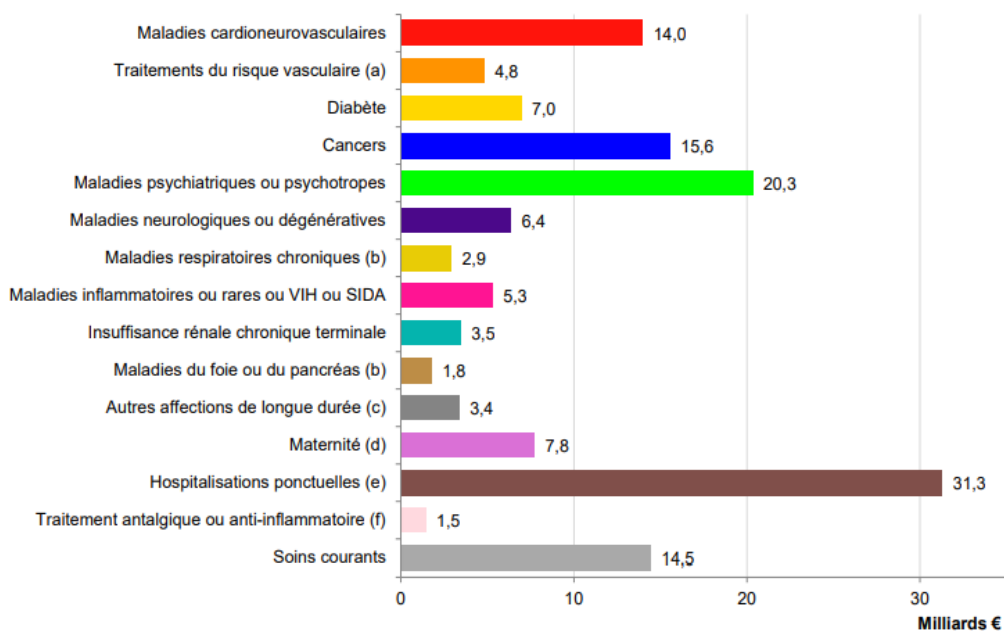
80. Mbatia J, Shah A, Jenkins R. Knowledge, attitudes and practice pertaining to depression among primary health care workers in Tanzania. *Int J Ment Health Syst*. 2009;3(1):5.

81. Depression in primary care_ the knowledge, attitudes and practice of general practitioners in Benin City, Nigeria

VII. Annexes

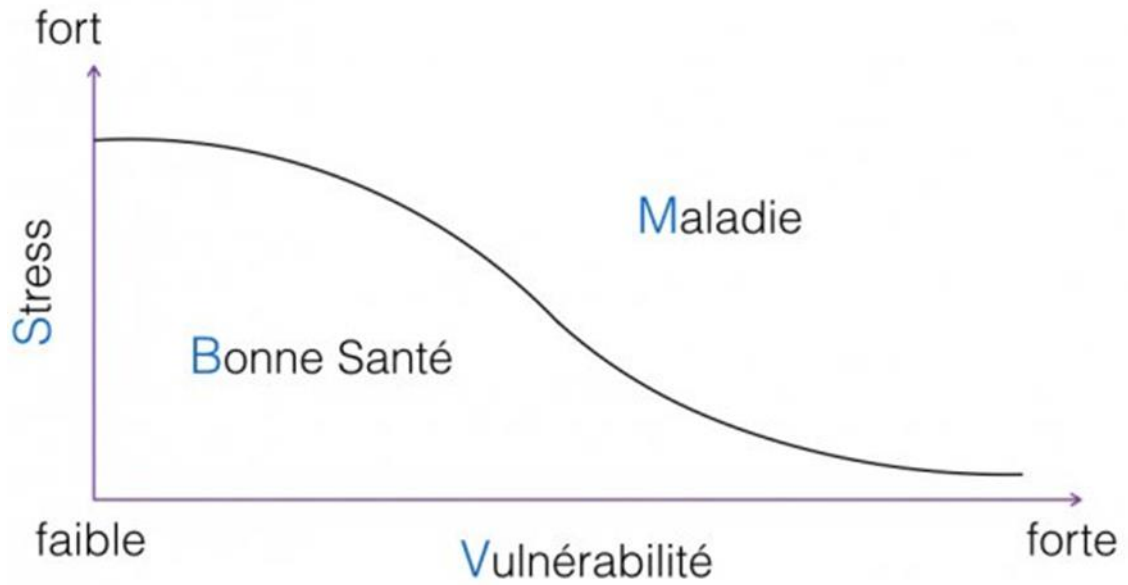
1. Annexe 1 : Dépense de l'assurance maladie en 2017

