

UNIVERSITE TOULOUSE III – Paul SABATIER
FACULTES DE MEDECINE

ANNEE 2014

2014 TOU3 1105

**THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN
MEDECINE**

SPECIALITE MEDECINE GENERALE

Présentée et soutenue publiquement par

Lotié ASSIH

Le 09 Octobre 2014

PRISE EN CHARGE DU SYNDROME DEPRESSIF :
Evaluation de pratiques de médecins généralistes
remplaçants en Haute-Garonne.

Directeur de thèse : Monsieur le Professeur Marc Vidal

JURY :

Président : Monsieur le Professeur Stéphane OUSTRIC

Assesseur : Monsieur le Professeur Marc VIDAL

Assesseur : Monsieur le Professeur Pierre MESTHE

Assesseur : Monsieur le Docteur Michel BISMUTH

Assesseur : Monsieur le Docteur Azeddine ASSOUAN

P.U. - P.H. Classe Exceptionnelle et 1ère classe		P.U. - P.H. 2ème classe	
M. ADOUE D.	Médecine Interne, Gériatrie	Mme BEYNE-RAUZY O.	Médecine Interne
M. AMAR J.	Thérapeutique	M. BIRMES Ph.	Psychiatrie
M. ARNE J.L. (C.E)	Ophthalmologie	M. BROUCHET L.	Chirurgie thoracique et cardio-vascul
M. ATTAL M. (C.E)	Hématologie	M. BUREAU Ch	Hépatogastro-Entéro
M. AVET-LOISEAU H	Hématologie, transfusion	M. CALVAS P.	Génétique
M. BLANCHER A.	Immunologie (option Biologique)	M. CARRERE N.	Chirurgie Générale
M. BONNEVIALLE P.	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie.	Mme CASPER Ch.	Pédiatrie
M. BOSSAVY J.P.	Chirurgie Vasculaire	M. CHAIX Y.	Pédiatrie
M. BRASSAT D.	Neurologie	Mme CHARPENTIER S.	Thérapeutique, méd. d'urgence, addict
M. BROUSSET P. (C.E)	Anatomie pathologique	M. COGNARD C.	Neuroradiologie
M. BUGAT R. (C.E)	<i>Cancérologie</i>	M. DE BOISSEZON X.	Médecine Physique et Réadapt Fonct.
M. CARRIE D.	Cardiologie	M. FOURCADE O.	Anesthésiologie
M. CHAP H. (C.E)	Biochimie	M. FOURNIE B.	Rhumatologie
M. CHAUVEAU D.	Néphrologie	M. FOURNIÉ P.	Ophthalmologie
M. CHOLLET F. (C.E)	Neurologie	M. GEERAERTS T.	Anesthésiologie et réanimation chir.
M. CLANET M. (C.E)	Neurologie	Mme GENESTAL M.	Réanimation Médicale
M. DAHAN M. (C.E)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque	M. LAROCHE M.	Rhumatologie
M. DEGUINE O.	O. R. L.	M. LAUWERS F.	Anatomie
M. DUCOMMUN B.	Cancérologie	M. LEOBON B.	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. FERRIERES J.	Epidémiologie, Santé Publique	M. MAZIERES J.	Pneumologie
M. FRAYSSE B. (C.E)	O.R.L.	M. MOLINIER L.	Epidémiologie, Santé Publique
M. IZOPET J. (C.E)	Bactériologie-Virologie	M. PARANT O.	Gynécologie Obstétrique
Mme LAMANT L.	Anatomie Pathologique	M. PARIENTE J.	Neurologie
M. LANG T.	Biostatistique Informatique Médicale	M. PATHAK A.	Pharmacologie
M. LANGIN D.	Nutrition	M. PAUL C.	Dermatologie
M. LAUQUE D.	Médecine Interne	M. PAYOUX P.	Biophysique
M. LIBLAU R.	Immunologie	M. PAYRASTRE B.	Hématologie
M. MAGNAVAL J.F.	Parasitologie	M. PERON J.M	Hépatogastro-Entérologie
M. MALAVAUD B.	Urologie	M. PORTIER G.	Chirurgie Digestive
M. MANSAT P.	Chirurgie Orthopédique	M. RECHER Ch.	Hématologie
M. MARCHOU B.	Maladies Infectieuses	M. RONCALLI J.	Cardiologie
M. MONROZIES X.	Gynécologie Obstétrique	M. SANS N.	Radiologie
M. MONTASTRUC J.L. (C.E)	Pharmacologie	Mme SELVES J.	Anatomie et cytologie pathologiques
M. MOSCOVICI J.	Anatomie et Chirurgie Pédiatrique	M. SOL J-Ch.	Neurochirurgie
Mme MOYAL E.	Cancérologie		
Mme NOURHASHEMI F.	Gériatrie		
M. OLIVES J.P. (C.E)	Pédiatrie		
M. OSWALD E.	Bactériologie-Virologie		
M. PARINAUD J.	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.		
M. PERRET B (C.E)	Biochimie	P.U.	
M. PRADERE B.	Chirurgie générale	M. OUSTRIC S.	Médecine Générale
M. QUERLEU D (C.E)	Cancérologie		
M. RASCOL O.	Pharmacologie		
M. RISCHMANN P. (C.E)	Urologie		
M. RIVIERE D. (C.E)	Physiologie		
M. SALES DE GAUZY J.	Chirurgie Infantile		
M. SALLES J.P.	Pédiatrie		
M. SERRE G. (C.E)	Biologie Cellulaire		
M. TELMON N.	Médecine Légale		
M. VINEL J.P. (C.E)	Hépatogastro-Entérologie		

Professeur Associé de Médecine Générale

Dr. POUTRAIN J.Ch

Dr. MESTHÉ P.

Professeur Associé de Médecine du Travail

Dr NIEZBORALA M.

P.U. - P.H. Classe Exceptionnelle et 1ère classe		P.U. - P.H. 2ème classe	
M. ACAR Ph.	Pédiatrie	M. ACCADBLE F.	Chirurgie Infantile
M. ALRIC L.	Médecine Interne	Mme ANDRIEU S.	Epidémiologie
M. ARLET Ph. (C.E)	Médecine Interne	M. ARBUS Ch.	Psychiatrie
M. ARNAL J.F.	Physiologie	M. BERRY A.	Parasitologie
Mme BERRY I.	Biophysique	M. BONNEVILLE F.	Radiologie
M. BOUTAULT F. (C.E)	Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale	M. BROUCHET L.	Chir. Thoracique et cardio-vasculaire
M. BUSCAIL L.	Hépatogastro-Entérologie	M. BUJAN L.	Uro-Andrologie
M. CANTAGREL A.	Rhumatologie	Mme BURA-RIVIERE A.	Médecine Vasculaire
M. CARON Ph. (C.E)	Endocrinologie	M. CHAUFOUR X.	Chirurgie Vasculaire
M. CHAMONTIN B. (C.E)	Thérapeutique	M. CHAYNES P.	Anatomie
M. CHAVOIN J.P. (C.E)	Chirurgie Plastique et Reconstructive	M. CONSTANTIN A.	Rhumatologie
M. CHIRON Ph.	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie	M. COURBON F.	Biophysique
Mme COURTADE SAIDI M.	Histologie Embryologie	M. DAMBRIN C.	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
M. DELABESSE E.	Hématologie	M. DECRAMER S.	Pédiatrie
Mme DELISLE M.B. (C.E)	Anatomie Pathologie	M. DELOBEL P.	Maladies Infectieuses
M. DIDIER A.	Pneumologie	M. DELORD JP.	Cancérologie
M. ESCOURROU J. (C.E)	Hépatogastro-Entérologie	M. ELBAZ M.	Cardiologie
M. FOURTANIER G. (C.E)	Chirurgie Digestive	M. GALINIER Ph.	Chirurgie Infantile
M. GALINIER M.	Cardiologie	M. GARRIDO-STÖWHAS I.	Chirurgie Plastique
M. GERAUD G.	Neurologie	Mme GOMEZ-BROUCHET A.	Anatomie Pathologique
M. GLOCK Y.	Chirurgie Cardio-Vasculaire	M. GOURDY P.	Endocrinologie
M. GRAND A. (C.E)	Epidémiol. Eco. de la Santé et Prévention	M. GROLEAU RAOUX J.L.	Chirurgie plastique
Mme HANAIRE H.	Endocrinologie	Mme GUIMBAUD R.	Cancérologie
M. LAGARRIGUE J. (C.E)	Neurochirurgie	M. HUYGHE E.	Urologie
M. LARRUE V.	Neurologie	M. KAMAR N.	Néphrologie
M. LAURENT G. (C.E)	Hématologie	M. LAFOSSE JM.	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. LEVADE T.	Biochimie	M. LEGUEVAQUE P.	Chirurgie Générale et Gynécologique
M. MALECAZE F. (C.E)	Ophthalmologie	M. MARQUE Ph.	Médecine Physique et Réadaptation
Mme MARTY N.	Bactériologie Virologie Hygiène	Mme MAZEREEUW J.	Dermatologie
M. MASSIP P.	Maladies Infectieuses	M. MINVILLE V.	Anesthésiologie Réanimation
M. PESSEY J.J. (C.E)	O. R. L.	M. MUSCARI F.	Chirurgie Digestive
M. PLANTE P.	Urologie	M. OTAL Ph.	Radiologie
M. RAYNAUD J-Ph.	Psychiatrie Infantile	M. ROLLAND Y.	Gériatrie
M. RITZ P.	Nutrition	M. ROUX F.E.	Neurochirurgie
M. ROCHE H. (C.E)	Cancérologie	M. SAILLER L.	Médecine Interne
M. ROSTAING L (C.E).	Néphrologie	M. SOULAT J.M.	Médecine du Travail
M. ROUGE D. (C.E)	Médecine Légale	M. TACK I.	Physiologie
M. ROUSSEAU H.	Radiologie	Mme URO-COSTE E.	Anatomie Pathologique
M. SALVAYRE R. (C.E)	Biochimie	M. VAYSSIERE Ch.	Gynécologie Obstétrique
M. SCHMITT L. (C.E)	Psychiatrie	M. VERGEZ S.	O.R.L.
M. SENARD J.M.	Pharmacologie		
M. SERRANO E. (C.E)	O. R. L.		
M. SOULIE M.	Urologie		
M. SUC B.	Chirurgie Digestive		
Mme TAUBER M.T.	Pédiatrie		
M. VELLAS B. (C.E)	Gériatrie		

