

RAPPORT D'ÉLABORATION DE RÉFÉRENTIEL D'ÉVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES

Prise en charge par le psychiatre d'un épisode dépressif isolé de l'adulte en ambulatoire

Juin 2005

SOMMAIRE

I. INTRODUCTION	3
II. CHOIX DU THÈME	3
III. LES PROMOTEURS ET LE FINANCEMENT	3
IV. LA CIBLE PROFESSIONNELLE	4
V. LE GROUPE DE TRAVAIL	4
VI. SÉLECTION DES TEXTES DE RÉFÉRENCES	4
VII. SÉLECTION DES OBJECTIFS DE BONNES PRATIQUES ÉVALUÉS	5
VIII. LES PATIENTS CONCERNÉS.....	6
IX. SÉLECTION DES DOSSIERS.....	6
X. DISCUSSION DU CHOIX DE L'INTITULÉ DES CRITÈRES D'ÉVALUATION ET DES QUESTIONS POUR DÉTERMINER SI LES CRITÈRES SONT PRÉSENTS	7
X.1. Critère 1.....	7
X.2. Critère 2.....	7
X.3. Critère 3 (voir en fin de paragraphe)	8
X.4. Critère 4.....	8
X.5. Critères 5 et 6 deviennent le critère 5 (voir fin de paragraphe)	8
X.6. Critère 7 devient le critère 6	9
X.7. Critère 8 devient le critère 7	9
X.8. Critère 8 (voir fin de paragraphe)	10
X.9. Critère 9.....	10
XI. LE GROUPE DE LECTURE	10
XI.1. Experts du thème	11
XI.2. Correspondants régionaux de l'Anaes	14
XII. RETOUR DU GROUPE DE TRAVAIL	17
XIII. LE GROUPE TEST	17
XIV. RETOUR DU GROUPE TEST	17
XV. RETOUR DU GROUPE DE TRAVAIL APRÈS LE GROUPE TEST	21
ANNEXES.....	22
I. LISTE DES MEMBRES DU GROUPE DE TRAVAIL	22
II. LISTE DES MEMBRES DU GROUPE DE LECTURE.....	22
III. LISTE DES MEMBRES DU GROUPE TEST	23
IV. TABLEAU SYNOPTIQUE (RÉSULTATS DU GROUPE D'EXPERTS)	24
V. TABLEAU SYNOPTIQUE (RÉPONSES DU GROUPE TEST)	25

I. INTRODUCTION

L'élaboration de ce référentiel s'est faite conformément à la méthodologie proposée par l'Anaes dans le guide intitulé « Les référentiels d'évaluation des pratiques professionnelles, base méthodologique pour leur réalisation en France, avril 2004 ». Et conformément aux recommandations faites lors d'une journée d'information, qui a eu lieu à l'Anaes le 9 janvier 2004. Une première version de ce rapport intermédiaire a été rédigée en mars 2004, après lecture par le groupe de travail.

II. CHOIX DU THÈME

La dépression est une affection fréquente dont la prévalence à 1 an varie entre 5 et 15 %, suivant les études faites en population générale. Ses conséquences médicales, sociales et économiques constituent un problème majeur de santé publique. Le nombre de morts par suicide, chaque année, en France, est d'environ 12 000. Le nombre de tentatives de suicide est 10 fois supérieur : 30 à 50 % de ces tentatives seraient secondaires à un épisode dépressif. Il ressort de différentes enquêtes que seulement un tiers des déprimés seraient efficacement traités. La prise en charge adéquate du premier épisode dépressif est d'autant plus importante que la dépression est une affection qui tend à récidiver (dans 50 à 85 % des cas) ou à devenir chronique (20 % des épisodes dépressifs). Il apparaît donc essentiel de sensibiliser les psychiatres libéraux à l'importance de proposer un projet thérapeutique adéquat pour traiter de manière optimale un épisode dépressif *a priori* isolé.

Alors qu'il n'existait pas de référentiel en psychiatrie, il est apparu important de proposer un référentiel sur la prise en charge de la dépression, à partir des recommandations existantes, dans une spécialité où l'unanimité n'est pas faite entre les praticiens quant aux modalités de diagnostic et de prise en charge thérapeutique. Qui plus est, ces positions parfois antagonistes sont souvent relayées par les médias, ce qui contribue à donner une image complexe et contradictoire des possibilités de prise en charge de la dépression pour les patients et leur famille.

Dans ce contexte, il est apparu essentiel, étant donné l'impact potentiel sur la santé des patients déprimés, de proposer un référentiel qui soit opérationnel pour la pratique clinique à l'heure où il existe désormais suffisamment de recommandations de pratique clinique, claires et précises, pour organiser la prise en charge des patients déprimés. L'objectif de ce référentiel est de contribuer à améliorer la prise en charge des patients déprimés dans notre pays, en permettant aux praticiens de s'auto-évaluer.

III. LES PROMOTEURS ET LE FINANCEMENT

Les deux promoteurs sont la HAS. (**H**aute **A**utorité de santé), qui a repris les missions de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (Anaes), et le GICIPI Courant 2003, l'Anaes a pris l'initiative de solliciter un certain nombre de sociétés savantes en psychiatrie pour élaborer des référentiels sur le dossier du patient et la dépression. Une société savante, le GICIPI (Groupe d'investigateurs cliniciens indépendants pour des études pivotales de qualité), a répondu à cette invitation et accepté cette mission. Cette association rassemble des psychiatres libéraux, impliqués dans la réalisation d'essais thérapeutiques en psychiatrie, en phase II ou en phase III. Le GICIPI organise également des actions de formation médicale continue centrées sur le

développement de procédures de qualité en psychiatrie, ainsi que sur les nouvelles avancées de la spécialité dans le domaine du diagnostic et de la thérapeutique.

La prise en charge financière est assurée par l'Anaes. Il n'a pas été identifié de conflits d'intérêts parmi les participants au groupe de travail. Le calendrier d'élaboration du référentiel est prévu pour une période maximale de 12 mois.

IV. LA CIBLE PROFESSIONNELLE

Ce référentiel s'adresse aux psychiatres libéraux ou d'exercice mixte ayant une activité libérale. Il a pour but d'aider le praticien à s'auto-évaluer lors de la prise en charge des épisodes dépressifs isolés de l'adulte. Cette auto-évaluation devra permettre de repérer des pistes d'amélioration dans la pratique permettant *in fine* une meilleure prise en charge des patients présentant un épisode dépressif caractérisé *a priori* isolé.

V. LE GROUPE DE TRAVAIL

Le groupe de travail rassemble des psychiatres référents dans le domaine de la prise en charge de la dépression et des troubles de l'humeur, ayant une activité libérale exclusive ou prédominante. La liste des membres du groupe de travail est jointe en annexe I.

Deux experts du thème ont participé aux travaux du groupe de travail :

- le D^r René OLIVIER-MARTIN, praticien hospitalier détaché à la MGEN, a participé au groupe de travail sur les recommandations de pratique clinique sur la prise en charge de l'épisode dépressif isolé de l'adulte en ambulatoire ;
- le D^r Mocrane ABBAR, praticien hospitalier, a été expert du thème lors de la conférence de consensus : « La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge ».

Le D^r Claudie LOCQUET, médecin généraliste, chef de projet à l'Anaes, est expert de la méthode et a apporté à ce titre une aide extrêmement précieuse.

Le D^r Joël GALLEDREAU, psychiatre libéral, président du groupe, a animé les discussions et organisé les travaux. Le D^r Francis GHEYSEN, psychiatre libéral, chargé de projet, a assuré la rédaction des différentes versions du référentiel et du rapport intermédiaire.

VI. SÉLECTION DES TEXTES DE RÉFÉRENCES

Il convient de rappeler ici que l'élaboration d'un référentiel ne consiste pas à réécrire les recommandations de pratique clinique (RPC) ou *a fortiori* à proposer une conférence de consensus. Dans le cas présent, il est apparu indispensable d'utiliser les recommandations françaises publiées par l'Anaes en mai 2002, dans la mesure où ce travail représente une synthèse validée des RPC en matière de prise en charge de l'épisode dépressif isolé de l'adulte, destinées aux praticiens français. A été ajoutée également la conférence de consensus sur la crise suicidaire publiée par l'Anaes en octobre 2000, car certains éléments concernant la prise en charge des idées suicidaires n'étaient pas suffisamment détaillés dans la RPC sur l'épisode dépressif isolé de l'adulte :

- Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Prise en charge d'un épisode dépressif isolé de l'adulte en ambulatoire. Paris : Anaes ; 2002.
- Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge, conférence de consensus 19 et 20 octobre 2000. Paris : Anaes ; 2000.

Ces documents de base ont été complétés par une actualisation bibliographique effectuée par l'Anaes des RPC publiées depuis mai 2002 :

- Recommandation américaine : *Institute for Clinical Systems Improvement. Major depression in adults for mental health care providers*. Bloomington : ICSI; 2003.
- Rapport : Institut national de la santé et de la recherche médicale. Psychothérapie, trois approches évaluées. Paris : Inserm Expertise collective; 2004.

Une référence importante, proposée par un des membres du groupe de lecture, était en fait déjà utilisée dans la RPC publiée par l'Anaes en mai 2002 : *American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with major depressive disorder (revision)*. Am J Psychiatry 2000; 157:1-45.

