

Année 2024/2025

N°75

Thèse

Pour le
DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'État
par

Julie DUBOIS

Né(e) le 7 avril 1998 à Suresnes (92)

**Médecine Générale et Psychiatrie 37 : évolution de la sévérité de la
dépression après Thérapie Cognitivo-Comportementale en groupe**

Présentée et soutenue publiquement le **24 juin 2025** devant un jury composé de :

Président du Jury : Professeur Paul BRUNAUULT, Psychiatrie, Faculté de Médecine - Tours

Membres du Jury :

Professeur Thomas DESMIDT, Psychiatrie, Faculté de Médecine - Tours

Docteur Alice PERRAIN, Médecine Générale - La Croix en Touraine

Docteur Pierre-Yves SARRON, Psychiatrie, CHU - Tours

Docteur Marc-Florent TASSI, Santé Publique, AHU, Faculté de Médecine - Tours

1. RÉSUMÉ

Titre : Médecine Générale et Psychiatrie 37 : évolution de la sévérité de la dépression après Thérapie Cognitivo-Comportementale en groupe

Introduction : L'Épisode Dépressif Caractérisé (EDC) est le plus fréquent des troubles de la santé mentale. Son traitement repose principalement sur les antidépresseurs et la psychothérapie, dont la Thérapie-Cognitivo-Comportementale (TCC) est la plus étudiée. La TCC en groupe, bien qu'elle ait fait l'objet de moins de recherches que la TCC individuelle, est une méthode efficace. Le dispositif Médecine Générale et Psychiatrie 37 (MG-PSY37) a pour but d'améliorer l'accès aux soins en santé mentale en Indre-et-Loire avec notamment des prises en charge de TCC en groupe pour les patients souffrant de dépression légère à modérée. L'objet de ce travail est d'estimer l'effet de la TCC en groupe du dispositif MG-PSY37 sur la sévérité de la dépression chez l'adulte.

Méthode : Étude rétrospective monocentrique ayant inclus l'ensemble des participants à la TCC en groupe de dépression de MG-PSY37 de janvier 2021 à juillet 2024. Le critère de jugement principal était l'évolution du score PHQ-9 entre le début et la fin de la TCC en groupe. Les critères secondaires étaient l'effet du niveau de participation, de l'âge et du sexe sur l'évolution du score PHQ-9.

Résultats : 136 patients étaient inclus dans cette étude. L'évolution du score PHQ-9 entre le début et la fin de la TCC était de -6,5 [-4 ; -9]. Il y avait une tendance à une diminution de la sévérité de la dépression à la fin de la TCC en groupe. La réduction médiane du score PHQ-9 était d'autant plus importante que le score de dépression au début de la TCC était élevé. Il est probable que la TCC en groupe soit plus bénéfique aux patients ayant une participation élevée. L'âge et le sexe ne semblaient pas avoir d'effet sur la réduction médiane du score PHQ-9 après TCC.

Discussion : La TCC en groupe du dispositif MG-PSY37 semble être efficace sur la diminution de la sévérité de la dépression.

MOTS CLÉS : dépression, Médecine Générale et Psychiatrie 37, Thérapie Cognitivo-Comportementale, groupe

2. ABSTRACT

Title: Médecine Générale et Psychiatrie 37: changes in the severity of depression after Cognitive Behavioural Therapy in a group setting

Introduction: The Major Depressive Disorder is the most common mental health disorder. Its treatment relies mainly on antidepressants and psychotherapy, of which Cognitive Behavioral Therapy (CBT) is the most widely studied. Group CBT, although less well researched than individual CBT, is an effective method. The aim of the Médecine Générale et Psychiatrie 37 (MG-PSY37) scheme is to improve access to mental health care in Indre-et-Loire, notably by providing group CBT for patients suffering from mild to moderate depression. The aim of this study was to estimate the effect of group CBT under the MG-PSY37 scheme on the severity of depression in adults.

Method: Single-center retrospective study including all participants in the MG-PSY37 depression group CBT from January 2021 to July 2024. The primary endpoint was the change in PHQ-9 score between the start and end of group CBT. Secondary endpoints were the effect of level of participation, age and gender on change in PHQ-9 score.

Results: 136 patients were included in this study. The change in PHQ-9 score between the start and end of CBT was -6.5 [-4; -9]. There was a trend towards a decrease in the severity of depression at the end of group CBT. The median reduction in the PHQ-9 score was greater the higher the depression score at the start of CBT. It is likely that group CBT is more beneficial for patients with a high level of participation. Age and gender did not appear to affect the median reduction in PHQ-9 score after CBT.

Discussion: Group CBT with the MG-PSY37 device appears to be effective in reducing the severity of depression.

KEYWORDS: depression, Médecine Générale et Psychiatrie 37, Cognitive Behavioral Therapy, group

3. LISTE DES ABREVIATIONS

BDI-III : Beck Depression Inventory - III

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CMP : Centre Médico-Psychologique

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

CoMeth : Consultation Méthodologique

CPTS : Communautés Professionnelles Territoriales de Santé

DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins

DSM-V : Diagnostic and Statistical Manual ou Mental Disorders (Manuel diagnostique et statistiques des troubles mentaux et des troubles psychiatriques), 5^{ème} édition

EDC : Épisode Dépressif Caractérisé

FIOP : Fonds d'Innovation Organisationnelle en Psychiatrie

HADS : Hospital and Anxiety Depression Scale

IC : Intervalle Crédible

MG-PSY37 : Médecine Générale et Psychiatrie 37

PEC : Prise en Charge

PHQ-9 : Patient Health Questionnaire - 9

TCC : Thérapie Cognitivo-Comportementale

4. ENSEIGNANTS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

UNIVERSITE DE TOURS
FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

DOYEN

Pr Denis ANGOULVANT

VICE-DOYEN

Pr David BAKHOS

ASSESSEURS

Pr Philippe GATAULT, *Pédagogie*
Pr Caroline DIGUISTO, *Relations internationales*
Pr Clarisse DIBAO-DINA, *Médecine générale*
Pr Pierre-Henri DUCLUZEAU, *Formation Médicale Continue*
Pr Hélène BLASCO, *Recherche*
Pr Pauline SAINT-MARTIN, *Vie étudiante*

RESPONSABLE ADMINISTRATIVE

Mme Carole ACCOLAS

DOYENS HONORAIRES

Pr Emile ARON (†) – 1962-1966
Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962
Pr Georges DESBUQUOIS (†) - 1966-1972
Pr André GOUAZE (†) - 1972-1994
Pr Jean-Claude ROLLAND – 1994-2004
Pr Dominique PERROTIN – 2004-2014
Pr Patrice DIOT – 2014-2024

PROFESSEURS EMERITES

Pr Daniel ALISON
Pr Gilles BODY
Pr Philippe COLOMBAT
Pr Etienne DANQUECHIN-DORVAL
Pr Patrice DIOT
Pr Luc FAVARD
Pr Bernard FOUQUET
Pr Yves GRUEL
Pr Frédéric PATAT
Pr Loïc VAILLANT

PROFESSEURS HONORAIRES

P. ANTHONIOZ – P. ARBEILLE – A. AUDURIER – A. AUTRET – D. BABUTY – C. BARTHELEMY – J.L. BAULIEU – C. BERGER – JC. BESNARD – P. BEUTTER – C. BONNARD – P. BONNET – P. BOUGNOUX – P. BURDIN – L. CASTELLANI – J. CHANDENIER – A. CHANTEPIE – B. CHARBONNIER – P. CHOUTET – T. CONSTANS – C. COUET – L. DE LA LANDE DE CALAN – P. DUMONT – J.P. FAUCHIER – F. FETISSOF – J. FUSCIARDI – P. GAILLARD – G. GINIES – D. GOGA – A. GOUDEAU – J.L. GUILMOT – O. HAILLOT – N. HUTEN – M. JAN – J.P. LAMAGNERE – F. LAMISSE – Y. LANSON – O. LE FLOCH – Y. LEBRANCHU – E. LECA – P. LECOMTE – AM. LEHR-DRYLEWICZ – E. LEMARIE – G. LEROY – G. LORETTE – M. MARCHAND – C. MAURAGE – C. MERCIER – J. MOLINE – C. MORAINÉ – J.P. MUH – J. MURAT – H. NIVET – D. PERROTIN – L. POURCELOT – R. QUENTIN – P. RAYNAUD – D. RICHARD-LENOBLE – A. ROBIER – J.C. ROLLAND – P. ROSSET – D. ROYERE – A. SAINDELLE – E. SALIBA – J.J. SANTINI – D. SAUVAGE – D. SIRINELLI – J. WEILL