M.C.U. - P.H.		M.C.U. - P.H	
M. APOIL P. A	Immunologie	Mme ABRAVANEL F.	Bactéριο. Virologie Hygiène
Mme ARNAUD C.	Epidémiologie	Mme ARCHAMBAUD M.	Bactéριο. Virologie Hygiène
M. BIETH E.	Génétique	M. BES J.C.	Histologie - Embryologie
Mme BONGARD V.	Epidémiologie	M. CMBUS J.P.	Hématologie
Mme CASPAR BAUGUIL S.	Nutrition	Mme CANTERO A.	Biochimie
Mme CASSAING S.	Parasitologie	Mme CARFAGNA L.	Pédiatrie
Mme CONCINA D.	Anesthésie-Réanimation	Mme CASSOL E.	Biophysique
M. CONGY N.	Immunologie	Mme CAUSSE E.	Biochimie
Mme COURBON	Pharmacologie	M. CHASSAING N	Génétique
Mme DAMASE C.	Pharmacologie	Mme CLAVE D.	Bactériologie Virologie
Mme de GLISEZENSKY I.	Physiologie	M. CLAVEL C.	Biologie Cellulaire
Mme DELMAS C.	Bactériologie Virologie Hygiène	Mme COLLIN L.	Cytologie
Mme DE-MAS V.	Hématologie	M. CORRE J.	Hématologie
M. DUBOIS D.	Bactériologie Virologie Hygiène	M. DEDOUIT F.	Médecine Légale
Mme DUGUET A.M.	Médecine Légale	M. DELPLA P.A.	Médecine Légale
Mme DULY-BOUHANICK B.	Thérapeutique	M. EDOUARD T.	Pédiatrie
M. DUPUI Ph.	Physiologie	Mme ESCOURROU G.	Anatomie Pathologique
Mme FAUVEL J.	Biochimie	Mme ESQUIROL Y.	Médecine du travail
Mme FILLAUX J.	Parasitologie	Mme GALINIER A.	Nutrition
M. GANTET P.	Biophysique	Mme GARDETTE V.	Epidémiologie
Mme GENNERO I.	Biochimie	M. GASQ D.	Physiologie
Mme GENOUX A.	Biochimie et biologie moléculaire	Mme GRARE M.	Bactériologie Virologie Hygiène
M. HAMDI S.	Biochimie	Mme GUILBEAU-FRUGIER C.	Anatomie Pathologique
Mme HITZEL A.	Biophysique	Mme INGUENEAU C.	Biochimie
M. IRIART X.	Parasitologie et mycologie	M. LAHARRAGUE P.	Hématologie
M. JALBERT F.	Stomato et Maxillo Faciale	Mme LAPRIE Anne	Cancérologie
M. KIRZIN S	Chirurgie générale	M. LEANDRI R.	Biologie du dével. et de la reproduction
Mme LAPEYRE-MESTRE M.	Pharmacologie	M. LEPAGE B.	Biostatistique
M. LAURENT C.	Anatomie Pathologique	M. MARCHEIX B.	Chirurgie Cardio Vasculaire
Mme LE TINNIER A.	Médecine du Travail	Mme MAUPAS F.	Biochimie
M. LOPEZ R.	Anatomie	M. MIEUSSET R.	Biologie du dével. et de la reproduction
M. MONTOYA R.	Physiologie	Mme PERIQUET B.	Nutrition
Mme MOREAU M.	Physiologie	Mme PRADDAUDE F.	Physiologie
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire	M. RIMAILHO J.	Anatomie et Chirurgie Générale
M. PILLARD F.	Physiologie	M. RONGIERES M.	Anatomie - Chirurgie orthopédique
Mme PRERE M.F.	Bactériologie Virologie	Mme SOMMET A.	Pharmacologie
Mme PUISSANT B.	Immunologie	M. TKACZUK J.	Immunologie
Mme RAGAB J.	Biochimie	M. VALLET M.	Physiologie
Mme RAYMOND S.	Bactériologie Virologie Hygiène	Mme VEZZOSI D.	Endocrinologie
Mme SABOURDY F.	Biochimie		
Mme SAUNE K.	Bactériologie Virologie		
M. SOLER V.	Ophthalmologie		
M. TAFANI J.A.	Biophysique		
M. TREINER E.	Immunologie		
Mme TREMOLLIERES F.	Biologie du développement		
M. TRICOIRE J.L.	Anatomie et Chirurgie Orthopédique		
M. VINCENT C.	Biologie Cellulaire		
		M. BISMUTH S.	M.C.U. Médecine Générale
		Mme ROUGE-BUGAT ME	Médecine Générale

Maîtres de Conférences Associés de Médecine Générale

Dr STILLMUNKES A.
Dr BRILLAC Th.
Dr ABITTEBOUL Y.

Dr ESCOURROU B.
Dr BISMUTH M.
Dr BOYER P.
Dr ANE S.

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Stéphane OUSTRIC

Vous me faites le grand honneur d'accepter de présider mon jury de thèse. Je vous prie de croire à l'expression de mes sincères remerciements.

A Monsieur le Professeur Marc VIDAL

Je vous remercie de m'avoir fait l'honneur de diriger ma thèse. Vous m'avez guidée, orientée, aidée avec une grande compréhension. Soyez assuré de trouver dans mon travail le témoignage de toute ma gratitude et de mon plus profond respect.

A Monsieur le Professeur Pierre MESTHE

Vous me faites l'honneur de siéger à ce jury de thèse. Je vous remercie sincèrement de vos conseils et d'avoir accepté de juger ce travail.

A Monsieur le Docteur Michel BISMUTH

Je vous remercie sincèrement de vous être intéressé à mon sujet de thèse et d'avoir accepté de participer à mon jury.

A Monsieur le Docteur Azzedine ASSOUAN

Je vous remercie sincèrement vous et toute l'équipe du Service de Médecine Polyvalent Psychiatrique du Centre Hospitalier de Lannemezan pour votre accueil lors de mon stage parmi vous. Ce premier stage d'internat m'a beaucoup marquée et m'a fait m'intéresser de plus près aux pathologies psychiatriques du point de vue du généraliste. Merci de siéger dans mon jury de thèse.

A tous les médecins généralistes remplaçants en Haute-Garonne qui ont accepté de répondre à mon questionnaire, sans votre aide je n'aurais pas pu réaliser ce travail. Soyez assurés de mes sincères remerciements.

A mes parents, présents et attentifs à chaque étape de ma vie que ce soit de près ou de loin. Je vous dédie ce travail.

A mon frère Fayah qui a toujours le bon mot bien placé , **ma sœur Doli** merci de votre soutien et votre présence. Spéciale mention à ma petite Doli pour son implication, son aide et ses conseils notamment pour la partie statistique ... ça n'a pas été facile mais on y est arrivés !!!

A mes cousins Nikada mon nakama ,**Aklesso, Kenga** toujours présents pour moi et aussi proches que des frères. Akless, Cendrillon deviendra reine même si elle n'a pas été invitée au bal ...

A tous mes autres cousins et cousines, tantes et oncles vu la taille de la famille, je ne pourrai pas citer tout le monde, ça prendrait toute la place de la thèse. Je vous remercie tous pour le soutien et les bons moments passés ensemble.

A Sarah, Sabine, Khady vous avez suivi le processus étape par étape. Merci pour votre patience et votre écoute face à toutes mes galères !!

A Carine ma co-externe de choc et amie proche ... Merci pour cette grande amitié que tu me portes et à un de ces jours en Bretagne...

A Sarah, même si on se voit peu, ces moments passés ensemble en P1 notamment dans la salle d'étude au sous-sol resteront inoubliables ...

A Monia, Karine, mes grandes amies . Vous restez toujours proches de moi-même si l'on vit à des centaines voire des milliers de kilomètres. Merci pour votre amitié.

A mes amis du Togo Michelle, Yannick, Valère même de loin, vous êtes toujours présents pour moi et je vous dis un grand merci !!

Aux Chtarbais, autant le semestre en lui-même a été royal, autant revoir chacun d'entre vous est toujours un plaisir !! Petite mention particulière à **Louis** qui reste toujours aussi gentil ...

A mes co-internes d'Albi, ça a été mon dernier semestre d'interne et j'en garde des souvenirs inoubliables notamment l'installation de la piscine , les graffitis sur les murs ... et la session de nettoyage/peinture qui a suivi !! Merci pour ces bons moments passés et qui continuent encore.

A Océane, j'ai été avec toi à Tarbes, Castres, Albi ... du coup tu es inclassable et je te remercie pour ton aide, ta gentillesse et ta simplicité.

A Bertille, co-interne, amie, voisine, partenaire de salsa ... Merci pour ta bonne humeur et ta disponibilité et ton écoute. Merci pour toutes les autres personnes formidables que j'ai rencontré grâce à toi.

A Asset, tu me fais l'honneur et le plaisir de venir assister à ma soutenance ... un grand merci à toi.

A la mémoire de Malim, ta disparition a été un choc et une grande perte pour nous tous. Tu resteras toujours vivante dans nos cœurs.

A mes parents, présents et attentifs à chaque étape de ma vie que ce soit de près ou de loin. Je vous dédie ce travail.

A mon frère Fayah qui a toujours le bon mot bien placé , **ma sœur Doli** merci de votre soutien et votre présence. Spéciale mention à ma petite Doli pour son implication, son aide et ses conseils notamment pour la partie statistique ... ça n'a pas été facile mais on y est arrivés !!!

A mes cousins Nikada mon nakama ,**Aklesso, Kenga** toujours présents pour moi et aussi proches que des frères. Akless, Cendrillon deviendra reine même si elle n'a pas été invitée au bal ...

A tous mes autres cousins et cousines, tantes et oncles vu la taille de la famille, je ne pourrai pas citer tout le monde, ça prendrait toute la place de la thèse. Je vous remercie tous pour le soutien et les bons moments passés ensemble.

A Sarah, Sabine, Khady vous avez suivi le processus étape par étape. Merci pour votre patience et votre écoute face à toutes mes galères !!

A Carine ma co-externe de choc et amie proche ... Merci pour cette grande amitié que tu me portes et à un de ces jours en Bretagne...

A Sarah, même si on se voit peu, ces moments passés ensemble en P1 notamment dans la salle d'étude au sous-sol resteront inoubliables ...

A Monia, Karine, mes grandes amies . Vous restez toujours proches de moi-même si l'on vit à des centaines voire des milliers de kilomètres. Merci pour votre amitié.

A mes amis du Togo Michelle, Yannick, Valère même de loin, vous êtes toujours présents pour moi et je vous dis un grand merci !!

Aux Chtarbais, autant le semestre en lui-même a été royal, autant revoir chacun d'entre vous est toujours un plaisir !! Petite mention particulière à **Louis** qui reste toujours aussi gentil ...

A mes co-internes d'Albi, ça a été mon dernier semestre d'interne et j'en garde des souvenirs inoubliables notamment l'installation de la piscine , les graffitis sur les murs ... et la session de nettoyage/peinture qui a suivi !! Merci pour ces bons moments passés et qui continuent encore.

A Océane, j'ai été avec toi à Tarbes, Castres, Albi ... du coup tu es inclassable et je te remercie pour ton aide, ta gentillesse et ta simplicité.

A Bertille, co-interne, amie, voisine, partenaire de salsa ... Merci pour ta bonne humeur et ta disponibilité et ton écoute. Merci pour toutes les autres personnes formidables que j'ai rencontré grâce à toi.

A Asset, tu me fais l'honneur et le plaisir de venir assister à ma soutenance ... un grand merci à toi.

A la mémoire de Malim, ta disparition a été un choc et une grande perte pour nous tous. Tu resteras toujours vivante dans nos cœurs.

TABLE DES MATIERES

LISTE DES ABREVIATIONS	2
I- INTRODUCTION	3
1. Le médecin généraliste remplaçant	4
2. Le médecin généraliste dans la prise en charge du syndrome dépressif	6
3. La place particulière du médecin généraliste remplaçant dans la prise en charge du syndrome dépressif.....	8
II- MATERIEL ET METHODE	10
1. Sélection des médecins	10
2. Recueil des données.....	11
III- RESULTATS	12
IV- DISCUSSION	26
V- CONCLUSION	30
VI- REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	32
VII- ANNEXES	36

LISTE DES ABREVIATIONS

DES : Diplôme d'Etudes Spécialisées

CDOM : Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

HAS : Haute Autorité de Santé

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé

CMI 10 : 10^e Classification Internationale des Maladies

DSM IV: Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders

ESEMED: European Study of the Epidemiology of Mental Disorders

SD : Syndrome Dépressif

AD : Antidépresseur

ADT : Antidépresseur Tricyclique

IRS : Inhibiteurs de la Recapture de la Sérotonine

IMAO : Inhibiteurs de la Monoamine-Oxydase de type A

I-INTRODUCTION

Au cours de mes différents remplacements en médecine générale j'ai été amenée à rencontrer et prendre en charge des patients présentant des pathologies diverses et variées. J'ai été plus particulièrement interpellée par des patients présentant ou étant traités pour dépression. Poser un tel diagnostic en consultation me paraissait assez délicat notamment chez un patient vu pour la première fois. Un autre exemple assez fréquent était celui de patiente entre 60 et 75 ans venant en consultation pour un renouvellement de traitement. En analysant l'ordonnance de la consultation précédente, je retrouvais fréquemment un antidépresseur (le plus souvent prescrit à demi-dose) mais sans notion dans son dossier de syndrome dépressif en cours de traitement. A ma question de savoir la raison de la prescription de ce médicament, j'obtenais le plus souvent une réponse du type « ha non, n'y touchez surtout pas!! Mon docteur me le prescrit depuis très longtemps et avec ça, je vais bien ». Cette réaction si spontanée relève particulièrement les lacunes qu'il peut y avoir dans la relation de confiance entre le médecin remplaçant et le patient, relation indispensable à la bonne prise en charge du patient. Cela permet de s'intéresser aussi aux réévaluations des traitements prescrits au long cours chez des patients suivis de longue date.

Ces diverses constatations m'ont amenée à me demander si le médecin généraliste remplaçant rencontrait des difficultés particulières dans la prise en charge du syndrome dépressif du fait de ce statut de remplaçant. Et si oui, quelles sont-elles ? D'où l'objectif de cette thèse où sont évaluées les pratiques de médecins généralistes remplaçants, leurs difficultés rencontrées ainsi que leur ressenti par rapport à leur prise en charge de cette pathologie.

Pour cela, il est nécessaire en introduction de faire un petit récapitulatif de la condition du médecin généraliste remplaçant ainsi

que de parler de la place du médecin généraliste dans la prise en charge du syndrome dépressif.