VII. SÉLECTION DES OBJECTIFS DE BONNES PRATIQUES ÉVALUÉS

Le groupe de travail avait initialement retenu 5 objectifs de qualité, conformes aux recommandations actuelles, françaises ou étrangères, pour élaborer le référentiel d'auto-évaluation. Un sixième objectif a été rajouté après suggestion du groupe de lecture. Il était présent dans la toute première version du référentiel et concernait l'importance de poursuivre le suivi 6 à 8 mois après l'arrêt du traitement antidépresseur, le risque de rechute étant maximal pendant cette période.

Les 6 objectifs de qualité sont les suivants :

- Affirmer le diagnostic et la sévérité de la dépression caractérisée (accord professionnel) (critères 1 et 2).
- Évaluer le risque suicidaire [conférence de consensus : crise (grade A) ; recommandation dépression Anaes (grade C)], (critère 3).
- S'assurer du caractère réellement isolé de l'épisode dépressif, et vérifier qu'il ne s'agit pas d'une dépression secondaire, d'un trouble dépressif récurrent ou d'un trouble bipolaire (accord professionnel) (critère 4).

La notion du caractère inaugural de l'épisode dépressif est considérée comme essentielle dans la recommandation de pratique clinique élaborée par l'Anaes en mai 2002. Le groupe de travail a considéré qu'il était important de vérifier que l'épisode dépressif soit bien isolé, car en pratique quotidienne, lorsqu'un patient est vu pour la première fois pour dépression, seule une enquête anamnestique rigoureuse peut prouver le caractère isolé de l'épisode. Cette notion est importante car l'attitude thérapeutique pourra différer suivant qu'un épisode dépressif est isolé, secondaire, récurrent ou bipolaire.

- Informer le patient et s'il le souhaite son entourage (la personne de confiance et/ou le médecin traitant) sur le diagnostic et les options thérapeutiques envisageables (grade A) ; recommandation dépression Anaes (initialement critères 5 et 6, rassemblés en un seul critère : le 5).
- Concevoir avec le patient un projet thérapeutique spécifique (accord professionnel) (initialement critères 7, 8 et 9, devenus critères 6, 7, 8 et 9).
- Poursuivre le suivi 6 à 8 mois après l'arrêt du traitement antidépresseur, le risque de rechute¹ étant maximal pendant cette période (accord professionnel) (critère 8).

¹ Étant donné le potentiel de récurrence d'un premier épisode dépressif, il apparaît essentiel de sensibiliser les psychiatres libéraux à l'importance d'adopter une attitude préventive et de continuer à suivre les patients

Sans vouloir être exhaustifs, ces critères ont paru couvrir, pour le groupe de travail, l'essentiel de la prise en charge d'un épisode dépressif caractérisé isolé. Sont ainsi pris en compte la démarche diagnostique, l'information du patient, l'adhésion au projet thérapeutique (qui ne se limite pas à une prescription isolée d'antidépresseurs, mais associe les psychothérapies), l'attitude préventive par rapport à une éventuelle rechute² 6 à 8 mois après l'arrêt du traitement antidépresseur.

VIII. LES PATIENTS CONCERNÉS

Il s'agit de tous les patients adultes, vus en consultation au moins 3 fois, pour un épisode dépressif, *a priori* isolé. Il est en effet nécessaire que le patient ait été vu au moins 3 fois en consultation pour recueillir les informations nécessaires à l'évaluation. Ce point a été modifié après passage au groupe de lecture. Il faudrait de fait une première consultation très longue pour mettre en œuvre et documenter tous les critères du référentiel. Le choix de 3 consultations au minimum paraît plus conforme à l'exercice actuel en psychiatrie libérale.

Un deuxième point important a été ajouté après passage au groupe de lecture. Il est apparu indispensable de préciser la notion de dépression isolée de l'adulte. Par « isolé », il convient de préciser qu'il s'agit *a priori* d'un premier épisode, sachant que l'approche diagnostique spécifique proposée dans le référentiel permettra dans un certain nombre de cas de repérer un épisode antérieur non diagnostiqué et/ou une comorbidité anxieuse. Ceci paraît plus conforme à la réalité épidémiologique, la dépression étant désormais considérée comme une affection tendant à récidiver (dans 50 à 80 % des cas) et pouvant être associée à une comorbidité anxieuse (dans 20 à 50 % des cas : anxiété généralisée, trouble panique, anxiété sociale, trouble obsessionnel compulsif). De manière similaire à la RPC « Prise en charge d'un épisode dépressif isolé de l'adulte en ambulatoire », Anaes, mai 2002, la récurrence dépressive ou l'éventuelle comorbidité anxieuse associée n'entrent pas dans le champ du présent référentiel et pourraient constituer à l'avenir des thèmes de référentiels en elles-mêmes.

IX. SÉLECTION DES DOSSIERS

Il a été proposé que l'évaluation porte sur **10 patients**, ce qui paraît suffisant pour une auto-évaluation de la prise en charge d'un épisode dépressif. Certes, d'autres référentiels proposent d'étudier un nombre de dossiers plus important (20 ou plus). Mais le délai entre le début de l'auto-évaluation d'une part, et la visite du médecin habilité ou la séance de restitution en groupe d'autre part, est de 1 à 2 mois en moyenne. Et certains psychiatres n'auront pas le recrutement nécessaire pour évaluer plus de 10 dossiers pendant cette période.

6 à 8 mois après l'arrêt du traitement antidépresseur, le risque de rechute étant maximum pendant cette période.

² Les symptômes dépressifs réapparaissant moins de 6 mois après la rémission clinique caractérisent une rechute. Ceux qui apparaissent plus de 6 mois après décrivent une récurrence.

Après avis du groupe de lecture, une seule méthode de sélection est proposée : recrutement prospectif, au fur et à mesure des consultations, avec étude rétrospective des dossiers. Ce choix tient compte du fait qu'à l'heure actuelle, tous les psychiatres ne sont pas informatisés, et s'ils le sont, ne disposent pas pour la plupart d'un logiciel patients dédié à la psychiatrie. Il leur serait probablement difficile dans ce contexte de fournir *a priori* une liste des 10 derniers patients ayant consulté pour un épisode dépressif isolé.

X. DISCUSSION DU CHOIX DE L'INTITULÉ DES CRITÈRES D'ÉVALUATION ET DES QUESTIONS POUR DÉTERMINER SI LES CRITÈRES SONT PRÉSENTS

Après suggestion du groupe de lecture, le critère et la question correspondante sont rappelés à chaque paragraphe.

X.1. Critère 1

Le dossier médical mentionne les symptômes nécessaires pour poser un diagnostic de dépression caractérisée (annexes 1 et 1 bis).

Le dossier médical mentionne-t-il les symptômes nécessaires pour affirmer le diagnostic ?

Le groupe de travail considère aujourd'hui qu'il n'est plus crédible de prendre en charge un épisode dépressif sans recourir à une démarche diagnostique structurée, de façon à éviter des prescriptions inutiles d'antidépresseurs pour des situations de stress existentiels non spécifiques, alors que chez d'autres patients, le diagnostic de dépression n'est pas fait et que le traitement est nécessaire. Dans ce contexte, les critères diagnostiques explicites du DSM-IV et de la CIM-10 (annexe 1) sont utilisés. Il est certain que ce premier critère constitue la porte d'entrée dans le référentiel, d'une façon qui peut se révéler polémique, dans la mesure où un certain nombre de psychiatres en France refusent d'utiliser des critères diagnostiques explicites. Ce premier critère pourra être utilisé par le médecin habilité pour entamer la discussion avec le psychiatre engagé sur ce refus éventuel et dans cette perspective, sur la nature des critères empiriques qui sont éventuellement utilisés. Cette discussion peut ouvrir une première piste d'amélioration potentiellement importante pour la pratique.

X.2. Critère 2

Le degré de sévérité (léger, modéré ou sévère) de l'épisode dépressif et l'incapacité fonctionnelle ont été évalués au moyen de critères diagnostiques (annexe 2).

Le dossier médical spécifie-t-il et argumente-t-il le degré de sévérité ?

Évaluer la sévérité de l'épisode dépressif et l'incapacité fonctionnelle qui en résulte, en utilisant les critères diagnostiques explicites de la CIM-10 et du DSM-IV (annexe 2). Il apparaît en effet essentiel de déterminer le degré de sévérité, car ce dernier va conditionner l'architecture du projet thérapeutique (annexe 5), ainsi que le recours éventuel à un arrêt de travail.

X.3. Critère 3 (voir en fin de paragraphe)

L'évaluation du risque suicidaire revêt une importance fondamentale dans la mesure où un certain nombre de psychiatres, comme de médecins généralistes, n'évaluent pas nécessairement le risque suicidaire à chaque consultation de suivi d'un patient déprimé. Ce critère apparaît d'autant plus essentiel que l'on se rappellera qu'une grande majorité de patients ayant effectué une tentative de suicide ont vu leur psychiatre ou leur médecin généraliste dans le mois précédant le passage à l'acte. Les critères permettant de reconnaître et d'évaluer le risque suicidaire sont rappelés en annexe 3, tels que définis par la conférence de consensus sur la crise suicidaire, publiée par l'Anaes, en octobre 2000. Une discussion s'est instaurée après la réunion du groupe de travail par courriels quant à savoir si le risque suicidaire devait être évalué *régulièrement ou à chaque consultation*, le psychiatre pouvant être considéré comme pénalement responsable en cas de suicide. Les recommandations pour la pratique clinique : « Prise en charge d'un épisode dépressif isolé de l'adulte en ambulatoire » (Anaes, mai 2002) et la conférence de consensus « La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge » (Anaes, 19 et 20 octobre 2000) ne répondant pas à la question du rythme des consultations un compromis a été proposé et accepté par les membres du groupe de travail. Le critère 3 a donc été modifié de la manière suivante : **le risque suicidaire a été évalué à chaque consultation aussi longtemps que l'état clinique du patient le justifie.** La question correspondante étant : *le dossier médical mentionne-t-il que le risque suicidaire a été évalué à chaque consultation aussi longtemps que l'état clinique du patient le justifie ?*

X.4. Critère 4

L'absence de signe en faveur d'une dépression secondaire, d'une dépression caractérisée récurrente et d'un trouble bipolaire a été vérifiée (annexes 4, 4 bis, 4 ter du référentiel).

