

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE
ROUEN

ANNEE 2014

THESE POUR LE
DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

Par

Mr Mohamad HAMADÉ

Née le 21 février 1984 à Beyrouth

Présentée et soutenue publiquement le 07/11/2014

LA DEPRESSION EN SOINS PRIMAIRES
(À partir de l'étude ECOGEN)

Président du jury
Directeur de thèse

Monsieur le Professeur CZERNICHOW
Monsieur le Docteur Jean-François SIGWALT

DOYEN : Professeur Pierre FREGER

ASSESSEURS : Professeur Michel GUERBET

Professeur Benoit VEBER

Professeur Pascal JOLY

Professeur Bernard PROUST

DOYENS HONORAIRES :

Professeurs J. BORDE - Ph. LAURET - H. PIGUET-
C.THUILLEZ

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. M-P.AUGUSTIN - J.ANDRIEU-GUITRANCOURT -
M.BENOZIO - J.BORDE - Ph.BRASSEUR - R.COLIN -
E.COMOY - J.DALION - P.DESHAYES - C.FESSARD- J.P
FILLASTRE - P.FRIGOT - J.GARNIER - J.HEMET -
B.HILLEMAND - G. HUMBERT - J.M.JOUANY - R.
LAUMONIER - Ph.LAURET- M.LE FUR - J.P.
LEMERCIER - J.P LEMOINE- Mlle MAGARD - MM.
B.MAITROT - M.MAISONNET - F.MATRAY -
P.MITROFANOFF - Mme A. M. ORECCHIONI - P.
PASQUIS - H.PIGUET - M.SAMSON – Mme SAMSON-
DOLLFUS – J.C. SCHRUB- R.SOYER - B.TARDIF -
TESTART-J.M. THOMINE - C.THUILLEZ - P.TRON -
C.WINCKLER - L.M.WOLF

I - MEDECINE

PROFESSEURS

M. Frédéric ANSELME	HCN	Cardiologie
M. Bruno BACHY	HCN	Chirurgie pédiatrique
M. Fabrice BAUER	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya BEKRI moléculaire	HCN	Biochimie et Biologie

M. Jacques BENICHOU médicale 3	HCN	Biostatistiques et informatique
M. Eric BERCOFF	HB	Médecine interne (gériatrie)
M. Jean-Paul BESSOU	HCN	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme Françoise BEURET-BLANQUART	CR MPR	Médecine physique et de réadaptation
M. Guy BONMARCHAND	HCN	Réanimation médicale
M. Olivier BOYER	UFR	Immunologie
M. Jean-François CAILLARD	HCN	Médecine et santé au Travail
M. François CARON tropicales	HCN	Maladies infectieuses et
M. Philippe CHASSAGNE	HB	Médecine interne (Gériatrie)
M. Alain CRIBIER	HCN	Cardiologie
M. Antoine CUVELIER	HB	Pneumologie
M. Pierre CZERNICHOW santé	HCH	Epidémiologie, économie de la
M. Jean - Nicolas DACHER Médicale	HCN	Radiologie et Imagerie
M. Stéphan DARMONI Médicale/Techniques de communication	HCN	Informatique
M. Pierre DECHELOTTE	HCN	Nutrition
Mme Danièle DEHESDIN	HCN	Oto-Rhino-Laryngologie
M. Philippe DENIS	HCN	Physiologie
M. Jean DOUCET Interne - Gériatrie	HB	Thérapeutique/Médecine -
M. Bernard DUBRAY	CB	Radiothérapie
M. Philippe DUCROTTE	HCN	Hépatogastro-entérologie
M. Frank DUJARDIN Traumatologique	HCN	Chirurgie Orthopédique -

Mme Nathalie RIVES développement et de la reproduction	HCN	Biologie et médecine du
M. Jean-Christophe RICHARD Médecine d'urgence	HCN	Réanimation Médicale,
M. Horace ROMAN	HCN	Gynéco-Obstétrique
M. Jean-Christophe SABOURIN	HCN	Anatomie – Pathologie
M. guillaume SAVOYE	HCN	Hépatogastro-entérologue
M. Michel SCOTTE	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne TAMION	HCN	Thérapeutique
Mlle Florence THIBAUT	HCN	Psychiatrie d'adultes
M. Luc THIBERVILLE	HCN	Pneumologie
M. Christian THUILLEZ	HB	Pharmacologie 6
M. Hervé TILLY	CB	Hématologie et transfusion
M. François TRON	UFR	Immunologie
M. Jean-Jacques TUECH	HCN	Chirurgie digestive
M. Jean-Pierre VANNIER	HCN	Pédiatrie génétique
M. Benoît WEBER chirurgicale	HCN	Anesthésiologie Réanimation
M. Pierre VERA l'image	C.B	Biophysique et traitement de
M. Eric VERSPYCK	HCN	Gynécologie obstétrique
M. Olivier VITTECOQ	HB	Rhumatologie
M. Jacques WEBER	HCN	Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES

Mme Noëlle BARBIER-FREBOURG	HCN	Bactériologie – Virologie
M. Jeremy BELLIN	HCN	Pharmacologie
Mme Carole BRASSE LAGNEL	HCN	Biochimie

M. Gérard BUCHONNET	HCN	Hématologie
Mme Mireille CASTANET	HCN	Pédiatrie
Mme Nathalie CHASTAN	HCN	Physiologie
Mme Sophie CLAEYSSENS moléculaire	UFR	Biochimie et biologie
M. Moïse COEFFIER	HCN	Nutrition
M. Vincent COMPERE réanimation chirurgicale	HCN	Anesthésiologie et
M. Manuel ETIENNE tropicales	HCN	Maladies infectieuses et
M. Guillaume GOURCEROL	HCN	Physiologie
Mme Catherine HAAS-HUBSCHER Réanimation chirurgicale	HCN	Anesthésie -
M. Serge JACQUOT	UFR	Immunologie
M. Joël LADNER économie de la santé	HCN	Epidémiologie,
M. Jean-Baptiste LATOUCHE	UFR	Biologie Cellulaire 7
Mme Lucie MARECHAL-GUYANT	HCN	Neurologie
M. Jean-François MENARD	HCN	Biophysique
Mme Muriel QUILLARD moléculaire	HCN	Biochimie et Biologie
M. Vincent RICHARD	UFR	Pharmacologie
Mme Pascale SAUGIER-VEBER	HCN	Génétique
Mme Anne-Claire TOBENAS-DUJARDIN	HCN	Anatomie
M. Eric VERIN	HCN	Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES A MI-TEMPS

M. Thierry LEQUERRE	HB	Rhumatologie
M. Fabien DOGUET cardiovasculaire	HCN	Chirurgie thoracique et

PROFESSEUR AGREGÉ OU CERTIFIÉ

Mme Dominique LANIEZ	UFR	Anglais
Mme Michèle GUIGOT Techniques d'expression	UFR	Sciences humaines -

II - PHARMACIE

PROFESSEURS

M. Thierry BESSON	Chimie Thérapeutique
M. Jean-Jacques BONNET	Pharmacologie
M. Roland CAPRON	Biophysique
M. Jean COSTENTIN	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
M. Loïc FAVENNEC	Parasitologie 8
M. Jean Pierre GOULLE	Toxicologie
M. Michel GUERBET	Toxicologie
M. Olivier LAFONT	Chimie organique
Mme Isabelle LEROUX	Neurophysiologie
M. Jean-Louis PONS	Microbiologie
Mme Elisabeth SEGUIN	Pharmacognosie
M. Marc VASSE	Hématologie
M Jean-Marie VAUGEOIS	Pharmacologie
M. Philippe VERITE	Chimie analytique

MAITRES DE CONFERENCES

Mlle Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
Mme Dominique BOUCHER	Pharmacologie
M. Frédéric BOUNOURE	Pharmacie Galénique
Mme Martine PESTEL-CARON	Microbiologie
M. Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
M. Jean CHASTANG	Biomathématiques
Mme Marie Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation pharmaceutique et économie de la santé
Mme Elizabeth CHOSSON	Botanique
Mlle Cécile CORBIERE	Biochimie
M. Eric DITTMAR	Biophysique
Mme Nathalie DOURMAP	Pharmacologie
Mlle Isabelle DUBUC	Pharmacologie
Mme Roseline DUCLOS	Pharmacie Galénique
M. Abdelhakim ELOMRI	Pharmacognosie
M. François ESTOUR	Chimie Organique
M. Gilles GARGALA	Parasitologie
Mme Najla GHARBI	Chimie analytique
Mlle Marie-Laure GROULT	Botanique
M. Hervé HUE	Biophysique et Mathématiques
Mme Hong LU	Biologie
Mme Sabine MENAGER	Chimie organique
Mme Christelle MONTEIL	Toxicologie
M. Paul MULDER	Sciences du médicament

M. Mohamed SKIBA	Pharmacie Galénique
Mme Malika SKIBA	Pharmacie Galénique
Mme Christine THARASSE	Chimie thérapeutique
M. Rémi VARIN	Pharmacie Hospitalière
M. Frédéric ZIEGLER	Biochimie

PROFESSEUR ASSOCIE

Mme Sandrine PANCHOU	Pharmacie Officinale
----------------------	----------------------

PROFESSEUR AGREGE OU CERTIFIE

Mme Anne-Marie ANZELLOTTI	Anglais
---------------------------	---------

ATTACHES TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

M. Bérénice COQUEREL	Chimie analytique
M. Johann PELTIER	Microbiologie 10

III - MEDECINE GENERALE

PROFESSEURS

M. Jean-Loup HERMIL

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS :

M. Pierre FAINSLBER	UFR	Médecine générale
M. Alain MERCIER	UFR	Médecine générale
M. Philippe NGUYEN THANH	UFR	Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS :

M. Emmanuel LEFEBVRE	UFR	Médecine générale
Mme. Elisabeth MAUVIARD	UFR	Médecine générale
Mme. Marie Thérèse THUEUX	UFR	Médecine générale

CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS :

Mme Véronique DELAFONTAINE

HCN - Hôpital Charles Nicolle HB – Hôpital de BOIS GUILLAUME CB - Centre
HENRI BECQUEREL CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray CRMPR -
Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation

LISTE DES RESPONSABLES DE DISCIPLINE

Mlle Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
M. Thierry BESSON	Chimie thérapeutique
M. Roland CAPRON	Biophysique
M Jean CHASTANG	Mathématiques
Mme Marie-Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation, Economie de la Santé 11
Mlle Elisabeth CHOSSON	Botanique
M. Jean COSTENTIN	Pharmacodynamie
Mme Isabelle BUBUS	Biochimie
M. Loïc FAVENNEC	Parasitologie
M. Michel GUERBET	Toxicologie
M. Olivier LAFONT	Chimie organique
Mme Isabelle LEROUX-NICOLLET	Physiologie
M. Jean-Louis PONS	Microbiologie
Mme Elisabeth SEGUIN	Pharmacognosie
M. Mohamed SKIBA	Pharmacie Galénique

M. Marc VASSE	Hématologie
M. Philippe VERITE	Chimie analytique

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

MAITRES DE CONFERENCE

M. Sahil ADRIOUCH	Biochimie et biologie moléculaire
Mme Gaëlle BOUGEARD-DENOYELLE	Biochimie et biologie moléculaire
M. Antoine OUVRARD-PASCAUD	Physiologie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

M. Marion TOSI	Biochimie et biologie moléculaire
M. Serguei FETISSOV	Physiologie
Mme Su RUAN	

HCN : Hôpital Charles-Nicolle

HB : Hôpital de Bois-Guillaume

CB : Centre Henry Becquerel

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

REMERCIEMENTS

Aux membres de l'étude ECOGEN,

Monsieur le Professeur Alain MERCIER, Professeur des Universités de Médecine Générale à la Faculté de Rouen, CNGE-Recherche. Je vous remercie de m'avoir proposé de participer au projet de recherche ECOGEN. Soyez assuré de mon entière reconnaissance.

Tous les internes de l'étude ECOGEN et les médecins généralistes de l'étude ECOGEN,
Merci pour votre investissement.

Au Président de thèse,

Monsieur le Professeur Pierre CZERNICHOW, Professeur de Santé Publique et d'Epidémiologie à la Faculté de Médecine de Rouen.

Je vous remercie de l'honneur que vous me faites en acceptant la présidence de ce jury. Je vous remercie sincèrement pour votre disponibilité et pour l'intérêt que vous avez porté à mon travail. Soyez assuré de mon plus profond respect.

Aux membres du Jury,

Madame le Professeur Priscille GERARDIN, Professeur de Psychiatrie à la Faculté de Médecine de Rouen. Vous me faites l'honneur d'accepter de juger ce travail. Veuillez agréer l'expression de ma plus respectueuse considération.

Monsieur le Professeur Jean-François GEHANNO, Professeur de Santé au Travail à la Faculté de Médecine de Rouen, Je suis honoré de vous compter parmi mes jurés. Je vous prie de retrouver ici l'expression de ma plus profonde gratitude.

A mon directeur de thèse,

Monsieur le Docteur Jean-François SIGWALT, Médecin Généraliste et Maître de stage universitaire, Membre enseignant du département de médecine générale de la Faculté de Rouen. Je vous remercie de m'avoir fait confiance et de m'avoir fait l'honneur de diriger cette thèse. Vos conseils, votre disponibilité et votre encadrement m'ont été d'une aide inestimable. Je vous prie de trouver ici l'expression de mes sincères et chaleureux remerciements.

A mes amis proches,

Merci à *Lilian* pour ton soutien et ta présence aux différents moments du chemin difficile qu'est la médecine en France.

Merci à *Emmanuelle et sa famille* pour toutes ses années d'amitié.

Merci à *Wassef et Hamidos* pour votre amitié simple, fidèle et loyale.

Merci à mon très cher ami *Hadi* et mon co-explorateur des îles africaines !

Merci à mes amis au Liban, *Mohamad Nasser* et *Mouhanad*.

Merci à mes amis de la faculté de Rouen, *Guillaume, Hakim, Anna-Maria, Khannacard* et *Mohamed Boukrit*.

Merci à *Joumana* pour les statistiques.

Merci à mes chers amis *Ayman Chehimi, Amine Ainseba* et *Ali Tarhini* et leurs familles.

Merci à tous mes amis.

A ma famille,

Merci à mes parents, mes sœurs et mon frère. Les mots ne pourront pas exprimer l'amour et les sentiments de gratitude que j'ai envers vous.

SERMENT D'HIPPOCRATE

"Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque".

**LA DEPRESSION EN SOINS PRIMAIRES
(A partir de l'étude ECOGEN)**

TABLE DES MATIERES

Abréviations.....	18
INTRODUCTION	20
MATERIELS ET METHODES.....	23
1. L'étude ECOGEN.....	23
1.1. Présentation de l'étude.....	23
1.2. La CISP.....	24
1.3. Le recueil et la saisie des données	26
2. La Thèse	28
RESULTATS.....	30
1. Répartition des Résultats de consultations liées à la Dépression.....	30
2. Répartition des Motifs de consultation liées à la Dépression	32
2.1. Répartition globale des motifs de consultation	32
2.2. Répartition détaillée des motifs de consultation (Annexe 6)	33
2.3. Motifs de consultation des nouveaux cas de dépression	34
2.4. Motifs de consultations du sous-groupe : Tentative de suicide (P77).....	35
3. Répartition des Procédures des consultations liées à la dépression :.....	36
3.1. Description générale des procédures utilisées.....	36
3.2. Description détaillée des procédures les plus utilisées.....	38
3.3. Descriptions des procédures des consultations dont le résultat est Tentative de suicide (P77)	42
3.4. Les arrêts de travail.....	43
4. Répartition des résultats de consultations associés à la Dépression.....	44
4.1. Répartition globale des résultats de consultations associés à la Dépression	44
4.2. Répartition détaillée des résultats de consultations associés à la Dépression (Annexe 7)....	46
5. Analyse de la durée des consultations liées à la Dépression.....	47

6.	Caractéristiques de la population	48
6.1.	L'âge des patients	48
6.2.	Le sexe des patients	50
6.3.	Milieu d'exercice et dépression	51
6.4.	Caractéristiques socioprofessionnelles	52
DISCUSSION	54
1.	Dépression : le profil du patient.....	54
2.	Quelle forme de dépression ?	56
3.	Le travail du généraliste : le déroulement de la consultation.	57
4.	Limites et biais possibles.....	60
CONCLUSION	61
BIBLIOGRAPHIE	63
ANNEXES	66

Abréviations

AFSSAPS : Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies 10^e édition

CISP2 : Classification Internationale des Soins Primaires 2nde édition

CMU : Couverture Médicale Universelle

CNGE : Collège National des Généralistes Enseignants

CSP : Catégorie Socioprofessionnelle

HAS : Haute Autorité de Santé

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

MC : Motif de consultation

MSU : Maître de Stage Universitaire

OMS : Organisation Mondiale pour la Santé

RC : Résultat de consultation

WONCA: World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations
of General Practitioners / Family Physicians.