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

AMELOT Aymeric.....	Neurochirurgie
ANDRES Christian.....	Biochimie et biologie moléculaire
ANGOULVANT Denis.....	Cardiologie
APETOH Lionel.....	Immunologie
AUDEMARD-VERGER Alexandra.....	Médecine interne
AUPART Michel.....	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BACLE Guillaume.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BAKHOS David.....	Oto-rhino-laryngologie
BALLON Nicolas.....	Psychiatrie ; addictologie
BARILLOT Isabelle.....	Cancérologie ; radiothérapie
BARON Christophe.....	Immunologie
BEJAN-ANGOULVANT Theodora.....	Pharmacologie clinique
BERHOUE Julien.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BERNARD Anne.....	Cardiologie
BLANCHARD-LAUMONNIER Emmanuelle.....	Biologie cellulaire
BLASCO Hélène.....	Biochimie et biologie moléculaire
BONNET-BRILHAULT Frédérique.....	Physiologie
BOULOUIS Grégoire.....	Radiologie et imagerie médicale
BOURGUIGNON Thierry.....	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BRILHAULT Jean.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BRUNAUT Paul.....	Psychiatrie d'adultes, addictologie
BRUNEREAU Laurent.....	Radiologie et imagerie médicale
BRUYERE Franck.....	Urologie
BUCHLER Matthias.....	Néphrologie
CAILLE Agnès.....	Biostat., informatique médical et technologies de communication
CALAIS Gilles.....	Cancérologie, radiothérapie
CAMUS Vincent.....	Psychiatrie d'adultes
CORCIA Philippe.....	Neurologie
COTTIER Jean-Philippe.....	Radiologie et imagerie médicale
DEQUIN Pierre-François.....	Thérapeutique
DESMIDT Thomas.....	Psychiatrie
DESOUBEUX Guillaume.....	Parasitologie et mycologie
DESTRIEUX Christophe.....	Anatomie
DI GUISTO Caroline.....	Gynécologie obstétrique
DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague.....	Anatomie & cytologie pathologiques
DUCLUZEAU Pierre-Henri.....	Endocrinologie, diabétologie, et nutrition
EHRMANN Stephan.....	Médecine intensive – réanimation
EL HAGE Wissam.....	Psychiatrie adultes
ELKRIEF Laure.....	Hépatologie – gastroentérologie
ESPITALIER Fabien.....	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
FAUCHIER Laurent.....	Cardiologie
FOUGERE Bertrand.....	Gériatrie
FRANCOIS Patrick.....	Neurochirurgie
GATAULT Philippe.....	Néphrologie
GAUDY-GRAFFIN Catherine.....	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GOUPILLE Philippe.....	Rhumatologie
GUERIF Fabrice.....	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
GUILLON Antoine.....	Médecine intensive – réanimation
GUILLON-GRAMMATICO Leslie.....	Épidémiologie, économie de la santé et prévention
GUYETANT Serge.....	Anatomie et cytologie pathologiques
GYAN Emmanuel.....	Hématologie, transfusion
HALIMI Jean-Michel.....	Thérapeutique
HERAULT Olivier.....	Hématologie, transfusion
HERBRETEAU Denis.....	Radiologie et imagerie médicale
HOURIOUX Christophe.....	Biologie cellulaire
IVANES Fabrice.....	Physiologie
LABARTHE François.....	Pédiatrie
LAFFON Marc.....	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
LARDY Hubert.....	Chirurgie infantile
LARIBI Saïd.....	Médecine d'urgence
LARTIGUE Marie-Frédérique.....	Bactériologie-virologie
LAURE Boris.....	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
LE NAIL Louis-Romée.....	Cancérologie, radiothérapie
LECOMTE Thierry.....	Gastroentérologie, hépatologie

LEFORT Bruno.....	Pédiatrie
LEGRAS Antoine.....	Chirurgie thoracique
LEMAIGNEN Adrien.....	Maladies infectieuses
LESCANNE Emmanuel.....	Oto-rhino-laryngologie
LEVESQUE Éric.....	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
LINASSIER Claude.....	Cancérologie, radiothérapie
MACHET Laurent.....	Dermato-vénéréologie
MAILLOT François.....	Médecine interne
MARCHAND-ADAM Sylvain.....	Pneumologie
MARRET Henri.....	Gynécologie-obstétrique
MARUANI Annabel.....	Dermatologie-vénéréologie
MEREGHETTI Laurent.....	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MITANCHEZ Delphine.....	Pédiatrie
MOREL Baptiste.....	Radiologie pédiatrique
MORINIERE Sylvain.....	Oto-rhino-laryngologie
MOUSSATA Driffa.....	Gastro-entérologie
MULLEMAN Denis.....	Rhumatologie
ODENT Thierry.....	Chirurgie infantile
OUAISSI Mehdi.....	Chirurgie digestive
OULDAMER Lobna.....	Gynécologie-obstétrique
PAINTAUD Gilles.....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PARE Arnaud.....	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
PASI Marco.....	Neurologie
PERROTIN Franck	Gynécologie-obstétrique
PISELLA Pierre-Jean.....	Ophtalmologie
PLANTIER Laurent.....	Physiologie
REMERAND Francis.....	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
ROINGEARD Philippe.....	Biologie cellulaire
RUSCH Emmanuel.....	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
SAINT-MARTIN Pauline.....	Médecine légale et droit de la santé
SALAME Ephrem.....	Chirurgie digestive
SAMIMI Mahtab.....	Dermatologie-vénéréologie
SANTIAGO-RIBEIRO Maria.....	Biophysique et médecine nucléaire
SAUTENET-BIGOT Bénédicte.....	Thérapeutique
THOMAS-CASTELNAU Pierre.....	Pédiatrie
TOUTAIN Annick.....	Génétique
VOURC'H Patrick.....	Biochimie et biologie moléculaire
WATIER Hervé.....	Immunologie
ZEMMOURA Ilyess.....	Neurochirurgie

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

DIBAO-DINA Clarisse
LEBEAU Jean-Pierre

PROFESSEURS ASSOCIES

LIMA MALDONADO Igor.....Anatomie
MALLET Donatien.....Soins palliatifs

PROFESSEUR CERTIFIE DU 2ND DEGRE

MC CARTHY Catherine.....Anglais

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

CANCEL Mathilde.....	Cancérologie, radiothérapie
CARVAJAL-ALLEGRIA Guillermo.....	Rhumatologie
CHESNAY Adélaïde.....	Parasitologie et mycologie
CLEMENTY Nicolas.....	Cardiologie
DE FREMINVILLE Jean-Baptiste.....	Cardiologie
DOMELIER Anne-Sophie.....	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
DUFOUR Diane.....	Biophysique et médecine nucléaire
FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie.....	Anatomie et cytologie pathologiques
GARGOT Thomas.....	Pédopsychiatrie
GOUILLEUX Valérie.....	Immunologie
HOARAU Cyrille.....	Immunologie
KERVARREC Thibault.....	Anatomie et cytologie pathologiques
KHANNA Raoul Kanav.....	Ophthalmologie
LE GUELLEC Chantal.....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
LEDUCQ Sophie.....	Dermatologie
LEJEUNE Julien.....	Hématologie, transfusion
MACHET Marie-Christine.....	Anatomie et cytologie pathologiques
MOUMNEH Thomas.....	Médecine d'urgence
PIVER Éric.....	Biochimie et biologie moléculaire
RAVALET Noémie.....	Hématologie, transfusion
ROUMY Jérôme.....	Biophysique et médecine nucléaire
STANDLEY-MIQUELESTORENA Elodie.....	Anatomie et cytologie pathologiques
STEFIC Karl.....	Bactériologie
TERNANT David.....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
VAYNE Caroline.....	Hématologie, transfusion
VUILLAUME-WINTER Marie-Laure.....	Génétique

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

AGUILLON-HERNANDEZ Nadia.....	Neurosciences
BLANC Romuald.....	Orthophonie
EL AKIKI Carole.....	Orthophonie
NICOGLU Antonine.....	Philosophie – histoire des sciences et des techniques
PATIENT Romuald.....	Biologie cellulaire
RENOUX-JACQUET Cécile.....	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES

AUMARECHAL Alain.....	Médecine Générale
BARBEAU Ludivine.....	Médecine Générale
CHAMANT Christelle.....	Médecine Générale
ETTORI Isabelle.....	Médecine Générale
MOLINA Valérie.....	Médecine Générale
PAUTRAT Maxime.....	Médecine Générale
PHILIPPE Laurence.....	Médecine Générale
RUIZ Christophe.....	Médecine Générale
SAMKO Boris.....	Médecine Générale

CHERCHEURS INSERM - CNRS - INRAE

BECKER Jérôme.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BOUAKAZ Ayache	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BOUTIN Hervé.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BRIARD Benoît.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
CHALON Sylvie.....	Directrice de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
DE ROCQUIGNY Hugues.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
ESCOFFRE Jean-Michel.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
GILOT Philippe.....	Chargé de Recherche Inrae – UMR Inrae 1282
GOMOT Marie.....	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
GOUILLEUX Fabrice.....	Directeur de Recherche CNRS – UMR Inserm 1100
GUEGUINO Maxime.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1069
HAASE Georg.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
HENRI Sandrine.....	Directrice de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
HEUZE-VOURCH Nathalie.....	Directrice de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
KORKMAZ Brice.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
LABOUTE Thibaut.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
LATINUS Marianne.....	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
LAUMONNIER Frédéric.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
LE MERRER Julie.....	Directrice de Recherche CNRS – UMR Inserm 1253
MAMMANO Fabrizio.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
PAGET Christophe.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
RAOUL William.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1069
SECHER Thomas.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
SI TAHAR Mustapha.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
SUREAU Camille.....	Directrice de Recherche émérite CNRS – UMR Inserm 1259
TANTI Arnaud.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
WARDAK Claire.....	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Pour l'éthique médicale

BIRMELE Béatrice.....Praticien Hospitalier

Pour la médecine manuelle et l'ostéopathie médicale

LAMANDE Marc.....Praticien Hospitalier

Pour l'orthophonie

BATAILLE Magalie.....Orthophoniste
 CLOUTOUR Nathalie Orthophoniste || CORBINEAU Mathilde | Orthophoniste |
HARIVEL OUALLI Ingrid.....	Orthophoniste
IMBERT Mélanie	Orthophoniste
SIZARET Eva	Orthophoniste

Pour l'orthoptie

BOULNOIS Sandrine.....Orthoptiste

5. SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des enseignants et enseignantes
de cette Faculté,
de mes chers condisciples
et selon la tradition d'Hippocrate,
je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans
l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits aux indigents,
et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis(e) dans l'intérieur des maisons, mes yeux
ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira
les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre
les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux(euse) et reconnaissant(e) envers mes Maîtres, je rendrai à
leurs enfants
l'instruction que j'ai reçue de leurs parents.

Que les hommes et les femmes m'accordent leur estime si je suis fidèle à
mes promesses.

Que je sois couvert(e) d'opprobre
et méprisé(e) de mes confrères et consœurs
si j'y manque.

6. REMERCIEMENTS

Au président du jury,

Monsieur Le Professeur Paul BRUNAULT, je vous remercie de l'honneur que vous me faites en acceptant la présidence de ce jury. Soyez assuré de mon profond respect.

Aux membres du Jury,

Monsieur le Docteur Marc-Florent TASSI, je te remercie de me faire l'honneur de ta présence dans ce jury. Merci pour ton aide précieuse pour ce travail, pour nos échanges, pour ta disponibilité. Merci également à l'ensemble de la CoMeth.

Monsieur le Professeur Thomas DESMIDT, je vous remercie de me faire l'honneur de votre présence dans ce jury de thèse.

Aux directeurs de thèse,

Madame le Docteur Alice PERRAIN et Monsieur le Docteur Pierres-Yves SARRON, je vous remercie d'avoir co-diriger cette thèse et de m'avoir permis de réaliser ce travail. Merci pour votre disponibilité, pour votre encadrement et vos conseils.

A Jo, mon amie et binôme de thèse, merci d'avoir partagé ce travail avec moi. Merci pour tous les moments en dehors de la thèse : les sorties, les soirées dansantes, kohlanta à distance et les apéros balcon. Merci pour nos 2 photos ensembles maintenant.

TABLE DES MATIÈRES

1. Résumé.....	2
2. Abstract.....	3
3. Liste des abréviations.....	4
4. Enseignants de la faculté de médecine.....	5
5. Serment d'Hippocrate.....	10
6. Remerciements.....	11
7. Introduction.....	13
8. Matériel et méthodes.....	15
8.1. Design de l'étude	
8.2. Participants	
8.3. Score PHQ-9	
8.4. TCC en groupe du dispositif MG-PSY37	
8.5. Recueil des données	
8.6. Analyses statistiques	
8.6.1. Analyses descriptives	
8.6.2. Analyses ajustées	
8.6.3. Mesure des résultats	
8.7. Aspects réglementaires et éthiques	
9. Résultats.....	18
9.1. Description de la population	
9.1.1. Population incluse	
9.1.2. Population exclue	
9.2. Analyse principale	
9.3. Analyses secondaires	
9.4. Synthèse des résultats	
10. Discussion	26
10.1. Discussion des résultats	
10.1.1. Description de la population	
10.1.2. Critère principal	
10.1.3. Critères secondaires	
10.2. Limites et forces	
10.2.1. Limites	
10.2.2. Forces	
11. Conclusion.....	32
12. Bibliographie.....	34
13. Annexes	37
13.1. Annexe 1 : Score PHQ-9	
13.2. Annexe 2 : MG-PSY37	
13.3. Annexe 3 : Psychothérapies de groupe	
13.4. Annexe 4 : Plan de la TCC en groupe de MG-PSY37	
13.5. Annexe 5 : Tableaux descriptifs de la population exclue	
13.6. Annexe 6 : Répartition des patients par classe de score PHQ-9 à la fin de la TCC en fonction de la classe de score PHQ-9 au début de la TCC	
13.7. Annexe 7 : Patients présentant une aggravation ou une stagnation de leur classe de sévérité de la dépression	
13.8. Annexe 8 : Réduction relative médiane du score PHQ-9	

7. INTRODUCTION

La santé mentale est une priorité de santé publique en France (1,2) : près d'un Français sur cinq, soit environ 13 millions de personnes, est concerné par un trouble de la santé mentale (3). Ces troubles représentent l'une des principales causes de morbi-mortalité (4) et sont la première cause d'années vécues avec une invalidité (1). Ils constituent également le premier poste de dépenses de l'Assurance Maladie, devant les maladies cardio-vasculaires et les cancers, soit environ 23 milliards d'euros (1-4).

Parmi les troubles de la santé mentale, l'Épisode Dépressif Caractérisé (EDC) est le plus fréquent (1,3). Dans le Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders V (DSM-V), il se définit par une humeur dépressive et/ou une diminution marquée du plaisir associée à au moins quatre autres symptômes (variation de l'appétit, trouble du sommeil, agitation ou ralentissement psychomoteur, asthénie, dévalorisation, trouble de la concentration, idées suicidaires) pendant une période d'au moins 15 jours (5). Le score PHQ-9, reprenant les 9 items du DSM-V, est un questionnaire d'auto-évaluation validé qui permet de diagnostiquer et d'évaluer la sévérité de l'EDC (6). La prévalence de l'EDC est en constante augmentation depuis 2010, avec une nette accélération depuis 2017. En 2021, 12,5% des personnes âgées de 18 à 85 ans en France ont eu un EDC au cours des 12 derniers mois. En région Centre Val de Loire ce chiffre s'élève à 10,3% (7).

Le traitement de l'EDC repose principalement sur les antidépresseurs et la psychothérapie, avec un taux d'efficacité proche de 70% (8). Selon les recommandations françaises, les psychothérapies sont indiquées en première intention seules dans les EDC légers et en association avec les antidépresseurs dans les EDC modérés. Elles peuvent également être mises en place en complément des antidépresseurs dans les EDC sévères (9,10). Parmi les psychothérapies ayant montré leur efficacité, la Thérapie-Cognitivo-Comportementale (TCC) est la plus étudiée (11,12). Développée dans les années 1960, la TCC est une thérapie brève et structurée qui explore le lien entre pensées, émotions et comportements. Elle repose sur l'idée que ce ne sont pas les événements eux-mêmes qui provoquent la souffrance psychologique, mais leur interprétation biaisée à l'origine de pensées erronées, d'émotions négatives et de comportements inadaptés. L'objectif de la TCC est d'aider le patient à identifier puis corriger ces distorsions cognitives afin de réduire la détresse émotionnelle et d'adopter des comportements durables plus adaptés (13,14). La TCC en groupe, moins étudiée que la TCC individuelle, est une méthode efficace dans le traitement de la dépression (15,16). Elle comporte de nombreux avantages (16,17), notamment la possibilité de prendre en charge plusieurs patients en même temps, le partage d'expériences et l'apprentissage par le groupe, le soutien et l'encouragement mutuels entre les membres du groupe, une diminution du sentiment d'isolement et une déstigmatisation de la dépression.