Le dossier médical mentionne-t-il la recherche d'une comorbidité psychiatrique ou somatique, d'un épisode dépressif passé et de manifestations en faveur d'un trouble bipolaire ?

Comme cela a été précisé plus haut dans les objectifs, seule une enquête anamnétique rigoureuse peut établir qu'un épisode dépressif est isolé. Pour faciliter le travail du psychiatre engagé et du médecin habilité, qui ne sera pas forcément psychiatre, les définitions de ce que sont une dépression secondaire à une affection somatique, une dépression récurrente et un trouble bipolaire sont proposées en annexes 4 selon les critères du DSM-IV.

X.5. Critères 5 et 6 deviennent le critère 5 (voir fin de paragraphe)

Le critère 5 insiste sur l'information du patient et, s'il en est d'accord, de son entourage, sur la nature de ses troubles dépressifs, de manière congruente avec les recommandations de bonne pratique clinique actuelles et les dernières obligations légales (loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé). Le critère 6 vise dans le même esprit que le précédent à s'assurer de l'information du patient, et s'il en est d'accord de son entourage (la personne de confiance et/ou le médecin traitant), sur les effets bénéfiques ou indésirables des différents traitements envisageables. Le groupe de travail avait initialement souhaité distinguer les critères 5 et 6 pour bien souligner leur importance respective lors de l'évaluation, tout en considérant que leur réunion en un seul critère pourrait se discuter à des fins de simplification et de concision. Un membre du groupe de lecture ayant repris cette suggestion, **les 2 critères ont été réunis en un seul et rephrasés de la manière suivante avec la question correspondante :**

Le patient, et s'il en est d'accord son entourage³, a (ont) été informé(s) de la nature de ses troubles dépressifs, ainsi que des effets bénéfiques et indésirables des différents traitements envisageables.

Le dossier médical mentionne-t-il le contenu et le(s) destinataire(s) de l'information délivrée sur la nature des troubles dépressifs, ainsi que des effets bénéfiques et indésirables des différents traitements envisageables ?

X.6. Critère 7 devient le critère 6

Un projet thérapeutique, discuté avec le patient, a été mis en place.

Le dossier médical mentionne-t-il l'existence et le contenu du projet thérapeutique discuté avec le patient ?

Ce critère est rédigé de telle manière qu'il prend en compte l'information donnée au patient, laquelle, si elle a été bien comprise, permet, lors de la discussion qui s'ensuit, de bâtir un projet thérapeutique. Ce dernier a dès lors davantage de chances d'être accepté et suivi par le patient. Ce point paraît essentiel au groupe de travail, cette discussion avec le patient devant permettre, d'une part une meilleure adhésion et une meilleure observance du projet thérapeutique, tel qu'il a été défini, et d'autre part d'éviter que « le projet thérapeutique » ne se limite à une simple prescription d'antidépresseurs ou à une proposition de psychothérapie, dont la nature, la rythmicité ou le type ne sont pas forcément adaptés à la sévérité de l'épisode dépressif. Les recommandations pour la pratique clinique (« Prise en charge d'un épisode dépressif isolé de l'adulte en ambulatoire », Anaes, mai 2002, p. 17-18) ont été ici reprises littéralement (annexe 5), car elles ont paru au groupe de travail proposer un choix ouvert entre psychothérapies et chimiothérapie, de manière adaptée à l'intensité du syndrome dépressif. C'est à notre connaissance, la seule RPC où cette possibilité est proposée de manière claire, explicite et documentée, illustrant bien le caractère complémentaire et non concurrent des psychothérapies et de la chimiothérapie.

X.7. Critère 8 devient le critère 7

Un traitement médicamenteux antidépresseur a été prescrit à une posologie thérapeutique pour la durée recommandée.

Le dossier médical mentionne-t-il la prescription d'un antidépresseur à posologie thérapeutique pour la durée recommandée⁴ ?

Ce critère vise à évaluer si le traitement antidépresseur a été prescrit à la posologie thérapeutique pour la durée recommandée (6 mois à 1 an après l'obtention de la rémission des symptômes dépressifs). Il est apparu important au groupe de travail d'insister sur ce point lors de l'évaluation, car dans la pratique, si les durées de prescription d'antidépresseurs pour un épisode isolé se sont allongées pour atteindre la plupart du temps 6 mois *après le début de la prescription*, cette évolution, certes allant dans le bon sens, demeure insuffisante par rapport aux recommandations actuelles qui indiquent 6 mois à 1 an *après l'obtention de la rémission des symptômes*.

³ Considérer comme l'entourage la personne de confiance et /ou le médecin traitant.

⁴ Six mois à 1 an après l'obtention de la rémission des symptômes.

X.8. Critère 8 (voir fin de paragraphe)

Ce critère prend en compte le potentiel de récurrence du premier épisode dépressif, et vise à sensibiliser les psychiatres libéraux à l'importance d'adopter une attitude préventive, en continuant à suivre les patients 6 à 8 mois après l'arrêt du traitement antidépresseur, le risque de rechute⁵ étant maximal pendant cette période.

Le critère et la question correspondante ont été libellés ainsi :

Le patient, et s'il en est d'accord son entourage⁶, a (ont) été informé(s) de la nécessité de poursuivre le suivi 6 à 8 mois après l'arrêt du traitement antidépresseur.

Le dossier médical mentionne-t-il le contenu et le(s) destinataire(s) de l'information délivrée sur la nécessité de poursuivre le suivi 6 à 8 mois après l'arrêt du traitement antidépresseur ?

X.9. Critère 9

Une psychothérapie a été instituée, après discussion de l'indication et du type de psychothérapie retenue.

Le dossier médical mentionne-t-il l'institution d'une psychothérapie, ainsi que les éléments de discussion de l'indication et le type de cette dernière ?

Dernier critère concernant le point délicat des psychothérapies. Il est sobrement rédigé de manière à permettre une discussion « constructive » entre le psychiatre engagé et le médecin habilité pour préciser d'une part comment la psychothérapie s'associe le cas échéant (annexe 5) au traitement antidépresseur, et d'autre part discuter le type de psychothérapie éventuellement proposé. Ce dernier point revêt d'autant plus d'intérêt que vient de paraître le rapport de l'Inserm comparant 3 types de psychothérapies en fonction de leurs indications et de leurs résultats.

XI. LE GROUPE DE LECTURE

Le groupe de lecture était constitué de 6 experts du thème, (dont 3 professeurs agrégés de psychiatrie), répartis sur l'ensemble du territoire national, auxquels se sont associés 10 correspondants régionaux de l'Anaes, experts de la méthode, qui ont davantage évalué les aspects méthodologiques du référentiel.

Les listes des experts du thème et des correspondants régionaux de l'Anaes figurent en annexe II. La première version du référentiel a été envoyée au groupe de lecture fin avril 2004, les réponses se sont échelonnées sur mai et juin 2004. Six experts du thème sur 6 et 9 correspondants régionaux sur 10 ont répondu.

Les résultats des commentaires, suggestions et critiques du groupe de lecture ont été traités de deux manières : tableau de synthèse quantitative et qualitative des résultats des questionnaires semi-standardisés envoyés par l'Anaes (voir tableau en annexe IV) et prise en compte des

⁵ Les symptômes dépressifs réapparaissant moins de 6 mois après la rémission clinique caractérisent une rechute. Ceux apparaissant plus de 6 mois après décrivent une récurrence.

⁶ Considérer comme l'entourage la personne de confiance et/ou le médecin traitant.

commentaires ajoutés *en ouvert* par les membres du groupe de lecture. Chaque fois que possible, ceux-ci ont été traités au fur et à mesure dans les chapitres, la modification correspondante étant intégrée avec sa justification éventuelle dans le présent rapport et le référentiel le cas échéant. Les commentaires qui n'ont pas été inclus au fur et à mesure dans le texte du rapport seront abordés spécifiquement lors de la présentation des résultats globaux.

Synthèse des réponses aux questionnaires semi-standardisés du GL

La liste des questions étant différente selon qu'il s'agissait des experts du thème ou des correspondants régionaux, les résultats sont scindés en deux sous-groupes.

XI.1. Experts du thème

D'une manière générale, il existe sur le plan quantitatif et qualitatif une bonne homogénéité des réponses (voir tableau en annexe IV), chacun des 6 experts étant globalement d'accord ou plutôt d'accord avec les 8 premières questions posées sur les différents aspects du référentiel. Ainsi, sur un total de 60 réponses (6 experts répondant chacun à 10 questions ou sous-questions), il y a eu 33 oui, 23 plutôt oui et seulement 4 plutôt non. Des commentaires ou suggestions ont été la plupart du temps apportés après chaque question, ainsi qu'à la question 9 qui appelait *en ouvert* des propositions d'amélioration du référentiel.

1. Le thème du référentiel :

a. Concerne-t-il une pratique clinique fréquente ?

Réponses : 5 oui et 1 plutôt non, où ce dernier lecteur demande une explicitation du concept de dépression isolée (voir modification rapport, p. 6, chap. VIII, 2^e paragraphe. Référentiel p. 2, chap. IV, où le choix des patients concernés a été rephrasé ainsi : *il s'agit d'un épisode dépressif dont vous vérifiez le type isolé et caractérisé.*

b. Correspond-il à une pratique pouvant comporter des risques pour les patients ?