INTRODUCTION

La dépression est un problème de santé publique mondiale qui s'accroît au fur et à mesure du temps. En 1990, les rapports de l'organisation mondiale de la santé (OMS) estimaient qu'en 2020 la dépression devrait atteindre la deuxième place dans le classement des causes d'invalidité quel que soit l'âge (1). En 2004, les rapports de la même organisation classaient déjà la dépression au deuxième rang des causes d'invalidité et prévoyait qu'en 2030 elle en sera la première (2). En 2012, l'OMS estimait que 350 millions de personnes étaient touchées par la dépression à travers le monde et que la dépression était une cause principal d'invalidité à l'échelle mondiale (3).

En France, la prévalence vie-entière de la dépression est estimée à 21,1% alors qu'elle est à 9,9% en Allemagne (4) , 11 000 décès par suicides sont enregistrés chaque année (5).

Cette maladie, a non seulement des répercussions fonctionnelles personnelles (incapacité, handicap, suicide...), mais également des répercussions sociales importantes. Le nombre de jours pour congés maladies en rapport avec la dépression représente la moitié du nombre de jours rattachés aux maladies chroniques en Europe. (3) .

Une étude menée dans six pays européens dont la France sur des patients en soins primaires, admet que les patients souffrant de dépression majeure prenaient 4 fois plus de jours de congés maladies que les autres patients et consultaient leur médecin traitant 3 fois plus souvent que les autres patients. (6)

Les patients souffrant de dépression chronique sont donc des utilisateurs sollicitant plus souvent les acteurs de santé (7) et surtout en cas d'association à d'autres maladies chroniques (8).

Les implications économiques liées à la dépression sont importantes. Dans l'Union Européenne, 170 milliards d'euros par an sont dépensés pour les troubles de l'humeur, dont la dépression constitue la principale cause (3).

En France, 22,6 milliards d'euros sont dépensés pour la prise en charge directe des

pathologies psychiatriques, dont 27% pour la prise en charge des troubles dépressifs (9), les troubles mentaux se situant en deuxième rang dans la consommation de soins et de bien médicaux (10,6% des dépenses).

Les affections psychiatriques sont responsables de 28% des nouvelles mises en invalidité au régime général de la sécurité sociale, (première cause des mises en invalidité) (10). Ils engendrent ainsi 87 milliards d'euros de dépenses indirectes (perte de la qualité de vie et de la production) et le coût global des pathologies mentales est évalué à 109,2 milliards d'euros, ce qui avoisine, par comparaison, le tiers des recettes fiscales du budget de l'état français (11).

Les médecins généralistes sont les acteurs de santé sollicités comme premier recours des patients atteints de dépression (12,13). Ils initient plus des deux tiers des prescriptions d'antidépresseurs (14). Cependant, en cas de dépression, si 61% des patients ont recours à un médecin généraliste (15), seuls 38% des personnes touchées par la dépression consultaient en France en 2005 (16). De plus, ces patients qui consultent ne bénéficient pas d'une prise en charge adaptée, l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS) rapporte en 2006 que sur la proportion des patients souffrant de dépression et qui sont suivis en soins primaires, « seulement un quart se voit prescrire un traitement antidépresseur et parmi ces derniers la durée de traitement est le plus souvent insuffisante » (17).

Ces derniers constats dressés par l'AFSSAPS, se basent sur de nombreuses études réalisées en soins primaires (6,18–20) dont la dernière date de 1998.

Depuis cette date, certaines données épidémiologiques concernant la dépression en France ont évolué notamment en termes de taux de recours aux soins. Ainsi le taux des patients souffrant de dépression et qui sollicitent une prise en charge a augmenté de 38 à 61% selon les baromètres santé 2010 (21). Néanmoins le taux de prévalence de l'épisode dépressif reste stable (21,22).

Les médecins généralistes restent à priori les premiers acteurs sollicités et les enquêtes traduisent une difficulté persistante face à la prise en charge de la pathologie dépressive (23). Dans une étude décrivant la relation entre psychiatres et médecins généralistes dans la prise en charge des troubles mentaux en région parisienne, on notait que près de la moitié des

patients (nouveaux et anciens cas compris) consultaient au service d'accueil des urgences par difficulté d'accès aux soins.

Dans cette étude on pouvait retenir que 23% des patients suivis exclusivement par leur médecin traitant présentaient un trouble évoluant depuis plus de 3 ans et que pour 56,7% parmi eux, la prise en charge retardée par des médecins psychiatres pouvait correspondre à une perte de chance notable pour ces patients (24) .

Aussi, la recherche en soins primaires reste d'un grand intérêt devant les difficultés rencontrées par les médecins généralistes dans la prise en charge optimale de la dépression, devant les difficultés d'accès aux soins pour les patients qui en souffrent, et devant la prise en charge parfois mal adaptée de cette pathologie qui constitue un problème majeur de santé publique.

L'objectif de cette étude est de décrire les éléments de la consultation des patients atteints de dépression en soins primaires, en utilisant la Classification Internationale des Soins Primaires (CISP-2) de l'organisation mondiale des médecins de famille (WONCA).

MATERIELS ET METHODES

1. L'étude ECOGEN

1.1. Présentation de l'étude

ECOGEN (Eléments de COnsultation en médecine GENérale) est une étude Nationale, transversale, multicentrique réalisée sur une population de médecine générale.

Elle constitue le premier recueil de grande ampleur, réalisé jusqu'à présent en France, des données de consultation de médecine générale, en utilisant la Classification Internationale des Soins Primaires (CISP).

Ses objectifs sont la description :

1. Des motifs de consultation associés aux principaux problèmes de santé (résultats de consultations) rencontrés en médecine générale en France ;
2. Des procédures de soins associés à ces principaux problèmes de santé
3. De la durée des consultations, des caractéristiques liés au médecin et des caractéristiques liés aux patients.

L'étude s'est déroulée entre novembre 2011 et avril 2012, grâce au recueil effectué par 54 Internes en médecine générale en stage chez le praticien (stage de niveau 1) qui ont joué le rôle d'investigateurs cliniques. Ils étaient répartis sur 128 lieux de stage rattachés à 27 facultés de médecine de France.

recueillir les données de trois éléments de la consultation : les motifs (exprimés par le patient), les procédures de soins (réalisés ou programmés) et les diagnostics (élaborés par le médecin).

Nous avons utilisés la deuxième et dernière édition de cette classification : la CISP-2, qui est structurée en 17 chapitres, correspondant chacun à un appareil (organique, psychologique ou social).

Chaque chapitre est formé par 7 composants :

- symptômes et plaintes
- procédures diagnostiques et préventives
- procédures thérapeutiques et médications
- résultats de tests
- procédures administratives
- références et autres motifs de contact
- diagnostics et maladies

Le total constitue une classification avec environ 1400 rubriques, codées chacune par un code alphanumérique de trois caractères, dont une lettre qui spécifie l'appareil concerné et deux chiffres qui correspondent à la rubrique. Par exemple, si P est utilisé pour Psychologique (D pour Digestif...etc.) et -50 pour : « Médication/prescription », P50 est traduite alors comme : « prescription ou administration d'un traitement Psychotrope » (Annexe 1).

Cette méthode de codage, décrit de façon standardisée l'état clinique, la morbidité de certaines pathologies, et permet surtout d'évaluer les pratiques des médecins généralistes en ville.

1.3. Le recueil et la saisie des données

Chaque interne consacre une journée de stage par semaine (ou deux demi-journées) au recueil des données, journée où son rôle se cantonne uniquement au rôle d'observateur, et ceci pendant une durée de 5 mois, ce qui constitue 20 jours de recueil au total.

Pour chaque rencontre avec un patient et après l'accord de celui-ci, l'Interne note les éléments de la consultation en remplissant un questionnaire préétabli (Annexe 2).

Il renseigne plusieurs types de données :

- Données concernant le patient : Age, sexe, statut (ALD, CMU, AME, invalidité, AT, MP), étudiant ou non, catégorie socio-professionnelle, patient connu ou nouveau.
- Données objectives de la consultation : lieu de consultation (cabinet ou visite) ; la durée.
- Données concernant les trois composants de la consultation :
 - Les résultats de consultation (RC), en précisant le caractère nouveau ou déjà-connu de ce résultat, et la présence d'éléments concernant la iatrogénie éventuelle ; chaque consultation peut avoir jusqu'à dix résultats distincts.
 - Les motifs de consultation (MC) exprimés par le patient. A chaque RC peut correspondre plusieurs MC.
 - Les procédures de soins (P) spécifiques à chaque RC. Ces procédures peuvent être réalisées par le médecin lors de la consultation ou simplement programmées. De plus, pour chaque procédure, l'étudiant devait évaluer si cette procédure est transférable à un autre intervenant (secrétaire, infirmière, pharmacien, psychologue, autre...) et donner son avis sur les conditions de transférabilité. L'évaluation de la transférabilité étant personnelle, on a demandé aux maîtres de stage universitaire (MSU), de réaliser une contre-évaluation sur les questionnaires d'un jour donnée de recueil.

Un second questionnaire, regroupait des données concernant les MSU : l'âge, le sexe, le mode d'exercice, le milieu d'exercice (rural, semi-rural, urbain), le nombre annuel de consultation, la réception de la visite médicale.

L'ensemble de ces données est saisie en ligne par les étudiants sur un site internet dédié (Annexe 3). Ils utilisent les codes de la CISP-2 pour saisir les données des motifs de consultation, des procédures et des résultats de consultation. En cas de difficulté de recueil, les étudiants pouvaient poser leurs questions et échanger avec les experts via un forum internet spécialement dédié pour cette étude.

Chaque interne recevait un manuel « Traitement de l'information médicale par la CISP-2 », assorti d'un glossaire (préparé par le Comité International de la classification de la WONCA) utilisable en médecine générale, afin de l'aider au codage.

Pour juger de la qualité de la saisie, une double saisie est effectuée par chaque interne sur les questionnaires d'un jour donné (durant la semaine du 6 au 10 Février 2012).

Afin de juger de la qualité du codage des éléments de la consultation saisie, un enregistrement audio a été réalisé sur la 3ème consultation du 6 février 2012. Cet enregistrement a permis de mesurer la concordance entre les données relevées par un expert écoutant l'enregistrement et les données recueillies par l'étudiant investigateur. Un consentement écrit par le patient a été recueilli avant la réalisation de l'enregistrement (annexe 4).

A la fin de l'étude, l'ensemble des données saisies en ligne à l'issue de toutes ces consultations a fait l'objet d'une transcription dans un tableau Excel formant ainsi une base de données globale (Annexe 5), que chaque interne pouvait analyser pour son propre sujet de thèse d'exercice.

2. La Thèse

Nous avons analysé toutes les consultations de l'étude ECOGEN comportant au moins un code correspondant à la dépression.

Les codes retenus correspondaient aux résultats de consultation suivants :

- P77 :	Suicide/Tentative de suicide
- P76 :	Dépression
- P03 :	Sensation de dépression

Nous avons utilisé le logiciel SPSS pour les analyses statistiques.

Les tests utilisés étaient le test T de Student pour la comparaison des variables quantitatives et le test du Chi-2 pour la comparaison des variables qualitatives. Les calculs statistiques ont été réalisés avec l'aide d'une statisticienne professionnelle diplômée.

Les catégories socioprofessionnelles du questionnaire comportaient les classifications suivantes:

- Agriculteurs,
- Artisan/commerçant/chef d'entreprise,
- Cadres supérieurs et profession intellectuelle,
- Professions intermédiaires,
- Employés, ouvriers, retraités, et

- Sans activité professionnelle.

Lors du calcul des pourcentages, les catégories professionnelles ont été regroupées en trois groupes: favorisé, moyenne et défavorisé, selon la nomenclature des professions et des catégories socioprofessionnelles de l'INSEE 2003.

Nous avons calculé et comparé l'âge en prenant comme référence l'année 2012, avec 3 tranches d'âges : 6-17 ans, 18-74 ans, 75 ans et plus.

L'étude ne comportant aucun patient âgé de moins de 6 ans consultant pour dépression, le début de la première tranche d'âge a été fixé à 6 ans, afin de ne pas diminuer la puissance des tests statistiques de comparaison.

RESULTATS

1. Répartition des Résultats de consultations liées à la Dépression

20 781 patients avaient consulté sur la période de l'étude, 168 patients (0,8%) avaient refusé d'y participer, et ont donc été exclus.

Sur les 20 613 consultations incluses dans notre étude, 1 271 consultations avaient un résultat de consultation lié à la dépression, soit une prévalence sur 5 mois estimée à 6,17%, (IC 95% 5,84-6,5).

Les résultats de ces 1 271 consultations sont répartis de la manière suivante :

Résultat de consultation	Effectif	Pourcentage
Suicide ou tentative de suicide	6	0,47%
Sensation de dépression	51	4%
Dépression	1214	95,5%
Total	1271	100%

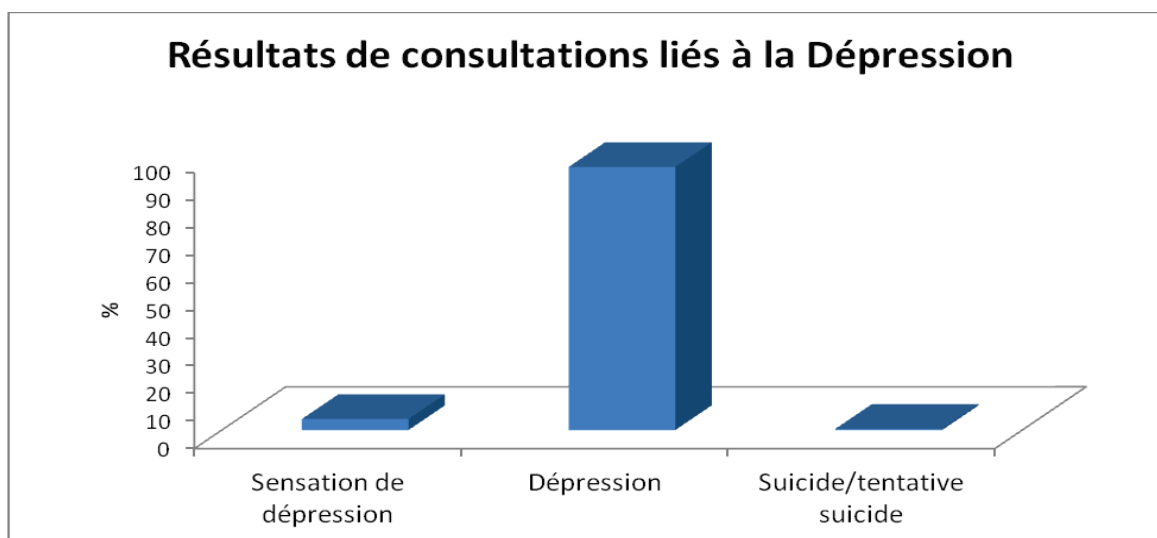


Figure 2. Répartition des résultats de consultation liés à la dépression.

Sur les 1 271 consultations du groupe dépression, 86.2% des résultats de consultations étaient déjà connus (soit 1095 cas anciens) ; et 13.8% étaient de nouveaux résultats (soit 176 nouveaux cas).

Cas	Effectif	Pourcentage
Ancien	1095	86,2%
Nouveau	176	13,8%
Total	1271	100,0%

Tableau 1.répartition des cas nouveaux/anciens.

Le taux d'incidence sur 5 mois était de 8,5 cas sur 1000 personnes.

L'incidence ramenée sur 12 mois était donc de 20,5 cas par 1000 personne-année.