Affectation des dépenses de santé par pathologies, traitements, hospitalisations En milliard d'euros - Régime général (soit près de 9 assurés sur 10)



2. Annexe 2 : Modèle stress-vulnérabilité.

Modèle de Vulnérabilité-Stress (Zubin & Spring, 1977)



Model of Stress/Adversity Vulnerability, Zubin & Spring, 1977

3. Annexe 3 : Psychothérapie usuelle recommandée par la HAS

Les thérapies cognitivo-comportementales

Les thérapies comportementales et cognitives sont des prises en charge de la souffrance psychique *via* une méthode appliquée au cas particulier d'une personne. Elles ont l'avantage de proposer une modélisation du fonctionnement humain basée sur les théories de l'apprentissage. Ainsi, le postulat de base des TCC considère un comportement inadapté comme la résultante d'apprentissages liés à des expériences antérieures survenues dans des situations similaires, puis maintenus par les contingences de l'environnement. La thérapie visera donc, par un nouvel apprentissage, à remplacer le comportement inadapté par un comportement plus adapté correspondant à ce que souhaite le patient. Sur le plan cognitif, les TCC cherchent à repérer les pensées inadaptées face aux situations, à identifier les schémas cognitifs profonds et à les remettre en question. La durée d'une TCC individuelle varie entre 16 et 20 séances réparties sur une période de 3 ou 4 mois. Pour les patients ayant une dépression d'intensité modérée à sévère, deux séances par semaine pour les 2 à 3 premières semaines de traitement sont à envisager. Pour tous les patients ayant un épisode dépressif caractérisé, les sessions de suivi d'une TCC individuelle consistent en trois à quatre séances réparties sur une période de 3 à 6 mois. Un traitement antidépresseur doit être envisagé chez les patients qui ont une réponse insuffisante après 12 à 16 semaines.

Les psychothérapies psychodynamiques ou d'inspiration analytique

La psychanalyse a pour but de faire revenir au niveau conscient chez le patient, par la parole, les conflits et traumatismes enfouis dans l'inconscient à l'origine de troubles psychiques actuels, conditionnant l'équilibre psychique et le plaisir ou la difficulté à vivre. Le psychisme humain fonctionne sur la base des conflits liés au développement de la personne, ces événements laissant des traces profondes, en partie inconscientes. Au cours des psychothérapies psychodynamiques, l'analyste intervient généralement plus, en aidant la personne à parler et à analyser les situations traumatiques du passé ou de ses difficultés relationnelles, et à diminuer les tensions psychiques et l'angoisse. La durée d'une psychothérapie psychodynamique de court terme est d'environ 16 à 20 séances réparties sur 4 à 6 mois.

Les thérapies systémiques

La thérapie systémique vise à identifier le contexte personnel, familial, social, professionnel, qui a vu l'émergence d'un épisode dépressif comme attitude permettant de montrer la difficulté du patient dans la gestion d'une situation problématique (homéostasie du système qui oblige le patient à exprimer son malaise par une réaction dépressive). Trouver un nouvel équilibre par des changements du système aidera le patient à opérer les changements personnels qui l'aideront à s'améliorer.