Le contexte actuel, marqué par l'augmentation des troubles de la santé mentale et le manque de professionnels de santé, associé au cloisonnement historique des soins psychiatriques et aux difficultés d'articulation entre médecine de ville et hospitalière, rendent l'accès aux soins psychiatriques difficile. Cela se répercute sur l'activité des médecins généralistes, premiers professionnels de santé consultés en cas de trouble de la santé mentale, confrontés à des difficultés d'orientation et de suivi (18-21). À cela s'ajoutent plusieurs freins à la prescription de psychothérapie par les médecins généralistes : coût élevé et absence de remboursement, délais importants pour obtenir une consultation, défaut de coopération avec les spécialistes en santé mentale, et réticence de certains patients à suivre une psychothérapie (18,20). Les conséquences

sont lourdes : abandon des soins, dégradation des situations cliniques, prises en charge inadaptées, augmentation du recours aux urgences, entraînant une perte de chance pour les patients (19,20,22).

Tout ceci appelle à repenser le parcours en santé mentale ; notamment la coopération des professionnels de santé libéraux, en particulier les médecins généralistes, psychiatres, et psychologues, entre eux et avec les établissements de santé hospitaliers. C'est dans ce contexte qu'est né le dispositif Médecine Générale et Psychiatrie 37 (MG-PSY37) (23) en janvier 2021 grâce au financement du Fonds d'Innovation Organisationnelle en Psychiatrie (FIOP) (24). Il est porté par le Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Tours, support du Groupement Hospitalier de Territoire, et par les 6 Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) de l'Indre-et-Loire (25). L'objectif du dispositif est d'améliorer l'accès aux soins psychiatriques dans le département en apportant de nouvelles solutions aux médecins généralistes et en améliorant les liens entre ville et hôpital, afin d'offrir une meilleure prise en charge pour le patient. Le dispositif propose notamment des TCC en groupe pour les patients adultes souffrant de dépression légère à modérée. Une précédente étude s'est intéressée à la perception des médecins généralistes du dispositif MG-PSY37 et des TCC en groupe, ainsi qu'à leur expérience dans l'adressage des patients souffrants de dépression (26). Après plus de 3 ans de mise en œuvre, il semble pertinent d'évaluer l'effet de ces TCC en groupe.

L'objet de ce travail est d'estimer l'effet de la TCC en groupe du dispositif MG-PSY37 sur la sévérité de la dépression chez l'adulte.

8. MATÉRIEL ET MÉTHODE

8.1. Design de l'étude

Il s'agissait d'une étude rétrospective monocentrique basée sur des données individuelles recueillies lors des séances de TCC en groupe du dispositif MG-PSY37 entre janvier 2021 et juillet 2024.

8.2. Participants

Les personnes incluses étaient l'ensemble des patients ayant suivi les TCC en groupe de dépression du dispositif MG-PSY37 de janvier 2021 à juillet 2024. Les patients ne consentant pas à la recherche étaient exclus. Les patients n'ayant pas complété le score PHQ-9 en début et/ou fin de la TCC n'étaient pas inclus.

8.3. Score PHQ-9

Tous les participants avaient complété le score PHQ-9 (Annexe 1) lors de la première et dernière séance de TCC en groupe. Le score PHQ-9 est un questionnaire bref validé d'auto-évaluation qui permet de diagnostiquer et mesurer la sévérité de la dépression (6). Il comprend les 9 critères du DSM-V. Chaque item est noté sur une échelle de 0 à 3 selon la fréquence des symptômes au cours des deux dernières semaines (0 : pas du tout, 1 : quelques jours, 2 : plus de la moitié des jours, 3 : presque tous les jours). Le score total, compris entre 0 et 27, permet de classer en 5 groupes de sévérité de la dépression (d'absente à sévère).

8.4. La TCC en groupe du dispositif MG-PSY37 (23) (Annexe 2)

La TCC en groupe de MG-PSY37 s'adressait aux patients majeurs souffrant de dépression légère à modérée, résidant en Indre-et-Loire et orientés par un médecin généraliste ou un psychiatre (Annexe 3).

Suite à l'orientation du patient au dispositif un entretien téléphonique semi-structuré, réalisé par une psychologue, validait l'inclusion des patients dans les groupes de TCC. Les critères de non-inclusion à la TCC en groupe du dispositif MG-PSY37 étaient les suivants (27) :

- Critères de gravité de la dépression : idées suicidaires (présentes dans plus de 50% du temps), ralentissement psychomoteur majeur, symptômes psychotiques
- Critères liés à la TCC : non maîtrise du français, trouble neurodégénératif ou déficience intellectuelle nuisant à la compréhension, consommation de toxique problématique, comorbidités psychiatriques (trouble de la personnalité complexe avec dysrégulation des émotions non suivi, psychotraumatisme avec symptomatologie active, phobie sociale invalidante)
- Indisponibilité organisationnelle du patient à participer

La TCC s'articulait autour de 11 séances, réparties en 3 modules (comportement - cognition - prévention de la rechute) (Annexe 4). Les séances étaient gratuites pour les participants, duraient 2 heures et se déroulaient en dehors du milieu hospitalier le soir en semaine. Les groupes étaient constitués de 10 patients au maximum. Les séances étaient animées par un binôme d'animateurs formés au protocole de TCC en groupe pour la dépression du dispositif. Le nombre et le contenu des séances avaient été définis par le Dr Pierre-Yves Sarron, psychiatre, et étaient restés

inchangés depuis la mise en place du dispositif en 2021. Les animateurs et les patients recevaient un livret avec le contenu des 11 séances (14,28).

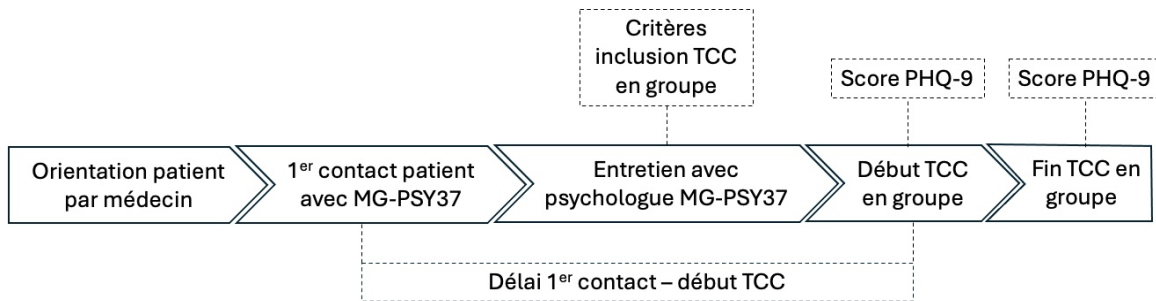


Figure 1 : parcours du patient orienté en TCC en groupe du dispositif MG-PSY37

8.5. Recueil des données

Les données utilisées dans notre étude, recueillies de manière prospective entre janvier 2021 et juillet 2024, étaient : le sexe, l'âge, le score PHQ-9 au début et à la fin de la TCC en groupe, la présence ou non aux séances (à partir de janvier 2023), la date de premier contact, la date de début de la TCC en groupe, le groupe de TCC. L'ensemble des données était anonymisé.

8.6. Analyses statistiques

Les analyses statistiques étaient réalisées à l'aide des logiciels Excel et R, avec l'aide méthodologique de la Consultation Méthodologique (CoMeth) du CHU de Tours (29).

8.6.1. Analyses descriptives

Pour décrire la population, un diagramme de flux était réalisé ainsi que des tableaux descriptifs. Devant une distribution asymétrique de nos valeurs, la distribution des variables quantitatives était résumée sous forme de médiane, premier et troisième quartile. Un diagramme de Sankey était réalisé pour visualiser le flux des patients dans les groupes de sévérité du score PHQ-9 entre le début et la fin de la TCC en groupe.

8.6.2. Analyses ajustées

Une modélisation du score PHQ-9 à la fin de la TCC en groupe en fonction du score initial était réalisée à l'aide de régressions beta-ordinales. La distribution beta-ordinaire était utilisée dans ce contexte car les valeurs de score PHQ-9 possibles étaient bornées entre 0 et 27.