2. Répartition des Motifs de consultation liées à la Dépression

2.1. Répartition globale des motifs de consultation

Dans l'ensemble des consultations liées à la dépression, 1605 motifs ont été dénombrés, soit en moyenne 1,26 motifs par consultation.

Pour 27 consultations il n'existait pas de motif renseigné, ces actes ont été exclus de l'analyse de cette moyenne.

La majorité des consultations avaient un motif psychologique (81,92%), les motifs sociaux et généraux représentaient respectivement 7,29% et 6,43% des cas, les autres motifs représentaient chacun une fréquence inférieure à 1 %.

Motif	Effectif	Pourcentage
Psychologique	1337	81,92%
Social	119	7,29%
Général	105	6,43%
Neurologique	13	0,80%
Métabolique, nutritionnel, endocrinien	12	0,74%
Système digestif	8	0,49%
Système génital féminin et sein	4	0,25%
Ostéo-articulaire	3	0,18%
Cardio-vasculaire	2	0,12%
Respiratoire	1	0,06%
Sang. Système hématop/Immunol.	1	0,06%
Non renseigné	27	1,65%
TOTAL	1632	100,00%

Tableau 2. Distribution globale des motifs de consultation selon les catégories.

2.2. Répartition détaillée des motifs de consultation (Annexe 6)

Parmi les motifs « psychologiques » de consultations, les plus représentés étaient :

- Médication/prescription/injection (36,46%)
- Rencontre de suivi (11,95%)
- sensation de dépression (8,27%)
- Dépression (5,76%)
- Perturbation du sommeil (4,04%).

Les « contacts administratifs » psychologiques représentaient 2,7% des motifs (44 cas), y compris 27 demandes concernant des arrêts de travail. La demande d'arrêt de travail ou de prolongation d'arrêt de travail correspondait à 1,65% des motifs de consultation.

Motifs psychologiques	Effectif	Pourcentage
Médication/prescription/injection	595	36,46%
Rencontre de suivi	195	11,95%
Sensation de dépression	135	8,27%
Dépression	94	5,76%
Perturbation du sommeil	66	4,04%
Contacts administratifs	44	2,7%

Tableau 3. Distribution des motifs psychologiques les plus fréquents.

Dans la catégorie des motifs sociaux, les problèmes de travail étaient les plus représentatifs avec 31 cas, soit 1,9% des motifs ; 13 cas correspondaient à des problèmes de relation avec un enfant et 12 cas correspondaient à des problèmes de relations entre partenaires, soit respectivement 0,8% et 0,74% des motifs.

Motifs sociaux	Effectif	Pourcentage
Problème lié au travail	31	1,9%
P. relation avec un enfant	13	0,8%
P. relation avec partenaire	12	0,74%

Tableau 4. Distribution des motifs sociaux les plus fréquents.

La Fatigue / Faiblesse générale, était le motif le plus fréquemment rencontré dans la catégorie des symptômes généraux avec 62 cas, représentant 3,8% des motifs de consultations pour dépression. 8 motifs correspondaient à la Perte d'appétit soit 0,49% des motifs.

Le « Mal de tête » était le motif le plus représenté dans la catégorie « Neurologique » (0,37%).

Autres motifs	Effectif	Pourcentage
Fatigue/Faiblesse générale	62	3,8%
Perte d'appétit	8	0,49%
Mal de tête	6	0,37%

Tableau 5. Distribution d'autres motifs.

2.3. Motifs de consultation des nouveaux cas de dépression

Chez les nouveaux cas de dépression, on avait une moyenne de 1,7 motif par consultation, vs une moyenne de 1,2 chez les cas des patients déjà connus. La différence entre les deux moyennes est statistiquement significative ($p < 0.001$).

Les motifs les plus fréquents appartenaient également à la catégorie des motifs psychologiques mais avec un pourcentage de 67%, suivis par les motifs sociaux (~13%) et généraux (~12%).

Les trois premiers motifs exprimés étaient :

- la sensation de dépression 21%
- la perturbation du sommeil 13%
- la fatigue/faiblesse générale 7%

Les problèmes liés au travail étaient estimés à 3,6% des motifs.

Motifs	Nouveaux	Anciens
Médication/prescription/injection	5%	36,5%
Sensation de dépression	21%	8,3%
Dépression	3,7%	5,8%
Perturbation du sommeil	13%	4%
Contacts administratifs psychologiques	1,7%	2,7%
Fatigue/Faiblesse générale	7%	3,8%
Problèmes liés au travail	3,6%	1,9%

Tableau 6. Comparaison des distributions des motifs selon cas nouveau/ancien.

2.4. Motifs de consultations du sous-groupe : Tentative de suicide (P77)

Dans le sous-groupe des consultations ayant comme résultat : Tentative de suicide (P77), on a dénombré 8 motifs de consultation, la totalité de ces motifs appartenait à la catégorie des motifs « psychologiques ».

Psychologique	8	100,00%
- P77 : Suicide/Tentative de suicide	1	12.5%
- P01 : Sensation anxiété/nervosité/tension	1	12.5%
- P02 : Réaction de stress aigu	1	12.5%
- P03 : Sensation de dépression	1	12.5%
- P50 : Médication/prescription/injection	1	12.5%
- P63 : Rencontre de suivi	1	12.5%
- P64 : Episode nouveau en cours d'initi. par disp. <i>(consultation suite à la demande du médecin)</i>	2	25%

Tableau 7. Motifs de consultation du sous-groupe "tentative de suicide".

3. Répartition des Procédures des consultations liées à la dépression :

3.1. Description générale des procédures utilisées

Quatre consultations n’avaient pas de procédures renseignées, elles ont donc été supprimées de la liste d’analyse des Procédures.

On a recensé un total de 2481 procédures utilisées par les médecins sur l’ensemble des consultations liées à la dépression, soit en moyenne 1,95 procédures par consultation.

Procédure	Effectif	Pourcentage
Psychologique	2135	86,05%
Général	250	10,08%
Cardio –vasculaire	37	1,49%
Social	17	0,68%
Métabolique, nutritionnel, endocrinien	15	0,60%
Système digestif	8	0,32%
Neurologique	8	0,32%
Ostéo-articulaire	5	0,20%
Sang. Système hématop/Immunol.	2	0,08%
Système génital féminin et sein	2	0,08%
Système génital masculin	1	0,04%
Respiratoire	1	0,04%
TOTAL	2481	100,00%

Tableau 8. Distribution des procédures utilisées, classées par système.

Les procédures appartenant à la catégorie « psychologique » représentaient la majorité des procédures utilisées (86,05%), elles seront détaillées au chapitre suivant. Les procédures générales représentaient 10,08%, les procédures cardio-vasculaires 1,49%. 17 procédures « sociales » ont été utilisées soit 0,68% et 15 procédures pour le système métabolique, nutritionnel, endocrinien, soit 0,60%.

Les autres catégories de procédures utilisées représentaient chacune moins de 0,33% des procédures.

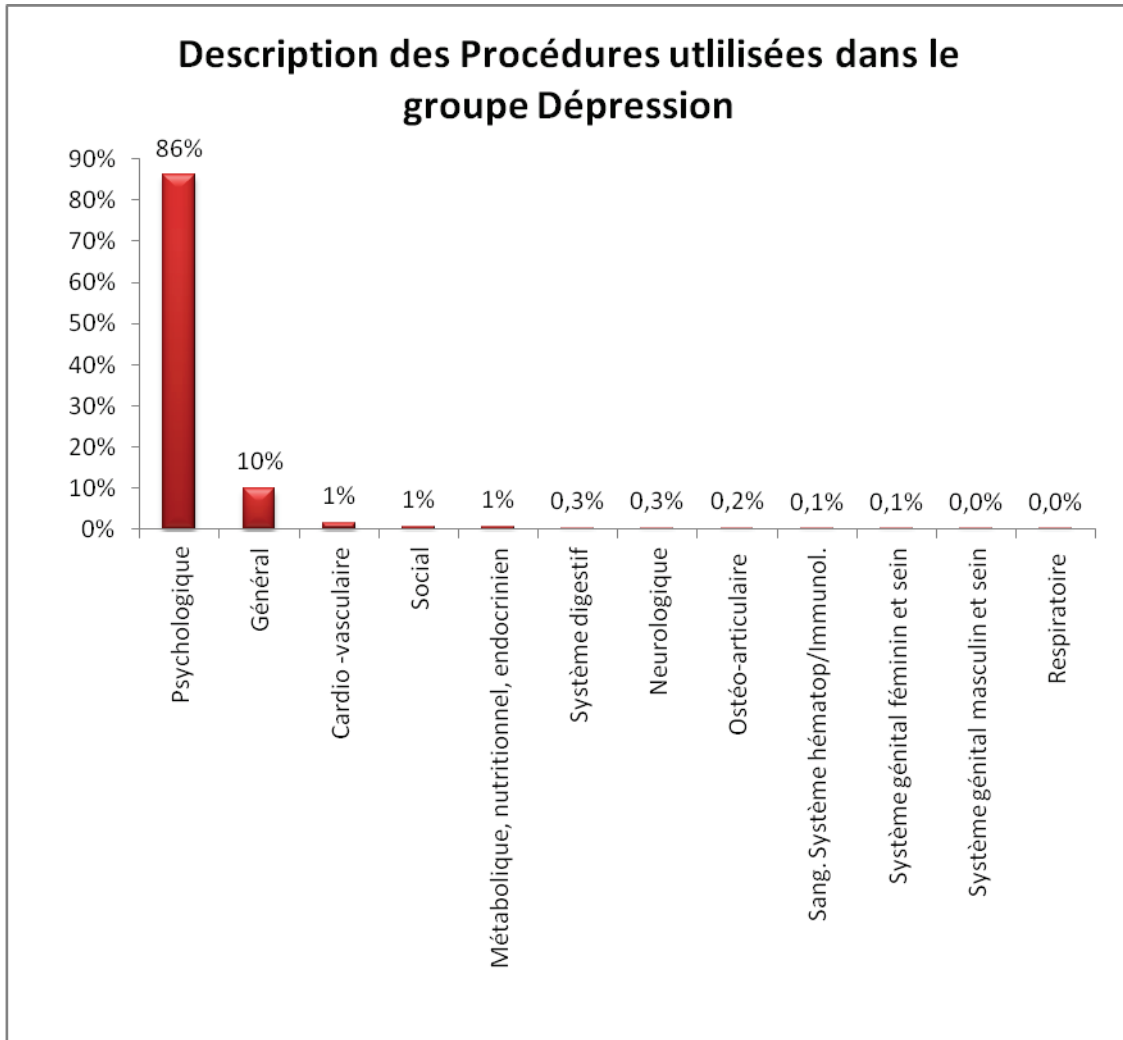


Figure 3. Répartition des procédures utilisées par les médecins.

3.2. Description détaillée des procédures les plus utilisées

Dans la catégorie cardio-vasculaire, la procédure la plus utilisée correspondait à la mesure de la pression artérielle, représentant 1,37% des procédures.

	Effectif	Pourcentage
Cardio-vasculaire	37	1,49%
- K30 : Ex. médical/bilan de santé détaillé	1	0,04
- K31 : Ex. médical/bilan de santé partiel	34	1,37
- K42 : Tracé électrique	1	0,04
- K58 : Conseil therap/écoute/examens	1	0,04

Tableau 9. Distribution détaillée des procédures cardiologiques.

Dans la catégorie Générale, l'examen médical/bilan santé partiel représentaient 6,05% des procédures utilisées dans les consultations liées à la dépression et les contacts administratifs représentaient 1,45%. La référence à un autre dispensateur de soin non médecin tel qu'une assistante sociale était de 0,12% (3 cas).

	Effectif	Pourcentage
Général	250	10,08%
- A30 : Ex. médical/bilan de santé détaillé	19	0,77
- A31 : Ex. médical/bilan de santé partiel	150	6,05
- A33 : Ex. microbiologique/immunologique	1	0,04
- A34 : Autre analyse de sang	8	0,32
- A41 : Radiologie diagnostique/imagerie	1	0,04
- A45 : Recom./éducation santé/avis/régime	11	0,44
- A48 : clarification de la demande du patient	2	0,08
- A50 : Médication/prescription/injection	8	0,32
- A58 : Conseil therap/écoute/examens	1	0,04
- A60 : Résultats analyses/examens	4	0,16
- A62 : Contact administratif	36	1,45
- A63 : Rencontre de suivi	1	0,04
- A66 : Référence à dispens. SSP non médecin	3	0,12
- A67 : Référence à médecin	5	0,20

Tableau 10. Distribution détaillée des procédures générales.

Une analyse sanguine était prescrite chez 1,10% des patients appartenant au groupe dépression et dans 2,27 % des cas dans le sous-groupe « une première consultation pour dépression ».

La prescription d'analyses sanguines (toutes catégories confondues) représentait 0,56% de l'ensemble des procédures (14 cas, dont 4 nouveaux cas).

Analyses sanguines	Pourcentage
Tous les patients du groupe Dépression	1,10%
Lors de la 1ère consultation pour dépression	2,27%

Tableau 11. Taux de prescription d'analyses sanguines chez les patients suivis pour dépression

Dans la catégorie des procédures à visée psychologique on peut retrouver les principales procédures suivantes:

- La Médication/prescription/injection représentait la procédure la plus fréquemment utilisée avec 1054 données soit 42,48% de la totalité des procédures.
Sur les 1054 cas, 117 patients étaient référencés « nouveaux résultats de consultations liées à la dépression ». Dans ce sous-groupe, la prescription d'un traitement psychotrope était évaluée à 66,47% des cas.
- L'avis auprès d'un psychiatre était demandé dans 1,45% des procédures soit dans 36 cas, et l'avis d'un psychologue dans 0,44% des cas, soit dans 11 cas.
- L'écoute/conseil thérap/examens représentaient 20,76% des procédures.
- L'examen médical/bilan de santé partiel 8,59%, alors que l'examen médical/bilan de santé détaillé représentait 1,65%.
- Les « contacts administratifs » psychologiques (« P62 ») représentaient 5,93% des procédures (avec 147 cas) ; L'analyse de leurs verbatims retrouvait parmi eux 114 arrêts de travail (initiaux ou de prolongations) et 33 autres contacts administratifs correspondant soit à la rédaction des certificats médicaux, soit à une déclaration d'ALD, soit à la prise d'un rendez-vous téléphonique.

	Effectif	Pourcentage
Psychologique	2135	86,05%
- P30 : Ex. médical/bilan de santé détaillé	41	1,65
- P31 : Ex. médical/bilan de santé partiel	213	8,59
- P33 : Ex. microbiologique/immunologique	1	0,04
- P34 : Autre analyse de sang	6	0,24
- P35 : Autre analyse d'urine	1	0,04
- P43 : Autre procédure diagnostique	3	0,12
- P44 : Vaccination/médication préventive	1	0,04
- P45 : Recom./éducation santé/avis	34	1,37
- P46 : Discussion entre dispensateurs SSP	1	0,04
- P47 : Discussion dispensateur spécialiste	4	0,16
- P48 : clarification de la demande du patient	8	0,32
- P49 : Autre procédure préventive	1	0,04
- P50 : Médication/prescription/injection	1054	42,48
- P58 : Conseil therap/écoute/examens	515	20,76
- P59 : Autres procédures thérapeutiques	2	0,08
- P60 : Résultats analyses/examen	5	0,20
- P61 : Résultats ex/procéd autre dispensateur	4	0,16
- P62 : Contact administratif	147	5,93
- P63 : Rencontre de suivi	41	1,65
- P64 : Epis. nouveau en cours d'initi. par disp.	1	0,04
- P66 : Référence à dispens. SSP non médecin	11	0,44
- P67 : Référence à médecin	36	1,45
- P68 : Autre référence	2	0,08
- P69 : Autres procédures	3	0,12

Tableau 12. Distribution détaillée des procédures psychologiques.

3.3. Descriptions des procédures des consultations dont le résultat est Tentative de suicide (P77)

Dans les consultations ayant comme résultat de consultation une tentative de suicide, la majorité des procédures utilisées appartenait à la catégorie Psychologique (84,62%).

L'analyse des verbatims de ces procédures retrouvaient :

- une psychothérapie de soutien/Écoute active (« P58 ») dans 30,77% des cas,
- des conseils thérapeutiques (« P45 ») dans 15,38% des cas.
- Un contact administratif (« P62 ») dans 15,38% des cas, avec soit la prescription d'un arrêt de travail soit un appel téléphonique pour le service des urgences psychiatriques.