Réponses : 4 oui, 2 plutôt oui. Les commentaires sont congruents avec cet accord, évoquant *le risque suicidaire ou la morbi-mortalité élevés.*

c. Concerne-t-il une pratique pour laquelle il existe un potentiel d'amélioration ?

Réponses : 4 oui, 2 plutôt oui. Les commentaires sont congruents avec cet accord, évoquant le fait qu'en Europe, on estime que seuls 10 % des épisodes dépressifs caractérisés sont correctement traités. Un lecteur demande de quelle amélioration il s'agit. Il s'agit bien sûr d'améliorer la prise en charge de l'épisode dépressif *a priori* isolé pour éviter une évolution vers la rechute, la récurrence ou la chronicisation, tout en diminuant le risque de suicide.

2. Les sources de documentation identifiées sur le thème sont-elles conformes à l'état de la science ?

Réponses : 3 oui, 3 plutôt oui. Un lecteur *évoque une référence* déjà utilisée dans la RPC de l'Anaes de mars 2002 (cf. rapport chap. VI, p. 4). Un autre *évoque les références d'EBM (Evidence-based Medicine)*. Ces dernières sont incluses quand elles sont pertinentes dans les RPC, dont est dérivé ce référentiel. Il ne s'agit pas ici de refaire une nouvelle RPC.

Dans la même perspective, un autre lecteur se demande si une *recherche exhaustive a été faite par les promoteurs*. L'Anaes a effectivement réalisé une actualisation documentaire des RPC parues depuis la publication des recommandations pour la pratique clinique : « Prise en charge

d'un épisode dépressif isolé de l'adulte en ambulatoire », en mai 2002. Cette recherche bibliographique a été exhaustive.

3. Le choix des textes de références retenus est-il pertinent ?

Réponses : 3 oui, 3 plutôt oui. Un lecteur souhaite *une RPC anglo-saxonne*, celle-ci figure dans les textes sélectionnés (*Health Care Guideline*, ICSI, sept. 2003), par ailleurs il évoque des données françaises autres que l'Anaes. Ces données ne sont pas apparues dans l'actualisation documentaire effectuée par l'Anaes (voir paragraphe ci-dessus).

4. Les objectifs et/ou exigences de qualité sélectionnés sont-ils adaptés au thème retenu ?

Réponses : 4 oui, 2 plutôt oui. Accord entre les lecteurs, pas de commentaire sur cette question.

5. Les objectifs et/ou exigences de qualité sélectionnés sont-ils adaptés à la cible professionnelle retenue ?

Réponses : 3 oui, 3 plutôt oui. Un lecteur se demande, avec pertinence, pourquoi ce référentiel concerne seulement les psychiatres libéraux et non pas les autres psychiatres, ni les MG et autres spécialistes. Il est possible de répondre ici qu'un autre référentiel sur le même thème est actuellement en cours de réalisation par des médecins généralistes. D'autre part, les médecins hospitaliers, outre l'accréditation, doivent depuis peu se prêter également à l'EPP, il est donc concevable que ce référentiel puisse être utilisé dans cette perspective. Dans ce contexte, les groupes de lecture et de test du présent référentiel incluent un certain nombre de psychiatres hospitaliers universitaires et des centres hospitaliers spécialisés.

Un autre lecteur évoque la difficulté d'utiliser des critères diagnostiques en pratique courante. Ce point est discuté spécifiquement au niveau du chapitre X sur le choix des critères d'évaluation, critère 1 (rapport, p. 7).

6. Le guide du référentiel vous semble-t-il complet ?

Réponses : 2 oui, 3 plutôt oui, 1 plutôt non. Un lecteur demande *un exemple de ce qui est attendu du médecin*. La lecture attentive du rapport modifié devrait permettre de renseigner en détail le médecin évalué sur ce qui est attendu en termes de réflexion sur sa pratique. Un autre lecteur évoque le fait *que manque la notion de handicap qui pourrait être déclinée à plusieurs niveaux, notamment en termes de qualité de vie*. Cette notion de qualité de vie est intéressante à prendre en compte pour la prise en charge des patients présentant un épisode dépressif. À l'heure actuelle, elle est principalement utilisée dans les essais cliniques pour le développement de nouveaux antidépresseurs ou dans le cadre d'études médico-économiques. Non reprise dans les RPC actuelles, elle ne rentre donc pas dans le cadre du présent référentiel. Elle pourrait être utilement prise en compte dans un référentiel futur spécialement centré sur « dépression et qualité de vie » ou « troubles mentaux et qualité de vie ». Un troisième lecteur fait des suggestions pour clarifier *la grille d'utilisation du référentiel afin de ne pas confondre la colonne des patients et des réponses*. Le mot « patients » a été ajouté comme titre de la colonne patients dans la grille du référentiel.

7. La sélection des patients concernés (critères d'inclusion) vous semble-t-elle adaptée ?

Réponses : 2 oui, 3 plutôt oui, 1 plutôt non. Quatre lecteurs demandent une explicitation du concept de dépression isolée, par rapport aux concepts de récurrence et de comorbidité (voir modification rapport, p. 6, chap. VIII, 2^e paragraphe. Référentiel p. 2, chap. IV, où le choix des patients concernés a été rephrasé ainsi : *il s'agit d'un épisode dépressif dont vous vérifiez le type isolé et caractérisé*). Le critère 4 du référentiel a justement été choisi pour sensibiliser le médecin évalué au fait qu'une approche diagnostique effectuée au moyen de critères diagnostiques spécifiques lui permettra de constater qu'un épisode dépressif qu'il pensait isolé peut en fait avoir été précédé par un autre épisode dépressif ou un trouble comorbide somatique ou anxieux non diagnostiqués antérieurement. Il s'agit là de deux pistes d'amélioration potentielles : le médecin évalué pouvant d'une part mieux cerner l'intérêt d'une démarche diagnostique plus standardisée, souvent perçue comme inutile, et d'autre part mieux repérer le potentiel de récurrence ou la comorbidité associée à un épisode dépressif qu'il pensait initialement isolé. Ceci a des incidences sur le projet thérapeutique, notamment en termes de durée du traitement antidépresseur qui sera plus prolongée. Ces éléments importants sortent du champ du présent référentiel, qui n'est pas une nouvelle RPC sur les dépressions récurrentes unipolaires ou la comorbidité anxieuse, lesquelles nécessiteraient chacune des RPC et référentiels spécifiques, à développer dans un futur proche. À titre de compromis, la définition des troubles dépressifs récurrents au sens du DSM-IV a été ajoutée en annexe IV du référentiel, à la demande d'un lecteur.

8. Les critères proposés vous semblent-ils correspondre à un élément important de la pratique ?

Réponses : 3 oui, 2 plutôt oui, 1 plutôt non. Un lecteur cite le problème de la *comorbidité*, abordé au paragraphe ci-dessus. Un lecteur revient à juste titre sur le fait *qu'une dépression authentiquement isolée n'est observée que chez une minorité de patients*. C'est là aussi tout le sens de la discussion sur récurrence et comorbidité du paragraphe ci-dessus, laquelle est également traitée p. 35 à 38 dans les recommandations pour la pratique clinique : « Prise en charge d'un épisode dépressif isolé de l'adulte en ambulatoire », Anaes, mai 2002.

9. Quelles améliorations sur le fond souhaiteriez-vous voir apporter à ce référentiel ?

En sus des commentaires déjà traités dans les questions 1 à 8, dont certains ont été repris en conclusion par les lecteurs, il est possible de citer :

- L'intérêt d'indicateurs médico-économiques (actuellement réservés à la recherche clinique, *a priori* hors du champ actuel d'un référentiel sur la pratique clinique, mais gisement pour un référentiel spécifique futur ?).
- La crainte que le fait de documenter les critères du référentiel n'amène les psychiatres libéraux à avoir des dossiers ou des consultations trop longs.
- Des critiques plus globales sur la méthodologie de l'EPP, *en termes de difficultés pour le médecin s'auto-évaluant d'interpréter ses propres résultats en l'absence de normes de comparaison (avec une population de médecins français déjà évalués ?) ou de normes européennes ou internationales*.
- Mise en avant par un lecteur de la difficulté de concevoir un référentiel en psychiatrie et du fait que le présent référentiel *est clair, bien fait, comportant les éléments essentiels*.
- Proposition de *prendre en compte l'évaluation de la personnalité*. Intéressant, mais difficile sur un plan théorique de concevoir une RPC sur cette dimension. Par contre, comme le souligne ce lecteur, cette question subtile et délicate peut être discutée entre médecin engagé dans l'évaluation des pratiques professionnelles et le médecin habilité qui l'accompagne, à propos du

critère 9 sur le choix de la psychothérapie éventuellement associée. Une mode d'évaluation critérisée de la personnalité soulèverait indubitablement « une levée de boucliers » chez de nombreux psychiatres. Il s'agit là d'un champ de recherche en cours de développement, mais probablement trop complexe pour être inclus à l'heure actuelle dans un référentiel de pratique clinique.