Afin d'estimer l'effet de la participation (totale ou partielle), de l'âge et du sexe, des analyses ajustées sur le score PHQ-9 au début de la TCC en groupe étaient réalisées à l'aide de régressions beta-ordinales. L'effet rapporté était la différence médiane marginale du score PHQ-9. L'incertitude de l'effet était rapportée comme le plus haut intervalle de crédibilité à 95%. Concernant l'âge, l'effet présenté correspondait à celui observé pour une augmentation de 10 ans d'âge.

Le terme marginal désigne l'analyse d'une variable considérée indépendamment des autres, ce qui permet d'évaluer l'influence spécifique de chaque facteur sur les résultats.

8.6.3. Mesures des résultats

Le critère de jugement principal était l'évolution du score PHQ-9 entre le début et la fin de la TCC en groupe. Les critères secondaires étaient l'effet du niveau de participation, de l'âge et du sexe sur l'évolution du score PHQ-9.

8.7. Aspects réglementaires et éthiques

Tous les participants avaient donné leur consentement écrit. L'étude était enregistrée sur le registre des traitements informatiques du CHU de Tours sous le numéro 2025_013 et était approuvée par la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL).

9. RÉSULTATS

9.1. Description de la population

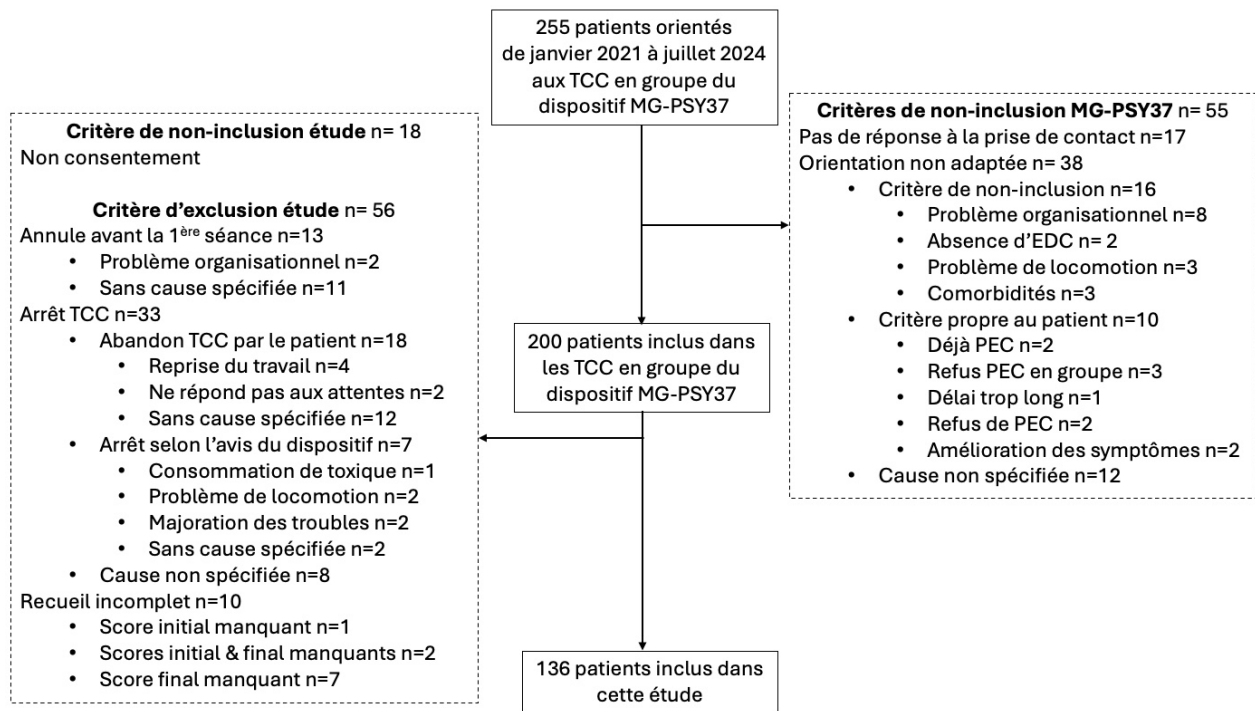


Figure 2 : Diagramme de flux : de l'orientation du patient au TCC en groupe du dispositif MG-PSY37 à son inclusion dans l'étude. EDC (Épisode Dépressif Caractérisé), MG-PSY37 (Médecine Générale et Psychiatrie 37), PEC (Prise En Charge), TCC (Thérapie-Cognitivo-Comportementale).

255 patients étaient orientés aux TCC en groupe du dispositif MG-PSY37 de janvier 2021 à juillet 2024 par leur médecin traitant ou psychiatre. 55 patients, soit un patient sur cinq, n'avait pas été inclus dans les TCC en groupe devant l'absence de réponse du patient à la prise de contact ou une orientation non adaptée. Parmi les 200 patients inclus dans les TCC en groupe du dispositif, 18 patients n'avaient pas été inclus dans l'étude devant l'absence de consentement et 56 patients avaient été exclus de l'étude selon le critère d'exclusion de l'étude : score PHQ-9 non complété au début et/ou à la fin de la TCC en groupe (Figure 2).

9.1.1. Population incluse

Tableau 1 : description de la population (n=136)

Sexe (nombre (%))	
Femme	94 (69,1%)
Homme	42 (30,9%)
Age en années (médiane [Q1 ; Q3])	49 [39 ; 58,3]
Score PHQ-9 (médiane [Q1 ; Q3])	
Début TCC	15 [10 ; 19]
Fin TCC	7 [4 ; 10]
Évolution	-6,5 [-4 ; -9]
Délai 1 ^{er} contact - début TCC en jours (médiane [Q1 ; Q3]), n=133	44 [23 ; 71]
Nombre de séances (moyenne $\pm$ écart type), n=62	10,5 $\pm$ 1,1
Nombre de patients par groupe (moyenne $\pm$ écart type)	5,9 $\pm$ 2

Au total, 136 patients, répartis dans 23 groupes de TCC, étaient inclus dans cette étude. Il y avait $5,9 \pm 2$ patients par groupe en moyenne. Il y avait une majorité de femmes (69,1%). L'âge médian était de 49 [39 ; 58,3] ans. Le score PHQ-9 médian au début de la TCC était de 15 [10 ; 19] et à la fin de la TCC de 7 [4 ; 10]. L'évolution du score PHQ-9 entre le début et la fin de la TCC était de -6,5 [-4 ; -9]. Le délai médian entre le premier contact et le début de la TCC était de 44 [23 ; 71] jours. Le nombre moyen de séances était de $10,5 \pm 1,1$ sur les 11 séances totales (Tableau 1).

Tableau 2 : patient par classe de sévérité de la dépression au début et à la fin de la TCC en groupe

Dépression	Patient (nombre (%))	
	Début TCC	Fin TCC
Absente	4 (3%)	37 (27,2%)
Légère	21 (15,4%)	56 (41,2%)
Modérée	40 (29,4%)	32 (23,5%)
Modérément sévère	45 (33,1%)	9 (6,6%)
Sévère	26 (19,1%)	2 (1,5%)

Le tableau 2 présente la répartition des patients en fonction de la sévérité de leur dépression au début et à la fin de la TCC en groupe, mesurée à l'aide du score PHQ-9 (Tableau 2).

Au début de la TCC, la majorité des patients présentait une dépression modérée (29,4 %), modérément sévère (33,1 %) ou sévère (19,1 %). Une minorité de patients avait une absence de dépression (3 %) ou une dépression légère (15,4 %). A la fin de la TCC, ces proportions s'étaient inversées. La majorité des patients présentait une absence de dépression (27,2%), une dépression légère (41,2%) ou une dépression modérée (23,5%). Une minorité des patients avait une dépression modérément sévère (6,6%) ou sévère (1,5%). Autrement dit, la proportion des patients présentant une absence de dépression ou une dépression légère avait augmenté. La proportion des patients présentant une dépression modérée était restée relativement stable. Et la proportion des patients présentant une dépression modérément sévère ou sévère avait fortement diminué.