L'envoi auprès d'un psychiatre (« P67 »), la prescription de traitement psychotrope (« P50 »), l'examen médical partiel (« P31 »), l'examen médical général ainsi que la prise de la tension artérielle, représentaient chacun 7,69% des procédures.

	Effectif	Pourcentage
- A30 : Ex. médical/bilan santé détaillé	1	7,69%
- K30 : Ex. médical/bilan de santé détaillé	1	7,69%
- P31 : Ex. médical/bilan de santé partiel	2	15,38%
- P45 : Recom./éducation santé/avis/régime	1	7,69%
- P50 : Médication/prescription/injection	1	7,69%
- P58 : Conseil therap/écoute	4	30,77%
- P62 : Contact administratif	2	15,38%
- P67 : Référence à médecin	1	7,69%
Total	13	100,00%

Tableau 13. Description des procédures utilisées du sous-groupe tentative de suicide.

3.4. Les arrêts de travail

L'analyse approfondie de l'ensemble des verbatims chez les patients suivis pour dépression, retrouvait 140 procédures d'arrêt de travail (sous les codes « A62 » et « P62 »). Ainsi 9,3% des arrêts de travail prescrits dans toute la population de l'étude Ecogen étaient imputables à la dépression.

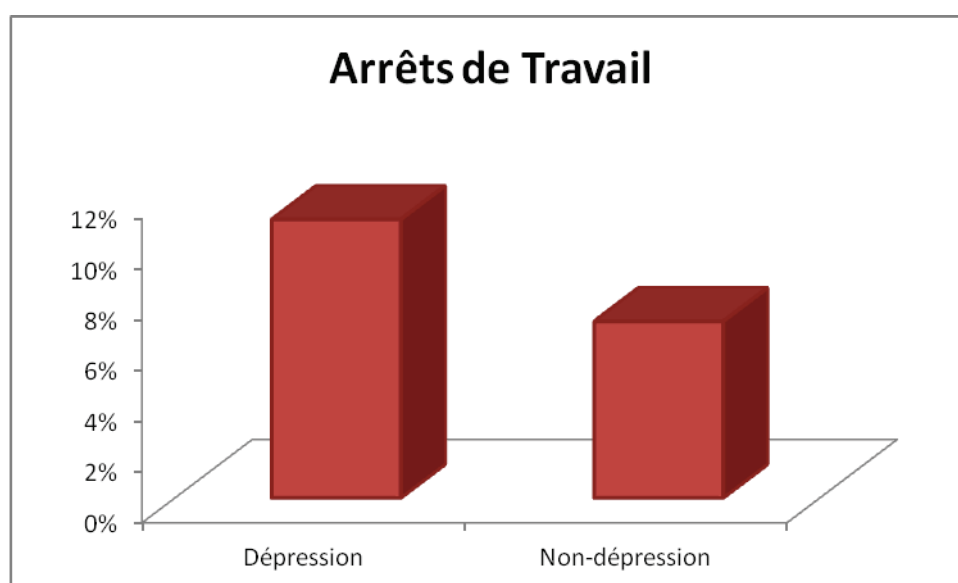


Figure 4. Fréquence des arrêts de travail.

Quant à la fréquence des arrêts de travail, elle était estimée à 11,01% dans le groupe dépression, alors qu'elle était estimée à 6,98% dans le reste de la population de l'étude Ecogen. Cette différence était significative, avec $p < 0,0001$.

Arrêts de travail	Effectif	Fréquence
Toute la population « dépression »	140	11,01 %
Sous catégorie « nouveaux cas de dépression »	32	18,00 %
Le reste de la population « Ecogen »	1362	6,98 %

Tableau 14. Comparaison des fréquences d'arrêts de travail entre la population "dépression" et la population Ecogen.

Dans le cas des nouveaux résultats de consultations liés à la dépression, 32 arrêts de travail ont été prescrits. Dans la sous-catégorie « nouveaux cas de dépression » la prescription d'un arrêt de travail intéressait donc 18% des sujets.

4 . Répartition des résultats de consultations associés à la Dépression

4.1. Répartition globale des résultats de consultations associés à la Dépression

Sur les 1271 consultations ayant un résultat de consultation lié à la dépression, on a retrouvé 3095 résultats de consultations associés, soit environ 2,4 résultats associés par consultation.

On peut diviser ces résultats en trois groupes :

- Le groupe de résultats les plus fréquemment associés à la dépression, qui était composé par :
 - les pathologies cardio-vasculaires (18,2%),
 - les pathologies métaboliques, nutritionnelles, endocrinienne (15,8%),
 - les pathologies générales (14,1%),
 - les pathologies ostéo-articulaires (13%).

- Le groupe des pathologies digestives, psychologiques et respiratoires représentaient respectivement 8,9%, 6,4% et 5,8%.

- Les catégories non détaillées représentaient chacune moins de 4% des résultats de consultation associés.

Pathologies associées	Effectif	Pourcentage
Cardio-vasculaire	563	18,2%
Métabolique, nutritionnel, endocrinien	490	15,8%
Général	437	14,1%
Ostéo-articulaire	401	13,0%
Système digestif	275	8,9%
Psychologique	199	6,4%
Respiratoire	179	5,8%
Peau	115	3,7%
Neurologique	99	3,2%
Social	74	2,4%
Système génital féminin et sein	70	2,3%
Système Urinaire	53	1,7%
Sang. Système hématop/Immunol.	44	1,4%
Système génital masculin	35	1,1%
Oreille	26	0,8%
Œil	20	0,6%
Grossesse, accouchement et post-partum	15	0,5%
Total	3095	100%

Tableau 15. Distribution générale des résultats de consultation associés à la dépression.

4.2. Répartition détaillée des résultats de consultations associés à la Dépression (Annexe 7)

Les 5 premiers résultats les plus fréquemment associés à la dépression étaient les suivants :

Code	Distribution
- A98	Gestion de la santé/médecine préventive* (310 cas), soit 10,02% des résultats associés
- K86	Hypertension artérielle non compliquée (304 cas), soit 9,82% des résultats associés
- T93	Troubles du métabolisme des lipides (165 cas), soit 5,33% des résultats associés
- T86	Hypothyroïdie/myxœdème (100 cas), soit 3,23% des résultats associés
- P06	Perturbation du sommeil (84 cas), soit 2,79% des résultats associés

* Les verbatims utilisés avec le code - A98 étaient très variés : surveillance de la pression artérielle et des facteurs de risques cardio-vasculaires, vaccinations, dépistage du cancer colorectal, bilan d'IST, sérologies toxoplasmose/rubéole, etc.

- Dans la catégorie des pathologies Ostéo-articulaires, les résultats de consultation associés les plus fréquents étaient : l'arthrose avec 2,2% (68 résultats associés), les syndromes dorso-lombaires (irradiants et non-irradiants) représentaient 1,84% des résultats associés (57 résultats).
- La constipation était le premier résultat de consultation associé à la dépression parmi les pathologies digestives (1,8%, 56 cas associés).
- L'infection aiguë des voies aériennes supérieures (1,4%, 43 cas), était le premier résultat de consultation associé dans la catégorie respiratoire.
- Quant aux dysfonctionnements sexuelles, on retrouvait 1 cas de « Limitation de la fonction/incapacité » (-Y28) et 2 cas de « diminution du désir sexuel » (-P07)

5 . Analyse de la durée des consultations liées à la Dépression

La durée moyenne d'une consultation liée à la dépression était d'environ 21 minutes (20 minutes et 56 secondes). Cette valeur est supérieure et différente à la moyenne de 17 minutes et 53 secondes qui correspondait à celle des autres consultations de l'étude ECOGEN ($p < 0.0001$). La différence entre les deux moyennes est significative, estimée à 3,85 minutes (IC 95% 2.98 - 4.72), soit 3 minutes et 51 secondes. La consultation pour dépression nécessitait donc 18,4% de temps supplémentaire.

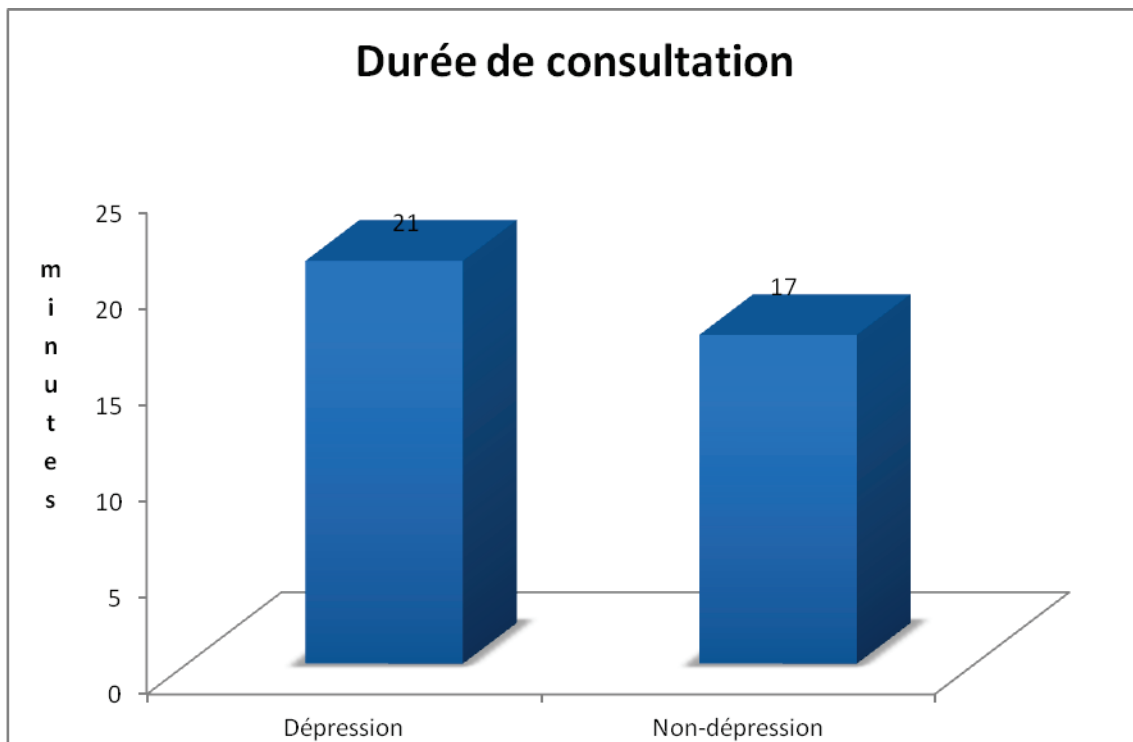


Figure 5. Comparaison de la durée des consultations dans les 2 groupes.

6. Caractéristiques de la population

6.1. L'âge des patients

Les patients de la population ECOGEN avaient un âge compris entre 0 et 112 ans.

Chez les patients ayant un résultat de consultation lié à la dépression (groupe «dépression»), l'âge était compris entre 6 et 112 ans, avec une moyenne d'âge de 58 ans. Nous avons choisi de les diviser en 3 catégories d'âge, réparties de la façon suivante :

Age	Effectif	Pourcentage
6-17ans ; (Dn 1995-2006)	1	0,08%
18-74 ans ; (Dn 1938-1994)	998	78,52%
75-112 ans ;(Dn 1900-1937)	272	21,4%

Tableau 16. Répartition des patients du groupe « dépression », selon la catégorie d'âge.

Chez les patients du groupe « non-dépression », âgés de 6 à 112 ans (nés entre 1900 et 2006 inclus), on avait 17 577 patients, soit 90% de la population « non-dépression » totale.

Leur répartition était la suivante :

Age	Effectif	Pourcentage
6-17ans ; (Dn 1995-2006)	1 673	9,52 %
18-74 ans ; (Dn 1938-1994)	12 824	72,96 %
75-112 ans ;(Dn 1900-1937)	3 080	17,52 %

Tableau 17. Répartition des patients du groupe « non-dépression », selon la catégorie d'âge.

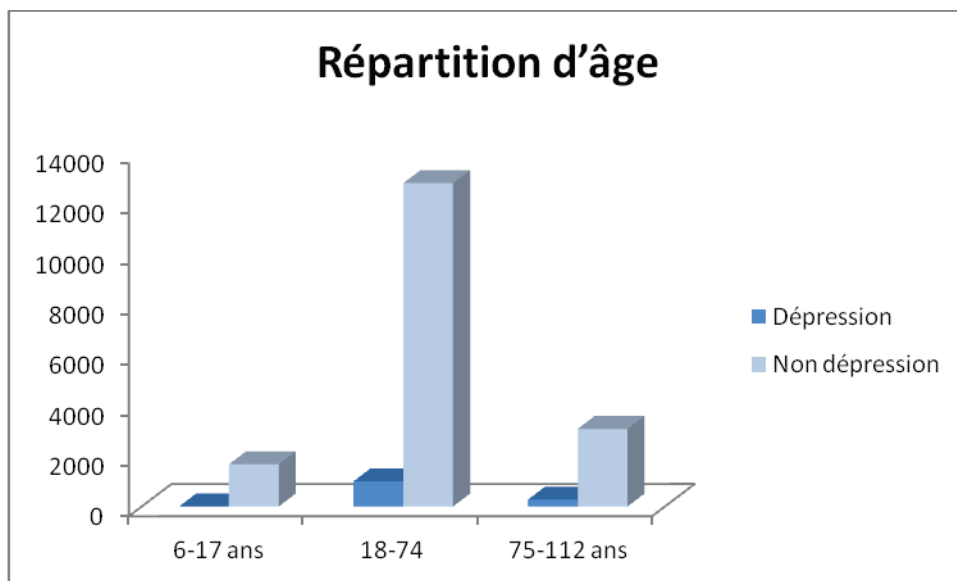


Figure 6. Les catégories d'âges dans les 2 groupes

Age	« Dépression »	« Non-dépression »
	N / %	N / %
6-17ans ; (Dn 1995-2006)	1 / 0,08%	1673 / 9,52 %
18-74 ans ; (Dn 1938-1994)	998 / 78,52%	12 824 / 72,96 %
75-112 ans ;(Dn 1900-1937)	272 / 21,4%	3 080 / 17,52 %

Tableau 18. Comparaison de la répartition d'âge entre les deux groupes Dépression/Non-dépression.

Dans la tranche d'âge 18-74 ans, la prévalence calculée des patients dépressifs était de 7,22%, alors que dans la tranche d'âge 75-112 ans, la prévalence était de 8,11%.

La comparaison entre les patients des deux tranches d'âge ne retrouve pas de différence statistique significative ($p = 0.083$).

Age	Prévalence
18-74 ans ; (Dn 1938-1994)	7,22 %
75-112 ans ; (Dn 1900-1937)	8,11 %

Tableau 19. Prévalence des patients dépressifs selon la catégorie d'âge.

6.2. Le sexe des patients

Chez les patients du groupe « dépression », la population était majoritairement composée de femme (73,48%), avec 934 femmes et 337 hommes (26,52%), soit un sexe ratio de 0,36.

Chez les patients du groupe « non dépression », âgés entre 6 et 112 ans, on retrouvait 58,36% de femmes (n=10257) et 41.64% d'hommes (n=7320), soit un sexe ratio de 0,71.

La différence est significative entre les 2 groupes ($p < 0.001$).

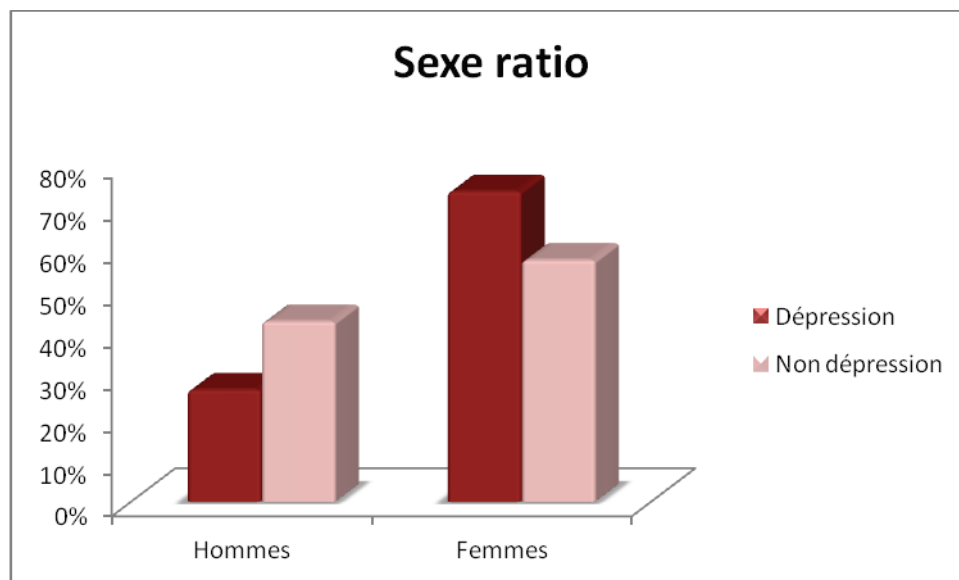


Figure 7. Sexe ratio.