1. Le médecin généraliste remplaçant

En France, le remplacement en médecine est un mode d'exercice réglementé où un médecin remplace un confrère en utilisant les locaux professionnels et le matériel de ce dernier. Le médecin remplacé cesse toute activité professionnelle durant la durée du remplacement.

En médecine générale, les remplacements peuvent être débutés durant le 3^e cycle des études médicales. Ces remplacements par des internes en médecine non thésés sont alors soumis à l'obtention d'une licence en remplacement. Pour obtenir cette licence certaines conditions sont requises : avoir validé 3 semestres du DES de médecine générale dont celui chez le praticien de niveau 1. La licence de remplacement est gratuite, et renouvelable chaque année, jusqu'à 3 ans après l'année d'obtention du DES de médecine générale.

Une fois le diplôme de thèse obtenu, la licence de remplacement n'est plus nécessaire, seule l'inscription à l'ordre des médecins est requise.

Un remplacement est soumis à un contrat signé entre le médecin remplaçant et celui qu'il remplace. Les formulaires sont récupérables sur le site de l'ordre des médecins. Ce contrat détaille les conditions du remplacement ainsi que le taux de rétrocession (le remplaçant n'encaissant pas directement les recettes). [1]

Un contrat de remplacement ne peut pas s'établir pour une durée supérieure à 3 mois. Par contre il n'y a aucune limite à son renouvellement. En somme un médecin peut décider de rester un remplaçant durant toute sa période d'activité professionnelle.

L'on remarque depuis quelques années une apparition d'une nouvelle classe de remplaçants: ce sont les médecins généralistes retraités qui choisissent de continuer une activité professionnelle après leur retraite. Ils effectuent le plus souvent des remplacements dans leur ancien cabinet d'exercice. Ces retraités actifs sont en forte augmentation: +300% entre 2007 et 2013 toutes spécialités confondues avec une belle place pour le secteur de la médecine générale: 40% d'entre eux sont des médecins généralistes. En majorité ce sont des hommes qui choisissent ce cumul retraite/activité: 80% contre 20% de femmes. [2]

Le remplacement est un mode d'exercice représente une activité en forte croissance. Entre 1980 et 2010 il y a eu une augmentation de 600% de ses effectifs. Entre 2007 et 2013 on note une augmentation de 5,2% du nombre de remplaçants. La région Midi –Pyrénées quant à elle se situe au dessus de la moyenne nationale en recensant une hausse de 25% du nombre de médecins remplaçants inscrits au Conseil de l'Ordre. [2]

Depuis une dizaine d'années, l'on remarque également un nombre grandissant de thèses s'intéressant aux différents aspects du remplacement en médecine générale: des raisons de ce retard à l'installation [3][7][10][12] , les avantages ainsi que les inconvénients du remplacement [4][5][6].

Ainsi, le statut de médecin généraliste remplaçant peut être assimilé à un statut à part entière et non plus un statut provisoire du fait de ces retards à l'installation.

2. Le médecin généraliste dans la prise en charge du syndrome dépressif

Le syndrome dépressif est un réel problème de santé publique en France. Sa prévalence à 1 an varie entre 5 et 15% selon les études. Il multiplie par 30 le risque de suicide et est responsable de 2,2% des décès en France toutes causes confondues.[14]

Les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) sur la prise en charge du syndrome dépressif se basent sur les classifications CMI 10 (10^e Classification Internationale des Maladies) et le DSM IV (Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders). Ces classifications permettent de définir les symptômes pour poser un diagnostic d'épisode dépressif caractérisé ainsi que les critères de gravité. En fonction du stade diagnostiqué, une prise en charge médicamenteuse et/ou psychologique voire psychiatrique est instaurée.

Il est à noter la place essentielle du suivi pour réévaluation de l'état de santé du patient. Le délai de suivi est laissé à l'appréciation du médecin dans un délai maximum de 4 semaines. L'importance de l'entourage familial et de la situation sociale dans la prise en charge est également soulignée.

En France, les médicaments psychotropes ne sont pas en vente libre et sont soumis à une prescription médicale. L'étude ESEMED 2006 sur le bon usage des psychotropes montre que 80% des prescriptions de ces médicaments sont le fait de médecins généralistes.[15] Le médecin généraliste est donc au cœur de la prise en charge des pathologies psychiatriques dont le syndrome dépressif.[16]

Certaines formations complémentaires telles que la psychothérapie de soutien sont accessibles aux médecins généralistes intéressés par une prise en charge plus poussée des pathologies psychiatriques.[17] [18] [24]

L'importance du médecin généraliste dans la prise en charge du syndrome dépressif est étudiée dans de nombreux travaux de thèse qui mettent le plus souvent l'accent sur la prise en charge médicamenteuse.[19] [20] [22] [24]

Dans le classement européen de la consommation de médicaments psychotropes, la France a longtemps été classée au 1^{er} rang.[21] [23] Néanmoins, selon le rapport de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) sur la santé publié en Novembre 2013, sur un classement de 23 pays, la France se retrouve au 15^e rang dans la consommation d'antidépresseurs. Ce classement ne traduit pas une diminution de consommation d'antidépresseurs mais plutôt une augmentation moins rapide que dans plusieurs autres pays.[25]

Une étude réalisée en 2003 sur la prescription des antidépresseurs inhibiteurs de capture de sérotonine par les médecins généralistes en France retrouve une bonne qualité de prescription avec un suivi des recommandations en termes d'indication, posologie et durée du traitement. [17]

3. La place particulière du médecin généraliste remplaçant dans la prise en charge du syndrome dépressif

Les médecins généralistes remplaçants sont amenés le plus souvent à exercer dans différents cabinets. Cela est lié aux diverses offres de remplacement proposées. Les périodes de remplacements sont elles aussi très variables pouvant aller d'une journée unique à trois mois renouvelables. Le remplaçant est donc amené à rencontrer et traiter un grand nombre de patients présentant toutes sortes de pathologies. Cette variabilité de lieux ainsi que de temps de remplacement peut poser des problèmes particuliers dans la prise en charge du syndrome dépressif.

En effet, la plupart des symptômes répondant au diagnostic de dépression sont subjectifs.[14] Leur évaluation peut être plus difficile pour le remplaçant qui connaît peu ou pas du tout le patient et ce, plus particulièrement par rapport au médecin traitant qui a une meilleure connaissance du patient. Le manque de connaissance de l'environnement familial et social du patient peut être également un frein dans sa prise en charge.

Un autre problème peut également se poser: la relation de confiance entre le médecin et son patient [26]. Cette relation s'établit en général sur la durée et est liée à une bonne communication entre le médecin et son patient [27] [28]. Elle est indispensable à la prise en charge de toute pathologie et plus particulièrement des pathologies psychiatriques. Cette relation n'est pas forcément établie avec le médecin remplaçant, d'autant plus s'il s'agit d'une première rencontre.

D'un autre point de vue, le médecin remplaçant peut également poser un œil neuf sur des patients souvent trop connus du médecin traitant. Ce dernier peut être parfois amené à minimiser les

symptômes ou ne plus réévaluer sérieusement le patient notamment dans le cadre des consultations pour renouvellement de traitement.

Une dernière question peut également se poser: le médecin remplaçant est-il soumis, consciemment ou non, aux habitudes de prescription du médecin qu'il remplace?

Ce travail sert donc à analyser les pratiques des médecins généralistes remplaçants confrontés à la prise en charge de patients présentant un syndrome dépressif et évaluer leur ressenti par rapport à cette prise en charge particulière.

II- MATERIEL ET METHODE

Il s'agit d'une enquête transversale prospective réalisée entre le 11 Juin 2013 et le 30 Septembre 2013 auprès d'un échantillon de médecins généralistes remplaçants en Haute-Garonne.

1. Sélection des médecins

Les médecins généralistes remplaçants ayant participé à l'étude ont été recrutés grâce à une liste de diffusion de courriels envoyés par le Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins de Haute-Garonne (CDOM 31). Cette liste servait initialement à mettre à jour les coordonnées postales et courriel des médecins remplaçants ainsi que leur statut de médecin thésé ou non.

Un courriel de présentation avec explication du sujet de thèse et questionnaire attaché a été envoyé en Juin 2013 à 93 médecins remplaçants, 43 hommes et 50 femmes.

Une version papier imprimée a été envoyée à 5 médecins généralistes retraités connus pour être toujours en activité, 4 hommes et 1 femme.

Soit 98 médecins au total ont reçu un questionnaire pour cette étude.

2. Recueil des données

Chaque médecin contacté devait, sur une période de 3 mois (Juin à Septembre) après réception du questionnaire, y répondre et le renvoyer.

Ce questionnaire comportait 22 items. 17 des questions étaient rédigées sous forme de QCM avec 2 questions semi ouvertes, 2 questions ouvertes et 2 questions à type de notation.

Une relance à été faite aux médecins non répondants 6 semaines après l'envoi initial du questionnaire.

Les données portaient sur :

- . Le sexe, l'âge du médecin, son statut par rapport à la thèse
- . Le type de remplacement, la durée du remplacement
- . Les symptômes recherchés et notés, les molécules utilisées,
- . Une psychothérapie complémentaire faite ou non,
- . Le suivi éventuel,
- . Les limites de la prise en charge
- . Le ressenti du médecin sur sa prise en charge.

III- RESULTATS

33 médecins sur 98 ont été répondants à cette étude, soit un taux de réponse de 33.6%.

On retrouve dans les répondants 60% de femmes (20) contre 40% d'hommes (13).

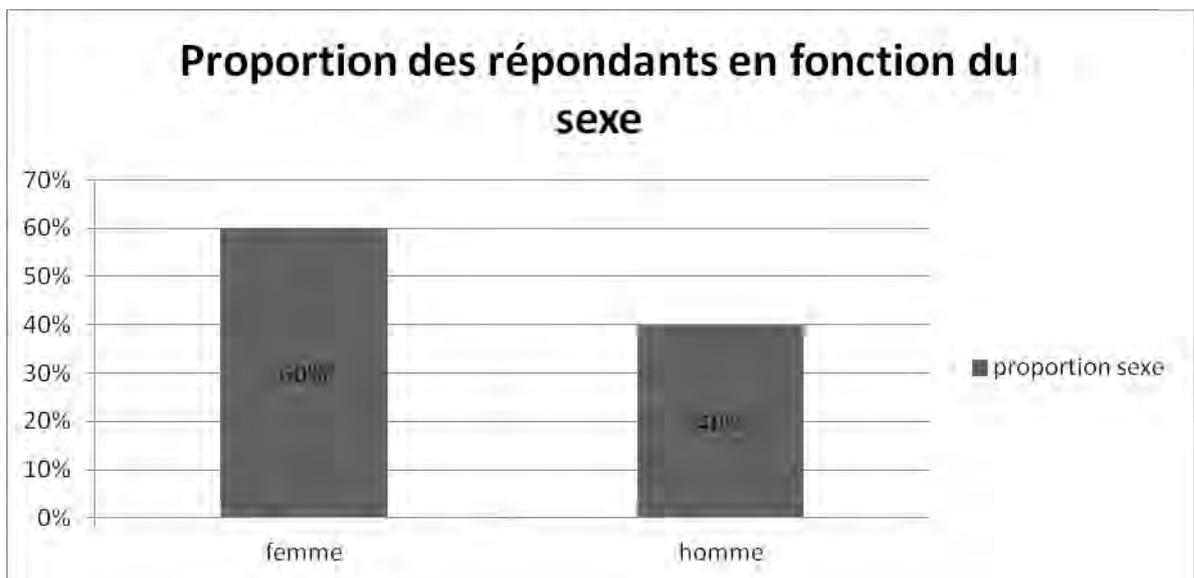


Figure 1 : proportion des répondants en fonction du sexe

64% (21) des répondants se situent dans la tranche 25-30 ans, 27% entre 30 et 40 ans (9) et 9% supérieur à 60 ans (3).