Tableau 3 : score PHQ-9 (médiane [Q1 ; Q3]) en fonction du sexe

	Début TCC	Fin TCC	Évolution
Femme (n=94)	15 [11 ; 19]	7 [4 ; 11]	-7 [-4 ; -10]
Homme (n=42)	12 [10 ; 17,5]	7 [5 ; 10]	-6 [-3 ; -8]

Le score médian au début de la TCC était plus élevé chez les femmes : 15 [11 ; 19] que chez les hommes : 12 [10 ; 17,5]. Le score médian à la fin de la TCC était similaire chez les femmes : 7 [4 ; 11] et les hommes : 7 [5 ; 10]. L'évolution du score PHQ-9 entre le début et la fin de la TCC en groupe était similaire chez les femmes : -7 [-4 ; -10] et les hommes : -6 [-3 ; -8] (Tableau 3).

Tableau 4 : score PHQ-9 (médiane [Q1 ; Q3]) en fonction de l'âge

	Début TCC	Fin TCC	Évolution
< 40 ans (n=36)	17 [14 ; 20]	8 [4,75 ; 11]	-8 [-5 ; -10,25]
40-49 ans (n=33)	13 [10 ; 18]	6 [4 ; 8]	-6 [-4 ; -9]
50-59 ans (n=41)	14 [10 ; 18]	8 [6 ; 10]	-6 [-3 ; -9]
≥ 60 ans (n=26)	11 [10 ; 16,75]	6 [4 ; 9]	-6 [-4 ; -8,75]

Le score médian au début de TCC était plus élevé chez les moins de 40 ans 17 [14 ; 20]. Les scores médians en fin de TCC étaient similaires pour toutes les classes d'âge. L'évolution du score PHQ-9 entre le début et la fin de la TCC en groupe était similaire pour toutes les classes d'âge (Tableau 4).

9.1.2. Population exclue

Tableau 5 : description de la population exclue (n=56)

Sexe (nombre (%)), n=53	
Femme	33 (62,3%)
Homme	20 (37,7%)
Age (médiane [Q1 ; Q3]), n=53	
49 [37,5 ; 62]	
Score PHQ-9 (médiane [Q1 ; Q3])	
Début TCC, n=30	16,5 [12,25 ; 19,75]
Fin TCC, n=3	7 [5,5 ; 13,5]
Nombre de séances (moyenne $\pm$ écart type), n=23	
5,2 $\pm$ 3,1	

56 patients étaient exclus de l'étude sur le critère de données manquantes :

- un recueil de données incomplet
- un arrêt de la TCC par abandon du patient ou avis du dispositif ou sans cause spécifiée
- une annulation avant la 1^{ère} séance de TCC

En comparaison à la population incluse, la proportion de femmes (62,3%) et d'hommes était similaire. L'âge médian (49 [37,5 ; 62] ans) était identique. La médiane du score PHQ-9 au début (16,5 [12,25 ; 19,75]) et à la fin de la TCC (7 [12,25 ; 19,75]) était similaire. L'évolution du score PHQ-9 entre le début et la fin de la TCC en groupe n'avait pas pu être calculée devant le faible nombre de données. En revanche, le taux de participation était beaucoup plus faible avec une moyenne de 5,2 $\pm$ 3,1 séances sur les 11 séances totales (Tableau 5).

Les tableaux descriptifs en fonction de l'âge et du sexe de la population exclue sont en annexe (Tableaux 6 et 7 en Annexe 5).

9.2. Analyse principale

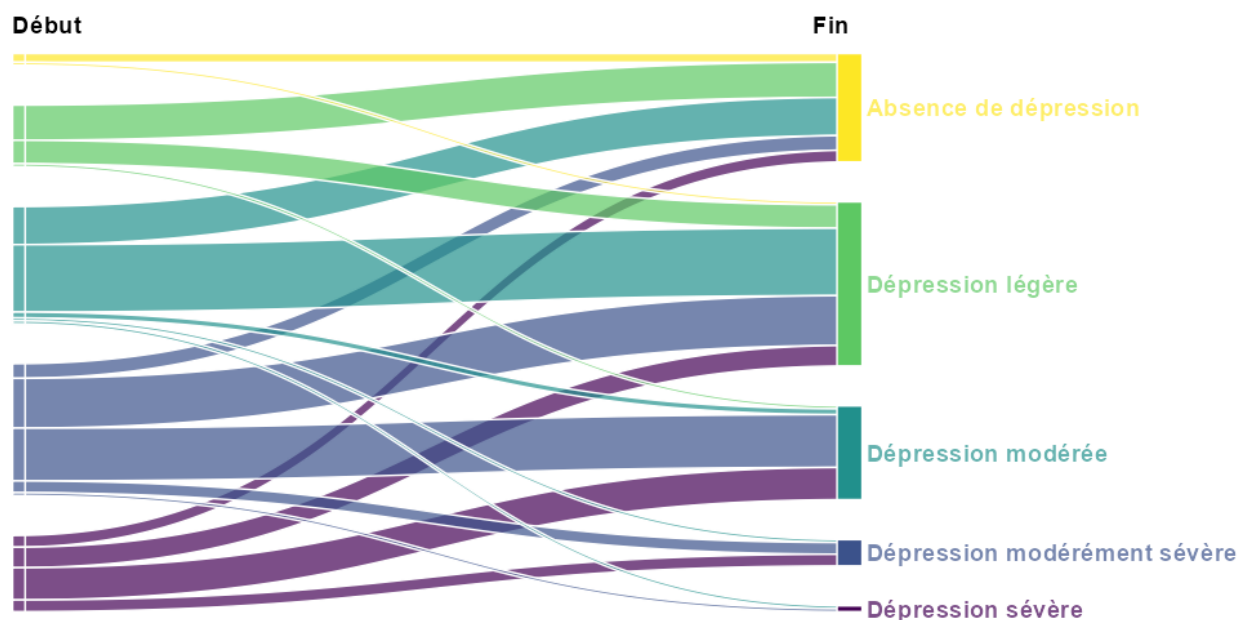


Figure 3 : Diagramme de Sankey. Analyse descriptive des flux de patients entre les différentes classes du score PHQ-9 entre le début et la fin de la TCC en groupe.

La figure 3 représente la trajectoire (bandes colorées) des patients selon l'évolution de leur classe de score PHQ-9 entre le début et la fin de la TCC (Figure 3). Les résultats chiffrés permettant d'obtenir ce diagramme sont en annexe (Tableau 8 en Annexe 6).

Le résultat principal de notre travail était une tendance à une diminution de la classe de sévérité de la dépression à la fin de la TCC en groupe.

Au début de la TCC, une proportion importante des patients avait une dépression modérée, modérément sévère ou sévère. A la fin de la TCC, une proportion importante des patients avait une absence de dépression ou une dépression légère.

La majeure partie des patients avait diminué d'au moins une classe de sévérité de dépression à la fin de la TCC. Plus de la moitié des patients ayant une dépression légère au début de la TCC avait une absence de dépression à la fin de la TCC. La quasi-totalité des patients ayant une dépression modérée au début de la TCC voyait son score de sévérité de dépression s'améliorer à la fin de la TCC. La grande majorité des patients ayant une dépression modérément sévère au début de la TCC voyait son score de sévérité de dépression s'améliorer à la fin de la TCC. La totalité des patients ayant une dépression sévère au début de la TCC voyait son score de sévérité de dépression s'améliorer à la fin de la TCC.

Une faible proportion de patients avait vu sa classe de sévérité de dépression inchangée. Cela ne concernait pas les patients avec une dépression sévère. Une proportion minime de patients avait vu son score de sévérité s'aggraver à la fin de la TCC. Un tableau descriptif de ces patients a secondairement été réalisé (Tableau 9 en Annexe 7).