6.3. Milieu d'exercice et dépression

Dans le cas du diagnostic de dépression établi par les 128 MSU participants à l'étude ECOGEN, la répartition en fonction du lieu d'exercice, était ventilée de la manière suivante :

Lieu d'exercice	Groupe « Dépression »	Population générale de l'étude ECOGEN
Milieu rural	22,6 %	21 %
Milieu semi-rural	25,8 %	21 %
Milieu urbain	51,6 %	58 %

Tableau 20. Comparaison de la répartition des MSU selon le milieu d'exercice.

La différence entre les deux groupes était significative, ($p=0,0015$). Mais la répartition des 1271 consultations pour dépression sur les trois milieux d'exercice suivait celle de toutes les consultations de la population ECOGEN, ainsi la majorité des consultations se sont déroulées en milieu urbain.

La prévalence des cas de dépression en fonction du milieu d'exercice des médecins était évaluée à 6,4% en milieu rural, 5,1% en milieu semi-rural et 6,9% en milieu urbain.

Milieu d'exercice	Prévalence des cas de dépression
Rural	6,4%
Semi-rural	5,1%
Urbain	6,9%

Tableau 21. Prévalence de la dépression selon le milieu d'exercice des MSU.

6.4. Caractéristiques socioprofessionnelles

Dans le groupe « dépression », on recensait 41,6% de retraités et 58,4% d'actifs.

Dans le groupe « non-dépression », on trouvait 32,2% de retraités et 67,8% d'actifs. 8 cas appartenant au groupe n'avaient pas de caractéristiques socioprofessionnelles renseignées, ils ont été retirés de l'analyse.

La comparaison entre les deux groupes retrouvait une différence significative ($p < 0,001$).

Donc la retraite peut être considérée comme un facteur de risque lié à la dépression.

Catégorie	Dépression	Non-dépression
Actifs	58,4 %	67,8 %
Retraités	41,6 %	32,2 %

Tableau 22. Comparaison actifs/retraités dans les deux groupes. ($p < 0,001$)

Dans le groupe dépression, la distribution des patients selon les différentes catégories, était la suivante :

Catégorie socioprofessionnelle	Pourcentage
Favorisée (cadres supérieurs et profession intellectuelle, profession intermédiaire)	13% (n=162)
Défavorisée (ouvriers, sans activité professionnelle)	19,8% (n=252)
Moyenne (agriculteur, Artisan, commerçant, employé)	25,8% (n=328)
Retraités	41,6% (n=529)

La fréquence du diagnostic de dépression est donc la plus élevée dans la catégorie socioprofessionnelle des retraités, (41,6%).

Chez la population active, les patients étaient distribués selon les catégories socioprofessionnelles comme suit :

Population active	Dépression	Non dépression	p	X ²
Défavorisée	34%	51,1%	<0,001	82
Moyenne	44,2%	32,8%	<0,001	41
Favorisée	21,8%	16,1%	<0,001	17
Total	100%	100%		

Tableau 23. Distribution des catégories socioprofessionnelles au sein de la population active.

La différence entre les deux groupes était significative.

Au sein de la population active de l'ensemble de l'étude ECOGEN, le taux de dépression était donc estimé à :

- 7% chez les patients de la catégorie favorisée,
- 7% chez les patients de la catégorie moyenne,
- 3,6% chez les patients de la catégorie défavorisée.

Catégorie socioprofessionnelle	Taux dépression
Défavorisée	3,6%
Moyenne	7%
Favorisée	7%
Retraités	7,8%

Tableau 24. Répartition des Taux de dépression dans l'ensemble de la population ECOGEN

Dans l'ensemble de la population ECOGEN, le taux de dépression chez les retraités était estimé à 7,8% vs 5,3% de taux de dépression chez l'ensemble de la population active, avec une différence significative. Le risque attribuable à la retraite (RA) était donc estimé à 2,5%.

Catégorie	Actifs	Retraités	p	X ²
Taux dépression	5,3%	7,8%	<0.001	48

Tableau 25. Taux de dépression chez les actifs/retraités de l'ensemble de la population ECOGEN

DISCUSSION

1. Dépression : le profil du patient

La majorité des patients consultants dans cette étude pour dépression était des femmes (73,48%), l'âge moyen étant de 58 ans. Ce sexe ratio de 3:1 retrouvé est en contraste avec les enquêtes épidémiologiques françaises qui retrouvait un sexe ratio de 2:1 (13,25) .

Ce contraste peut s'expliquer en partie par le recrutement majoritairement féminin de la population dans l'étude Ecogen (58,26%). Il se peut parallèlement que les hommes qui présentent des troubles dépressifs aient moins recours aux soins que les femmes (21).

La population des patients souffrant de dépression était composée par des actifs à 58,4%, la majorité de ces actifs appartenait à une catégorie socioprofessionnelle moyenne ou défavorisée (78,2%). Cependant on retrouve dans le groupe « dépression » un pourcentage de catégorie favorisée supérieur au reste de la population Ecogen avec 21,8% vs 16,1%, ($p < 0,001$). De même au sein du groupe dépression on retrouve plus de patient appartenant à la catégorie moyenne qu'à la catégorie défavorisée, ce qui pourrait suggérer que le patient défavorisé exprimerait moins la symptomatologie liée à la dépression.

Remarquons que dans le « Baromètres santé 2010 », chez les patients présentant des troubles dépressifs, un taux de non recours aux soins était évalué à 46% chez les ouvriers alors qu'il était estimé à 37% dans la catégorie des cadres et des professions intellectuelles supérieures. Un travail futur analysant les catégories socioprofessionnelles en fonction du taux du diagnostic « sensation de dépression » (P03) seul, pourrait peut être mieux répondre à ce sujet.

Parmi les retraités, on peut individualiser la population âgée de 75 ans et plus, chez qui la fréquence des cas de dépression était légèrement supérieure au reste de la population.

Bien qu'il n'existe pas de différence significative entre le taux de dépression chez les adultes de 18 à 74 ans et celui des seniors de 75 ans et plus, (7,22% vs 8,11%), (26) ce résultat est en contraste avec les rapports de l'institut national de santé britannique qui décrivaient une élévation d'un facteur 2 à 3 du taux de dépression chez les patients porteurs de maladies chroniques, correspondant majoritairement à la population gériatrique.

A ce sujet, une étude menée par Lobo et al. sur une population de 1080 personnes âgées de l'Europe du sud, montrait une diminution de la prévalence de la dépression chez les 75 ans et plus (27) , alors que d'autres études décrivaient une augmentation du nombre des symptômes dépressifs pour cette même tranche d'âge (6).

Ceci laisse poser la question suivante : existe-t-il une banalisation des syndromes dépressifs chez la personne âgée ? (28)

En effet, dans une étude américaine évaluant la prise en charge de la dépression en population gériatrique, on retrouvait que 29% des médecins se sentaient « frustrés » par les patients âgés dépressifs et que 24,2% manquaient de temps pour dépister une dépression chez les personnes âgées.

L'étude Ecogen ne permet pas de recueillir les données subjectives des MSU mais il serait intéressant de questionner les médecins généralistes français sur leur ressenti face à la dépression des personnes âgées.

2. Quelle forme de dépression ?

La dépression concerne 6,17% des consultations de médecine générale analysées.

Ce chiffre est en concordance avec les données de la littérature qui estimait la prévalence de la dépression majeure à 6,9% pour les patients de médecine générale en Europe (6).

Le taux de 14% des cas rencontrés qui consultaient pour la première fois est à confronter au taux de la majorité des cas (~86%) ayant déjà consulté pour dépression. Nous n'avons pas pu évaluer le nombre de consultations renouvelées pour chaque patient sur la période du recueil mais ce résultat va dans le sens de l'étude de Johnson & Weisseman qui montrait que les patients souffrant de dépression sont amenés à consulter plus fréquemment que les autres patients (29).

Le motif de consultation est dans la majorité des cas un motif d'ordre psychologique (82%).

Il concerne le plus souvent une demande de prescription ou de renouvellement médicamenteuse, suivie par les symptômes pouvant être rattachés à la dépression (sensation de fatigue, baisse du moral, adynamie, troubles du sommeil, etc.).

Les motifs sociaux et généraux ont une fréquence d'environ 7% chacun et ils arrivent en deuxième position après les motifs psychologiques.

Le motif social le plus fréquent énoncé est un problème lié au travail.

Le motif général le plus fréquent est la fatigue/faiblesse générale.

Les patients qui consultent la première fois pour dépression, viennent le plus souvent avec un motif psychologique. Les trois premiers motifs exprimés sont : la sensation de dépression, la perturbation du sommeil et la fatigue/faiblesse générale.

La fatigue/faiblesse générale bien qu'étant classée dans la catégorie générale de la CISP-2, peut être considérée comme un motif psychologique car il s'agit d'un symptôme décrit dans la dépression (30).

Les tentatives de suicide dans cette étude, représentaient un taux inférieur à 0.5%. Le patient suicidaire est généralement une femme, entre 20 et 68 ans, qui consulte toujours pour un motif psychologique.

Il s'agissait d'une première consultation pour tentative de suicide. L'effectif réduit des cas de tentatives de suicide ne nous permet pas d'émettre des conclusions au sujet de ce résultat de consultation.

3. Le travail du généraliste : le déroulement de la consultation.

Une consultation pour dépression est significativement plus longue.

Elle nécessite 18,4% de temps supplémentaire par rapport aux autres consultations de l'étude Ecogen. Ce résultat souligne la disponibilité de la part du médecin généraliste qui est rémunéré à l'acte et non à la durée. Cette réalité se rapproche des résultats d'une large enquête menée en 2008 auprès de 2087 médecins, sur la prise en charge des patients dépressifs en soins primaires, où les médecins demandent une meilleure rémunération des consultations longues (23) .

L'activité du médecin généraliste lors des consultations pour dépression, se compose principalement de procédures psychologiques (86%) et générales (10%). La prise en charge associe la prescription de médicaments psychotropes (42,5% des procédures), l'écoute, les conseils thérapeutiques (21%), l'examen médical partiel (17%), et les contacts administratifs pour toutes les catégories confondues (7,5%).

La prescription médicamenteuse, reste majoritaire avec un taux de 42,5 % des procédures. Elle est en harmonie avec le taux retrouvé de 46,8% correspondant aux patients ayant comme motif de consultation une demande de prescription/renouvellement de médicaments psychotropes. Il faut rappeler que la majorité de ces patients avait un diagnostic de dépression déjà connu (86%). En comparaison avec l'étude DEPRES, on retrouve un taux similaire de prescription médicamenteuse chez les sujets souffrants de dépression en France (38,7%) (6).

Par contre, on remarque que parmi les patients ayant un nouveau résultat de consultation lié à la dépression, 66,5 % ont reçu une prescription de traitement psychotrope à l'issue de leur première consultation. L'analyse des verbatims révèle que ces traitements appartenaient à la famille des anxiolytiques et des antidépresseurs.

Le questionnaire de notre étude ne nous permet pas de décrire de façon exacte la classe ou le nom du traitement prescrit. Il n'est pas possible d'évaluer les prescriptions avec précision à partir des verbatims que l'on possède car ces verbatims ne sont pas codifiés et n'ont pas été renseignés systématiquement à chaque procédure, étant établis librement par chaque investigateur.

La répartition des procédures décrites ci-dessus, est différente en cas de suicide ou de tentative de suicide. Ainsi le taux de prescription médicamenteuse baisse à 7,7% alors que les taux combinés de l'écoute, de la psychothérapie de soutien et des conseils thérapeutiques représentent 46,15% de la prise en charge par le médecin généraliste. Ce qui confirme l'adaptation de la prise en charge en fonction de la clinique.

Le taux d'adressage à un psychiatre est estimé à 1,45% des cas, l'adressage à un psychologue 0,44%. Il faut rappeler que la majorité des médecins de notre étude exerçaient en milieu urbain. Il faut également souligner que la Haute Autorité de Santé (HAS) recommande un avis psychiatrique lors de la prise en charge de la dépression (31), et que la psychothérapie s'impose dans certains cas (32).

Mais ces recommandations ne sont pas respectées. Ce non suivi des recommandations s'explique par les difficultés d'accès aux soins à visée psychiatriques, offre de soins qui reste insuffisante comme fréquemment décrite par les médecins généralistes en France (11–13). Le remboursement partiel des actes de psychothérapie minorent également la prise en charge recommandée.

A noter, que le taux de sollicitation d'une assistante sociale est bas (0,12%) alors que le taux des motifs sociaux n'était pas négligeable (7,29%).

Seuls 1,10% des patients du groupe dépression avaient eu une prescription d'analyse sanguine, et seuls 2,27% des patients avait une prise de sang à l'issue de leur première consultation dont le résultat est lié à la dépression, alors qu'il est recommandé de rechercher et d'éliminer une cause organique à la dépression (31). Toutefois cette étude ne nous renseigne pas sur la prise en charge réalisée antérieurement dans le suivi des états dépressifs.

Le taux d'arrêts de travail chez les patients consultants pour dépression était évalué à 11%, alors qu'il était autour de 7% pour les autres patients de l'étude Ecogen, avec une différence statistiquement significative.

Quant aux consultations des nouveaux cas de dépression, elles donnaient lieu à un arrêt de travail dans 18% des cas.

Le premier motif social de consultation pour dépression était rattaché à un problème lié au travail. Cela souligne les enjeux sociétaux liés à la dépression (6).

Parallèlement à la dépression, les patients évoquaient d'autres problèmes de santé durant la même consultation, avec en moyenne 2,4 résultats de consultation associés dans des catégories diversifiées. Peut-on évoquer la somatisation d'un état dépressif qui majorerait le nombre de processus ?

Chez les hommes présentant une dépression, remarquons le faible nombre de résultats de consultation lié à une dysfonction sexuelle (<0.1% ; 3 cas), ce fait pourrait être expliqué en partie par les caractéristiques de la population (constituée majoritairement de femmes, le taux non négligeable de patients âgés) et le taux majoritaire de cas anciens (possibilité que ce résultat de consultation a été exprimé lors de rencontres antérieures).

Quoiqu'il en soit, cela montre que les médecins généralistes, lors d'une même consultation, prennent en charge un nombre varié de pathologies en assurant une prise en charge globale de leur patient.

4. Limites et biais possibles

Notre étude comporte certains biais qui pourraient limiter l'utilisation de nos résultats.

En effet, les médecins généralistes participants à l'étude ECOGEN ne représentent pas forcément l'ensemble des médecins généralistes français car ils ne sont pas sélectionnés au hasard. Ils sont tous maîtres de stage des universités, ayant reçu une formation les incitant à proposer une démarche thérapeutique plus consensuelle.

De plus, les médecins inclus dans l'étude ECOGEN ne couvraient pas les régions françaises de façon homogène. (Pas de médecins du sud-ouest, peu de médecins de la région Est et PACA).

Le recueil des données concernait uniquement les patients ayant consultés lors des deux demi-journées de la semaine où l'investigateur clinique était présent. Il s'agit donc d'un échantillon recruté ne représentant, très probablement, pas toute la patientèle de chaque MSU participant.

Lors de l'analyse des données, nous avons pu constater certaines erreurs de recueil et de saisie informatique. Certains verbatims étaient en discordance avec les codes saisis.

Le diagnostic de dépression étant posé par le médecin, il manque les critères retenus pour établir ce diagnostic de dépression. Il faut donc présupposer que le médecin possède les connaissances reconnues et admises par tous pour établir le diagnostic de dépression avec certitude. L'absence de test standardisé commun à tous les MSU pour le diagnostic de dépression limite l'interprétation des résultats obtenus et donc la possibilité de leur généralisation.

