

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

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

Décembre 2004

SOMMAIRE

I.	INTRODUCTION	3
II.	CONTEXTE DE SANTÉ PUBLIQUE.....	3
II.1.	Prévalence des épisodes dépressifs en population générale	3
II.2.	Dépression et suicide	3
II.3.	Dépression et médecine générale	3
II.4.	Dépression chez les personnes âgées.....	4
II.5.	Dépression et handicap	4
III.	LES PROMOTEURS ET LE FINANCEMENT.....	4
IV.	LA CIBLE PROFESSIONNELLE	4
V.	LE GROUPE DE TRAVAIL	4
V.1.	Constitution.....	4
V.2.	Description générale du travail	5
VI.	LES TEXTES DE RÉFÉRENCE.....	6
VI.1.	Identification	6
VI.2.	Sélection	6
VII.	LES OBJECTIFS DE QUALITÉ.....	7
VII.1.	Identification	7
VII.2.	Sélection	8
VIII.	LE GROUPE DE LECTURE.....	10
VIII.1.	Constitution.....	10
VIII.2.	Commentaires et propositions du groupe de lecture	10
IX.	LE GROUPE TEST.....	12
IX.1.	Constitution.....	12
IX.2.	Analyse des résultats	13
IX.3.	Commentaires et propositions.....	13
X.	CONCLUSION.....	14
X.1.	Diffusion envisagée du référentiel.....	14
X.2.	Propositions d'outils d'aide au changement de la pratique professionnelle	14
	ANNEXES	15
I.	CALENDRIER	15
II.	MEMBRES DU GROUPE DE LECTURE.....	15
III.	MEMBRES DU GROUPE TEST.....	16

I. INTRODUCTION

Un référentiel d'auto-évaluation des pratiques a pour objectif d'aider les professionnels de santé à s'engager dans une démarche qualité. Il associe quelques objectifs de qualité à une grille de recueil de données. L'analyse des résultats permet au professionnel de mettre en œuvre des actions d'amélioration de sa pratique.

La méthode d'élaboration suivie est décrite dans les «Référentiels d'évaluation des pratiques professionnelles. Base méthodologique pour leur réalisation en France». Anaes avril 2004. www.anaes.fr

II. CONTEXTE DE SANTÉ PUBLIQUE

La maladie dépressive constitue un problème préoccupant de santé publique en raison de sa fréquence et des conséquences médicales, sociales et économiques qu'elle induit. Bien que fréquente, cette maladie reste sous-diagnostiquée. Elle constitue un facteur aggravant de l'évolution de nombreuses pathologies. En conséquence, la dépression mérite les efforts de tous les acteurs de santé pour réduire ses conséquences en termes de morbidité et de handicap pour les patients et de poids économique pour la société.

II.1. Prévalence des épisodes dépressifs en population générale

Selon l'enquête Santé et Protection sociale menée par le CREDES en 1996-1997¹, 14,9 % de la population serait concernée par la dépression. Sa prévalence à 1 an varie de 5 à 15 % selon les études faites en population générale.

II.2. Dépression et suicide

La France est l'un des pays du monde qui a la plus forte mortalité par suicide. La dépression multiplie par 30 le risque de suicide. Sa place parmi les pays à plus fort taux de suicides est relativement récente et remonte à 1993. Les suicides sont responsables dans notre pays de 12 000 morts par an. Suicide et dépression sont étroitement liés et le suicide représente une des principales causes de mortalité des patients dépressifs. Par ailleurs, les tentatives de suicide surviennent avant tout chez des patients présentant des troubles mentaux (50 % à 80 %), et principalement des troubles dépressifs. Le médecin généraliste est le premier interlocuteur de ces patients. De nombreux suicidants consultent leur médecin traitant dans le mois précédant le passage à l'acte¹.

II.3. Dépression et médecine générale

Aux États-Unis 40 à 60 % des sujets qui souffrent de trouble dépressif n'ont recours qu'aux seuls médecins généralistes. Mais seulement 40 à 50 % des patients atteints d'un syndrome dépressif récent et consultant leur médecin généraliste sont identifiés comme tels par ces derniers². Le même constat a été fait en France¹.

¹ Le Pape A, Lecomte T. Prévalence et prise en charge médicale de la dépression, France 1996-1997. Paris: CREDES; 1999.

² Wells Kb, Schoenbaum M, Unützer J. Quality of care for primary care patients with depression in managed care. Arch Fam Med 1999; 8: 529-536.

II.4. Dépression chez les personnes âgées

5 % de sujets âgés de plus de 65 ans souffrent d'épisode dépressif caractérisé et 10 % au moins de formes mineures de dépression (dysthymie et autres). Chez ces patients de plus de 65 ans, les affections cardio-vasculaires, neurologiques (AVC, démence, Parkinson) et les cancers sont plus fréquents chez les patients dépressifs³.