- Autre suggestion pertinente de ce même lecteur : *inclure dans le projet thérapeutique l'évaluation de son efficacité*. C'est en réponse à cette suggestion qu'un critère (n° 8) sur le suivi après l'arrêt du traitement antidépresseur a été ajouté au référentiel. Ce critère était présent dans la toute première version du référentiel, ainsi que dans la RPC de l'Anaes de mars 2002. Sur un plan pratique l'évaluation de l'intensité d'un épisode dépressif est aisée à effectuer avec des outils spécifiques validés au plan international depuis de longues années (échelles de dépression de Hamilton, HAMD et de Montgomery et Asberg, MADRS). Toutefois, ceci aurait alourdi l'utilisation du référentiel et risqué d'amener une confusion entre outils diagnostiques (DSM-IV, CIM-10) et échelles d'évaluation, lesquelles ne sont à utiliser que lorsque le diagnostic a été posé de manière formelle. Il est fréquent d'observer cette confusion en pratique courante. À des fins didactiques, il est apparu plus important de proposer une sensibilisation au diagnostic structuré dans un premier temps. L'évaluation de l'intensité d'un épisode dépressif au moyen des outils validés le plus souvent utilisés cités plus haut constitue en elle-même un thème très intéressant pour un futur référentiel en psychiatrie de par son caractère éminemment pratique.

XI.2. Correspondants régionaux de l'Anaes

L'accent sera mis sur la discussion des commentaires, suggestions et critiques non évoqués par les experts du thème.

1. Les membres du groupe de travail sont-ils représentatifs de la cible professionnelle ?

Réponses : 1 oui, 4 plutôt oui, 2 plutôt non, 1 non, 1 ne sait pas. Il est clair qu'à travers ces réponses la représentativité du GICIPI est apparue discutable, car pour un lecteur, *la légitimité et la représentativité sont discutables*. Pour un autre : *il s'agit d'un groupe dont l'activité commune est l'évaluation du médicament et l'on peut craindre une non-représentativité pour les psychiatres moins centrés sur le médicament utilisant d'autres grilles de diagnostic*. À ces critiques, il est possible de répondre que les grilles de diagnostic utilisées dans le référentiel sont les outils diagnostiques internationaux utilisés dans le monde entier depuis une trentaine d'années (date de parution du DSM-III : 1977 !). Il convient de noter que ces systèmes diagnostiques ont été utilisés également dans les recommandations pour la pratique clinique : « Prise en charge d'un épisode dépressif isolé de l'adulte en ambulatoire », Anaes, mai 2002. Enfin, dans la discussion du critère 1 du référentiel (rapport, chap. X, p. 7), cette question du choix des critères diagnostiques est abordée en détail, avec sa dimension éventuellement polémique. Les membres du groupe de lecture n'ont pas émis de critiques méthodologiques quant à l'utilisation de ces systèmes diagnostiques.

Pour ce qui concerne la représentativité, il est vrai que le GICIPI est une société savante orientée vers la psychopharmacologie et les procédures de qualité en psychiatrie, et qu'elle ne représente pas toutes les modalités des pratiques de la psychiatrie en France. Le GICIPI est par contre bien placé par l'expertise de ses membres pour concevoir un référentiel dérivant de RPC utilisant les règles de l'EBM. Il serait intéressant sur un plan théorique et scientifique que les psychiatres qui souhaitent utiliser d'autres approches théoriques et méthodologiques puissent être invités à

réaliser des référentiels correspondant à leurs pratiques. Quoi qu'il en soit, pour tenir compte de l'orientation plus médicale de la pratique des auteurs de ce référentiel, la composition du groupe test fera appel à des psychiatres libéraux représentant les principaux courants de la psychiatrie en France.

2. La justification des textes de références est-elle explicitée ?

Réponses : 5 oui, 3 plutôt oui, 1 plutôt non. Le chapitre VI, p. 5, sur la justification du choix des textes a été modifié suite à cette critique et aux recommandations des experts du thème, voir rapport, p. 12, question 3.

3. Les motifs de sélection des objectifs et/ou exigences de qualité sont-ils explicités ?

Réponses : 8 oui, 1 plutôt non. Un lecteur souligne qu'il manque une justification du choix des objectifs. Cette justification est faite en détails au niveau des critères qui illustrent les objectifs : rapport, chap. X, p. 7 à 10.

4. Les objectifs et/ou exigences de qualité sont-ils tous traduits en critères ?

Réponses : 8 oui, 1 plutôt oui. Accord général, pas de commentaires.

5. Les critères d'évaluation élaborés correspondent-ils aux objectifs et/ou exigences de qualité ?

Réponses : 8 oui, 1 plutôt oui. Accord général, pas de commentaires.

6. Le guide d'utilisation du référentiel vous semble-t-il complet ?

Réponses : 7 oui, 1 plutôt oui, 1 non. Ce dernier lecteur recommande une modification de la méthode de sélection des patients, voir question suivante. Un autre lecteur recommande *de noter l'intitulé de chaque critère (en en-tête de la discussion correspondante, voir rapport, chap. X, p. 9) pour faciliter l'appropriation des commentaires de discussion du groupe qui sont très importants pour la compréhension.* Suggestion adoptée.

7. Le protocole de recueil des données (patients concernés, mode de sélection des données) vous semble-il adapté ?

Réponses : 3 oui, 1 plutôt oui, 4 plutôt non, 1 ne sait pas. Suite aux commentaires émis pour cette question, le choix des patients concernés a été rephrasé ainsi : *il s'agit d'un épisode dépressif dont vous vérifiez le type isolé et caractérisé.* La discussion de ce choix, est décrite en détail dans le rapport (chap. VIII, p. 6 et dans la réponse aux experts du thème, chap. XI, Q. 7, p. 13). Également suite aux commentaires émis pour cette question, les trois méthodes de sélection des dossiers initialement proposées ont été remplacées par une seule méthode : prospective, au fur et à mesure des consultations avec étude rétrospective des dossiers, voir discussion rapport chap. IX, p. 7.

8. Les questions posées vous semblent-elles univoques, fiables et reproductibles ?

Réponses : 5 oui, 4 plutôt oui. Un lecteur répond par l'affirmative si *le langage utilisé s'applique aux psychiatres.* Il s'agit effectivement d'un référentiel conçu pour les psychiatres libéraux. Un autre lecteur conseille *de ne pas réunir les critères 5 et 6 pour leur conserver leur caractère univoque.* Un autre lecteur dans la question 9 recommande l'inverse, les 2 critères ont donc été réunis par esprit de concision, ainsi que pour faire une place disponible pour le critère 8 concernant l'importance de la poursuite du suivi après l'arrêt du traitement antidépresseur, voir discussion. Rapport, chap. XI, Q. 9, p.16.

9. Quelles améliorations, sur la forme et/ou le fond, souhaiteriez-vous voir apporter à ce référentiel ?

- Les critères utilisés sont justifiés pour des psychiatres. Mais les critères ex-5 et ex-6 sur l'information pourraient être omis (n° 5 dans la nouvelle version du référentiel) pour les généralistes. Or ces derniers ne sont-ils pas, comme les spécialistes, tenus au devoir d'information de leurs patients et si ceux-ci le souhaitent de leur entourage ? Quoi qu'il en soit ce lecteur généraliste propose que le référentiel puisse être utilisé pour les généralistes, en rajoutant un critère supplémentaire sur l'indication et les motifs de la consultation spécialisée, idée à reprendre le cas échéant.
- Un lecteur cadre supérieur de santé souligne que *le référentiel répond aux critères de l'Anaes. Il devrait permettre une harmonisation des pratiques, tant des psychiatres libéraux que des médecins généralistes, dans le cadre des prises en charge souvent très inégales des épisodes dépressifs isolés de l'adulte. Entre autres, en mettant à disposition des professionnels les recommandations et grilles de critères validés à propos du diagnostic, ainsi que de son caractère de gravité.* Une autre suggestion d'utilisation conjointe par psychiatres et généralistes ?
- Demande de description des psychothérapies. Suggestion intéressante, mais le référentiel n'est pas une RPC, ni un manuel de psychiatrie. Se reporter au chapitre IV.3 des recommandations pour la pratique clinique : « Prise en charge d'un épisode dépressif isolé de l'adulte en ambulatoire », Anaes, mai 2002, p. 67-68 où les différents types de psychothérapie ainsi que leurs indications sont définis de manière concrète.
- Le même lecteur demande une définition de l'humeur dépressive. Il est possible de citer la définition de l'humeur de J. Delay de 1947 : *Cette disposition affective fondamentale riche de toutes les instances émotionnelles et instinctives, qui donnent à chacun de nos états d'âme une tonalité agréable ou désagréable, oscillant entre les deux pôles extrêmes du plaisir et de la douleur.* Et pour l'humeur dépressive de se reporter au DSM-IV, p. 377 : *L'humeur est souvent décrite par le sujet comme triste, déprimée, sans espoir, sans courage, « au trente-sixième dessous », sentiment de vide, de ne rien ressentir. Nombreux sont ceux qui présentent ou rapportent une irritabilité accrue.*
- Un autre lecteur considère que le référentiel oriente trop vers le médicament. Ceci n'est pas exact. Pour que les choses soient bien claires, une annexe 5 a été ajoutée suite à ce commentaire, citant littéralement les recommandations pour la pratique clinique (« Prise en charge d'un épisode dépressif isolé de l'adulte en ambulatoire », Anaes, mai 2002, p. 17-18).

Ce paragraphe a paru au groupe de travail proposer un choix ouvert entre psychothérapies et chimiothérapie, de manière adaptée à l'intensité du syndrome dépressif. C'est à notre connaissance, la seule RPC où cette possibilité est proposée de manière claire, explicite et documentée, illustrant bien le caractère complémentaire et non concurrent des psychothérapies et de la chimiothérapie.