CONCLUSION

L'étude ECOGEN est la première étude nationale de grande ampleur réalisée en soins primaires en France, elle inclut 20781 cas répartis sur 128 lieux en France. Elle décrit l'ensemble de la pratique du médecin généraliste français, en analysant chaque diagnostic à partir des motifs exprimés par le patient. Dans le même temps, elle nous permet de définir et d'analyser les procédures utilisées par le médecin en fonction de chaque résultat de consultation.

Les affections psychiatriques, dont la dépression en constitue la majeure partie, représentent une part non négligeable de l'activité du médecin généraliste en ville. 1271 cas liés à la dépression ont été analysés. Les consultations de suivi sont majoritaires, par rapport aux nouveaux diagnostics de dépression.

Les consultations pour dépression sont plus longues que les autres consultations et demandent de la part du médecin généraliste une bonne qualité d'écoute et des procédures de soutien psychologique et de conseils, tout en prenant en compte le patient en sa globalité.

Les difficultés d'accès aux soins ont été évoquées notamment avec les taux négligeables d'adressage vers les psychiatres et les psychologues. Néanmoins il faut rappeler la pénurie de psychiatres en secteur libéral, les difficultés d'accès aux structures hospitalières et le mauvais remboursement des actes de psychothérapie.

La prescription d'arrêts de travail a été significativement plus élevée en cas de dépression, ce qui souligne ses impacts socio-économiques.

Plusieurs autres données au sujet de la dépression pourraient faire l'objet d'une analyse plus approfondie, notamment : l'analyse des éléments de la consultation pour dépression chez la personne âgée, une analyse plus spécifique sur le résultat « sensation de dépression ».

Des études complémentaires seraient nécessaires en soins primaires afin de comprendre les difficultés rencontrées par les médecins généralistes.

Devant la durée plus longue des consultations en cas d'affections psychiatriques et leur nombre non négligeable une cotation adaptée de l'acte pourrait être proposée.

En présence de guides HAS trop généraux et « utopiques », une amélioration de la formation continue en psychiatrie devient nécessaire devant la difficulté d'accès aux spécialistes.

BIBLIOGRAPHIE

1. Murray CJ, Lopez AD. Alternative projections of mortality and disability by cause 1990–2020: Global Burden of Disease Study. *The Lancet*. 1997 May;349(9064):1498–504.
2. Reddy MS. Depression: The Disorder and the Burden. *Indian J Psychol Med*. 2010;32(1):1–2.
3. Organisation Mondiale de la Santé. La dépression en Europe. <http://www.euro.who.int/fr/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/news/news/2012/10/depression-in-europe>; 2012.
4. Bromet E, Andrade LH, Hwang I, Sampson NA, Alonso J, de Girolamo G, et al. Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode. *BMC Med*. 2011 Jul 26;9:90.
5. Mouquet M-C, Bellamy V, Carasco V. Suicides et tentatives de suicide en France. Études et résultats. Drees. 2006;488:1–8.
6. Lépine J-P, Gastpar M, Mendlewicz J, Tylee A. Depression in the community: the first pan-European study DEPRES (Depression Research in European Society). *Int Clin Psychopharmacol*. 1997;12:19–29.
7. National Institute for Health and Care Excellence. Cost impact and commissioning assessment: quality standard for depression in adults [Internet]. NICE; 2011. Available from: <http://www.nice.org.uk/guidance/qs8/resources/qs8-depression-in-adults-cost-impact-and-commissioning-assessment2>
8. National Health Service (England). Improving general practice [Internet]. 2014. Available from: <http://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2014/03/emerging-findings-rep.pdf>
9. Cnamts. Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses : propositions de l'Assurance maladie pour 2014. Rapport au ministère chargé de la Sécurité sociale et au Parlement sur l'évolution des charges et des produits de l'Assurance maladie. 2013. 240 p.
10. Cuerq A, Patita M, Ricordeau P. Les causes médicales de l'invalidité en 2006. Points de repère. Cnamts. 2008. N°16. 8 p.
11. Fondation FondaMental, IRDES, URC Eco Île-de-France. Le coût de la pathologie mentale en France [Internet]. 2009; Available from: <http://www.urc-eco.fr/Le-cout-de-la-pathologie-mentale>.
12. Ministère de la santé. Premier bilan: «Plan psychiatrie - Santé mentale 2005-2008». Disponible sur: http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_de_presse_depression-2.pdf.

13. Chan Chee C, Gourier-Fréry C, Guignard R, Beck F. État des lieux de la surveillance de la santé mentale en France. *Santé Publique*. 2012;23:11–29.
14. Office parlementaire d’Evaluation des Politiques de Santé: Rapport sur le bon usage des médicaments psychotropes. [<http://www.assemblee-nationale.fr/12/rap-off/i3187.asp>]. 2006.
15. Briffault X, Morvan Y, Rouillon F, Dardennes R, Lamboy B. Recours aux soins et adéquation des traitements de l’épisode dépressif majeur en France. *L’Encéphale*. 2010;36:D48–D58.
16. Lamboy B, Léon C, Guilbert P. Troubles dépressifs et recours aux soins dans la population française à partir des données du Baromètre Santé 2005. *Rev Epidémiologie Santé Publique*. 2007 Mar;55(3):222–7.
17. Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé. Bon usage des médicaments antidépresseurs dans le traitement des troubles dépressifs et des troubles anxieux de l’adulte. 2006.
18. Lecrubier Y, Hergueta T. Differences between prescription and consumption of antidepressants and anxiolytics. *Int Clin Psychopharmacol*. 1998;13:S7–11.
19. Kovess V, Gysens S, Chanoit PF. Une enquête de santé mentale: l’enquête Santé des Franciliens. *Annales médico-psychologiques* [Internet]. Elsevier; 1993 [cited 2014 Jul 9]. p. 624–8. Available from: <http://cat.inist.fr/?aModele=afficheN&cpsidt=3839739>
20. Observatoire National des Prescriptions et Consommations des Médicaments. Etude de la prescription et de la consommation des antidépresseurs en ambulatoire. Saint-Denis: Afssaps 1998. Disponible sur www.afssaps.sante.fr, dans “ Documentation et publications .”
21. Beck F, Guignard R. La dépression en France (2005-2010) : Prévalence, recours au soin et sentiment d’information de la population. *INPES, La santé de l’Homme*. 2012; sept-oct:43–45;
22. Bernert S, Matschinger H, Alonso J, Haro JM, Brugha TS, Angermeyer MC, et al. Is it always the same? Variability of depressive symptoms across six European countries. *Psychiatry Res*. 2009 Jul 30;168(2):137–44.
23. Mercier A, Kerhuel N, Stalnikiewitz B, Aulanier S, Boulnois C, Becret F, et al. [Obstacles to effective treatment of depression. A general practitioners’ postal survey in the north-west region of France]. *L’Encéphale*. 2010 Jun;36 Suppl 2:D73–82.
24. Passerieux C. Accès et continuité des soins pour les troubles mentaux les plus fréquents: les consultations de soins partagés du RPSM 78. *Annales Médico-psychologiques* [Internet]. Elsevier; 2007 [cited 2014 Jul 7]. p. 741–5. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0003448707002818>
25. Lepine JP, Lellouch J, Lovell A, Teherani M, Pariente P. L’épidémiologie des troubles anxieux et dépressifs dans une population générale française. *Confront Psychiatr*. 1994;(35):139–61.

26. UK National Collaborating Centre for Mental Health. Depression with a chronic physical health problem. British Psychological Society, NICE; 2009.
27. Lobo A, Saz P, Marcos G, Día J-L, De-la -C mara C. The prevalence of dementia and depression in the elderly community in a southern european population. Arch Gen Psychiatry. 1995;52(6):497–506.
28. Glasser M, Gravdal JA. Assessment and treatment of geriatric depression in primary care settings. Arch Fam Med. 1997;6(5):433.
29. Johnson J, Weissman MM, Klerman GL. Service utilization and social morbidity associated with depressive symptoms in the community. JAMA. 1992 Mar 18;267(11):1478–83.
30. American psychiatric association. DSM-IV : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. 4e édition. Paris, France: Masson; 1996. 1056 p.
31. Recommendations. Agence nationale d’accreditation et d’evaluation en santé. Prise en charge d’un épisode dépressif isolé de l’adulte en ambulatoire. Anaes; 2002.
32. Pasquet P, Chevallier L, Cuche H, Mirabaud C. Rapport d’expert. Itinéraire des déprimés, réflexion sur leurs trajectoires en France [Internet]. 2001. Available from: http://www.sfm.u.org/documents/consensus/re_depression%20itin.pdf

ANNEXES

- Codes CISP-2
- Fiche de recueil des données de la consultation
- Site de saisie des données
- Consentement pour enregistrement audio
- Base de données
- Description détaillée des motifs de consultation
- Description détaillée des résultats de consultation associés
- Répartition des catégories socioprofessionnelles

Annexe 2 : Fiche de recueil des données de consultation

Heure de début /.../ h /.../	Initiales MG /.../	Date de consultation /.../.../	Consultation: Cabinet <input type="checkbox"/> Visite <input type="checkbox"/>	Patient Nouveau <input type="checkbox"/> Déjà connu <input type="checkbox"/>	Année de naissance /...-...-.../	Genre M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Etudiant Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Statut : Invalité <input type="checkbox"/> CMU <input type="checkbox"/> AME <input type="checkbox"/> ALD <input type="checkbox"/> AT <input type="checkbox"/> MP <input type="checkbox"/>		Profession agriculteur <input type="checkbox"/> artisan, commerçant, chef d'entreprise <input type="checkbox"/> cadre sup., profession intellectuelle ¹ <input type="checkbox"/> professeur intermédiaire ² <input type="checkbox"/>		employé ³ <input type="checkbox"/> retraité <input type="checkbox"/>		autre sans activité professionnelle <input type="checkbox"/>	
1 : inclut les professions libérales, de l'information, des arts et du spectacle, les professeurs et les ingénieurs. 2 : inclut les professeurs des écoles et les instituteurs, le clergé, les techniciens, les commerciaux et agents de maîtrise. 3 : inclut les agents de service et de surveillance, et les personnels des services directs aux particuliers. 4 : inclut les ouvriers agricoles et les chauffeurs.		Motifs de consultation (symptômes, diagnostics ou procédures) n° RC					
1.							n° RC
2.							
3.							
4.							
5.							
Procédures (diagnostics, préventives, thérapeutiques, administratives, autres)							
				Transférabilité			
1.	R / P	n° RC	SC / AC / I	Professionnels	Conditions (le cas échéant) : DMP / PPD / SMG / AC		
2.							
3.							
4.							
5.							
6.							
7.							
8.							
9.							
10.							
11.							
12.							
13.							
14.							
15.							
Résultats de consultation (symptômes ou diagnostics) RC							
1.	N / A	latro					N / A latro
2.							
3.							
4.							
5.							
RC : N = nouveau, A = ancien, latro : I = intoxication médicamenteuse, AI = allergie ou intolérance médicamenteuse, C = complication de traitement non médicamenteux, MP = effet secondaire de matériel prothétique. Procédure : R = réalisée, P = programmée. Transférabilité : SC = sans condition, AC = avec condition, I = impossible. DMP = Dossier médical partagé, PPD = Protocole pré défini, SMG = Supervision du médecin généraliste, AC = Autre condition (à préciser). Professionnels concernés (plusieurs réponses possibles) : I = infirmière, Ph = pharmacien, Ps = psychologue, S = secrétaire, K = kiné, SF = sage-femme, AS = assistante sociale, AP = autre professionnel.							
							Heure de fin /.../ h /.../

Table des variables de la fiche de recueil

- **MSU**: identifiant du médecin (1 si ecogen01)
- **Profession** :
1=agriculteur ; 2=artisan, commerçant, chef d'entreprise ; 3=cadre sup, et profession intellectuelle ; 4=profession intermédiaire ; 5=employé ; 6=ouvrier ; 7=retraité ; 8=sans activité professionnelle ;
- **Statut** (exonération) : ALD=ALD, CMU=CMU, AME=AME, Aucune=A
- **Nouveau** : N=nouveau, C=déjà connu
- **Refus** : Y=oui
- **Type refus** : I=refus de la présence de l'interne, E=refus de l'étude
- **Contexte** : C=cabinet, V=visite
- **P1MC1**: 1er motif de consultation (MC1) du 1er panier (P1) [jusqu'à 7 MC par panier]
- **P1RC**: résultat de consultation (RC) du 1er panier (P1)
- **P1RC nouveau** : N=nouveau, A=ancien
- **P1P1** : 1ère procédure (P1P1) du 1er panier (P1) [jusqu'à 14 P par panier]
- **P1P1 R ou P** : R=réalisé, P=programmé
- **P1P1 transfert** : SC=sans condition, AC=avec condition, I=impossible
- **P1P1 qui** : I=infirmière, Ph=pharmacien, Ps=psychologue, S=secrétaire, K=kiné, SF=sagefemme, AS=assistante-sociale, A=autre professionnel (cf. P1P1 qui verbatim)
- **P1P1 condition** : Dossier = dossier médical partagé, Protocole = protocole prédéfini, Supervision = supervision du médecin généraliste, AC = autre condition (cf. P1P1 condition verbatim)

Annexe 3 : Site de saisie des données

← → ↻ etudeecogen.fr

Étude Ecogen

Une production CNGE Recherche

HOME ABOUT

Grphe des inclusions

1 Reply

Date	Nombre d'inclusions
15/01	5847
22/01	6812
29/01	7780
5/02	8655
12/02	9637
19/02	10649
26/02	11597
4/03	12549
11/03	13227
18/03	13899
25/03	14692
1/04	15459
8/04	16158
15/04	17040
22/04	18140
29/04	19590
6/05	20410
13/05	20699
20/05	20823
27/05	20900
3/06	20943
10/06	20943

This entry was posted in [Uncategorized](#) on [March 28, 2012](#) by [Laurent](#).

Éléments de la Consultation en médecine GENérale :
le programme de recherche ECOGEN
Synopsis

RECENT POSTS

- [Grphe des inclusions](#)
- [Éléments de la Consultation en médecine GENérale : le programme de recherche ECOGEN](#)
- [Synopsis](#)
- [Démarrage de l'étude](#)

À SAVOIR :

- [Convention médecin investisseur](#)
- [Fiche aide-mémoire](#)
- [Fiche de consentement à l'enregistrement audio](#)
- [Forum](#)
- [Lettre IMG procédure contre-évaluation](#)
- [Liste des projets de thèses](#)
- [Présentation au Congrès du CNGE Lyon 2012](#)
- [Protocole](#)
- [Questionnaire consultation](#)
- [Site de saisie](#)

Étude Ecogen · Log In

etudeecogen.fr/wp-login.php?redirect_to=http%

WORDPRESS

Username

Password

Remember Me

Log In

[Lost your password?](#)

[Back to Étude Ecogen](#)

Annexe 4 : consentement écrit pour enregistrement audio



Je soussigné M..... déclare accepter que la consultation de ce jour soit l'objet d'un enregistrement audio, dans le cadre de l'étude nationale ECOGEN. Cette étude, promue par le Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE Conseil), a pour objectif principal de mieux connaître les problèmes de santé des patients consultant en médecine générale et leur prise en charge. Elle a reçu l'avis favorable du Comité consultatif sur le traitement de l'information en matière de recherche dans le domaine de la santé (CCTIRS) et de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL).

L'enregistrement audio sera analysé de façon anonyme et ne permettra pas de vous identifier (ou d'identifier votre enfant ou la personne dont vous avez la charge, le cas échéant). Il sera utilisé exclusivement par l'équipe de recherche à des fins scientifiques.