La psychothérapie interpersonnelle

La psychothérapie interpersonnelle se concentre sur les interactions et les modalités relationnelles du patient qui se trouve dans un contexte social et interpersonnel particulier (conflits interpersonnels, deuils, déficits interpersonnels, changement de statut social), en l'amenant à comprendre le lien de ce contexte avec la dépression. Épisode dépressif caractérisé de l'adulte : prise en charge de soins en premier recours La durée d'une psychothérapie interpersonnelle varie entre 12 et 20 séances réparties sur une période de 3 ou 4 mois. L'évaluation de la réponse des patients à la psychothérapie interpersonnelle nécessite un suivi régulier, dont un suivi hebdomadaire durant les 4 premières semaines, puis selon les symptômes du patient. Dans le cas d'un épisode dépressif sévère, il faut envisager deux séances par semaine pendant les 2 à 3 premières semaines de traitement

4. Annexe 4 : Les différentes classe d'antidépresseur extrait du Référenciel de Psychiatrie du CNUP

Classe	Molécules	Classification clinique	Classification pharmacologique
Imipraminiques	Amitriptyline	Sédatifs	Non spécifique 5HT/NA
	Doxépine		
	Maprotiline		Spécifique noradrénergique
	Imipramine	Intermédiaires	Non spécifique 5HT/NA
	Clomipramine		
ISRS	Citalopram	Intermédiaires	Spécifique sérotoninergique
	Escitalopram		
	Fluvoxamine		
	Paroxétine		
	Sertraline		
	Fluoxétine	Stimulants	
IRSN	Milnacipran	Intermédiaires	Non spécifique 5HT/NA
	Venlafaxine		
	Duloxétine		
IMAO	IMAO non sélectif : Iproniazide	Désinhibiteurs	Non spécifiques : Dopamine, NA, 5HT...
	IMAO sélectif A : Moclobémide		
Autres	Tianeptine	Intermédiaire	Glutamatergique
	Miansérine	Sédatifs	Non spécifique 5HT=NA
	Mirtazapine		
	Agomélatine	Intermédiaire	Antagonisme sérotoninergique et Agoniste Mélatoninergique

5. Annexe 5 : Contrôle clinico-biologique à réaliser dans le cadre d'un traitement par neuroleptique

	Avant le traitement	1 mois après le début du traitement	3 mois après le début du traitement	Trimestriellement	Annuellement	Tous les 5 ans
Poids et IMC	X	X	X	X		
Périmètre ombilical	X					
Glycémie à jeun	X		X		X	
Bilan lipidique	X		X			X
Pression artérielle	X		X		X	

6. Annexe 6 : Questionnaire

Questionnaire destiné aux internes de médecine générale de Lille explorant leurs perceptions et leurs connaissances concernant la prise en charge de patients souffrant d'un épisode dépressif caractérisé. Réponse par oui/non

1/ En quel semestre êtes-vous ?

2/ Considérez-vous l'épisode dépressif caractérisé comme un problème de santé publique ?

3/ Pensez-vous que l'épisode dépressif caractérisé affecte plus les personnes d'un groupe d'âge particulier ?

4/ Pensez-vous que l'épisode dépressif caractérisé affecte plus un sexe en particulier ?

5/ Diriez-vous que l'épisode dépressif caractérisé est une pathologie grave pouvant mener au décès du patient ?

6/ Connaissez-vous un outil utilisé pour évaluer les patients souffrant d'un épisode dépressif caractérisé ? Si la réponse est oui, veuillez spécifier l'outil ?

7/ Pour ceux ayant répondu oui à la question précédente, quel outil connaissez-vous pour l'évaluation de l'épisode dépressif caractérisé ? Sinon, passez cette question.

8/ Pensez-vous que le risque suicidaire doit être évalué chez tous les patients présentant un épisode dépressif caractérisé, qu'il soit léger ou grave, réactionnel ou spontané ?

9/ Connaissez-vous les mécanismes physiopathologiques sous tendant l'épisode dépressif caractérisé ?