II.5. Dépression et handicap

Les troubles dépressifs altèrent fortement les fonctions sociales ou les activités personnelles des patients. Ils ont le même effet négatif que les maladies cardiaques sur la qualité de vie et les activités quotidiennes ; ils devancent le diabète, les arthropathies ou les atteintes digestives. Selon les projections de l'étude « *Global Burden of Disease Study* »⁴, l'épisode dépressif caractérisé, qui occupait en 1990 la 4^e place des maladies responsables d'invalidité, devrait passer en 2020 à la 2^e, derrière les maladies cardiaques ischémiques mais devant les accidents de la route.

III. LES PROMOTEURS ET LE FINANCEMENT

L'Anaes a demandé la collaboration de la Société française de médecine générale (SFMG) pour l'élaboration du référentiel d'évaluation des pratiques médicales dans la prise en charge du patient dépressif en médecine générale. Elle a proposé une aide méthodologique à la SFMG par l'intermédiaire d'un chef de projet de l'Anaes.

L'Anaes a financé ce travail.

Les promoteurs ont décidé que l'Anaes et la SFMG apparaîtraient sur tous les documents de diffusion du référentiel.

IV. LA CIBLE PROFESSIONNELLE

Ce référentiel s'adresse avant tout aux médecins généralistes libéraux français, qui sont en France les médecins de premier recours pour la prise en charge des patients dépressifs.

V. LE GROUPE DE TRAVAIL

Les membres du groupe de travail sont représentatifs de la cible professionnelle ; ils ont apporté leur expertise et leur expérience de médecin généraliste en exercice pour élaborer un référentiel pertinent pour leur pratique professionnelle.

V.1. Constitution

La SFMG a lancé le 6 octobre 2003, par voie électronique, un appel d'offre à l'ensemble de ses membres en précisant la nature, le thème du travail demandé et le calendrier prévu.

Le fonctionnement du groupe de travail a été assuré par un président et un chargé de projet nommés par la SFMG.

³ Kroenke K. A 75-Year-Old man with Depression. JAMA 2002; 287: 1568-76.

⁴ Murray CJL, Lopez AD. Alternatives projections of mortality and disability by cause 1990-2020: Global burden of disease study. Lancet 1997; 349 : 1498-504.

Le président, le D^r Luc MARTINEZ, médecin généraliste à Bois-d'Arcy, enseignant maître de stage, animateur de FMC, a assuré l'animation du groupe et des débats lors de la réunion de travail ; il a veillé à la productivité du groupe et suivi l'avancement de la rédaction du référentiel ; il a sollicité le groupe test. Il est membre de la SFMG et participe à de nombreuses activités de recherche clinique dont la conception et la direction du projet de recherche FAQSV sur l'évaluation de l'impact d'une FMC sur l'identification de la dépression en médecine générale (étude IFID).

Le chargé de projet, le D^r Pascale ARNOULD, médecin généraliste à Villiers-Saint-Georges, a assuré la rédaction du référentiel et la synthèse des réponses des groupes de lecture et de test. Elle a veillé au respect de la planification de l'ensemble du travail et rédigé le rapport d'élaboration. Elle est membre de la SFMG et fait partie du comité de pilotage de l'étude IFID.

Le D^r Marina MARTINOWSKY, expert de la méthode, est chef de projet à l'Anaes.

L'expert du thème est le P^r Marie-Christine HARDY-BAYLE, chef de service de psychiatrie au CH de Versailles.

Les autres membres du groupe de travail sont :

- le D^r François RAINERI, médecin généraliste à Massy, enseignant maître de stage, codirecteur de l'étude IFID, membre de l'AFTCC ;
- le D^r Jean-Luc GALLAIS, médecin généraliste à Paris, membre du Conseil scientifique en santé mentale MiRe-DRESS au ministère de la Santé et des Affaires sociales ;
- le D^r Emmanuel MONROZIER, médecin généraliste à La Mure-d'Isère, enseignant maître de stage ;
- le D^r Jean-Noël COEROLI, médecin généraliste à Marseille ;
- le D^r Yves FILLoux, médecin généraliste à Champniers, enseignant maître de stage.

Les médecins généralistes participant au groupe de travail sont tous membres de la SFMG.

Chaque membre du groupe de travail a fourni un curriculum vitæ et a rempli une déclaration d'intérêts. Il n'a pas été identifié de conflit d'intérêts pour les membres du groupe de travail.

V.2. Description générale du travail

Le travail préparatoire a été fait par voie électronique. Les documents ont été systématiquement envoyés à tous les membres du groupe de travail. Cette phase préparatoire s'est déroulée du 14 décembre 2003, date de lancement du groupe de travail, au 5 mars 2004, date de réunion du groupe de travail au siège de l'Anaes pour faire la synthèse des échanges.

Chaque membre du groupe a reçu la grille AGREE d'évaluation de la qualité méthodologique d'une recommandation pour la pratique clinique (RPC), le guide méthodologique d'élaboration d'un référentiel d'évaluation des pratiques professionnelles de l'Anaes, la liste complète des membres du groupe de travail et le mémo de conseils pratiques d'élaboration d'un référentiel.