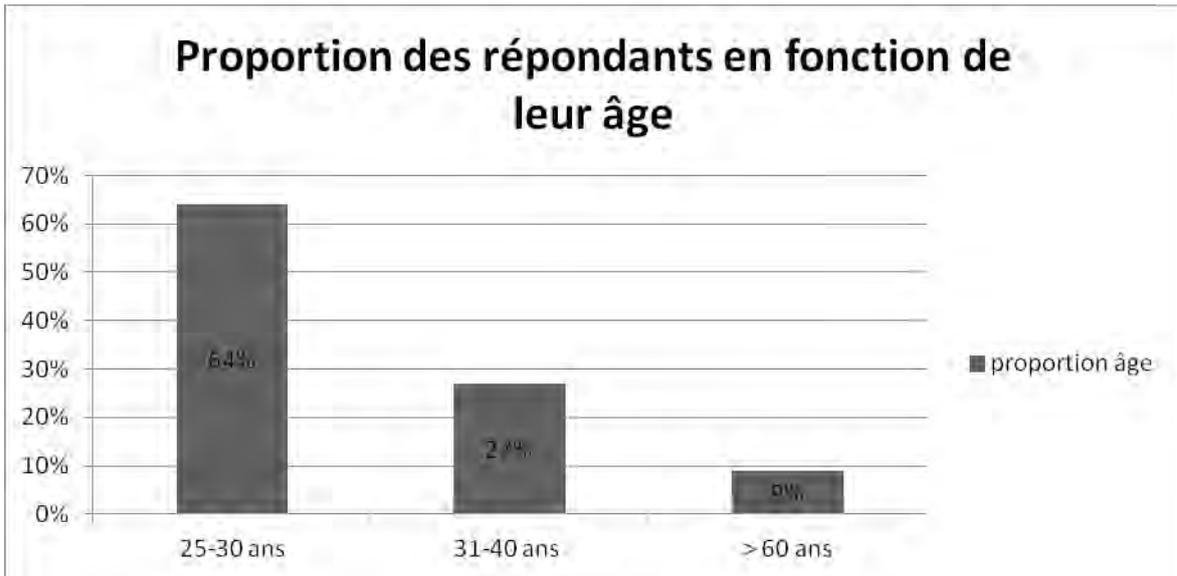


Figure 2 : proportion des répondants en fonction de leur âge

57,5% (19) des répondants sont titulaires d'une thèse en médecine contre 42,5%(14) de non thésés.

73% (24) des répondants ont une période d'activité inférieure à 5 ans, 18% (6) ont une période comprise entre 6 et 10ans et 9%(3) ont une période d'activité supérieure à 30 ans.

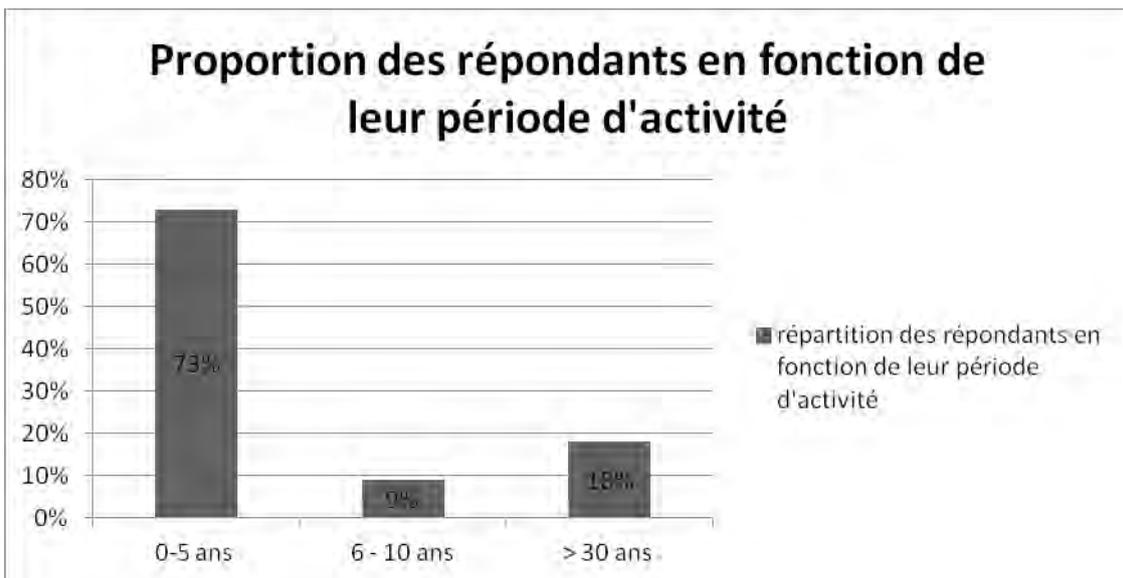


Figure 3: proportion des répondants en fonction de leur période d'activité

Parmi les répondants, 39% (13) se basent sur une période de remplacement comprise entre 1 et 7 jours, 15%(5) entre 8 et 14 jours, 6%(2) entre 15 et 21 jours, 39%(13) supérieur à 21 jours.

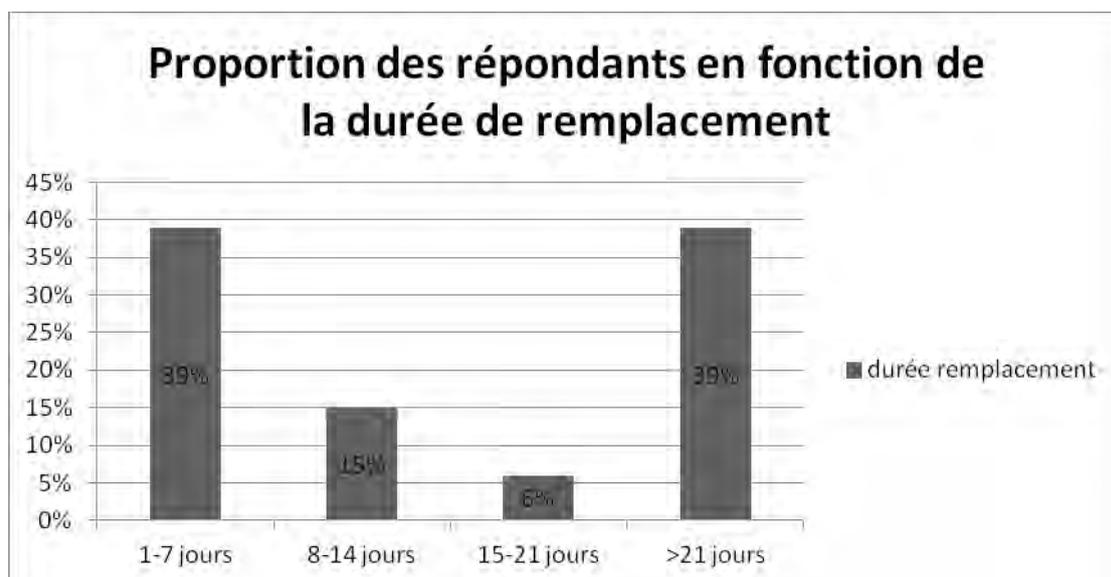


Figure 4: Proportion des répondants en fonction de la durée de remplacement.

100% des répondants ont été confrontés à la prise en charge d'un syndrome dépressif.

88% (29) des répondants en prescription initiale, 98% (32) en renouvellement, 39%(13) en arrêt de traitement, 45% (15) en changement de classe d'AD, 67% (22) en changement de dosage.

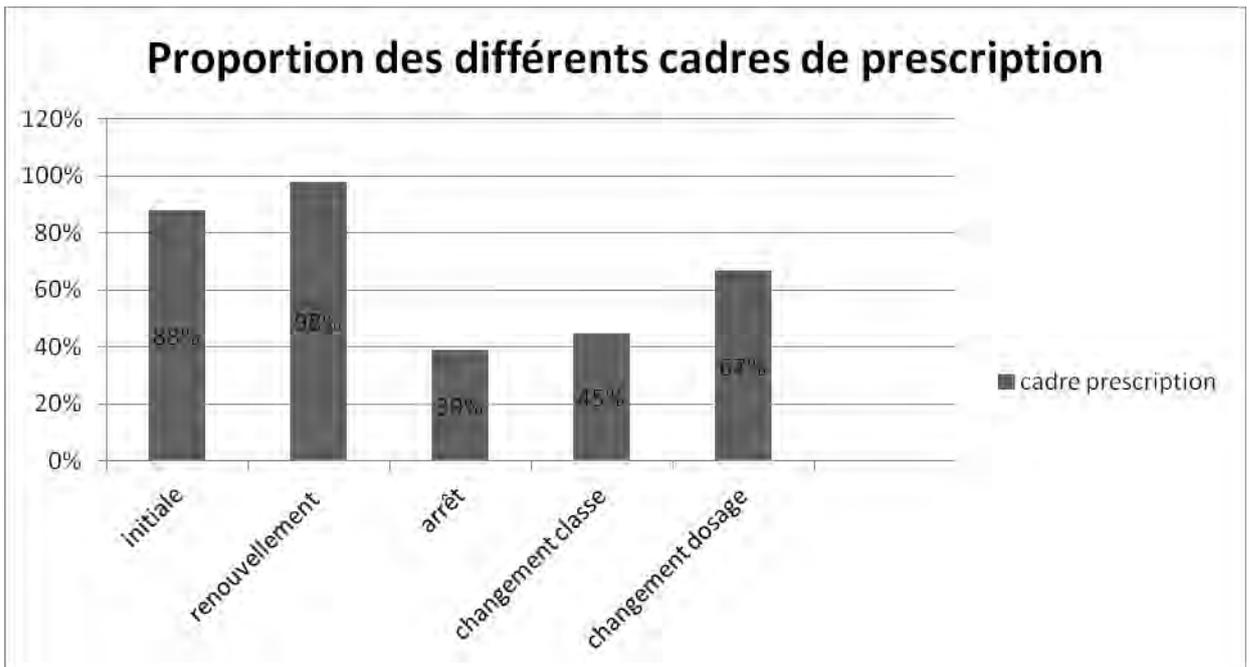


Figure 5: proportion des différents cadres de prescription

100% des répondants ayant une période d'activité entre 6 et 10 ans et 100% de ceux ayant une période supérieure à 30 ans déclarent avoir déjà effectué une prescription initiale d'antidépresseurs contre 83% pour ceux compris entre 0 et 5 ans d'activité.

87,8% (32) des répondants prescrivent uniquement des IRS, 3% (1) n'ont pas de préférence particulière dans le choix du médicament prescrit, 6% (2) prescrivent des antidépresseurs tricycliques et 9% (3) prescrivent des antidépresseurs ni tricycliques, ni IMAO, ni IRS.

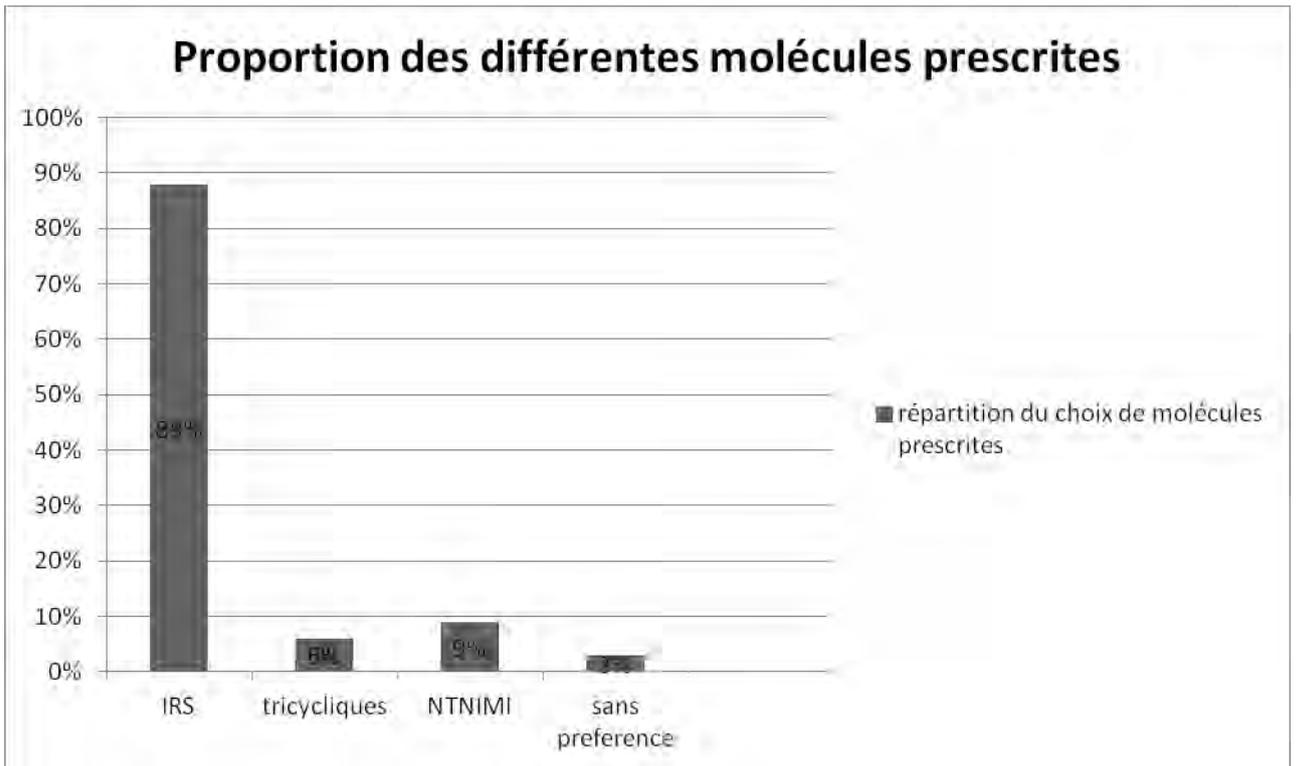


Figure 6: Proportion des différentes molécules prescrites

100% (2) des prescriptions des antidépresseurs tricycliques sont faites par des médecins retraités.