- Autre commentaire : référentiel clair dans son ensemble, pas de remarques particulières.
- Enfin en dernier lieu, un lecteur évoque d'inévitables lourdeurs de style, telles que « au niveau de », ou « patient présentant un épisode ». L'adjectif pivotant figurant dans l'abréviation GICIPI (Groupe d'investigateurs cliniciens indépendants pour des études pivotales de qualité) interroge également. Il désigne en fait des études essentielles pour le développement d'un médicament.

- Il serait possible de terminer ce rapport par une note d'humour, ce référentiel pouvant être considéré comme pivotale pour le développement de l'évaluation des pratiques professionnelles en psychiatrie.

XII. RETOUR DU GROUPE DE TRAVAIL

Les modifications apportées au référentiel et au rapport intermédiaire après passage au groupe de lecture (experts du thème et de la méthode) ont été acceptées par le groupe de travail, après relecture, quelques corrections éditoriales minimales ayant été effectuées

XIII. LE GROUPE TEST

Il était initialement prévu que ce groupe soit constitué essentiellement de psychiatres sélectionnés au niveau des régions par les URML. Ceci devait avoir pour avantage d'impliquer plus encore les URML dans la mise en place de l'EPP, en associant aux tâches organisationnelles qui sont les siennes une ouverture sur le développement des référentiels. Dans les faits, quelques URML seulement ont répondu et adressé au total 12 noms de psychiatres, libéraux pour la plupart. Le D^r Francis GHEYSEN, chargé de projet, et le D^r Joël GAILLEDREAU, président, ont donc sollicité 36 collègues supplémentaires dans la plupart des régions, afin de disposer d'une couverture au plan national. La liste des membres du groupe test figure en annexe III.

XIV. RETOUR DU GROUPE TEST

Le dossier contenant le référentiel et son rapport a été adressé à 46 membres du groupe test répartis sur l'ensemble du territoire national, début décembre 2004. Deux dossiers supplémentaires ont été envoyés en avril et en mai 2005. Au total, 32 psychiatres ont répondu, 17 au début de l'année 2005, 15 dans le courant du premier semestre 2005 après une relance épistolaire et pour certains un appel téléphonique. Vingt-cinq dossiers ont été renvoyés, ils ont tous été analysés. Cinq collègues ont promis d'envoyer leurs réponses courant juin. Enfin, 2 psychiatres ont précisé par écrit qu'ils ne pouvaient participer, parce qu'il voyait peu de patients déprimés pour l'un, par manque de temps pour l'autre. Pour des raisons de faisabilité, il a été décidé de rédiger le rapport final avec les dossiers disponibles au 31 mai 2005.

Pour bien saisir les résultats dans leur ensemble, il est apparu intéressant de proposer un tableau synoptique (annexe 10). Le nombre de réponses positives, négatives, ou « non applicables » est précisé pour chaque question de la grille d'évaluation du référentiel par le groupe test, en insistant sur les commentaires pertinents. Au total, sur 25 dossiers analysés au 31 mai 2005, **il est important de préciser d'emblée qu'il n'y a pas eu véritablement de demande de modification des critères proposés, sinon des aménagements de détails.** Certes certains s'opposent au principe de l'évaluation en psychiatrie, à l'utilisation d'un diagnostic structuré et explicite ou encore à décrire l'indication d'une psychothérapie. Les mêmes insistent sur l'importance et la qualité de leur relation avec les patients, de l'information donnée oralement ou encore de la psychothérapie dans leur pratique. Ils ne semblent toutefois pas prêts à « franchir le Rubicon » au niveau de l'évaluation de leur activité de thérapeute. D'autres se demandent s'il existe une relation entre qualité du dossier et qualité de la pratique médicale. C'est manifestement pour eux une idée nouvelle qui doit faire son chemin. L'un d'eux se demandera à ce sujet avec humour *si un bon praticien est un bon scribe*. Quelques-uns, aussi, redoutent qu'un référentiel

aussi précis et documenté ne puisse à terme être utilisé contre le praticien par l'autorité judiciaire en cas de procès pour erreurs professionnelles ou de conflits avec les caisses.

1. le thème du référentiel concerne-t-il un problème fréquent dans votre pratique ?

20 oui (83 %) et 4 non, un praticien ayant reçu une nouvelle version du questionnaire HAS où ne figure plus cette question. Même si plusieurs testeurs considèrent à juste titre qu'ils voient davantage de dépressions récurrentes, le groupe considère en majorité qu'ils sont quand même fréquemment concernés par ce problème (voir discussion groupe d'experts, p. 1). On insiste d'aujourd'hui sur le fait que la dépression est par essence une affection récurrente. La prise en charge adaptée du premier épisode revêt donc une importance essentielle.

2. Les objectifs et exigences de qualité sélectionnés sont-ils pertinents pour votre pratique ?

21 oui (84 %), 1 non, 1 non applicable. Forte majorité de réponses positives, même si en commentaires des testeurs demandent que soient prises en compte la qualité de la relation, l'importance des psychothérapies dans la prise en charge de la dépression. Souhaits à retenir pour la mise en œuvre d'autres référentiels, pour ce qui concerne la relation médecin-patient. Pour les psychothérapies, un critère spécifique (n° 10) leur est consacré, avec une proposition de hiérarchisation des choix entre psychothérapies et/ou traitement antidépresseur en fonction de la sévérité de l'épisode dépressif. Ce critère nous paraît répondre à ce champ de questionnement, pour autant qu'on accepte de l'utiliser.

3. Les critères d'évaluation proposés sont-ils discriminants, faisant la différence entre bonne et moins bonne pratique médicale ?

11 oui (44 %), 14 non. C'est ici que s'exprime le plus le doute, voire l'hostilité, en cas de pratique psychothérapeutique prédominante (essentiellement psychanalytique), quant au glissement d'une culture de l'oral vers l'écrit que pourra nécessiter l'instauration des processus de qualité en psychiatrie. Deux commentaires illustrent bien cette crainte : pour le premier *écrire dans le dossier que le patient a été bien informé, n'est pas une preuve de bonne pratique médicale !*; pour un autre plus réaliste ou fataliste : *tenue médiocre des dossiers, mais pas trop mauvais en pratique !*. Au total pour cet item le manque de consensus sur ce qu'est une bonne pratique médicale en psychiatrie rend difficile l'appréciation réaliste de la réponse à cette troisième question.

4. Les objectifs de qualité proposés peuvent-ils être atteints dans votre pratique quotidienne ?

21 oui (84 %), 2 non, 2 non applicable. Forte majorité de réponses positives, même si en commentaires, certains testeurs redoutent le manque de temps, la prééminence *du temps administratif sur le temps thérapeutique*, le caractère répétitif et fastidieux des nombreux reports d'information dans le dossier. D'aucuns appellent ici de leurs vœux l'informatisation des dossiers qui pourrait grandement leur faciliter la tâche, d'autant plus qu'un logiciel dédié à la psychiatrie serait congruent avec les critères du présent référentiel et de celui du dossier du patient en psychiatrie.

5. Les critères d'évaluation proposés sont-ils compréhensibles, opérationnels, formulés en termes simples et clairs ?

19 oui (76 %), 4 non, 2 non applicable. Dans l'ensemble la formulation des critères est bien acceptée. Six testeurs ont demandé le dédoublement du critère 5 qui rassemble contenu et destinataire de l'information délivrée au patient sur la nature des troubles dépressifs et les effets bénéfiques et indésirables des différents traitements envisageables. On retrouvait la même suggestion par un correspondant régional de l'Anaes (voir discussion groupe d'experts, p. 16). Cette suggestion est donc acceptée et le référentiel reprend la première version pour ce 5^e critère dédoublé en critères 5 et 6.

6. Est-il facile de répondre aux questions qui permettent de savoir si les objectifs et exigences de qualité sont réalisés ?

22 oui (88 %), 2 non, 1 non applicable. Forte majorité de réponses positives Pas de commentaires particuliers pour cet item renvoyant à la méthodologie d'élaboration du référentiel.

7. Le référentiel vous semble-t-il complet ?

14 oui (56 %), 9 non, 2 non applicable. Il y a plusieurs propositions constructives comme le fait :

- de faire une évaluation évolutive dans le temps à la manière des essais thérapeutiques (J14, J28, J42) ;
- d'utiliser pour le dépistage un autoquestionnaire diagnostique simple de dépression comme l'échelle HADS ;
- de faire une lettre au médecin traitant (voir référentiel dossier du patient en psychiatrie) ;
- de définir des critères d'hospitalisation (demande d'un praticien hospitalier).

Il y a des suggestions plus critiques, comme le fait :

- d'établir un *consensus sur des critères minimum exigibles, plutôt que de mettre l'attente d'exigence à un niveau élevé*. Certes, mais n'est-ce pas là la définition du travail d'élaboration d'un référentiel à partir de recommandations de pratiques cliniques : objet du présent référentiel ?
- de faire référence à un problème de culture qui résiderait dans *la nécessité de connaître deux langues, celle du terrain, avec les concepts, les ensembles psychopathologiques, et celle des classifications internationales. C'est après un travail de traduction qu'on peut comprendre et commencer à répondre. J'arrive à répondre à la demande d'évaluation quand je comprends la logique du système qui m'évalue*. Ce testeur, manifestement dans une culture différente, regrette que les dimensions de structure névrotique et psychotique ne soient pas retenues, ou que soit évacuée la singularité, la spécificité de l'acte, c'est-à-dire pour lui l'essentiel de la pratique. Certes, mais la qualité en psychiatrie ne consiste-t-elle pas à se demander pourquoi la dimension médicale devrait être systématiquement rejetée ou « évacuée » elle aussi ?
- un autre testeur est *très intéressé par des études longitudinales et qualitatives sur l'évaluation des prises en charge et des psychothérapies*. Sujet fort intéressant, mais distinct du thème du référentiel. Curieusement, ce testeur estime que le présent référentiel *ne rend pas compte de l'acte diagnostique et thérapeutique* alors que c'est justement et de manière détaillée son objet et sa raison d'être !