Dans un premier temps, il a été demandé à chaque membre du groupe de travail d'évaluer la RPC de l'Anaes « Prise en charge d'un épisode dépressif isolé de l'adulte en ambulatoire » à partir de la grille AGREE et d'identifier les objectifs de qualité qu'elle contenait.

Dans un second temps, les résultats de l'évaluation collective de la RPC et le récapitulatif des objectifs de qualité identifiés ont été envoyés à chaque membre du groupe de travail. Ils ont pu ainsi évaluer la pertinence de chaque objectif identifié. Une synthèse des réponses a été envoyée

à chaque membre du groupe de travail. Il leur a ensuite été demandé de définir des critères d'évaluation qui permettent de juger l'atteinte des objectifs de qualité retenus dans le référentiel.

Enfin, les membres du groupe de travail se sont réunis le 5 mars 2004 pour faire la synthèse de tous les échanges et construire la version provisoire du référentiel, soumise ensuite au groupe de lecture. Au cours de cette réunion, le groupe a pu définir les critères d'évaluation (critères dont le rôle est d'évaluer l'atteinte des objectifs de qualité retenus pour le référentiel). Lorsqu'un objectif de qualité comportait plusieurs dimensions, le groupe a défini un critère pour chaque dimension identifiée.

Le calendrier figure en annexe I.

VI. LES TEXTES DE RÉFÉRENCE

VI.1. Identification

Chaque membre du groupe de travail a reçu plusieurs textes de référence relatifs à la prise en charge du patient déprimé :

- 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.
- Gilbody S, Whitty P, Grimshawj, Thomas R. *Improving the recognition and management of depression in primary care*. Effective Health Care Bull. 2002 ; 7 (5) ;
- *Institute for Clinical Systems Improvement . Major Depression in Adults in Primary Care*. 2003. www.icsi.org ;

Dans tous ces textes, les objectifs de qualité proposés reposent avant tout sur des accords professionnels (faible niveau de preuve des références publiées). Le groupe n'a retrouvé que 2 recommandations de grade A, ce qui traduit la faiblesse du niveau de preuve des références disponibles.

VI.2. Sélection

Ce référentiel s'est appuyé sur les recommandations de l'Anaes de 2002 intitulées «Prise en charge d'un épisode dépressif isolé de l'adulte en ambulatoire ».

Résultats de la synthèse de l'évaluation effectuée selon la grille AGREE

Cette analyse a permis d'évaluer à la fois la qualité de la formulation de la RPC Anaes élaborée en 2002 et la qualité de certains aspects de la recommandation. Elle a porté sur les 6 domaines préconisés par la grille.

Champ et objectifs : les objectifs sont globalement atteints, mais le ciblage de la population est trop restreint, la définition du caractère isolé de la dépression est restrictive et imprécise, pour être limitée à un épisode inaugural, le terme « champ ambulatoire » est imprécis. Le champ d'application de la recommandation étant très limité, le référentiel sera limité.

Participation des groupes concernés : il n'y a pas de participation des patients, il n'y a aucune référence sur les tests effectués auprès des utilisateurs cibles.

Rigueur d'élaboration de la RPC : la gradation des niveaux de preuve est documentée mais, les preuves manquant, nous trouvons trop souvent des accords professionnels ; les discussions menant à l'accord professionnel sont mal documentées. L'alliance thérapeutique évoquée n'est jamais développée dans la recommandation.

Il n'y a pas de procédure d'actualisation prévue de cette recommandation.

Clarté et présentation : la population ciblée est à redéfinir. Il n'y a pas d'outil permettant son utilisation.

Applicabilité : aucune information disponible.

Indépendance éditoriale : aucune information.

Décisions du groupe pendant la réunion de travail

Tous les membres du groupe de travail ont été d'accord pour dire que les documents publiés en langue anglaise ne remettaient pas en cause le choix de la publication de l'Anaes comme document de référence, malgré ses imperfections.

Finalement, le groupe a retenu la RPC de 2002 de l'Anaes en formulant plusieurs remarques.

Ces recommandations ont des limites ; le groupe a regretté l'absence de participation des patients à son élaboration, la mauvaise documentation de la méthode permettant d'obtenir un accord professionnel, l'absence d'outil d'application proposé, l'absence de discussion sur l'applicabilité, et une procédure d'actualisation mal documentée.

Les recommandations sont adaptées à leur cible professionnelle et à leurs patients au moment où le travail a été réalisé.

Elle a l'avantage d'être rédigée en français, ce qui facilite sa lecture par les médecins généralistes français.

Elle est d'accès facile.