100% (9) des répondants d'âge compris entre 30 et 40 ans prescrivent uniquement des IRS. 95%(20) des répondants entre 25 et 30 ans prescrivent uniquement des IRS contre 5%(1) qui prescrivent soit des IRS ou des AD ni tricycliques ni IMAO ni IRS.

85% des femmes (17) ont déjà effectué une prescription initiale d'antidépresseurs contre 92% des hommes (12).

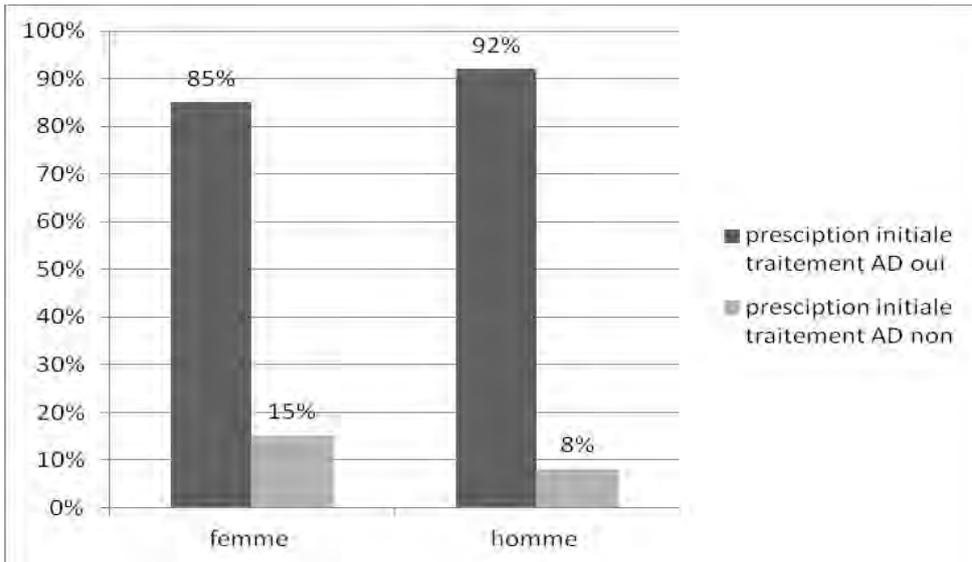


Figure 7: Proportion des prescriptions initiales en fonction du sexe

39% (13) des répondants ont établi une prescription initiale lors d'un remplacement d'une durée entre 1 et 7 jours, 15% (5) entre 8 et 14 jours, 6% (2) entre 15 et 21 jours et 39% (13) supérieur à 21 jours.

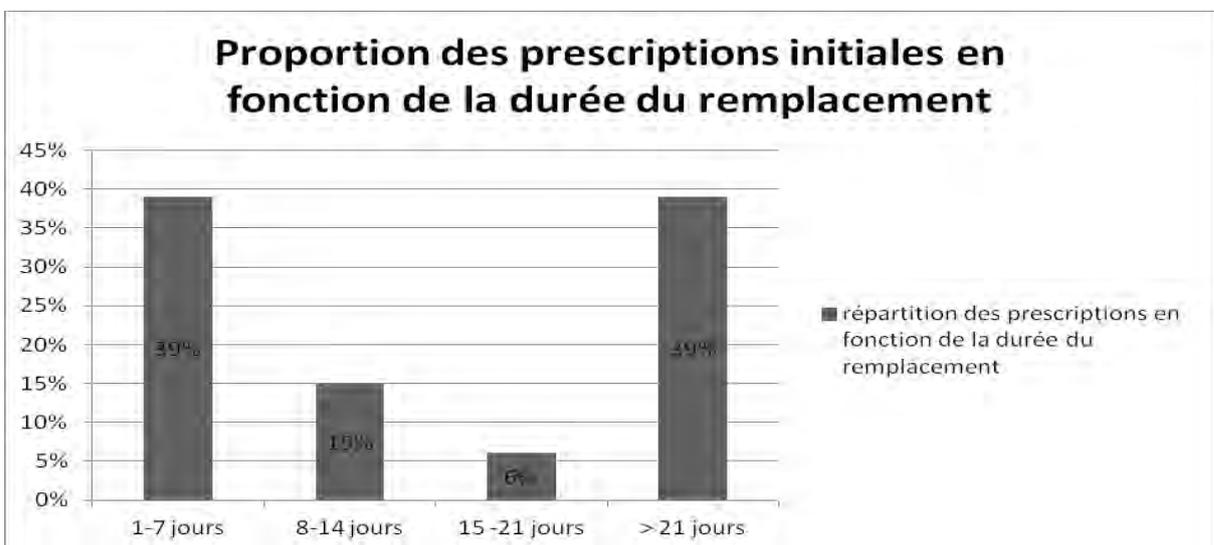


Figure 8: Proportion des prescriptions initiales en fonction de la durée de remplacement

100% des répondants ont effectué des renouvellements de prescription.

87% (29) des répondants ont prescrit des antidépresseurs en prescription initiale.

39% (13) des répondants ont arrêté une prescription d'antidépresseurs. 54 % (7) d'entre eux l'ont fait lors d'un remplacement supérieur à 21 jours, 15% (2) entre 8 et 14 jours, 15% (2) entre 15 et 21 jours, 15% (2) sur une durée inférieure à 7 jours.

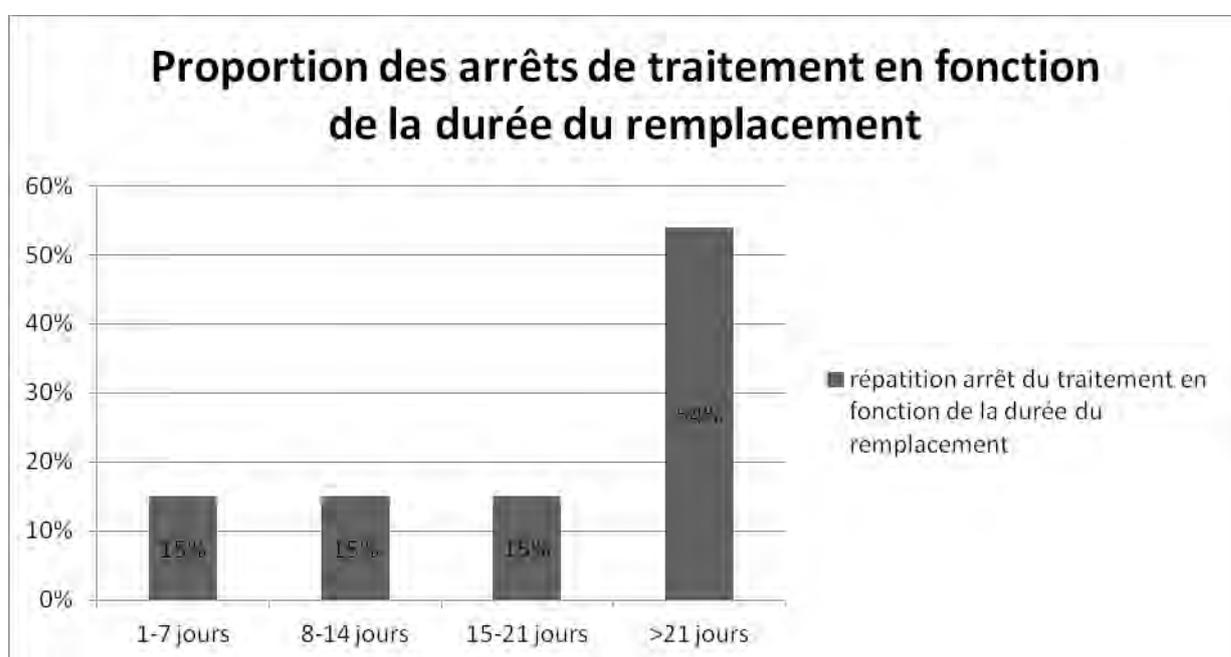


Figure 9: proportion arrêt de traitement en fonction durée de remplacement

42%(14) des répondants ont déjà effectué un changement de classe d'antidépresseurs.

67% (22) des répondants ont déjà effectué un changement de dosage d'antidépresseurs.

Dans les critères de choix d'antidépresseurs prescrits, les habitudes de formation sont représentées à 81% (27), les molécules déjà

utilisées par le patient à 54% (18), les recommandations de l’HAS à 24% (8), et les habitudes du titulaire à 3% (1).

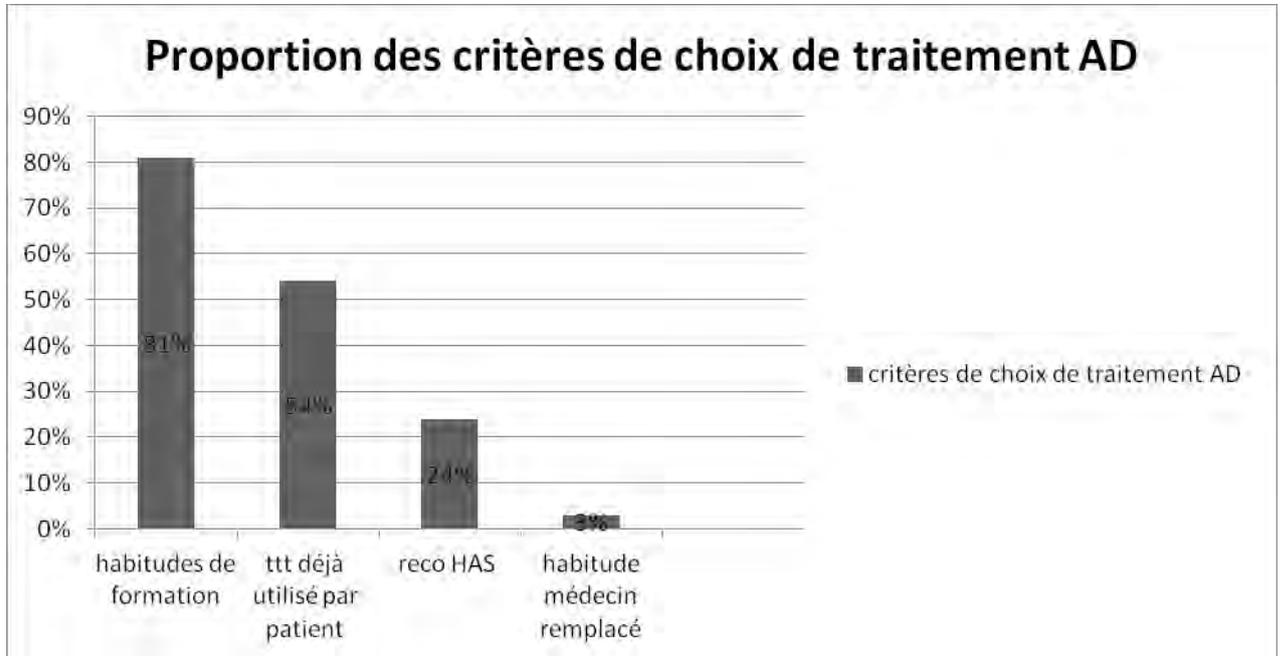


Figure 10: Proportion des critères de choix du traitement antidépresseur

100% (33) des répondants ont déclaré laisser des consignes de suivi.

Dans les différents types de consignes l’observance du traitement est relevée à 67% (22), la tolérance à 79% (27), les traitements associés à sont représentés à 39% (13), les recommandations liées à l’arrêt du traitement à 39%(13).