8. Le référentiel a-t-il été utile et avez-vous changé votre pratique après cette évaluation ?

20 oui (80 %), 4 non, 1 non applicable. Forte majorité de réponses positives, où *in fine*, une majorité des testeurs reconnaît ne pas prêter suffisamment d'attention au report des données, pour lesquelles les questions ont bien été posées la plupart du temps, mais ne sont pas systématiquement documentées dans le dossier. Il est intéressant de noter qu'un des contradicteurs ayant une pratique psychothérapique prédominante indique : *Pour ma part, je parlerai d'inflexions pour l'instant et de sensibilisation à la pratique de l'évaluation.* Pour un autre : *Une telle formalisation de diagnostic, traitement et soins est louable et nécessaire.* Un autre encore : *Ce référentiel me paraît adapté et tout à fait utile.*

9 Quelles améliorations souhaiteriez vous voir apporter à la forme et au fond de ce référentiel ?

Pas de données quantitatives ici, puisqu'il s'agit simplement de faire des propositions. Sans revenir sur le débat déjà largement exposé des craintes exprimées par rapport à une éventuelle prééminence du temps administratif sur le temps thérapeutique, la non-prise en compte de la singularité de la relation avec le patient, le fait de devoir mentionner l'instauration d'une psychothérapie et de discuter son indication, il n'y a eu que deux demandes spécifiques pour modifier des critères :

- Scinder le critère 5 en critères 5 et 6 comme dans la première version du référentiel.

La version actuelle :

5. *Le patient, et s'il en est d'accord son entourage, a (ont) été informé(s) de la nature des troubles dépressifs, ainsi que des effets bénéfiques et indésirables des différents traitements envisageables.*

Le dossier médical mentionne-t-il le contenu et le(s) destinataire(s) de l'information délivrée sur la nature des troubles dépressifs, ainsi que des effets bénéfiques et indésirables des différents traitements envisageables ?

Redevient :

5. *Le patient, et s'il en est d'accord son entourage, a (ont) été informé(s) de la nature de ses troubles dépressifs.*

Le dossier médical mentionne-t-il le contenu et le(s) destinataire(s) de l'information délivrée sur la nature des troubles dépressifs ?

6. *Le patient, et s'il en est d'accord son entourage, a (ont) été informé(s) des effets bénéfiques et indésirables des différents traitements envisageables ?*

Le dossier médical mentionne-t-il le contenu et le(s) destinataire(s) de l'information délivrée sur les effets bénéfiques et indésirables des différents traitements envisageables ?

- Modifier le critère 8, pour lequel est proposée une simplification : *6 mois serait plus précis que 6 à 8 mois.* En effet ce testeur propose d'aligner la durée de la poursuite du suivi après l'arrêt du traitement antidépresseur sur celui qui spécifie une récurrence, c'est-à-dire la réapparition d'un syndrome dépressif après 6 mois d'euthymie.

Le critère actuel :

8. *Le patient, et s'il en est d'accord son entourage, a (ont) été informé(s) de la nécessité de poursuivre le suivi 6 à 8 mois après l'arrêt du traitement antidépresseur.*

Le dossier médical mentionne-t-il le contenu et le(s) destinataire(s) de l'information délivrée sur la nécessité de poursuivre le suivi 6 à 8 mois après l'arrêt du traitement antidépresseur ?

Devient :

8. *Le patient, et s'il en est d'accord son entourage, a (ont) été informé(s) de la nécessité de poursuivre le suivi 6 mois après l'arrêt du traitement antidépresseur.*

Le dossier médical mentionne-t-il le contenu et le(s) destinataire(s) de l'information délivrée sur la nécessité de poursuivre le suivi 6 mois après l'arrêt du traitement antidépresseur ?

En conclusion, telles sont les deux modifications proposées pour le référentiel. Ces dernières ont été incluses dans le référentiel et sa grille d'évaluation.

Au total, si le débat d'idées est vif, les notions de qualité en psychiatrie et d'évaluation des pratiques sont des concepts plutôt neufs pour la profession, une majorité de testeurs acceptent de considérer que le processus de l'évaluation peut apporter une dimension nouvelle pour interroger leur pratique et que ce référentiel peut y contribuer. Deux citations illustrent bien la différence de culture médicale et d'opinions : le testeur psychothérapeute, qui semblait accepter un bref instant une éventuelle inflexion de sa pratique et reconnaître que l'évaluation peut avoir son intérêt, se ravise ou se rassure dans son commentaire final : *Je pense qu'en prenant un peu de recul, la question* (n°9 : le fait d'envisager une éventuelle amélioration du référentiel), *montre l'impasse de la démarche*. Pour un autre testeur, *ce référentiel est clair et comporte les éléments essentiels*. Quoi qu'il en soit le débat est ouvert ! À chacun de réfléchir et d'apporter ses arguments. Après tout, nous avons vécu dans un siècle qui a vu naître *Totem et tabous* et les psychotropes ! Le siècle suivant sera-t-il encore celui de l'anathème et de l'imprécation ou verrons nous enfin les différents champs de la psychiatrie se compléter plus harmonieusement ?

XV. RETOUR DU GROUPE DE TRAVAIL APRÈS LE GROUPE TEST

Les deux modifications apportées au référentiel et au rapport intermédiaire après passage au test ont été acceptées par le groupe de travail. Après retour du groupe test de ce référentiel et de celui sur le dossier du patient en psychiatrie, les deux chargés de projet ont décidé d'ajouter à la question sur la prise en charge psychothérapique (n° 10 pour chacun des référentiels) le fait que l'absence de cette dernière soit notée dans le dossier et ce à des fins d'harmonisation entre les deux référentiels, déjà fortement congruents dans leur contenu et logique de réalisation. Dans cette même perspective, l'évaluation du risque suicidaire, voir annexe 3, peut également être faite à l'aide du MINI (MINI *International Neuropsychiatric Interview, French Version 5.0.0*. Section C : Risque suicidaire (1992, 1994 & 1998), ajouté à l'annexe 3 : comment reconnaître et évaluer le risque suicidaire ?

ANNEXES

I. LISTE DES MEMBRES DU GROUPE DE TRAVAIL

- D^r Mocrane ABBAR, expert scientifique, Nîmes ;
- D^r Joël GAILLEDREAU, président, Élancourt ;
- D^r Bruno GALLET, membre du groupe de travail, Cholet ;
- D^r Christian GERAUD, membre du groupe de travail, Château-Gontier ;
- D^r Francis GHEYSEN, chargé de projet, Caen ;
- D^r Claudie LOCQUET, expert méthode, Saint-Denis La Plaine
- D^r Éric NEUMAN, membre du groupe de travail, Port-Marly ;
- D^r René OLIVIER MARTIN, expert scientifique, Paris ;
- D^r Nicole PARANT-LUCENA, membre du groupe de travail, Toulouse ;
- D^r Marcel ZINS-RITTER, membre du groupe de travail, Nantes-Orvault.

II. LISTE DES MEMBRES DU GROUPE DE LECTURE

- **Experts du thème :**
 - D^r Emmanuelle CORRUBLE, psychiatre, 14, avenue Paul-Vaillant-Couturier, BP 200, 94804 Villejuif Cedex ;
 - D^r Guy PARMENTIER, psychiatre, 1, boulevard Carnot, 81000 Albi ;
 - D^r Harald SONTAG, psychiatre, 32, avenue de la Forêt-Noire, 67000 Strasbourg ;
 - D^r Guy GOZLAN, psychiatre, 5 rue de Bondy, 93600 Aulnay-sous-Bois ;
 - P^r Michel WALTER, psychiatre, BP 17, 29820 Bohars ;
 - P^r Siegfried PERETTI, psychiatre, avenue du Général-Koenig, 51092 Reims Cedex.
- **Experts méthode :**
 - M^{me} Claudine AUDIBERT-BATHAIL, cadre supérieur de santé, filière infirmière, Marseille ;
 - D^r Sylvie AULANIER, généraliste, Le Havre ;
 - D^r Alain BERTHIER, généraliste, Languidic ;
 - D^r Guy DEVAUD, kinésithérapeute, L'Isle-d'Espagnac ;
 - D^r Marie-Jeanne GILBERT-BESSON, généraliste, Romagnat ;
 - P^r Gilles GUY, neurochirurgien, Angers ;
 - D^r Jean-Michel HERPE, radiologue, Saintes ;
 - D^r Jean-Pierre LAFONT, généraliste, Morières-lès-Avignon ;
 - D^r Gérard LAIRY, cardiologue, Corbeil-Essonnes ;
 - M. Jean-Paul LARRIBEAU, kinésithérapeute, Pau.