VII. LES OBJECTIFS DE QUALITÉ

Les recommandations proposées par la RPC sont limitées à la prise en charge de l'épisode dépressif isolé de l'adulte en ambulatoire, en dehors des pathologies organiques ou psychiatriques, notamment maniaques, antérieures ou coexistantes, ou survenant à des âges ou dans des situations spécifiques (dépressions de l'enfance, de l'adolescence, du *post-partum*, de la ménopause, dépressions saisonnières, etc.).

Le groupe a décidé d'élargir le champ d'application de la RPC et d'inclure :

- les patients présentant une pathologie organique associée. En effet, des études épidémiologiques ont montré que lorsqu'il existait une pathologie associée à la dépression celle-ci était moins bien dépistée ;
- les femmes ménopausées, la dépression étant plus fréquente après 50 ans.

VII.1. Identification

Les objectifs de qualité retenus en travail préliminaire par voie électronique, et le niveau de preuve qui leur était associé dans la recommandation sont :

- affirmer le diagnostic de dépression (accord professionnel) ;
- évaluer le risque suicidaire (accord professionnel) ;
- évaluer les possibilités de prise en charge des patients en ambulatoire (accord professionnel) ;
- évaluer les facteurs environnementaux et sociaux : critères importants pour la prise de décision de la prise en charge en ambulatoire des patients (niveau de preuve non précisé) ;
- informer le patient des effets bénéfiques et indésirables du traitement, de la nature du trouble dépressif (grade A) ;

- définir une stratégie thérapeutique (accord professionnel) ;
- traiter une dépression légère par antidépresseur (grade A), thérapie comportementale (grade B) ou autre thérapie (grade C) ;
- traiter une dépression sévère par antidépresseur (grade A) ;
- poursuivre le traitement 6 à 12 mois après rémission (grade A) ;
- assurer le suivi du patient (accord professionnel).

De ces objectifs, 5 chapitres ont été dégagés :

- diagnostic ;
- sévérité ;
- information du patient ;
- thérapeutique ;
- suivi du patient.

Le groupe de travail a effectué une hiérarchisation de tous les objectifs identifiés selon plusieurs motifs de sélection. L'**utilité, liée au potentiel d'amélioration de la qualité des soins**, a été privilégiée. Les autres motifs pris en compte sont le niveau de preuve scientifique de la recommandation (dans la plupart des cas un accord professionnel), la gravité pour le patient du non-respect de l'objectif et la faisabilité, c'est-à-dire la capacité du professionnel à mettre en œuvre l'objectif de qualité.

Les membres du groupe de travail ont souhaité ne pas chercher à être exhaustifs sur le thème de la dépression, mais plutôt simples et utiles en se limitant aux points clés susceptibles d'amélioration dans la qualité des soins. Le champ du référentiel a été limité à certains aspects particuliers de la prise en charge de la dépression ; les objectifs de qualité de la RPC non retenus dans ce référentiel pourront faire l'objet d'autres référentiels. Ainsi le diagnostic différentiel de la dépression a été volontairement écarté de ce référentiel, le groupe a considéré qu'il avait été fait au préalable.

En conclusion, le groupe a retenu 4 aspects de la prise en charge d'un patient adulte consultant en ambulatoire et présentant un épisode dépressif caractérisé pertinents pour évaluer la pratique du médecin généraliste :

- la méthode utilisée pour poser le diagnostic ;
- l'évaluation de la possibilité d'une prise en charge en ambulatoire ;
- l'information du patient sur sa maladie ;
- la mise en place du traitement.

VII.2. Sélection

Objectif 1 : la méthode diagnostique

Un critère d'évaluation doit être mesurable et reproductible. Pour faire le diagnostic d'épisode dépressif caractérisé le médecin doit s'appuyer sur un système de classification validé. La référence à ce système doit être notée dans le dossier médical du patient.

Le groupe a annexé au référentiel les définitions des deux systèmes de classification actuellement validés : le DSM-IV et la CIM-10 (note 1).

Le qualificatif « isolé » de l'épisode dépressif proposé par la recommandation de l'Anaes a été rejeté dans un premier temps à l'issue de la réunion du groupe de travail. En effet, ce terme pouvait signifier « sans épisode antérieur » ou « en l'absence de comorbidité ». Le groupe de travail lui a préféré le terme « inaugural ». Un épisode dépressif caractérisé était considéré comme

inaugural si le patient n'avait jamais présenté d'épisode dépressif antérieur et/ou si le patient n'avait jamais été traité pour dépression.

Pour le groupe, l'adjectif inaugural signifiait que 2 questions avaient été posées au patient : « Avez-vous fait un épisode antérieur de dépression ? Avez-vous été traité pour dépression ? ».

Critère 1 : Le terme «épisode dépressif caractérisé inaugural» et le système de classification validé utilisé pour ce diagnostic sont notés dans le dossier médical du patient (DSM-IV et CIM-10 en note 1).

Objectif 2 : les possibilités de prise en charge du patient déprimé en ambulatoire

Initialement le groupe avait séparé l'évaluation de la gravité de la maladie et l'évaluation des possibilités de prise en charge du patient en ambulatoire.