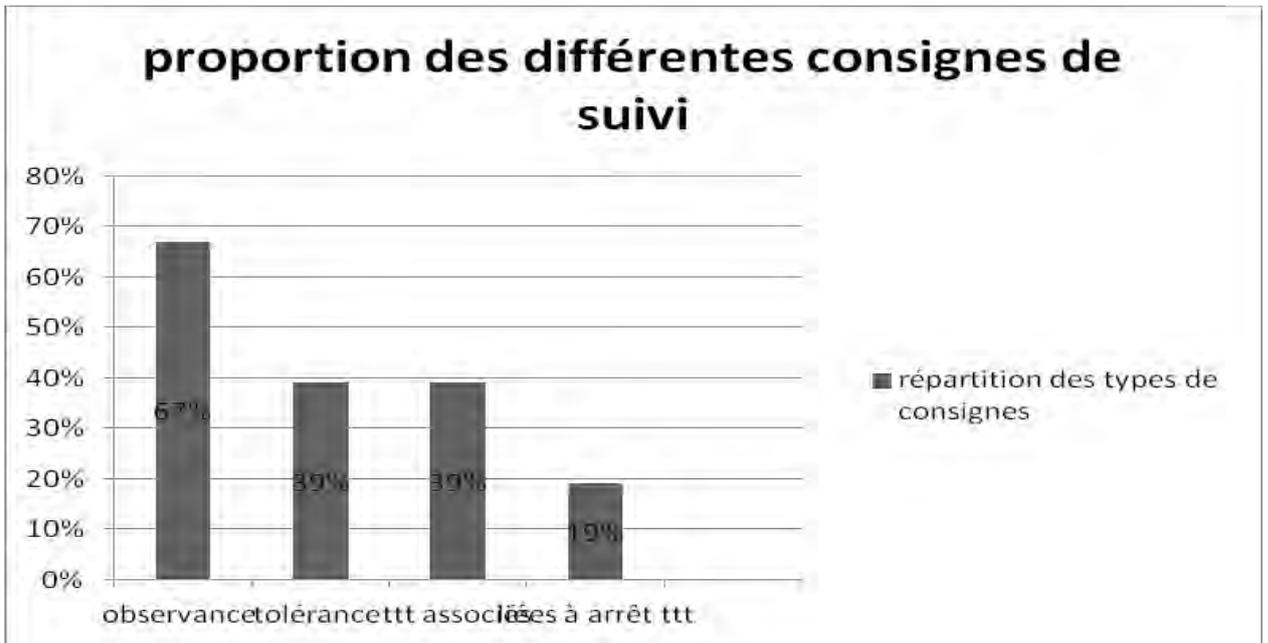


Figure 11 : proportion des différentes consignes de suivi.

Les critères relevés en consultation retrouvent les troubles du sommeil à 82% (27), les troubles de l'humeur à 94% (31), la perte de l'élan vital à 67% (22), les troubles de la sexualité à 36% (12), le poids 39% (13), les troubles de l'appétit à 57% (19), les idées suicidaires à 97%(32).

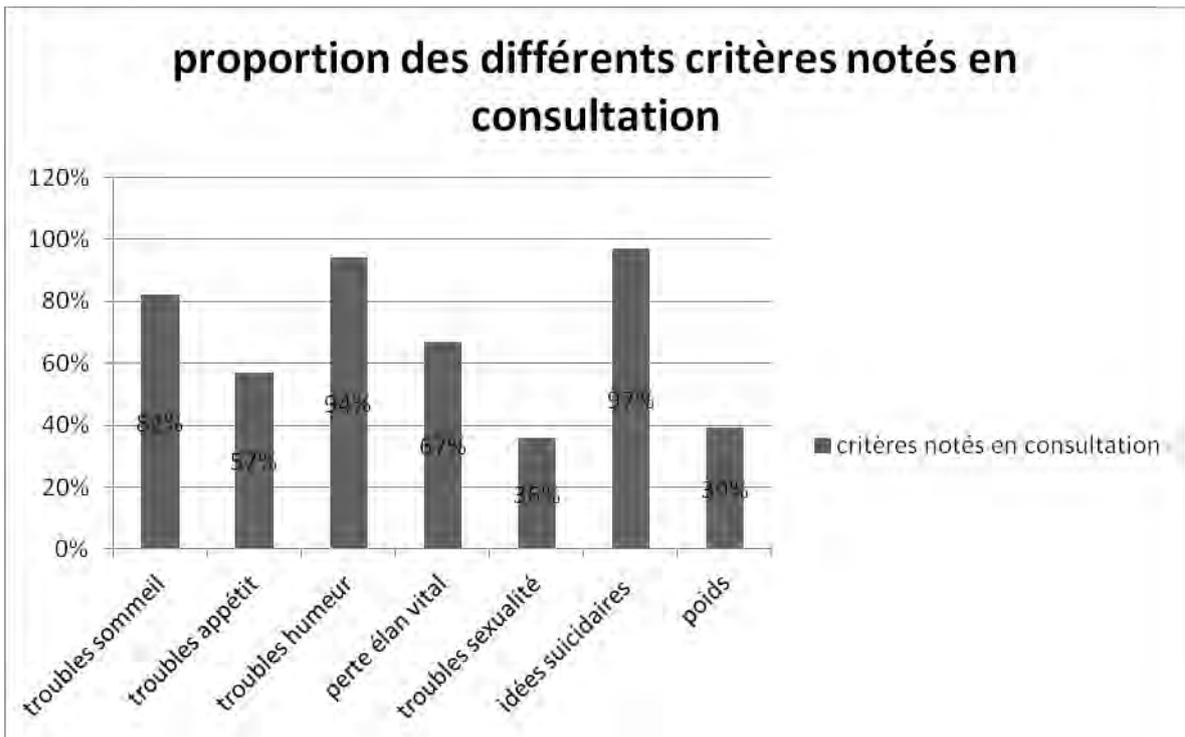


Figure 12 : proportion des différents critères notés en consultation

51.5% (17) des répondants déclarent avoir reçu des retours concernant leur prise en charge contre 48.5% (16) qui n'en n'ont eu aucune. Dans les retours, 70.5% (12) sont favorables, 29.5% (5) défavorables.

39% (13) des répondants effectuent une psychothérapie de soutien contre 61% (20) qui n'en font pas. Parmi les médecins qui font cette thérapie de soutien, 23% (3) déclarent avoir reçu une formation préalable pour. 92%(12) des médecins effectuant cette thérapie ont eu des retours et 100% (12) sont favorables.



Figure 13 : proportion de psychothérapie de soutien parmi les répondants

40% des femmes ayant répondu à l'enquête ont déjà effectué une psychothérapie de soutien contre 38 % des hommes.

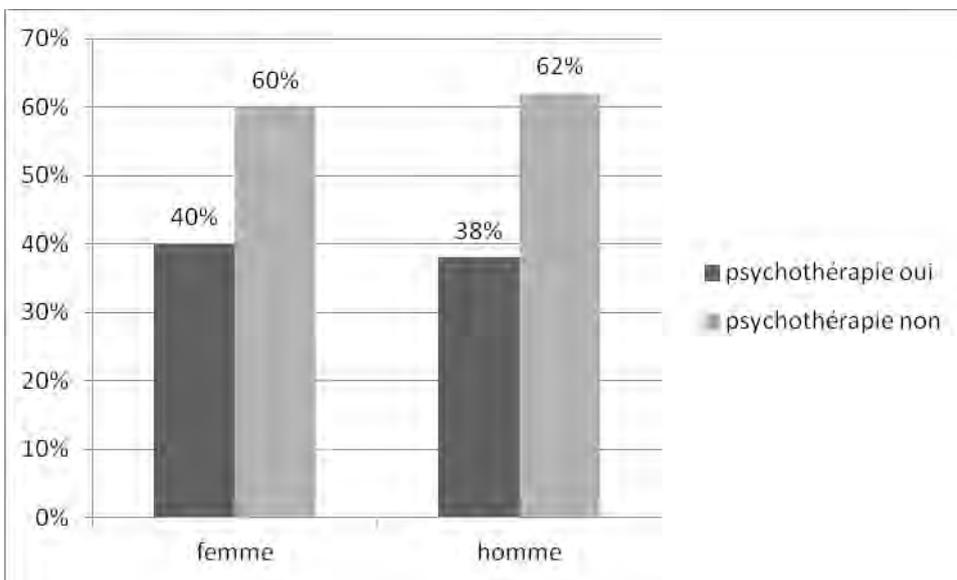


Figure 14: proportion de psychothérapie de soutien en fonction du sexe

29%(7) des répondants dont la période d'activité se situe entre 0 et 5 ans ont déjà effectué des psychothérapie de soutien. Cette

proportion est retrouvée à 67% parmi les répondants entre 6 et 10 ans d'activité (4) ainsi que chez ceux supérieurs à 30 ans d'activité (2) .

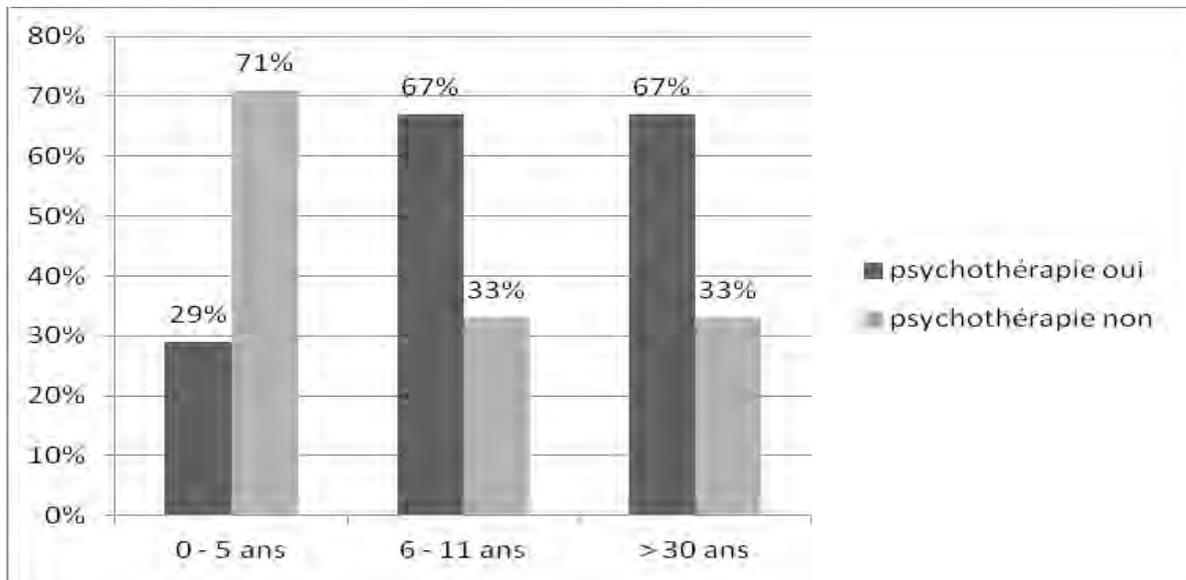


Figure 15: proportion des psychothérapies de soutien en fonction de la période d'activité

Sur les répondants ayant déjà effectué une psychothérapie de soutien, 23% (3) ont eu une formation préalable pour.

La moyenne des notes d'évaluation de formation à la prise en charge du syndrome dépressif est retrouvée à 6.3. Cette moyenne est retrouvée à 6.12 chez les répondants dont la période d'activité est inférieure à 5 ans, 6.83 chez les répondants entre 6 et 10 ans et 7.66 chez ceux supérieurs à 30 ans.

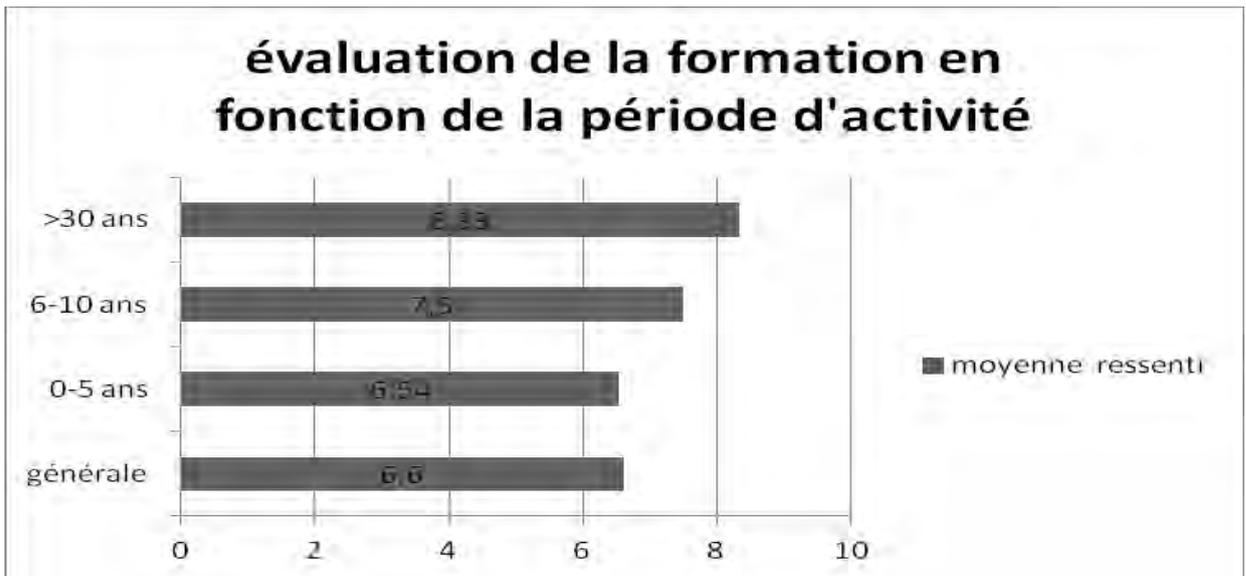


Figure 16: moyenne des évaluations de la formation en fonction de la durée de période d'activité

La moyenne des notes concernant le ressenti des répondants dans leur prise en charge du syndrome dépressif est retrouvée à 6.6. Cette moyenne est retrouvée à 6.54 chez les répondants dont la période d'activité est inférieure à 5 ans, 7.5 chez ceux entre 6 et 10 ans et 8.33 chez ceux supérieur à 30 ans.