10/ Pensez-vous que les patients souffrant d'un épisode dépressif caractérisé ont tendance à être discriminés dans la société ?

11/ Vous sentez vous à l'aise face aux patients souffrant d'un épisode dépressif caractérisé et trouvez-vous ça facilement gérable en cabinet de médecine générale ?

12/ Trouvez-vous gratifiant le fait de passer du temps à soigner des patients souffrant d'un épisode dépressif caractérisé ?

13/ Trouvez-vous que travailler avec des patients souffrant d'un épisode dépressif caractérisé est difficile ou fastidieux ou appréhendez-vous parfois leur prise en charge ?

14/ Pensez-vous avoir reçu une formation suffisante tout au long de votre cursus de troisième cycle concernant la prise en charge d'un épisode dépressif caractérisé en cabinet de médecine générale ?

15/ Connaissez-vous la prise en charge exact d'un épisode dépressif caractérisé en première intention ?

16/ En médecine générale, diriez-vous que les seules options thérapeutiques disponibles pour la prise en charge d'un épisode dépressif caractérisé sont les antidépresseurs et les psychothérapies ?

17/ Connaissez-vous les alternatives thérapeutiques disponibles pour la prise en charge d'un épisode dépressif caractérisé n'ayant pas ou insuffisamment répondu aux thérapeutiques de première ligne ?

18/ Pensez-vous qu'il reste plusieurs stratégies de prise en charge à proposer aux patients déprimés qui ne réagissent pas à ce que font les médecins généralistes ?

19/ Pensez-vous qu'une prise en charge psychothérapeutique doit être proposée à tous les patients présentant un épisode dépressif caractérisé, quelle que soit sa gravité ?

20/ Diriez-vous que la psychothérapie pour les patients souffrant d'un épisode dépressif caractérisé doit toujours être confiée à un spécialiste ?

21/ Pensez-vous que certains épisodes dépressifs caractérisés peuvent bénéficier d'une prise en charge uniquement psychothérapeutique ?

22/ Est-ce que, selon vous, les antidépresseurs seuls produisent généralement un résultat satisfaisant dans le traitement des patients souffrant d'un épisode dépressif caractérisé en médecine générale ?

23/ Pensez-vous que le délai de réponse aux traitements pharmacologiques est de 4 à 8 semaines ?

24/ Est-ce que, selon vous, les traitements de première intention pour un épisode dépressif caractérisé peuvent être des ISRS ?

25/ Est-ce que, selon vous, les traitements de première intention pour un épisode dépressif caractérisé peuvent être les thymorégulateurs ?

26/ Est-ce que, selon vous, les traitements de première intention pour un épisode dépressif caractérisé peuvent être les tricycliques ?