L'évaluation de la gravité de la maladie comportait bien évidemment l'évaluation du risque suicidaire du patient. Même si cette évaluation était déjà faite dans la démarche diagnostique puisque c'était un item des 2 systèmes de classification retenus, elle devait être notée dans le dossier en tant que telle car elle conditionnait les possibilités de prise en charge en ambulatoire du patient.

Mais l'évaluation du risque suicidaire ne résume pas l'évaluation des possibilités de prise en charge du patient dépressif par le médecin généraliste en ambulatoire. Le groupe a estimé que l'existence de pathologies psychiatriques associées, en particulier psychotiques (idées délirantes de persécution souvent fréquentes, hallucinations), pouvait entraver la prise en charge en ambulatoire du patient. Il a de même considéré que des facteurs socio-environnementaux défavorables, comme l'isolement du patient, étaient un frein à une bonne prise en charge du patient dépressif.

Aussi, le groupe a proposé 3 critères pour évaluer 3 aspects des possibilités de prise en charge en ambulatoire du patient dépressif.

Critère 2 : Le risque suicidaire est évalué.

Critère 3 : Les signes psychotiques sont recherchés (délire de persécution, hallucinations).

Critère 4 : Les facteurs socio-environnementaux limitant la prise en charge en ambulatoire sont recherchés.

Objectif 3 : informer le patient

La recommandation de l'Anaes insiste sur l'importance d'informer le patient sur la nature du diagnostic de la maladie. Elle assortit cette recommandation d'un grade A (fort niveau de preuve). De même, elle recommande d'informer le patient sur les effets bénéfiques et indésirables du traitement (grade A).

L'objectif de qualité « information du patient sur la nature du trouble dépressif » a été retenu sans discussion par le groupe de travail. La seconde recommandation n'a pas été retenue car non spécifique de la prise en charge de la dépression. Toute thérapeutique devrait faire l'objet de cette démarche. Il a semblé irréaliste de demander qu'elle fût systématiquement notée dans le dossier de chaque patient consultant un médecin généraliste.

Par contre, le groupe de travail a considéré qu'une information essentielle concernant le traitement du patient devait figurer dans le dossier médical : l'information sur la durée du traitement (grade A).

Critère 5 : Le médecin informe le patient de la nature de son trouble psychique.

Critère 6 : La durée du traitement de 6 à 12 mois est explicitée au patient.

Objectif 4 : mise en place du traitement

Le groupe de travail n'a pas considéré que l'évaluation de la qualité de la prescription médicamenteuse était un objectif pertinent pour ce référentiel. En effet une enquête épidémiologique réalisée en 2003 à partir d'un échantillon aléatoire de 3 571 médecins généralistes a montré la relativement bonne qualité de prescription des ISRS par les médecins généralistes français en ce qui concernait l'indication du traitement, sa posologie et sa durée. Les coprescriptions étaient de moins bonne qualité⁵. D'autre part, les critères de jugement nécessaires à cette évaluation sont trop contraignants pour être intégrés dans ce référentiel. La validité des options thérapeutiques retenues est aussi un objectif difficilement mesurable.

Finalement, le groupe a retenu comme critère que les traitements proposés devaient être notés dans le dossier, aussi bien les médicaments que la prise en charge psychothérapique ou le recours à un psychiatre.

Le groupe a également considéré que le délai de convocation du patient après une consultation au cours de laquelle il y avait eu initiation d'un traitement antidépresseur devait figurer en toutes lettres dans le dossier. En effet, il est nécessaire de réévaluer rapidement le patient.

Critère 7 : Les traitements proposés sont notés dans le dossier.

Critère 8 : Le rendez-vous de consultation de suivi après l'initiation du traitement est fixé au patient.

Sélection des dossiers

Le groupe a demandé que les dossiers retenus pour évaluer la pratique du médecin soient remplis en dehors de la présence du patient. L'objectif recherché était l'évaluation de la capacité du médecin à informer et à prendre en charge son patient déprimé et non pas la capacité du patient à comprendre l'information transmise par le médecin. Le groupe a bien eu conscience que cette démarche nouvelle pouvait se heurter à l'absence de dossier documenté pour les critères recherchés. Cet écueil ne remettait pas en cause la méthode proposée puisqu'un des objectifs de l'EPP était de conduire à modifier les comportements des médecins.

VIII. LE GROUPE DE LECTURE

VIII.1. Constitution

La liste des membres du groupe de lecture figure en annexe II avec leurs spécialité et mode d'exercice.

Il n'a pas été identifié de conflit d'intérêts pour les membres du groupe de lecture.

VIII.2. Commentaires et propositions du groupe de lecture

Le groupe de lecture a eu pour tâche de critiquer le référentiel d'évaluation sur le fond et la forme des objectifs, les critères retenus et la formulation des questions.

Experts du thème

L'évaluation du référentiel par les 4 experts du thème a été dans l'ensemble très favorable.