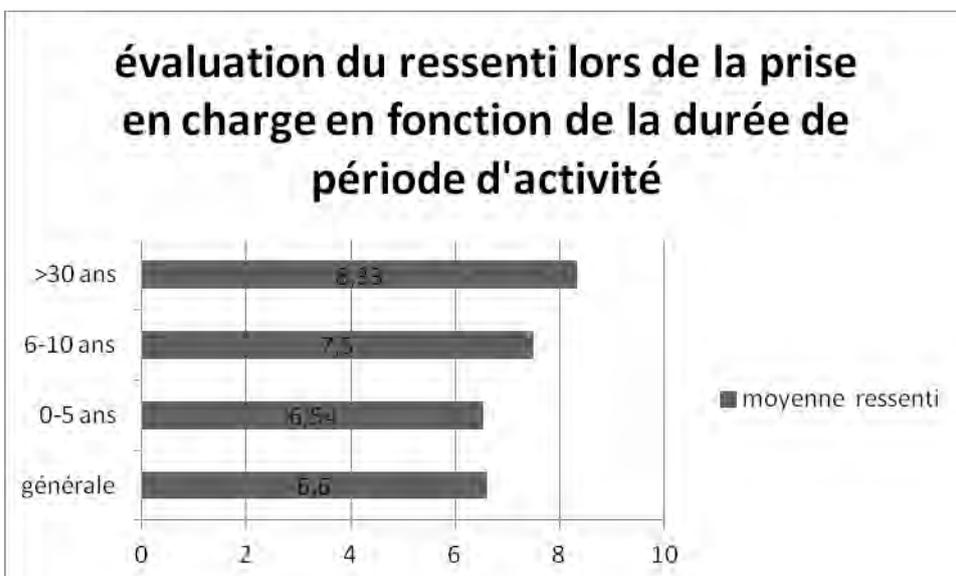


Figure 17: évaluation du ressenti lors de la prise en charge en fonction de la durée de période d'activité

Dans les limites de la prise en charge, le manque de connaissance du patient est retrouvé à 54%(18), le manque de suivi à 67%(22), les effets tardifs du traitement à 60% (20), le médecin remplacé non favorable aux antidépresseurs à 15% (5).

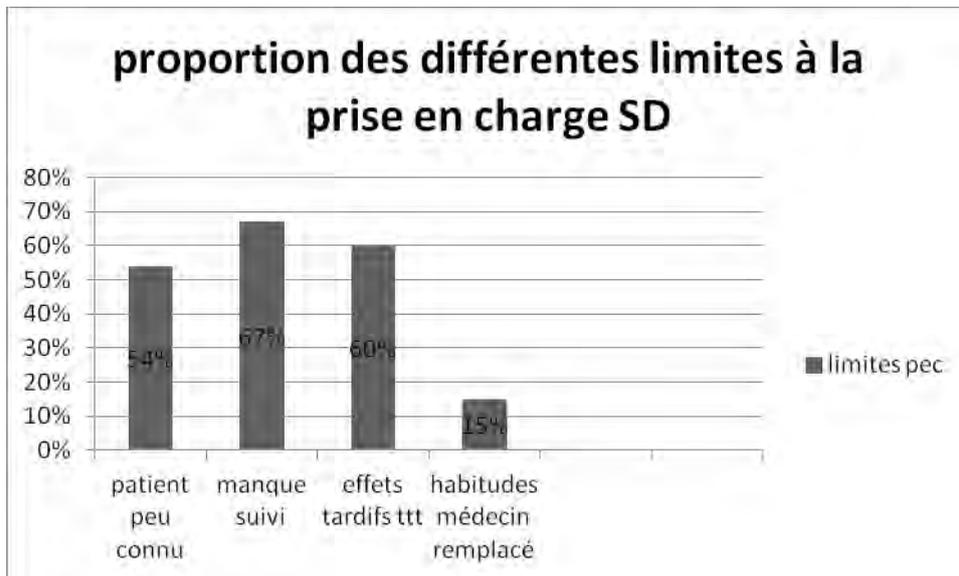


Figure 18: proportion des différentes limites à la prise en charge du SD

IV- DISCUSSION

Le nombre assez restreint de répondants (33) ne permet pas d'appliquer les résultats à la population générale mais permet quand même certaines évaluations et comparaisons.

Tout d'abord, l'on remarque que tous les remplaçants, quels que soient leur âge, sexe, durée d'activité, lieu d'activité, thésé ou non ont été confrontés à la prise en charge de patients dépressifs. Cela renvoie à la forte prévalence du syndrome dépressif qui est un réel problème de santé publique en France. Tous ces répondants ont également effectué des renouvellements de prescription d'antidépresseurs, ce qui montre la forte consommation de traitement psychotrope.

Parmi les répondants on retrouve une prédominance féminine 60% de femmes contre 40% d'hommes (Figure 1). Ce ratio est en accord avec la population médicale en France qui se féminise de plus en plus (32% en 2007 contre 48% en 2012).

Néanmoins, on remarque le peu d'incidence du sexe par rapport aux réponses aux différents items du questionnaire. Les réponses sont quasi semblables chez les hommes comme chez les femmes que ce soit concernant la prescription de traitement antidépresseur (Figure 7) ou la mise en place d'une psychothérapie de soutien (Figure 14).

Là où la différence est la plus notable, c'est notamment en fonction de la durée d'activité. Les répondants majoritaires (73%) sont les médecins généralistes remplaçants en début d'activité c'est-à-dire entre 0 et 5 ans d'activité (Figure 3). Ceci peut s'expliquer par le fait que le questionnaire a été envoyé aux remplaçants présents sur la liste de courriels du CDOM 31 pour mettre à jour leurs coordonnées. Les jeunes remplaçants sont les plus nombreux à y répondre, les remplaçants retraités n'y figurant même pas. Cela est lié au fait qu'au fur et à mesure de ses différents remplacements, le médecin remplaçant établit son propre réseau et a donc moins

besoin des annonces par le biais du CDOM. L'ont peut aussi penser que les retraités exerçant en général dans leur ancien lieu d'activité ne consultent pas les autres annonces de remplacement.

Dans la prise en charge du syndrome dépressif, la durée d'activité apparaît comme un facteur important de prise en charge. Chez les remplaçants ayant une durée d'activité supérieure à 30 ans à savoir les retraités, les réponses sont toutes quasiment identiques. Ils sont les seuls à prescrire les antidépresseurs tricycliques. L'on remarque également une forte homogénéité de prescription d'IRS chez les patients entre 0 et 10 ans d'activité à quasi 100%.

100% des répondants ont déjà effectué des renouvellements de prescription. L'on aurait pu intégrer dans le questionnaire la question de savoir si ces médicaments étaient prescrits depuis plus de 6 mois et s'ils étaient ou non associés à une prise en charge psychiatrique. Cela aurait pu permettre d'avoir une idée plus précise sur les renouvellements systématiques sans réelle réévaluation.

Le ressenti des remplaçants retraités (supérieur à 30 ans d'activité) dans la prise en charge des patients dépressifs est le meilleur notamment par rapport aux remplaçants en début d'activité, 8.33 contre 6.54 (Figure 17). Leur évaluation de leur formation est également meilleure (Figure 16). Cela renvoie au fait que ces médecins, du fait de leur longue carrière, et de leur remplacement dans leur ancien lieu d'exercice, connaissent mieux les patients et ont déjà avec ces derniers une relation de confiance établie.

La durée des remplacements, n'a quant à elle, pas d'incidence sur la prescription initiale d'antidépresseurs (Figure 8). Par contre, les arrêts de traitement se font majoritairement sur des remplacements de longue durée (Figure 9). Ces résultats peuvent néanmoins être biaisés par la nature même du questionnaire où les répondants ne pouvaient choisir qu'une seule période de remplacement. On peut facilement penser qu'un remplaçant a pu effectuer différentes prescriptions (initiale, renouvellement, changement ou arrêt) lors de remplacements de différentes durées. Et cela amène également la

question de savoir comment le remplaçant considère –t-il un remplacement? Par exemple, un remplaçant faisant un remplacement régulier à raison de trois jours par semaine dans un cabinet pour une durée de 2 mois, considèrera-t’il la prescription effectuée dans un remplacement d’une durée de 3 jours, ou de 2 mois ?

Dans les critères de choix du traitement antidépresseur, pour le remplaçant, les habitudes de prescription du médecin remplacé n’ont que peu d’importance (Figure 10). Les habitudes de formation ainsi que les recommandations de l’HAS sont beaucoup plus représentées.

Il est aussi à noter que tous les répondants sans exception, laissent des consignes de suivi. Par contre si l’observance et la tolérance du traitement sont bien représentées, celles liées à l’arrêt du traitement le sont beaucoup moins (Figure 11). Cela peut renvoyer au fait que les arrêts de traitement souvent faits lors de remplacement d’une durée supérieure à 21 jours (Figure 9). On peut donc penser que les remplaçants effectuant des remplacements plus courts, ne pensent donc pas à mentionner dans les consignes de suivi les effets liés à cet arrêt de traitement vu qu’il est probable que cet arrêt sera fait en consultation avec un autre médecin.

La psychothérapie de soutien n’est proposée que par une minorité de médecins remplaçants (Figure 13) et ce, indépendamment du sexe et de la durée de période d’activité (Figures 14 et 15). Très peu de médecins remplaçants déclarent avoir reçu une formation pour. Il serait peut-être intéressant lors des études médicales (ou même après) de proposer des formations courtes à la psychothérapie en complément du traitement purement médical.

Les limites de la prise en charge du syndrome dépressif par le médecin généraliste remplaçant retrouvent en premier lieu le manque de suivi du patient puis les effets tardifs des traitements antidépresseurs ainsi que le manque de connaissance du patient

(Figure 18). Les habitudes du médecin remplacé sont peu représentées ici également.

Ces limites sont spécifiques au statut du remplaçant notamment sur les remplacements de courte durée ou non réguliers. Le médecin traitant ayant une meilleure connaissance du patient et de son entourage.

L'impact des différents lieux d'exercice ruraux ou urbains, n'a pas pu être analysé du fait de la rédaction du questionnaire qui permettait plusieurs réponses par répondant. Ce biais est également retrouvé pour savoir si remplacer un ancien maître de stage a une importance ou non.

V- CONCLUSION

Le but de cette étude était d'analyser les pratiques des médecins généralistes remplaçants dans la prise en charge de la dépression afin de savoir s'ils font face à des difficultés particulières et s'ils se sentent aptes à prendre en charge ce type de pathologie.

Malgré le faible nombre de participants à cette étude, l'on peut répondre en toute affirmative que le médecin remplaçant fait face à certaines difficultés liées à ce statut spécifique.

Le manque de connaissance du patient ainsi que le manque de suivi sont les principales limites à la prise en charge des patients dépressifs. Les effets retardés du traitement sont également mis en cause car ils ne peuvent être évalués notamment lors des remplacements de courte durée.

La prise en charge médicale par les médecins remplaçants répond bien aux recommandations de l'HAS et le ressenti global est assez bon notamment chez les médecins plus âgés.

En réalisant cette étude l'on peut se demander si ces freins retrouvés ne sont pas également applicables aux autres maladies chroniques telles par exemple le diabète ou l'hypertension artérielle. Dans ces deux pathologies, les critères d'évaluation sont assez aisément quantifiables car objectifs (mesure de la pression artérielle, suivi biologique glycémique), le manque de connaissance du patient a donc moins d'impact. Dans le syndrome dépressif, la difficulté de prise en charge est plus grande car plusieurs symptômes sont subjectifs d'où l'intérêt de bien connaître le patient et son entourage afin de mieux pouvoir l'évaluer et le traiter.