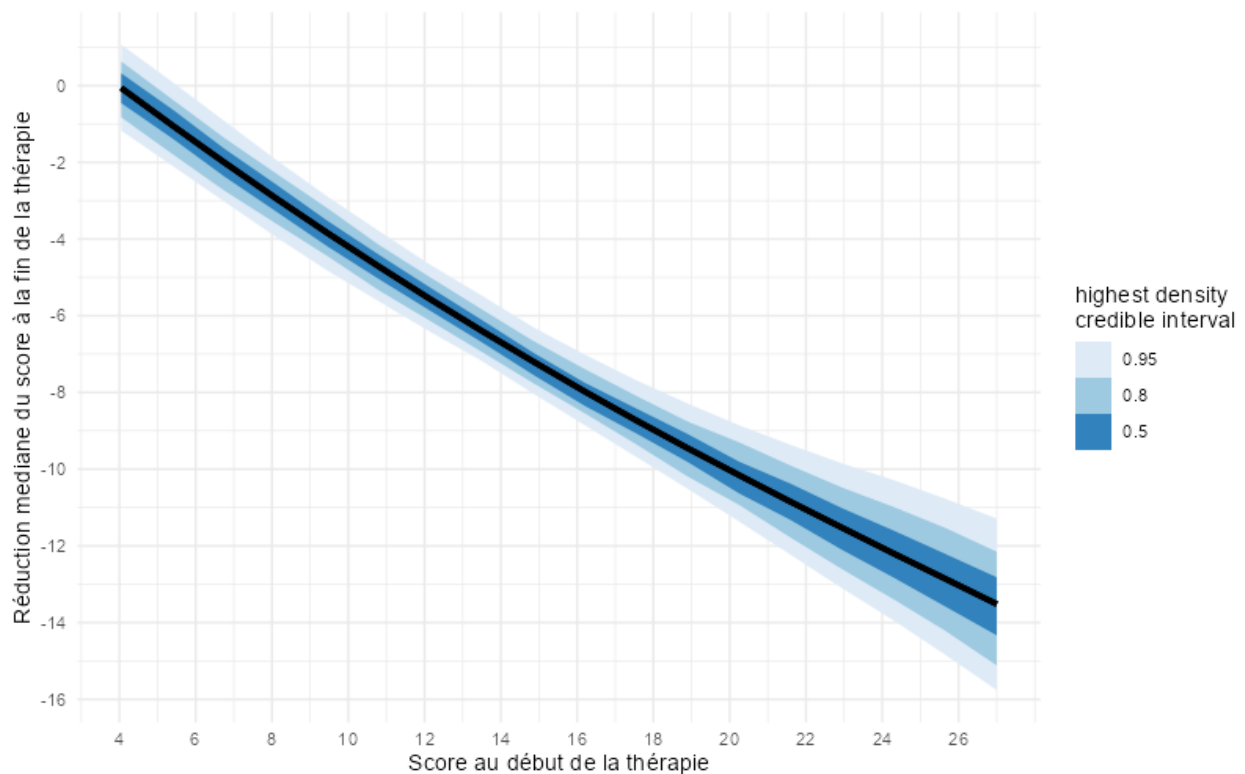


Figure 4 : Réduction médiane du score PHQ-9 à la fin de la TCC en groupe en fonction du score PHQ-9 au début de la TCC en groupe.

La figure 4 représente la réduction médiane du score PHQ-9 à la fin de la TCC en ordonnée par rapport au score PHQ-9 au début de la TCC en abscisse. Les intervalles de crédibilité représentés par les zones bleues correspondent à l'incertitude autour de l'estimation de la réduction médiane représentée par la ligne noire (Figure 4).

La réduction médiane du score était d'autant plus importante que le score de dépression au début de la TCC était élevé. Autrement dit, plus la dépression était sévère au début de la TCC, plus la réduction médiane du score était importante. La réduction médiane du score était plus modeste pour les scores faibles au début de la TCC.

Pour les scores PHQ-9 ≥ 20 , les intervalles de crédibilité étaient plus larges ce qui traduisait une plus grande incertitude sur les résultats.

Un résultat similaire était retrouvé pour la réduction relative du score PHQ-9 : plus le score initial était élevé plus la réduction était importante. Il existait un effet seuil : pour un score > 15 au début de la TCC la réduction relative du score PHQ-9 était de 50% (Figure 6 en Annexe 7).

9.3. Analyses secondaires

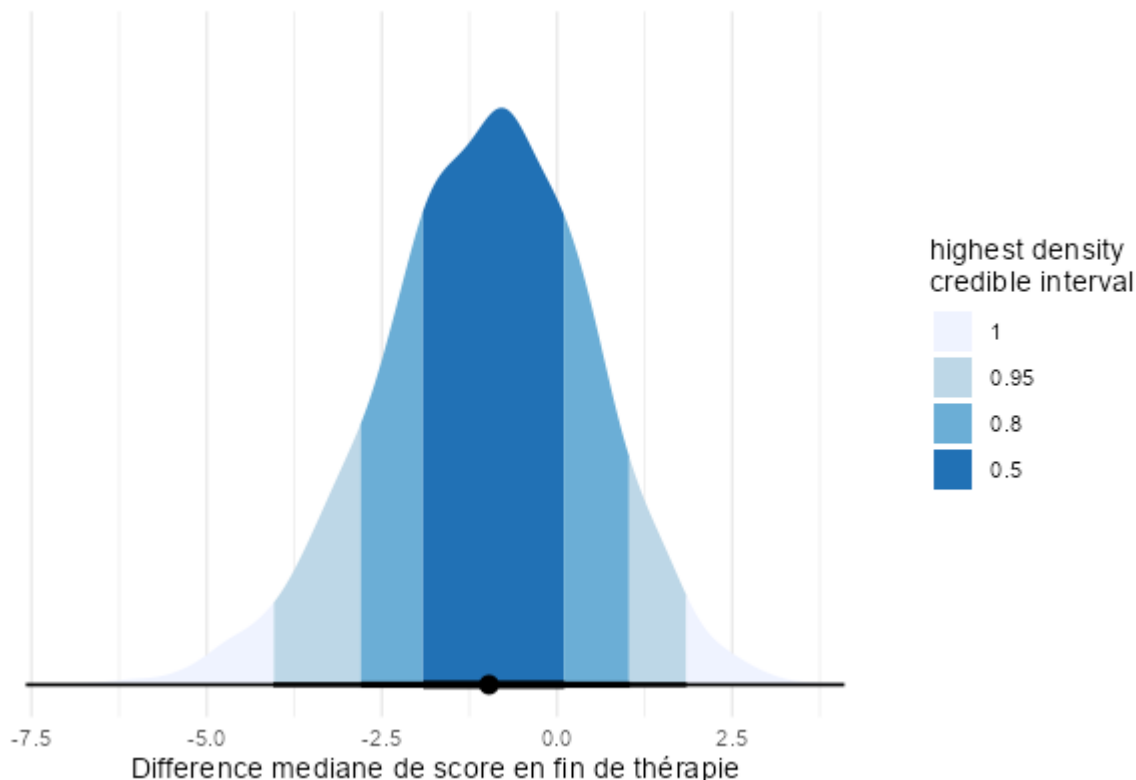


Figure 5 : Différence médiane marginale du score PHQ-9 à la fin de la TCC en groupe en fonction de la participation totale ou partielle aux séances.

La figure 5 représente la différence médiane marginale du score PHQ-9 à la fin de la TCC entre les patients ayant totalement participé et ceux ayant partiellement participé aux séances, après ajustement sur le score PHQ-9 au début de la TCC (Figure 5). La différence médiane de score PHQ-9 était négative (-0,97) avec un intervalle de crédibilité à 95% [-4,2 ; 1,74] contenant zéro. Cela suggérait une amélioration plus marquée du score PHQ-9 chez les patients ayant participé à l'ensemble des séances de TCC, comparativement à ceux ayant participé partiellement. Cependant, il y avait une incertitude concernant l'ampleur ou l'existence de cette différence.

Une analyse de la différence médiane marginale du score PHQ-9 à la fin de la TCC en fonction du sexe, après ajustement sur le score PHQ-9 au début de la TCC, avait été réalisée. Il n'y avait pas d'effet retrouvé. La médiane (0,48) était proche de zéro et l'intervalle de crédibilité à 95% [-0,99 ; 1,96] contenait zéro.

Une analyse de la différence médiane marginale du score PHQ-9 à la fin de la TCC en fonction de l'âge, après ajustement sur le score PHQ-9 au début de la TCC, avait été réalisée. Il n'y avait pas d'effet retrouvé. La médiane (0,06) était proche de zéro et l'intervalle de crédibilité à 95% [-0,47 ; 0,54] contenait zéro.

9.4. Synthèse des résultats

La population incluse, comprenant 136 patients, était constituée d'une majorité de femmes (69,1%) et l'âge médian était de 49 [39 ; 58,3] ans. Le délai médian entre le premier contact et le début de la TCC était de 44 [23 ; 71] jours. Le nombre moyen de séances était de $10,5 \pm 1,1$ sur les 11 séances totales.

Il y avait une tendance à une diminution de la classe de sévérité de la dépression à la fin de la TCC. La majorité des patients avait diminué d'au moins une classe de sévérité de dépression à la fin de la TCC. Plus la dépression était sévère avant TCC, plus la réduction médiane du score PHQ-9 était importante.