Le

Signature

Annexe 5 : Base de données Excel

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O
1	id_unique	Questionnaire	MSU	Sexe	Naissance	Profession	Etudiant	Statut	Nouveau	Refus	Typerefus	Motifrefus	Date	Heure_debut	Heure_fin
2	1	12184	26	2	1979	8 N	A	N	N				28/11/2011	10:20	10:41
3	2	11753	111	1	1979	5 N	T	C	N				28/11/2011	9:07	9:20
4	4	12328	111	1	1989	6 N	A	C	N				28/11/2011	9:25	9:38
5	5	12903	111	2	1934	7 N	L	C	N				28/11/2011	9:53	10:10
6	6	13478	111	2	1945	7 N	L	C	N				28/11/2011	10:14	10:32
7	7	14283	111	2	1946	7 N	L	C	N				28/11/2011	10:38	10:54
8	8	14858	111	2	1947	7 N	A	C	N				28/11/2011	10:56	11:15
9	9	16635	2	2	1986	4 N	A	N	N				28/11/2011	12:05	12:28
10	10	15433	111	1	1944	7 N	A	C	N				28/11/2011	11:15	11:27
11	11	16060	2	2	1938	7 N	A	C	N				28/11/2011	11:41	12:03
12	12	15962	111	2	1955	5 N	A	C	N				28/11/2011	11:32	12:10
13	13	16537	111	2	1964	8 N	A	C	N				28/11/2011	12:12	12:24
14	14	17112	111	1	2008	8 N	A	C	N				28/11/2011	12:24	12:36
15	15	15531	2	1	1963	3 N	A	C	N				28/11/2011	11:21	11:41
16	16	14956	2	1	1949	7 N	L	C	N				28/11/2011	11:00	11:20
17	17	13576	2	2	1925	7 N	L	C	N				28/11/2011	10:24	10:38
18	19	24118	14	2	2011	8 N	A	C	N				28/11/2011	14:28	14:50
19	20	881	137	2	1966	3 N	A	C	N				28/11/2011	9:40	10:09
20	21	24693	14	1	1955	8 N	L	C	N				28/11/2011	14:54	15:25
21	22	3181	137	2	1937	7 N	A	C	N				28/11/2011	12:25	13:02
22	23	1163	5	1	1928	7 N	L	N	N				28/11/2011	9:22	9:29
23	24	60	14	2	1943	7 N	A	C	N				28/11/2011	15:30	15:55
24	25	8756	137	1	1975	3 N	A	N	N				28/11/2011	13:03	13:47

Heure_debut	Heure_fin	Durée	Contexte	P1MC1code	P1MC1verbatim
10:20	10:41	21 C		D01	douleur abdo
9:07	9:20	13 C		L64	suivi douleur genou post trauma
9:25	9:38	13 C		A03	fièvre
9:53	10:10	17 C		D12	suivi constipation après traitement
10:14	10:32	18 C		L63	suivi gonarthrose
10:38	10:54	16 C		R78	bronchite
10:56	11:15	19 C		L03	douleur lombaire
12:05	12:28	23 C		L02	mal de dos
11:15	11:27	12 C		P63	suivi dépression
11:41	12:03	22 C			
11:32	12:10	38 C		N17	vertiges
12:12	12:24	12 C		R05	toux
12:24	12:36	12 C		R01	mal de gorge
11:21	11:41	20 C		P01	anxiété
11:00	11:20	20 C		T63	suivi métabolique
10:24	10:38	14 C		K63	rencontre suivie
14:28	14:50	22 C		R05	toux
9:40	10:09	29 C		L20	récidive de symptômes de polyarthrite rhumatoïde
14:54	15:25	31 C		N01	mal de tête
12:25	13:02	37 C		N17	trouble de l'équilibre sans vertige, sensation de faiblesse générale dans les mem
9:22	9:29	7 V		K50	RENOUVELLEMENT ORDONNANCE
15:30	15:55	25 C		N65	initié par neurologue
13:03	13:47	44 C		P02	stress dû à la préparation de son mariage et recherche d'un boulot en France

Annexe 6 : Répartition détaillée des motifs de consultation

	Effectif	Fréquence
Général	105	6,43%
- A01 : Douleur générale/de sites multiples	5	0,31
- A02 : Frissons	1	0,06
- A04 : Fatigue/faiblesse générale	62	3,80
- A05 : Sensation d'être malade	3	0,18
- A06 : Evanouissement/syncope	2	0,12
- A09 : P.de transpiration	1	0,06
- A13 : Préoc.par/peur traitement médical	2	0,12
- A20 : demande/discussion sur l'euthanasie	1	0,06
- A25 : Peur de la mort, de mourir	3	0,18
- A30 : Ex. médical/bilan santé détaillé	1	0,06
- A34 : Autre analyse de sang	2	0,12
- A50 : Médication/prescription/injection	2	0,12
- A60 : Résultats analyses/examen	1	0,06
- A62 : Contact administratif	11	0,67
- A63 : Rencontre de suivi	2	0,12
- A65 : Epis. nouveau en cours d'initi. par tiers	3	0,18
- A69 : Autres procédures	1	0,06
- A85 : Effet sec. subst. médicinale	2	0,12
Sang. Système hématop/Immunol.	1	0,06%
- B82 : Autre anémie/indét.	1	0,06
Système digestif	8	0,49%
- D01 : Douleur/crampes abdominales gén.	2	0,12
- D02 : Douleur abdominale/épigastrique	1	0,06
- D08 : Flatulence/gaz/renvoi	1	0,06
- D09 : Nausée	2	0,12
- D11 : Diarrhée	1	0,06
- D26 : Peur du cancer du syst. Digestif	1	0,06
Cardio-vasculaire	2	0,12%
- K42 : Tracé électrique	1	0,06
- K63 : Rencontre de suivi	1	0,06
Ostéo-articulaire	3	0,18%

- L01 : S/P du cou	1	0,06
- L27 : Peur maladie autre syst.ostéo-articul.	1	0,06
- L63 : Rencontre de suivi	1	0,06
Neurologique	13	0,80%
- N01 : Mal de tête	6	0,37
- N08 : Mouvements involontaires anormaux	1	0,06
- N17 : Vertige/étourdissement	4	0,25
- N60 : Résultats analyses/examens	1	0,06
- N61 : Résultats ex/procéd autre dispensateur	1	0,06
Psychologique	1337	81,92%
- P01 : Sensation anxiété/nervosité/tension	60	3,68
- P02 : Réaction de stress aiguë	6	0,37
- P03 : Sensation de dépression	135	8,27
- P04 : Sentiment/comport. Irritable/colère	7	0,43
- P05 : Sensation vieux, comportement sénile	1	0,06
- P06 : Perturbation du sommeil	66	4,04
- P07 : Diminution du désir sexuel	2	0,12
- P16 : Alcoolisation aiguë	1	0,06
- P18 : Usage abusif de médicament	1	0,06
- P20 : Perturbation de la mémoire	4	0,25
- P25 : Problèmes de phase de vie adulte	2	0,12
- P27 : Peur d'un trouble mental	3	0,18
- P28 : Limitation de la fonction/incap. (P)	1	0,06
- P29 : Autre S/P psychologique	6	0,37
- P45 : Recom./éducation santé/avis/régime	1	0,06
- P50 : Médication/prescription/injection	595	36,46
- P58 : Conseil therap/écoute/examens	5	0,31
- P60 : Résultats analyses/examen	3	0,18
- P61 : Résultats ex/procéd autre dispensateur	1	0,06
- P62 : Contact administratif	44	2,70
- P63 : Rencontre de suivi	195	11,95
- P64 : Epis. nouveau en cours d'initi. par disp.	62	3,80
- P65 : Epis. nouveau en cours d'initi. par tiers	11	0,67
- P67 : Référence à médecin	6	0,37
- P69 : Autres procédures	1	0,06
- P74 : Troubles anxieux/état anxieux	17	1,04
- P76 : Dépression	94	5,76
- P77 : Suicide/tentative suicide	3	0,18
- P78 : Neurasthénie, surmenage	1	0,06
- P79 : Phobie, trouble obsessionnel compulsif	1	0,06
- P86 : Anorexie mentale, boulimie	2	0,12

Respiratoire	1	0,06%
- R02 : Souffle court, dyspnée	1	0,06
Métabolique, nutritionnel, endocrinien	12	0,74%
- T03 : Perte d'appétit	8	0,49
- T08 : Perte de poids	2	0,12
- T31 : Ex médical/bilan santé partiel	1	0,06
- T65 : Epis. nouveau en cours d'initi. par tiers	1	0,06
Système génital féminin et sein	4	0,25%
- X01 : Douleur génitale chez la femme	1	0,06
- X07 : Menstruation irrégulière/fréquente	1	0,06
- X08 : Saignement intermenstruel	1	0,06
- X11 : S/P liés à la ménopause	1	0,06
Social	119	7,29%
- Z01 : Pauvreté/P. économique	4	0,25
- Z03 : P. d'habitat/de voisinage	2	0,12
- Z05 : P. de travail	31	1,90
- Z08 : P. de protection sociale	1	0,06
- Z12 : P.de relation entre partenaire	12	0,74
- Z13 : P.de comportement du partenaire	5	0,31
- Z14 : P. du à la mal. partenaire	6	0,37
- Z15 : Perte/décès du partenaire	7	0,43
- Z16 : P. de relation avec un enfant	13	0,80
- Z18 : P. du à la maladie d'un enfant	3	0,18
- Z20 : P. relation entre parent/famille	9	0,55
- Z21 : P. comportem. autre parent/famille	2	0,12
- Z22 : P. du à la mal. autre parent/famille	3	0,18
- Z23 : Perte/décès autre parent/famille	9	0,55
- Z25 : Agression/événement nocif NCA	3	0,18
- Z27 : Peur d'un P.social	1	0,06
- Z28 : Limitation de fonction/incap.	2	0,12
- Z29 : P.social NCA	3	0,18
- Z50 : Médication/prescription/injection	1	0,06
- Z62 : Contact administratif	2	0,12
Non renseigné	27	1,65%

**Annexe 7 : Répartition détaillée des résultats de consultation associés à la
Dépression**

Général	437	14,1
- A01 : Douleur générale/de sites multiples	22	
- A04 : Fatigue/faiblesse générale	7	
- A06 : Evanouissement/syncope	6	
- A09 : P.de transpiration	1	
- A11 : Douleur thoracique NCA	1	
- A13 : Préoc.par/peur traitement médical	1	
- A18 : Préoc.par son aspect extérieur	1	
- A21 : Facteur de risque de cancer	1	
- A28 : limitation de la fonction/Incap. NCA	2	
- A29 : Autre S/P général	1	
- A78 : Autre maladie infectieuse NCA	4	
- A80 : Traumatisme/lésion traumat. NCA	5	
- A85 : Effet sec.sub. médicinale	4	
- A87 : Complication de traitement médical	3	
- A88 : Effet sec. de facteur physique	1	
- A91 : Résultat d'investigat. Anormale NCA	10	
- A92 : Allergie/réaction allergique NCA	12	
- A97 : Pas de maladie	47	
- A98 : gestion santé/médecine préventive	310	
- A99 : maladie de nature/site non précisé	1	
Sang. Système hématop/Immunol.	44	1,4%
- B02 : Ganglion lymph. augmenté / douloureux	1	
- B25 : Peur du SIDA/du VIH	1	
- B29 : Autre S/P du syst. lymph/Immunol.	1	
- B72 : Maladie de Hodgkin/lymphome	1	
- B75 : Tumeur bénigne/indét. sang/lymph.	3	
- B78 : Anémie hémolytique héréditaire	1	
- B80 : Anémie par déficience en fer	7	
- B81 : Anémie carence vit.B12/ac.folique	9	
- B82 : autre anémie/indét.	7	
- B83 : Purpura/défaut de coagulation	2	
- B84 : Globules blancs anormaux	3	
- B90 : Infection par le virus HIV, SIDA	4	
- B99 : Autre maladie sang/lymph/rate	4	
Système digestif	275	8,9%
- D01 : Douleur/crampe abdominales gén	11	
- D02 : douleur abdominale/épigastrique	25	

- D03 : Brûlure/brûlant/brûlement d'estomac	9	
- D04 : Douleur rectale/anale	1	
- D05 : Démangeaisons périanales	1	
- D06 : Autre douleur abdominale loc.	4	
- D07 : dyspepsie/indigestion	3	
- D08 : Flatulence/gaz/renvoi	2	
- D09 : Nausée	2	
- D10 : vomissement	2	
- D11 : Diarrhée	9	
- D12 : constipation	56	
- D16 : saignement rectal	1	
- D18 : Modification selles/mouv.intestinales	1	
- D19 : S/P dents/gencives	3	
- D20 : S/P bouche/langue/lèvres	3	
- D21 : P. de déglutition	1	
- D24 : Masse abdominale NCA	1	
- D28 : Limitation de la fonction/Incap. (D)	1	
- D29 : Autre S/P du sys. Digestif	1	
- D70 : Infection gastro-intestinale	7	
- D72 : Hépatite virale	4	
- D73 : Gastro-entérite présumée infectieuse	5	
- D74 : cancer de l'estomac	1	
- D75 : cancer du colon/ du rectum	4	
- D76 : cancer du pancréas	1	
- D77 : autre cancer digestif/NCA	5	
- D78 : Tumeur bénigne/indét. du syst. digestif	3	
- D81 : Anom. Congénitale du syst. digestif	1	
- D82 : maladie des dents/des gencives	2	
- D83 : maladie bouche/langue/lèvre	5	
- D84 : maladie de l'œsophage	39	
- D85 : ulcère duodéal	2	
- D86 : autre ulcère peptique	6	
- D87 : trouble de la fonction gastrique	10	
- D88 : appendicite	1	
- D89 : hernie inguinale	2	
- D90 : hernie hiatale	8	
- D91 : autre hernie abdominale	1	
- D92 : maladie diverticulaire	5	
- D93 : syndrome su colon irritable	10	
- D94 : entérite chronique/colite ulcéreuse	2	
- D95 : fissure anale/abcès périanal	1	
- D97 : maladie du foie NCA	3	
- D98 : cholécystite/cholélithiase	1	
- D99 : autre maladie du syst. digestif	9	
Œil	20	0,6%
- F04 : Taches visuelles / flottantes	1	
- F05 : Autre perturbation de la vision	1	

- F13 : Sensation oculaire Anormale	3	
- F14 : Mouvements oculaires anormaux	1	
- F70 : Conjonctivite infectieuse	4	
- F71 : Conjonctivite allergique	1	
- F72 : Blépharite, orgelet, Chalazion	2	
- F84 : dégénérescence maculaire	1	
- F93 : Glaucome	4	
- F95 : Strabisme	1	
- F99 : Autre maladie de l'œil/annexes	1	
Oreille	26	0,8%
- H03 : Acouphène/bourdonnement d'oreille	3	
- H71 : Otite moyenne aigue/myringite	2	
- H81 : Excès de cérumen	11	
- H82 : syndrome vertigineux	4	
- H84 : Presbyacousie	2	
- H86 : Surdité	2	
- H99 : Autre maladie de l'oreille/mastoïde	2	
Cardio-vasculaire	563	18,2%
- K04 : Palpita. /perception battements card.	3	
- K07 : Œdème, gonflement des chevilles	8	
- K22 : Facteur risque mal.cardio-vasculaire	7	
- K27 : Peur autre maladie cardio-vasculaire	1	
- K28 : Limitation fonction/incap.(k)	2	
- K29 : Autre S/P cardiovasculaire	1	
- K74 : cardiopathie ischémique avec angor	13	
- K76 : cardiopathie ischémique sans angor	33	
- K77 : Décompensation cardiaque	11	
- K78 : Fibrillation auriculaire/Flutter	29	
- K79 : Tachycardie paroxystique	6	
- K80 : Arythmie cardiaque NCA	5	
- K81 : Souffle cardiaque/artériel NCA	2	
- K82 : cœur pulmonaire	2	
- K83 : valvulopathie NCA	6	
- K84 : Autre maladie cardiaque	3	
- K85 : Pression sanguine élevée	3	
- K86 : Hypertension non compliquée	304	
- K87 : Hypertension avec complication	31	
- K88 : Hypotension orthostatique	9	
- K89 : ischémie cérébrale transitoire	2	
- K90 : accident vasculaire cérébral	15	
- K92 : Ath�roscl./mal vasculaire p�riph�r.	24	
- K93 : Embolie pulmonaire	6	
- K94 : phlébite et thrombophlébite	6	
- K95 : varices des jambes	20	
- K96 : hémorroïdes	5	
- K99 : autre maladie cardio-vasculaire	6	