⁵ Martinez L, Gasquet I, Lenne X, Chneiweiss L, Hanin B, Regnauld Mh, Saily Jc, El Hasnaoui A. Prescription des antidépresseurs ISRS : conforme aux recommandations ? Rev Prat Med Gen 2003; 17 (623): 1093-98.

	Non	Oui	NSP
1° Le thème du référentiel concerne-t-il une pratique clinique plutôt fréquente ?	1	3	
2° Le thème du référentiel correspond-il à une pratique pouvant comporter des risques pour les patients ?		4	
3° Le thème du référentiel concerne-t-il une pratique pour laquelle il existe un potentiel d'amélioration ?		4	
4° Les sources de documentation identifiées sur le thème sont-elles conformes à l'état actuel de la science ?		4	
5° Le choix des textes de référence retenus est-il pertinent ?		4	
6° Les objectifs et/ou exigences de qualité sélectionnés sont-ils adaptés au thème retenu ?		3	1
7° Les objectifs et/ou exigences de qualité sélectionnés sont-ils adaptés à la cible professionnelles retenue ?	1	2	1
8° Le guide d'utilisation du référentiel vous semble-t-il complet ?		3	1
9° La sélection des patients concernés vous semble-t-elle adaptée ?	4		

Les questions soulevées par les experts du thème sont :

- Le terme isolé est très restrictif, il faut mieux le définir.

Le groupe avait précisé lors de l'évaluation de la recommandation à l'aide de la grille AGREE que la définition du caractère isolé de la dépression était restrictive et imprécise. Il avait proposé de supprimer ce terme. Tenant compte des remarques du groupe de lecture le groupe a conservé le terme « isolé » et en a précisé la définition. Par convention le caractère « isolé » signifie que le patient n'a pas d'antécédent d'épisode dépressif caractérisé et qu'il est sans antécédent de prise de médicament antidépresseur.

- Le terme inaugural est imprécis, il est plus adapté d'utiliser l'absence d'antécédents de traitement pour la dépression.

Le groupe de travail a supprimé le terme inaugural et a conservé « sans ATCD connu de traitement antidépresseur ».

- Le référentiel devrait permettre de développer davantage le dépistage des patients dépressifs.

Le groupe a répondu que la finalité d'un référentiel est d'être un outil d'auto-évaluation du médecin. En conséquence l'amélioration du dépistage de la dépression qui est une problématique différente n'a pas à être incluse dans ce référentiel.

- Tous les signes cliniques ayant conduit à poser le diagnostic devraient figurer dans le dossier.

Le groupe de travail a considéré comme non pertinent le recueil des items permettant de valider le diagnostic. En effet, si cette condition était rendue obligatoire, il faudrait que chaque médecin renseigne les items de la définition pour chaque patient venant le consulter. Si cette démarche est concevable dans un programme de recherche, elle devient irréaliste en pratique quotidienne.

Experts de la méthode

Les 12 experts de la méthode ont jugé le référentiel très bon. La méthode suivie a été considérée comme parfaite et le référentiel jugé très agréable et facile à utiliser.

Ils ont trouvé le référentiel intéressant mais loin de la pratique actuelle du médecin généraliste.

	Non	Oui
1° Les membres du groupe de travail sont-ils représentatifs de la cible professionnelle ?		12
2° La justification des choix des textes de référence retenus est-elle explicitée ?	1	11
3° Les motifs de sélection des objectifs de qualité sont-ils explicités ?	1	11
4° Les objectifs de qualité sont-ils traduits en critères ?		12
5° Les critères d'évaluation élaborés correspondent-ils aux objectifs de qualité ?	2	10
6° Le guide d'utilisation du référentiel vous semble-t-il complet ?		12
7° Le protocole de recueil des données vous semble-t-il adapté ?	2	10

Les questions soulevées par les experts du thème sont :

- Un expert est surpris de l'emploi du pluriel pour l'expression : « Informer son patient de ses troubles psychiatriques » alors que le référentiel se rapporte à la prise en charge d'un trouble psychiatrique.

Le groupe de travail a tenu compte de cette remarque et a modifié l'énoncé du critère 6 comme suit : « Le médecin informe le patient sur la nature de son trouble dépressif. »

- Il est reproché au critère 2 de limiter l'évaluation du risque suicidaire sans demander d'argumentaire.

Le groupe a considéré que les deux classifications validées pour poser le diagnostic d'épisode dépressif caractérisé obligeaient à évaluer le risque suicidaire.

- Pour certains experts l'information du patient sur les effets bénéfiques et indésirables potentiels des médicaments proposés devrait figurer dans le dossier.

Le groupe a répondu que c'était impossible à réaliser en pratique quotidienne. Les médecins généralistes connaissent la pharmacopée, il est irréaliste en pratique quotidienne de noter tout le contenu du Vidal dans le dossier de chaque patient.