III. LISTE DES MEMBRES DU GROUPE TEST

- D^r Pascale ABADIE, praticien hospitalier, CHRU Caen, centre Esquirol, avenue Côte-de-Nacre, 14033 Caen Cedex ;
- D^r Patrick ALARY, praticien hospitalier, CHS Bon-Sauveur, 66 rue Baltimore, 50008 Saint-Lô Cedex ;
- D^r Christophe ANDRE, psychiatre libéral, exercice mixte, Saint-Maurice, EPS Sainte-Anne, 1 rue Cabanis, 75674 Paris Cedex 14 ;
- D^r Bernard AUTHEMAN, psychiatre libéral, 18 bis rue Armand-de-Pontmartin, 84000 Avignon ;
- D^r Marie Dominique ARRIGHI, psychiatre libéral, 67, boulevard Maréchal-Juin, 78200 Mantes-la-Jolie ;
- D^r Claire BENHAIM, psychiatre libéral, 20 boulevard Descartes 78180 Montigny-le-Bretonneux ;
- D^r Philippe BELALLOUM, psychiatre libéral, clinique d'Ymare, 55 rue Jeanne-d'Arc, 76000 Rouen ;
- D^r Jean Paul BERTHET, psychiatre libéral, 3 rue de Corbin, 35000 Rennes ;
- D^r Patrick BOUADJERA, psychiatre libéral, clinique Saint-Joseph, 11 avenue de Grande Bretagne, 66000 Perpignan ;
- P^r Jean Philippe BOULENGER, PUPH, CHU Montpellier, CHRU La Colombière, SUPA, 39 avenue Ch. Flahault, 34295 Montpellier Cedex ;
- D^r Françoise CHASTANG, praticien hospitalier, CHRU Caen, centre Esquirol, avenue Côte-de-Nacre, 14033 Caen Cedex ;
- D^r Henri CUCHE, psychiatre libéral, clinique de Garches, 11 bis rue de la Porte-Jaune, 92380 Garches ;
- D^r Frédéric DELAMOTTE, psychiatre libéral, 16 rue Baillage, 76000 Rouen ;
- D^r Éric DEPOND, psychiatre libéral, 17 rue l'Etoile, 72000 Le Mans ;
- D^r Jean Martin DIENER, psychiatre libéral, 5 place de Bordeaux, 67000 Strasbourg ;
- D^r Nicolas DUCHESNE, psychiatre libéral, 32 avenue Dassas, 34000 Montpellier ;
- D^r Jean Luc DUCHET, psychiatre libéral, 8 boulevard Pasteur, 63000 Clermont-Ferrand ;
- D^r Emmanuel DUMAS-PRIMBAULT, psychiatre libéral, 25 rue Lencqveu, 49100 Angers ;
- D^r Didier DUTOIT, psychiatre libéral, 25 boulevard de la Liberté, 59800 Lille ;
- D^r Frédéric FANGET, psychiatre libéral, 2 place Jules-Ferry, 69006 Lyon ;
- D^r Alain Falcon, psychiatre libéral, 50 avenue Jacques-Cœur, 86000 Poitiers ;
- D^r Christian GAY, psychiatre libéral, clinique de Garches, 274 boulevard Raspail, 75014 Paris ;
- D^r Alain GERARD, psychiatre libéral, 17 rue des Marronniers, 75016 Paris ;
- D^r Jean GUILLOUX, psychiatre libéral, 43 avenue du Général-de-Gaulle, 72000 Le Mans ;
- P^r Philippe GORWOOD, PU-PH, CHRU Louis-Mourier, 178 rue des Renouillers, 92701 Colombes Cedex ;
- D^r Jean Michel GUEDJ, psychiatre libéral, 3 rue Neuve Sainte-Catherine, 13007 Marseille ;
- D^r Nicolas JUSKEWYCZ, psychiatre libéral, 6 allée Booth, 51100 Reims ;
- D^r Jean François KATZ, psychiatre libéral, 9 rue Saint-Guillaume, 22000 Saint-Brieuc ;
- D^r Fabrice LANVIN, psychiatre libéral, 71 rue Casimir-Beugnet, 62300 Lens ;
- D^r LEDOUX, psychiatre, 26 rue Brûlée, 51100 Reims ;
- D^r Olivier LEDUC, psychiatre libéral, 24 rue de Beaumont, 59300 Valenciennes ;
- D^r Pierre LEGOUBEY, psychiatre libéral, 88 rue Emmanuel-Liais, 50100 Cherbourg ;
- D^r Olivier LEHEMBRE, psychiatre libéral, 8 rue des Foulons, 59300 Valenciennes ;
- D^r Catherine LELOUTRE GUIBERT, psychiatre libéral, 22 rue Victor-Hugo, 72000 Le Mans ;
- D^r Alain LE MAOUT, psychiatre libéral, 44 rue Mirabeau, 59370 Mons-en-Barœul ;

- D^r Thierry LOISEAU, psychiatre libéral, 11 avenue Mansard, 78500 Sartrouville ;
- D^r Manuel de MONDRAGON, psychiatre libéral, centre de vie Saint-Yves, 6 rue du Cheneraie, 44210 Vertou ;
- D^r François OLIVIER, psychiatre libéral, 8 allée Mortarieu, 82000 Montauban ;
- D^r Éric PALEM, psychiatre libéral, clinique du Pré, 66400 Théza ;
- D^r Jean Charles PASCAL, EPS Erasme, centre Jean-Wier, 5 rue Michelet, 92150 Suresnes ;
- D^r Sylvie PERON MOUKALOU, psychiatre, CECAT, centre hospitalier Henri-Laborit, BP 587, 86021 Poitiers Cedex ;
- D^r Jean Claude PETIT, psychiatre libéral, 1 avenue du 6 Juin, 14000 Caen
- D^r François-Xavier POUDAT, praticien hospitalier, 3 rue Marceau, 44000 Nantes ;
- D^r Patrick SAGET, psychiatre libéral, clinique Saint-François, 10 boulevard Pasteur, 06046 Nice Cedex ;
- D^r Alain SAUTERAUD, psychiatre libéral, 66 rue de l'Église Saint-Augustin, 33000 Bordeaux ;
- P^r Laurent SCHMITT, PUPH, CHU de RANGUEIL, hôpital Purpan-Casselardit, place du D^r Joseph-Baylac, 31059 Toulouse Cedex ;
- D^r Dominique SERVANT, praticien hospitalier, CHRU de Lille, 2 avenue Oscar-Lambret, 59000 Lille ;
- D^r Marc WILLARD, psychiatre libéral, 6 rue des Arquebusiers, 67000 Strasbourg.

IV. TABLEAU SYNOPTIQUE (RÉSULTATS DU GROUPE D'EXPERTS)

EXPERTS DU THÈME							CORRESPONDANTS RÉGIONAUX									
Questions	EC	GG	GP	SP	HS	MW	Questions	CA	SA	AB	GD	MGB	GG	SPL	GL	YL
1a.	PN	O	O	O	O	O	1	O	PO	PN	PO	PO	NSP	PN	N	PO
1b.	O	O	PO	PO	O	O										
1c.	O	O	PO	PO	O	O										
2	PO	PO	O	PO	O	O	2	O	PN	PO	O	O	PN	O	PO	O
3	PO	O	O	PO	O	PO	3	O	PN	O	O	O	O	O	O	O
4	O	O	PO	PO	O	O	4	O	O	PO	O	O	O	O	O	O
5	PO	O	PO	PO	O	O	5	O	O	PO	O	O	O	O	O	O
6	PO	O	PN	PO	O	PO	6	O	PO	O	O	O	N	O	O	O
7	PN	O	PO	PO	O	PO	7	O	PO	PN	PN	PN	?	O	PN	O
8	PN	O	PO	PO	O	O	8	O	PO	PO	O	PO	O	O	O	PO

O = oui ; PO = plutôt oui ; PN = plutôt non ; N = non ; NSP = ne sait pas

V. TABLEAU SYNOPTIQUE (RÉPONSES DU GROUPE TEST)

	1	2	3	4	5	6	7	8
Bel	O	O	O	O	O	O	N	O
Oli	O	O	N	O	N	O	O	O
Jus	O	N	N	NA	NA	NA	N	N
Pou	O	O	O	O	O	O	O	O
Del	N	NA	N	O	N	O	O	O
Dum	O	O	N	O	O	O	O	O
Leh	O	N	N	NA	NA	N	N	N
Pas	O	O	O	O	O	O	O	O
Sau	O	N	N	N	O	N	N	N
Duc	O	O	O	O	N	O	O	O
Wil	O	O	N	O	O	O	O	O
Dep	O	O	N	O	O	O	N	N
Sag	O	O	N	O	O	O	N	O
Leg	O	O	O	N	O	O	O	O
Duc	O	O	O	O	O	O	O	O
Ala	O	O	O	O	O	O	N	NA
Aba	N	O	O	O	O	O	NA	O
Per	N	O	N	O	O	O	O	O
Ser	O	O	N	O	O	O	O	O
Arr	O	O	O	O	O	O	O	O
Die	N	O	N	O	O	O	N	O
Bou	O	O	N	O	N	O	N	O
Dut	O	O	N	O	O	O	NA	O
Lan		O	O	O	O	O	O	O
Gor	O	O	O	O	O	O	O	O
Totaux OUI	20 ⁷ (83 %)	21 (84 %)	11 (44 %)	21 (84 %)	19 (76 %)	22 (88 %)	14 (56 %)	20 (80 %)

Réponses aux 8 questions de la grille d'évaluation du référentiel, les commentaires proposés pour la 9^e question sont mentionnés dans le chapitre retour du groupe test : XIV, p. 17.

O = oui, N = non, NA = non applicable

D^r Francis Gheysen, chargé de projet, CAEN, le 04/06/05

D^r Joël Gailledreau, président, ÉLANCOURT, le 04/06/05

⁷ 20/24, car un des testeurs a reçu une nouvelle version du questionnaire de l'HAS, où ne figurait plus la première question. Trois questions sur 7 étaient communes avec l'ancien questionnaire, ses commentaires détaillés ont permis de documenter la réponse aux 4 dernières questions et de présenter ses réponses dans les résultats d'ensemble du groupe test.