Ostéo-articulaire	401	13,0%
- L01 : S/P du cou	9	
- L02 : S/P du dos	3	
- L03 : S/P des lombes	10	
- L04 : S/P du thorax	2	
- L08 : S/P de l'épaule	6	
- L09 : S/P du bras	1	
- L10 : S/P du coude	2	
- L11 : S/P du poignet	1	
- L12 : S/P de la main et du doigt	2	
- L13 : S/P de la hanche	4	
- L14 : S/P de la jambe et la cuisse	2	
- L15 : S/P du genou	5	
- L16 : S/P de la cheville	1	
- L17 : S/P du pied et de l'orteil	9	
- L18 : Douleur musculaire	12	
- L19 : S/P musculaire NCA	3	
- L20 : S/P d'une articulation NCA	2	
- L27 : peur d'autre maladie sys. Ostéo-articul.	1	
- L28 : limitation de la fonction/Incap. (L)	7	
- L72 : Fracture du radius/du cubitus	3	
- L73 : Fracture du Tibia/du péroné	2	
- L76 : Autre fracture	3	
- L78 : Entorse genou	1	
- L79 : Entorse articulaire NCA	2	
- L80 : Luxation et subluxation	1	
- L81 : Lésion trauma.NCA ostéo-articulaire	3	
- L82 : Anom. congénitale ostéo-articulaire	2	
- L83 : Syndrome cervical	9	
- L84 : Syndr. Dorso-lombaire sans irradiation	34	
- L85 : déformation acquise de la colonne	2	
- L86 : Syndr. Dorso-lombaire avec irradiation	23	
- L87 : Bursite, tendinite, synovite NCA	21	
- L88 : Polyarthrite rhumatoïde séropositive	10	
- L89 : Coxarthrose	5	
- L90 : Gonarthrose	15	
- L91 : Autre arthrose	68	
- L92 : Syndrome de l'épaule	9	
- L93 : Coude du joueur de tennis	4	
- L95 : Ostéoporose	66	
- L97 : Autre tumeur bén./indét. Ostéo-artic.	1	
- L98 : Déformation acquise membre inf.	5	
- L99 : Autre maladie ostéo-articulaire	30	
Neurologique	99	3,2%
- N01 : mal de tête	3	
- N04 : jambes sans repos	1	

- N06 : Autre perturbation de la sensibilité	2	
- N07 : convulsion/crise comitiale	1	
- N08 : Mouvements involontaires anormaux	2	
- N16 : Perturbation du goût/de l'odorat	1	
- N17 : vertige/étourdissement	6	
- N18 : paralysie/faiblesse	3	
- N27 : Peur d'une autre maladie neurologique	1	
- N28 : Limitation de la fonction/incap. (N)	1	
- N29 : Autre S/P neurologique	3	
- N74 : Cancer du syst. neurologique	4	
- N75 : Tumeur bénigne neurologique	1	
- N76 : Autre tumeur indéterminée neurologique	1	
- N81 : Autre lésion traumat. neurologique	3	
- N86 : Sclérose en plaques	2	
- N87 : Syndrome parkinsonien	15	
- N88 : Epilepsie	13	
- N89 : Migraine	19	
- N90 : Algie vasculaire de la face	1	
- N93 : Syndrome du canal carpien	3	
- N94 : Névrite/neuropathie périphérique	6	
- N95 : céphalée de tension	2	
- N99 : Autre maladie neurologique	5	
Psychologique	199	6,4%
- P01 : Sensation d'anxiété/nervosité/tension	8	
- P02 : Réaction de stress aiguë	1	
- P06 : Perturbation du sommeil	84	
- P07 : Diminution du désir sexuel	2	
- P15 : Alcoolisme chronique	23	
- P17 : Usage abusif du Tabac	22	
- P18 : Usage abusif de médicament	2	
- P19 : Usage abusif de drogue	10	
- P20 : Perturbation de la mémoire	4	
- P25 : Problème de phase de vie adulte	2	
- P29 : Autre S/P psychologique	1	
- P70 : Démence	9	
- P71 : autre psychose organique	1	
- P73 : Psychose affective	1	
- P74 : Trouble anxieux/état anxieux	17	
- P75 : Trouble somatoforme	4	
- P86 : Anorexie mentale, boulimie	6	
- P98 : Autre trouble psychologique	2	
Respiratoire	179	5,8%
- R02 : Souffle court, dyspnée	5	
- R03 : Sibilance	1	
- R05 : Toux	7	
- R06 : saignement de nez, épistaxis	2	

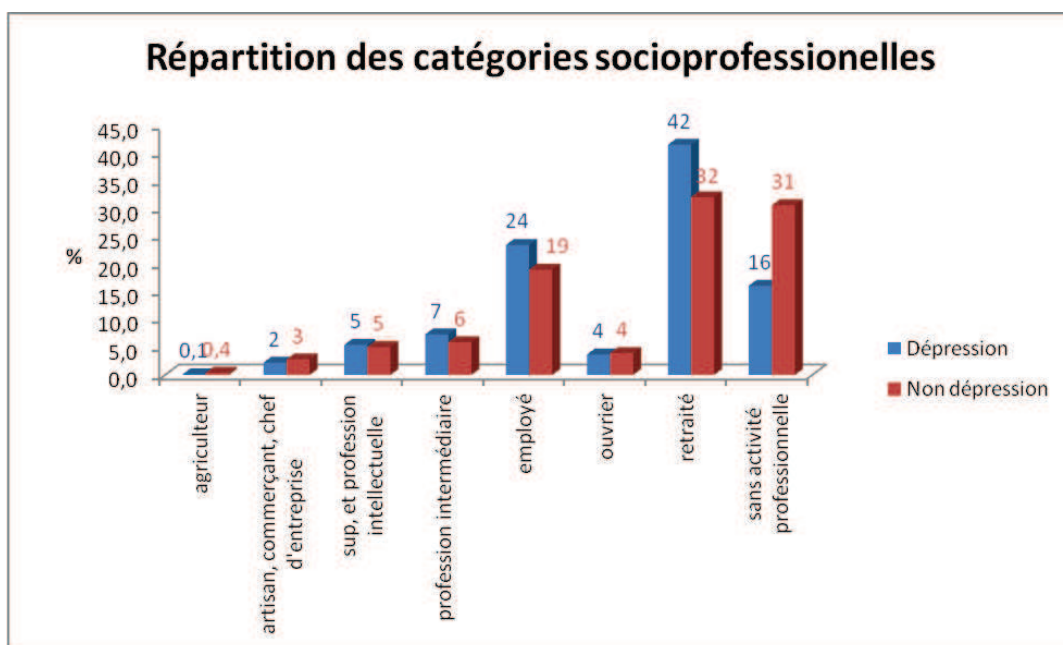
- R07 : congestion nasale, éternuement	2	
- R23 : S/P de la voix	1	
- R25 : Expectoration/glaire anormale	2	
- R29 : Autre S/P respiratoire	1	
- R74 : Infection aiguë des voies resp. sup.	43	
- R75 : Sinusite Aiguë / chronique	9	
- R76 : Angine aiguë	3	
- R77 : Laryngite, trachéite aiguë	4	
- R78 : Bronchite aiguë, bronchiolite	20	
- R79 : Bronchite chronique	7	
- R80 : Grippe	6	
- R81 : Pneumonie	4	
- R83 : autre infection respiratoire	2	
- R95 : Mal. pulmonaire chronique obstructive	24	
- R96 : Asthme	19	
- R97 : Rhinite allergique	10	
- R99 : Autre maladie respiratoire	7	
Peau	115	3,7%
- S01 : douleur/hypersensibilité de la peau	1	
- S02 : Prurit	4	
- S03 : Verrue	2	
- S04 : tuméfaction gonflement local peau	3	
- S06 : Eruption localisée	4	
- S09 : doigt/orteil infecté	2	
- S10 : Furoncle/anthrax	2	
- S12 : piqûre d'insecte	1	
- S13 : morsure animale/humaine	1	
- S15 : CE dans la peau	1	
- S16 : Ecchymose/contusion	6	
- S17 : Eraflure/égratignure, ampoule	2	
- S18 : coupure/lacération	2	
- S20 : cor/callosité	2	
- S21 : S/p au sujet de la texture de la peau	7	
- S23 : calvitie/perte de cheveux	3	
- S29 : Autre S/P de la peau	1	
- S70 : Zona	2	
- S71 : Herpes simplex	5	
- S74 : Dermatophytose	7	
- S75 : Moniliase/candidose de la peau	3	
- S76 : autre maladie infectieuse de la peau	1	
- S77 : cancer de la peau	2	
- S78 : lipome	1	
- S79 : autre tumeur bénin/indét. de la peau	2	
- S82: Naevus/naevus pigmentaire	3	
- S85: Kyste/fistule pilonidal	2	
- S86: Dermatite séborrhéique	2	
- S87: Dermatite atopique/eczema	5	

- S88: Dermatite et allergie de contact	12	
- S90: Pytriasis rosé	1	
- S91: psoriasis	10	
- S93: kyste sébacé	1	
- S96: Acné	1	
- S97: ulcère chronique de la peau	3	
- S98: Urticaire	3	
- S99: Autre maladie de la peau	5	
Métabolique, nutritionnel, endocrinien	490	15,8%
- T01 : Soif excessive	1	
- T03 : Perte d'appétit	1	
- T05 : P. d'alimentation de l'adulte	4	
- T07 : Gain de poids	9	
- T08 : Perte de poids	8	
- T11 : Déshydratation	1	
- T72 : Tumeur bénigne de la thyroïde	4	
- T81 : Goitre	8	
- T82 : Obésité	20	
- T83 : Excès pondéral	7	
- T85 : Hyperthyroïdie/thyréotoxicose	6	
- T86 : Hypothyroïdie/myxœdème	100	
- T87 : Hypoglycémie	1	
- T89 : Diabète insulino-dépendant	11	
- T90 : Diabète non insulino-dépendant	78	
- T91 : carence vitaminique/nutritionnelle	41	
- T92 : Goutte	9	
- T93 : Trouble du métabolisme des lipides	165	
- T99 : autre maladie endoc/métabo./nutrit	16	
Système Urinaire	53	1,7%
- U01: Dysurie/miction douloureuse	6	
- U02: Miction fréquente/impérieuse	5	
- U04: Incontinence urinaire	3	
- U06: Hématurie	2	
- U07: Autre S/P au sujet de l'urine	2	
- U13: Autre S/P de la vessie	3	
- U14: S/P du rein	1	
- U29: Autre S/P urinaire	2	
- U71 : cystite/autre infection urinaire	14	
- U75 : cancer du rein	1	
- U76 ; cancer de la vessie	1	
- U78 : Tumeur bénigne du tractus urinaire	2	
- U88 : glomérulonéphrite/sd néphrotique	1	
- U95 : Lithiase urinaire	1	
- U98 : analyse urinaire anormale NCA	1	
- U99 : Autre maladie urinaire	8	

Grossesse, accouchement et post-partum	15	0,5%
- W01 : Question de grossesse	1	
- W05 : nausée/vomissement de grossesse	2	
- W11 : contraception orale	9	
- W14 : autre contraception chez la femme	1	
- W15 : stérilité/hypofertilité de la femme	1	
- W82 : avortement spontané	1	
Système génital féminin et sein	70	2,3%
- X02 : douleur menstruelle	1	
- X04 : rapport sexuel douloureux femme	2	
- X08 : saignement intermenstruel	3	
- X11 : S/P liés à la ménopause	15	
- X15 : S/P du vagin	2	
- X16 : S/P de la vulve	2	
- X19 : Tuméfaction/masse du sein femme	3	
- X21 : autre S/P du sein chez la femme	1	
- X22 : précoc. Par l'apparence des seins	1	
- X23 : peur d'une MST chez la femme	1	
- X25 : peur d'un cancer génital femme	1	
- X72 : candidose génitale chez la femme	5	
- X74 : Mal.inflammatoire pelvienne femme	1	
- X76 : cancer col utérus	15	
- X77 : Autre cancer génital femme	1	
- X78 : Fibrome utérin	2	
- X80 : tumeur bénigne génital femme	2	
- X84 : vaginite/vulvite NCA	3	
- X87 : Prolapsus utero-vaginal	3	
- X88 : maladie fibro-kystique du sein	1	
- X90 : Herpès génital chez la femme	1	
- X91 : condylome acuminé chez la femme	1	
- X99 : autre maladie génitale chez la femme	3	
Système génital masculin	35	1,1%
- Y04 : Autre S/P du pénis	1	
- Y06 : S/P de la prostate	1	
- Y28 : Limitation de la fonction/Incap. (Y)	1	
- Y73: Prostatite/vésiculite séminale	1	
- Y77: cancer de la prostate	3	
- Y78: autre cancer génital chez l'homme	1	
- Y85: hypertrophie bénigne de la prostate	27	
Social	74	2,4%
- Z01: Pauvreté/P.économique	2	
- Z03: P. d'habitat/de voisinage	1	
- Z04: P. socioculturel	2	
- Z05: P. de travail	14	
- Z06: P. de non emploi	1	

- Z08 : P. de protection sociale	1	
- Z10 : P. relatif au syst. de soins de santé	2	
- Z12 : P. de relation entre partenaires	9	
- Z13 : P. de comportement du partenaire	3	
- Z14 : P. du à la maladie du partenaire	8	
- Z15 : Perte/décès du partenaire	2	
- Z16 : P. de relation avec un enfant	6	
- Z18 : P. du à la maladie d'un enfant	4	
- Z20 : P. relation autre parent/famille	2	
- Z21 : P. comportement autre parent/famille	4	
- Z22 : P ; du à la maladie autre parent/famille	2	
- Z23 : perte/décès autre parent/famille	5	
- Z25 : Agression/événement nocif NCA	2	
- Z27 : Peur d'un P. social	1	
- Z28 : Limitation de la fonction/Incap. (Z)	2	
- Z29 : P. social NCA	1	

Annexe 8 : Répartition des catégories socioprofessionnelles



Résumé

La dépression reste l'une des premières causes d'invalidité au niveau mondial. Il s'agit un problème majeur de santé publique, à travers les conséquences personnelles, professionnelles, les décès et les coûts économiques qu'elle engendre. Les médecins généralistes sont le plus souvent les acteurs de premier recours intervenants dans la prise en charge.

L'étude Ecogen, première étude de grande ampleur réalisée en France, décrit les procédures réalisées durant la consultation de médecine générale. Il s'agit d'une étude nationale, transversale, multicentrique où 54 internes en stage chez le praticien, ont codé le contenu des consultations à l'aide la CISP-2. Les consultations liées à la dépression ont été incluses et analysées au cours de cette thèse.

Sur 20781 consultations, 1271 concernaient la dépression, soit une prévalence sur les 5 mois de l'étude évaluée à 6,17%. Plus de 82% des cas correspondait au diagnostic, établi antérieurement, de dépression. La durée moyenne de consultation pour dépression était significativement plus longue par rapport aux autres consultations.

La majorité des motifs de consultation exprimés impliquait des éléments psychologiques (82% environ), sociaux (7%) et généraux (6,5%). Le premier motif d'ordre psychologique était la demande de prescription/renouvellement médicamenteuse, le premier motif d'ordre social était lié au travail.

La prescription de traitement psychotrope se révélait comme la première des procédures utilisées par les médecins (42,5%), suivie par l'écoute et les conseils thérapeutiques (21%) puis l'examen médical (17%). Enfin 5,93% des procédures relevaient du travail administratif. Les recours à un psychiatre ou un psychologue concernait respectivement 1,45% et 0,44% des procédures. Une analyse biologique était retrouvée que pour 1,1% des patients.

Sur la population Ecogen étudiée 9,3% des arrêts de travail prescrits étaient en rapport avec le diagnostic de dépression. Cette fréquence était significative par rapport au reste de la population (11,01% vs 6,98%), $p < 0,0001$.

La population des sujets dépressifs était composée majoritairement de femmes (74%) avec un sexe ratio de 3 :1. L'âge moyen des patients était de 58 ans. La dépression dans la population Ecogen concernait 7,8% des retraités et 5,3% des actifs (différence significative). Parmi les actifs, les catégories socioprofessionnelles défavorisée et moyenne étaient les plus représentées (78%).

Cette étude permet de mieux cerner les motifs exprimés par les patients dépressifs et de préciser l'intervention du médecin généraliste. Elle souligne les impacts socio-économiques de la dépression en termes de prévalence et d'arrêts de travail.