Décision finale sur le qualificatif de l'épisode dépressif

Après prise en compte des remarques du groupe de travail sur le caractère confus du qualificatif « isolé » proposé par la RPC et des remarques négatives du groupe de lecture sur le qualificatif « inaugural » proposé dans la version initiale du référentiel, il a été décidé de reprendre le qualificatif « isolé » qui était défini par les items de sélection.

IX. LE GROUPE TEST

IX.1. Constitution

Trente-trois médecins généralistes ont été recrutés par le groupe de travail parmi les collègues de leur environnement professionnel pour participer à l'évaluation de ce référentiel. L'absence d'expérience reconnue dans le domaine de l'évaluation des pratiques professionnelles a été un motif de sélection de la majorité des candidats.

Douze ont répondu rapidement, 11 après plusieurs relances. Il a été décidé d'arrêter l'évaluation à 23 médecins, la synthèse n'ayant pas été modifiée depuis le 15^e médecin répondeur. Les réponses ont été dans l'ensemble très homogènes.

Il n'a pas été noté de conflit d'intérêts parmi les médecins du groupe test.

Treize départements sont représentés.

La liste des membres du groupe test se trouve dans l'annexe III.

IX.2. Analyse des résultats

1. Le diagnostic est noté dans 83 % des cas.
2. Le système de classification n'a été utilisé que dans un quart des cas, souvent par méconnaissance des systèmes de classification.
3. L'évaluation du risque suicidaire n'est retrouvée que dans un dossier médical sur deux.
4. La recherche des signes psychotiques n'est pas mentionnée dans deux tiers des cas.
5. Les dossiers ne comportent aucune information sur la recherche des facteurs socio-environnementaux dans plus de la moitié des cas (54 %).
6. L'annonce du diagnostic au patient n'est retrouvée que dans moins d'un dossier sur deux (46 %).
7. L'information donnée au patient sur la durée du traitement ne figure que dans le quart des dossiers.
8. Les options thérapeutiques proposées sont notées dans deux tiers des cas.
9. La date du prochain rendez-vous est présente dans un peu plus de trois dossiers sur quatre.

IX.3. Commentaires et propositions

Analyse de la grille d'évaluation du référentiel

Le thème du référentiel répond à un problème fréquent rencontré dans la pratique des médecins du groupe test (96 % des médecins).

Une grande majorité (92 %) juge les objectifs de qualité sélectionnés pertinents pour leur pratique.

95 % considèrent qu'il est facile de répondre aux critères d'évaluation.

Tous les médecins jugent que les objectifs de qualité peuvent être atteints en pratique quotidienne.

La compréhension, la faisabilité et la formulation des critères sont jugées satisfaisantes pour 90 % des médecins.

Le choix des critères permet de faire la différence entre une bonne et moins bonne pratique médicale pour 78 % des testeurs.

Le référentiel est considéré complet par une large majorité (80 %).

Concernant la modification des pratiques, l'impression est positive pour 75 %.

Les médecins généralistes prennent en charge de nombreux patients dépressifs et se sont sentis très concernés par le thème du référentiel. Ils estiment être les professionnels de santé qui assurent la prise en charge et le suivi des patients dépressifs. Le manque de rigueur dans la tenue du dossier médical a été un constat fréquent expliquant les résultats de l'évaluation de la pratique. Les commentaires ont fait état pour la majorité des médecins de points faibles dans leur pratique ; ils ont exprimé plusieurs améliorations à apporter dans leur exercice professionnel :

- améliorer la qualité du dossier (noter davantage les différents éléments) et sa structuration pour faciliter le suivi du patient ;
- dépister systématiquement le risque suicidaire ;
- prendre en compte les ATCD psychotiques et les rechercher ;
- améliorer la qualité de l'information donnée au patient ;

- évaluer la prise en charge en ambulatoire du patient ;
- utiliser une classification (idéalement un outil informatique).

Un seul médecin a critiqué point par point tous les objectifs de qualité et les critères de sélection des patients, et jugé le référentiel totalement inadapté à sa pratique.

Certains médecins ont fait remarquer que l'épisode inaugural était très restrictif pour le choix des patients pris en compte pour cette évaluation.

Les deux principales difficultés rencontrées ont été :

- s'approprier « la nécessité » de noter des éléments « évidents » dans un dossier médical (par exemple les facteurs socio-environnementaux ou l'annonce du diagnostic) ;
- la saisie de l'ensemble des critères dans le dossier médical au cours d'une consultation par essence difficile à gérer et requérant toute l'attention du praticien.

Deux médecins ont jugé le référentiel incompatible avec leur pratique médicale, mais ils n'ont apporté aucune proposition de modification.

Synthèse

70 % des médecins qui ont évalué leur pratique avec le référentiel testé ont pensé qu'ils allaient modifier leur pratique. Ils ont aussi exprimé leur crainte face à la nécessité d'enregistrer dans leur dossier médical les informations pertinentes à l'évaluation. Mais ils ont tous reconnu au test un aspect formateur pour leur pratique.