Les remplacements de longue durée et réguliers sont donc plus propices à la prise en charge du patient dépressif.

VI- REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. CNOM (Conseil National de l'Ordre des Médecins) :
remplacements et licences de remplacement. Mise au point du
CNOM. 2012. En ligne. Disponible sur : [http://www.conseil-
national.medecin.fr/article/remplacements-et-licences-de-remplacements-mise-
au-point-du-cnom-1178](http://www.conseil-national.medecin.fr/article/remplacements-et-licences-de-remplacements-mise-au-point-du-cnom-1178)
2. CNOM : Atlas démographique . Situation au 1^{er} janvier 2013. En
ligne. Disponible sur : [http://www.conseil-
national.medecin.fr/sites/default/files/Atlas_national_2013.pdf](http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/Atlas_national_2013.pdf)
3. Galand E. Quelles sont les motivations à rester généraliste
remplaçant ? Méthode focus-group et entretiens semi-directifs.
Thèse : Med : Université Nantes, 2012.
4. Bresson-Brenbrahim E. Perceptions du médecin généraliste
remplaçant : analyse qualitative et statistique textuelle. Thèse :
Med : Université Paris-Diderot Paris 7, 2013.
5. Querrec A. Remplacement : les difficultés du remplacé : analyse
quantitative réalisée sur 217 réponses de médecins généralistes
libéraux bretons. Thèse : Med : Université de Rennes 1, 2013.
6. Swarc G. Les nouvelles générations de médecins généralistes :
profils et perspectives : de l'expérience d'URBAN, première
association de remplaçants. Thèse : Med : Université de Caen, 2007.
7. Husson A. Le jeune médecin généraliste remplaçant en France.
Eternellement nomade ? Thèse : Med : Université de Paris Diderot-
Paris 7, 2012.

8. Guedes-Marchand C. Le remplaçant, cet intermittent de la médecine générale : sa place dans le système de soins. Thèse : Med : Université Paris Diderot –Paris 7, 2008.
9. Huc G. Le remplacement en médecine générale en Midi –Pyrénées en 2002. Thèse : Med : Université Paul Sabatier Toulouse, 2003.
10. Dourlens L. L'installation des jeunes médecins généralistes en déclin : Pourquoi ? Thèse : Med : Université Aix-Marseille II, 2010.
11. Viot M. Motivations de l'installation des jeunes médecins Angevins en exercice de soins primaires : Etude préliminaire : Thèse : Med : Université d'Angers, 2006.
12. Nicolle J. Caractéristiques actuelles du remplacement en médecine générale et retard à l'installation : à propos d'une enquête. Thèse : Med : Université de Picardie, 2005.
13. Conseil National de l'ordre des médecins. Conclusions de la mission Legmann: définition d'un nouveau modèle de la médecine libérale. 2010
14. Prise en charge d'un épisode dépressif isolé de l'adulte en ambulatoire. Recommandations ANAES Mai 2002.
15. Etude ESEMED. Rapport sur le bon usage des psychotropes. 2006.
16. Harden M. Cognitive behaviour therapy - incorporating therapy into general practice. 2012
17. Pierce D. Problem solving therapy - use and effectiveness in general practice. sept 2012
18. La prescription des antidépresseurs ISRS en France: conformité aux recommandations de bonne pratique. Enquête nationale auprès de 473 médecins généralistes. La revue du praticien. Médecine générale mai 2003.

19. Allain J. Etude auprès de 10 maîtres de stage et 100 patients sur la prescription des antidépresseurs en médecine générale. Thèse : Med : Paris Diderot Paris 7, 2012.
20. Rombi J. Enquête sur la prescription des antidépresseurs en Champagne Ardenne. Thèse : Med : Université de Reims, 2009.
21. Blanchard S. Le système de santé français en cause dans la surconsommation des psychotropes. Le Monde, 2006.
22. Boitouzet A. La durée de consultation intervient-elle sur la prescription des psychotropes? Etude rétrospective en médecine générale sur 2986 cas. Thèse : Med : Université de Poitiers, 2008.
23. Etude de la prescription et la consommation des antidépresseurs en ambulatoire. Observatoire national de prescription et consommations de médicaments. Juillet 1998.
24. Achard C. Prise en charge d'un syndrome dépressif par le médecin généraliste. Difficultés ressenties et apport par rapport à une formation brève aux TCC. Thèse : Clermont, 2008.
25. OECD. Health at a Glance 2013.
26. Galam E. Relation médecin-malade : pour le meilleur et pour le pire. Revue de médecine 2009 ; 5/ 231-4.
27. The physician-patient relation in the light of the attachment theory. Attachment counseling. Clin Ter. 2003 Jul-Aug;154(4):277-86.
28. Patient-doctor communication. Med Clin North Am. 2003 Sep;87(5):1115-45.
29. Rebuilding the relationship between doctor and patient. Recent Prog Med. 2006 Oct;97(10):548-5.

30. Interpersonal perception in the context of doctor-patient relationships: a dyadic analysis of doctor-patient communication. *Soc Sci Med.* 2010 Mar;70(5):763-8.
31. The patient-doctor relationship: a synthesis of the qualitative literature on patients' perspectives. *Br J Gen Pract.* 2009 Apr;59(561):e116-33.
32. Balint M. *Le médecin, son malade, la maladie.* Paris, Payot, 1972.

VII- ANNEXES

QUESTIONNAIRE

Question 1 :

Quel âge avez-vous ?

Question 2 :

Depuis combien de temps remplacez- vous ?

Question 3 :

Etes-vous thésé ? Si oui depuis combien de temps ?

Question 4 :

Etes-vous retraité ?

Question 5 :

Lors de vos remplacements avez-vous été amenés à prendre en charge des syndromes dépressifs ?

A- Oui

B- Non

Question 6 :

Si oui, cette prise en charge était elle dans le cadre (plusieurs réponses possibles)

A- D'un remplacement régulier

B- D'un remplacement ponctuel

C- D'un remplacement rural

D- D'un remplacement urbain

E- D'un remplacement d'un ancien maître de stage

Question 7 :

Lors de la prise en charge du syndrome dépressif avez-vous été amené à prescrire des antidépresseurs ? :

- A- Oui
- B- Non

Question 8 :

Si oui, cette prescription était-elle ? (plusieurs réponses possibles) :

- A- Une prescription initiale
- B- Un renouvellement
- C- Un changement de dosage
- D- Un changement de classe d'antidépresseur
- E- Un arrêt

Question 9 :

Cette prescription a-t'elle eu lieu lors d'un remplacement d'une durée comprise entre :

- A- 1 et 7 jours
- B- 8 et 14 jours
- C- 15 et 21 jours
- D- Supérieur à 21 jours

Question 10 :

Si non, le fait que vous n'ayez jamais prescrit d'antidépresseurs serait plutôt dû à :

- A- Vous n'avez jamais rencontré de situation nécessitant la mise en place d'un traitement par antidépresseurs
- B- En tant que médecin remplaçant vous ne pensez pas assez bien connaître le patient pour pouvoir instaurer un traitement psychotrope
- C- Vous ne voulez pas prescrire un médicament dont les effets ne sont souvent évaluables qu'après quelques semaines

- D- Les médecins que vous remplacez ne sont pas favorables à ce genre de prescription par un remplaçant
- E- Autre (à détailler)

Question 11 :

Dans le cadre d'une prescription initiale, quelle molécule utilisez-vous préférentiellement ?

- A- Antidépresseur tricycliques et apparentés (ex Anafranil , Laroxyl ..)
- B- IMAO (ex: Moclamine)
- C- Inhibiteur de la recapture de la sérotonine IRS (ex : Seropram , Deroxat , Effexor ..)
- D- Antidépresseur ni tricyclique, ni IMAO, ni IRS (ex :Norset , Athymil , Stablon ..)
- E- Pas de préférence particulière

Question 12 :

Sur quel(s) critère(s) repose(nt) votre choix d'antidépresseur ?

- A- Médicament déjà utilisé auparavant par le patient
- B- Habitudes de prescription du médecin que vous remplacez
- C- Habitudes de prescription acquises au cours de votre formation
- D- Autres (à détailler)

Question 13 :

Après prescription, laissez-vous au patient des consignes particulières de suivi ?

- A- Oui
- B- Non

Question 14 :

Si oui, lesquelles ?

Question 15 :

Quels critères notez-vous systématiquement dans le dossier lors de la consultation ?

- A- Le poids
- B- La description des troubles du sommeil
- C- La description des troubles de l'appétit
- D- La présence ou non d'un état de fatigue, d'anxiété ou de tristesse
- E- La perte ou non d'élan vital
- F- La présence ou non de pensées suicidaires

Question 16 :

Avez-vous déjà eu des retours (par les médecins que vous avez remplacés ou par les patients eux-mêmes) sur votre prescription d'antidépresseurs ?

- A- Oui
- B- Non

Question 17 :

Si oui, étaient-ils ?

- A- Favorables
- B- Défavorables (à détailler svp : par ex était ce par rapport à l'indication elle-même, à la molécule utilisée , aux effets secondaires , au suivi ou manque de suivi , etc ..)

Question 18 :

Avez-vous déjà été amené à dans le cadre d'un sd dépressif à effectuer une psychothérapie de soutien ?

- A- Oui
- B- Non

Question 19 :

Si oui, avez-vous eu une formation préalable ?

En avez-vous eu des retours ?

Question 20 :

Sur une échelle de 1 à 10 comment noteriez-vous votre confiance et votre aies dans votre prise en charge du syndrome dépressif ? (1 étant pas du tout, 10 : totalement)

Question 21 :

Quelles sont selon vous les limites principales à votre prise en charge ?

Nom : ASSIH

Prénom : Lotié

Toulouse, le 09 Octobre 2014

Prise en charge du syndrome dépressif : Evaluation de pratiques de médecins généralistes remplaçants en Haute-Garonne.

Résumé : Le syndrome dépressif est une pathologie fréquente. En France, les médecins généralistes en sont au coeur de la prise en charge. Les médecins généralistes remplaçants du fait de leur statut particulier peuvent rencontrer des difficultés dans la prise en charge de patients dépressifs. Notre étude est une enquête observationnelle réalisée auprès de médecins généralistes remplaçants en Haute-Garonne. L'objectif était d'évaluer les pratiques de ces médecins dans la prise en charge de la dépression ainsi que leur ressenti.

Trente-trois médecins ont répondu soit 33.6%. La prise en charge des médecins remplaçants répond assez bien aux recommandations de l'HAS. Les IRS sont les molécules les plus prescrites notamment par les médecins les plus jeunes. Le manque de suivi ainsi que le manque de connaissance des patients sont les principales limites retrouvées. Le ressenti dans la prise en charge est plutôt bon (moyenne à 6.6 sur 10) avec un meilleur ressenti chez les remplaçants les plus âgés.

Une des réponses à ces limites peut être l'application d'une échelle de type numérique aux critères de diagnostic. Une prise en charge globale du patient avec un suivi au long cours est néanmoins nécessaire dans la prise en charge du syndrome dépressif.

Management of depressive syndrome: Assesment practices of general praticioners substitutes in Haute-Garonne.

Summary: The depressive syndrome is a common condition. In France, general practitioners (GPs) are in the middle of care. GPs substitutes because of their special status may encounter difficulties in the management of depressive patients. Our study is an observational survey conducted among GPs substitutes in Haute-Garonne. The objective was to evaluate the practices of these physicians in the management of depression as well as their feelings.

Thirty-three physicians responded, i.e. 33.6% of the files sent. The depression management of GPS substitutes responds quite well to the recommendations of the French "Haute Autorité de Santé". SRI (Serotonin Reuptake Inhibitors) are the most prescribed especially by younger physicians. The lack of follow-up and the lack of knowledge of patients are the main limitations found. The feeling in the management is quite good (average 6.6 out of 10) with a better feel for older substitutes.

One response to these limitations can be the application of a numeric scale diagnostic criteria. A comprehensive care of the patient with a long term follow-up is still necessary in the management of depressive syndrome.

Discipline Administrative : MEDECINE GENERALE

Mots-Clés : dépression, médecins généralistes, remplacement, suivi, recommandations

Key-Words : depression, general praticioners, GPs substitutes, follow-up, recommandations

Université Toulouse III – 118, route de Narbonne – 31602 Toulouse Cedex 04 - France

Directeur de thèse : Monsieur le Professeur Marc VIDAL