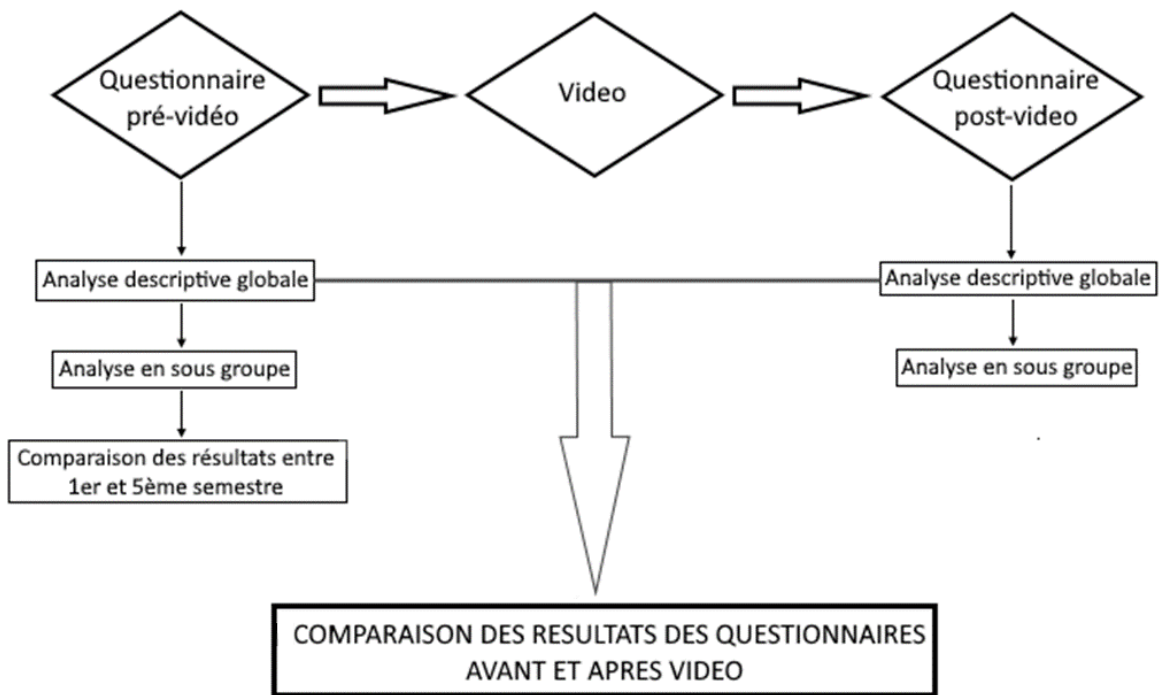
27/ Est-il possible, selon vous, d'associer plusieurs anti-dépresseurs en cas d'échec du traitement de première ligne ?

28/ Pensez-vous que, dans certaines situations, les neuroleptiques peuvent faire partie de l'arsenal thérapeutique dans la prise en charge de l'épisode dépressif caractérisé par le médecin généraliste ?

29/ Pensez-vous que l'épisode dépressif caractérisé résistant à deux lignes de traitement peut être géré en cabinet de médecine générale ?

30/ Pensez-vous qu'un traitement antidépresseur ayant été efficace dans un premier épisode dépressif caractérisé ne doit jamais être arrêté ?

7. Annexe 7 : Flow Chart du déroulé de l'étude



AUTEUR : Nom : DI GIORGIO

Prénom : BRYAN

Date de soutenance : 15/10/2020

Titre de la thèse : Connaissances et perceptions des internes de médecine générale de Lille concernant la prise en charge des patients atteints d'un épisode dépressif caractérisé

Thèse - Médecine - Lille « 2020 »

Cadre de classement : *Psychiatrie*

DES + spécialité : *Médecine générale*

Mots-clés : Episode dépressif caractérisé, interne de médecine générale.

Résumé : *L'épisode dépressif caractérisé une pathologie courante dans la population générale et peut avoir des conséquences importantes autant sur le plan personnel – avec une dégradation majeure de la qualité de la vie – que sur le plan sociétal – avec un cout important à supporter par la collectivité.*

Les médecins généralistes, acteurs principaux des soins primaires, sont très souvent les premiers professionnels consultés en cas d'épisode dépressif caractérisé. Ainsi, la qualité de leur prise en charge initiale – qui repose sur leurs perceptions et connaissances de cette pathologie – peut avoir un impact sur l'évolution globale de la maladie. De nombreux médecins généralistes bénéficient de leurs années d'expériences et d'auto-formation permanente mais qu'en est-il des internes de médecine générale qui n'ont comme seule ressource leur formation universitaire ? C'est chez cette population, qui constitue les jeunes médecins généralistes de demain, que nous avons évalué leur connaissances et perceptions concernant la prise en charge des patients souffrants d'un épisodes dépressif caractérisé.

Composition du Jury :

Président : Professeur Olivier COTTENCIN

Assesseurs : Professeur Denis DELEPLANQUE, Docteur Ali AMAD, Docteur Anita TILLY

Directeur de thèse : Docteur Arnaud LEROY