Aucun médecin n'a remis en question le référentiel. Aucune demande de modification du référentiel n'a été formulée.

Une majorité de médecins souhaiterait disposer d'un outil informatique permettant l'utilisation pendant la consultation du référentiel. Deux médecins ont déjà développé un outil personnel.

Il ressort de l'analyse du test que le référentiel est jugé utile, complet, et qu'il amène les médecins à réfléchir sur leur exercice. L'utilisation du référentiel permet de modifier la pratique du médecin ; sont essentiellement concernées par ces modifications la saisie des données médicales dans le dossier, la qualité de prise en charge d'un épisode dépressif caractérisé et la prise de conscience de l'utilité d'une classification.

X. CONCLUSION

X.1. Diffusion envisagée du référentiel

Base française d'évaluation en santé Anaes sur Internet : <http://bfes.anaes.fr>.

Site Internet de la SFMG : www.sfmq.org

X.2. Propositions d'outils d'aide au changement de la pratique professionnelle

Développement d'un outil informatique permettant la saisie au cours de la consultation des critères diagnostiques d'un épisode dépressif par un système de classification validé et du risque suicidaire.

ANNEXES

I. CALENDRIER

30 octobre 2003 : appel d'offre de la SFMG auprès de ses membres par voie électronique.

Novembre 2003 : constitution du groupe de travail.

18 décembre 2003 : réunion de formation du chargé de projet et du président.

Janvier-février 2004 : identification des documents de travail et des recommandations à utiliser par le groupe de travail ; discussion électronique pour le choix des objectifs de qualité.

5 mars 2004 : réunion du groupe de travail, écriture d'une première version du référentiel d'évaluation, choix des membres du groupe de lecture, propositions pour le groupe test.

Avril-mai 2004 : groupe de lecture.

Juillet-août 2004 : groupe test.

Septembre 2004 : analyse par le chargé de projet des résultats du test.

Octobre-novembre 2004 : rapport final d'élaboration et validation par le groupe de travail de la version définitive du référentiel.

II. MEMBRES DU GROUPE DE LECTURE

- **Experts du thème :**
 - D^r Claude ATTALI, professeur associé de médecine générale à Épinay-sous-Sénart ;
 - D^r Emmanuelle CORRUBLE, psychiatre au CHU du Kremlin-Bicêtre ;
 - D^r Didier DUHOT, généraliste à Montreuil ;
 - D^r Isabelle GASQUET, psychiatre et médecin de santé publique à Paris.
- **Experts de la méthode :** correspondants régionaux de l'Anaes.
 - D^r Gilbert ALIN, généraliste à Metz ;
 - D^r Gérard ANDREOTTI, généraliste à La Crau ;
 - D^r Sylvie AULANIER, généraliste au Havre ;
 - D^r Jacques BIRGE, généraliste à Boulay.
 - D^r Eric BODIGUEL, neurologue PH à Bourges ;
 - D^r Philippe BOUCHE, généraliste à Bully-les-Mines ;
 - D^r Gérard BOURREL, généraliste à Perpignan ;
 - M. Jean-Paul LARRIBAU, kinésithérapeute à Pau ;
 - D^r Jean-François PERROCHEAU, généraliste à Cherbourg ;
 - M^{me} Annette SALCZYNSKI, cadre de santé en soins palliatifs à Denain ;
 - D^r Pierre SQUARA, cardiologue à Neuilly ;
 - D^r Elisabeth STEYER, généraliste à Talange.

III. MEMBRES DU GROUPE TEST

Ces membres sont tous médecins généralistes à exercice libéral.

- D^r Michel ARNOULD, Villiers Saint-Georges ;
- D^r Yves AZZOPARDI, Grenoble ;
- D^r Christophe BERKHOUT, Lille ;
- D^r Christophe BEZANCON, Paris ;
- D^r Stéphane CASSET, Dornecy ;
- D^r Ségolène DE LA SOUDIERE, Plouzane ;
- D^r Élisabeth DE LAUZON, Orléans ;
- D^r Jean-Jacques DERLON, Nancy ;
- D^r Marie-Jeanne DEVEAU, Montigny-Lencoup ;
- D^r Véronique DUBOIS, Eguilles ;
- D^r Nadine ECOCHARD, Saint-Martin-d'Hères ;
- D^r Robert FAUCHE, Romans ;
- D^r Éric FONTAN, Douvaine ;
- D^r Dominique FORGOIS, Longueville ;
- D^r Philippe GARAT, Provins ;
- D^r Gaston GINOUX, Marseille ;
- D^r Jean-Michel ISLER, Carignan ;
- D^r Claude JONQUILLE, Linars ;
- D^r Jean-François LEGER, Jouy-le-Châtel ;
- D^r Marie-Christine PAZART, Meuilley ;
- D^r Marie-Anne PUEL, Paris ;
- D^r Jean-Pierre ROULET, Autran ;
- D^r Pascale SANTANA, Paris.