Il semblait probable que la TCC était plus bénéfique aux patients ayant une participation totale aux séances en comparaison à ceux ayant une participation partielle, mais ce résultat ne pouvait être affirmé. L'âge et le sexe ne semblait pas avoir d'effet sur la réduction médiane du score PHQ-9 après TCC.

10. DISCUSSION

10.1. Discussion des résultats

10.1.1. Description de la population

La population de notre étude était constituée d'une majorité de femmes (69,1%) et l'âge médian était de 49 ans. Ce résultat est cohérent avec la littérature (12,30). Bien que les femmes aient été plus nombreuses dans notre étude, l'analyse n'a pas mis en évidence de différence d'effet de la TCC en groupe en fonction du sexe. La dépression affecte davantage les femmes que les hommes : en 2021 sa prévalence est de 15,6% chez les femmes contre 9,3% chez les hommes (7). Une méta-analyse de Oei (16) suggère que la tendance des femmes à exprimer leurs émotions facilite leur participation aux thérapies en groupe, tandis que les hommes sont moins réceptifs à ce format. Selon l'étude ECOGEN (31), la majorité des patients consultant en médecine générale quel que soit le motif sont des femmes (58,3%). Les consultations pour dépression concernent également majoritairement les femmes (73,48%) (32). Dans le cadre de MonSoutienPsy, 71% des patients ayant recours à un psychologue sont des femmes (3). Enfin, on pourrait supposer un biais d'orientation des médecins généralistes qui pourraient proposer plus fréquemment la psychothérapie aux femmes, et plus particulièrement la TCC en groupe.

Le délai médian entre le premier contact et le début de la TCC en groupe était de 44 jours. Il est comparable à celui observé en Centre Médico-Psychologique (CMP) en Indre-et-Loire, estimé à 47,3 jours en moyenne. Ce délai est supérieur au délai moyen observé dans la région Centre-Val de Loire (34,5 jours), avec un délai le plus court dans Le Cher (32 jours) et le plus long dans le Loir-et-Cher (53,9 jours) (33). Nous n'avons pas trouvé de données nationales. Ces délais sont supérieurs au délai pour obtenir un premier rendez-vous en CMP en Région Rhône Alpes qui est en moyenne de $21 \pm 19,28$ jours (34). Ces délais de premier contact, pouvant être considérés comme long en Centre-Val-de-Loire, peuvent s'expliquer par une densité d'acteurs en santé mentale plus faible qu'en France (35) : moins de CMP (4/100 000 habitants en Centre-Val-de-Loire contre 5/100 000 en France), moins de psychiatres (15/100 000 habitants en Centre-Val-de-Loire contre 23/100 000 en France), moins de psychologues (93/100 000 habitants en Centre-Val-de-Loire contre 110/100 000 en France). Les délais observés, comparables à ceux des CMP en Indre-et-Loire mais supérieurs à la moyenne régionale, semblent refléter les caractéristiques de l'offre en santé mentale sur le territoire.

La population exclue semblait similaire à la population incluse en dehors d'un niveau de participation plus faible. Devant le faible nombre de données concernant la population exclue, ces résultats sont à nuancer, notamment l'évolution du score PHQ-9 entre le début et la fin de la TCC. Il aurait été utile de recueillir davantage de données afin d'identifier d'éventuels critères distinctifs.

10.1.2. Critère principal

La TCC en groupe diminuait la sévérité de la dépression, et ce d'autant plus que la dépression était initialement sévère. Tous les patients ayant une dépression sévère avant la TCC en groupe avaient diminué d'au moins une classe de sévérité de la dépression après la TCC en groupe. Ces résultats sont cohérents avec la littérature qui soutient l'efficacité de la TCC en groupe sur la dépression, y compris dans les formes sévères (15,16,30). Pourtant, selon les recommandations françaises, la TCC n'est pas systématiquement recommandée en première intention dans les EDC sévères (9,10), notamment devant des critères d'urgence ou de gravité contre-indiquant la TCC ou compromettant son efficacité. Nos résultats encourageants pour la dépression sévère pourraient donc s'expliquer par la sélection des patients lors de l'entretien initial de MG-PSY37. Les critères de non-inclusion en TCC en groupe de MG-PSY37, correspondant aux critères contre-indiquant ou compromettant l'efficacité de la TCC, sont cohérents avec la littérature (17). La TCC en groupe du dispositif MG-PSY37 s'adressait aux patients souffrant de dépression légère à modérée. Nos résultats suggèrent qu'il pourrait être pertinent de proposer officiellement la TCC en groupe de MG-PSY37 aux patients souffrant de dépression sévère, en l'absence de critères d'urgence ou de gravité éliminés lors de l'entretien initial.

Plus le score de dépression initial était élevé, plus l'effet de la TCC en groupe était important sur la diminution de la sévérité de la dépression, mais cette amélioration s'accompagnait d'une plus grande incertitude. Cette plus grande incertitude, représentée par des intervalles de crédibilité plus larges, pourrait s'expliquer par la coexistence de facteurs agissant dans des directions différentes. D'une part, un score initial plus élevé permettrait une plus grande marge d'amélioration possible, ce qui pourrait favoriser une réponse plus importante à la TCC en groupe. D'autre part, la dépression sévère pourrait être plus difficile à faire évoluer, ce qui pourrait, à l'inverse, diminuer l'effet de la réponse à la TCC en groupe. Selon une méta-analyse de Driessen (36), une grande partie de la variation de l'effet de la TCC est liée à la compétence des thérapeutes, et cette variation est plus marquée pour les troubles sévères : de meilleurs résultats sont obtenus avec des thérapeutes expérimentés. Il pourrait donc être intéressant d'étudier les facteurs modulant la réponse à la TCC en groupe de MG-PSY37 chez les patients souffrant de dépression sévère : facteurs liés aux thérapeutes mais aussi liés aux groupes de TCC ou aux patients. Ces facteurs sont discutés dans la partie dédiée aux critères secondaires.

Les patients sans dépression ou avec une dépression légère semblaient moins bénéficier de la TCC en groupe. La TCC en groupe de MG-PSY37 pourrait être bénéfique dans la prévention des rechutes y compris pour ces patients. Dans une méta-analyse de Cuijpers (37), les patients traités en phase aiguë par TCC sont significativement moins susceptibles de rechuter après l'arrêt du traitement que les patients traités en phase aiguë par pharmacothérapie. Nous n'avons pas retrouvé de littérature concernant l'effet de la TCC en groupe sur la prévention de la rechute.

Dans notre étude, l'absence de recueil du score PHQ-9 à distance de la TCC en groupe ne permettait pas l'analyse de son effet à court et long terme. Une méta-analyse de Huntley (15), comparant la TCC en groupe à la TCC individuelle, retrouve un effet en faveur de la TCC individuelle en post-traitement immédiat, mais ne retrouve aucune différence d'efficacité entre la TCC en groupe et la TCC individuelle à court et moyen-long terme. Il aurait été intéressant de connaître l'effet de la TCC en groupe de MG-PSY37 à distance. Bien qu'une séance soit proposée aux patients à distance de la TCC en groupe, la mobilisation des patients reste limitée une fois la TCC en groupe terminée. Afin d'estimer l'effet à distance de la TCC en groupe de MG-PSY37, un score PHQ-9 pourrait être envoyé aux patients par mail.

10.1.3. Critères secondaires

Dans notre étude, la participation aux séances était très élevée, avec une moyenne de 10,5 séances sur 11. Il pourrait être probable que l'effet de la TCC en groupe soit plus marqué chez les patients ayant suivi l'ensemble des séances, bien que nous n'ayons pu démontrer ce résultat. Nous n'avons pas retrouvé de littérature sur ce point. Le taux élevé de participation dans notre étude pourrait limiter la mise en évidence d'un effet en fonction de la participation. Ce taux élevé de participation pourrait s'expliquer par la non-inclusion des patients présentant des freins potentiels à la participation identifiés lors de l'entretien initial du dispositif. Par ailleurs, la participation avait été recueillie chez seulement 62 patients. La taille limitée de cet échantillon pourrait également influencer les résultats. Des études supplémentaires, avec des échantillons plus larges et une analyse des caractéristiques des patients ayant une participation partielle, seraient nécessaires pour étudier cette hypothèse.

Dans notre étude, il n'y avait pas de différence d'effet de la TCC en groupe en fonction de l'âge. Une méta-analyse de Driessen constate qu'un âge plus avancé est un facteur pronostic de moins bonne réponse à la TCC (36). L'absence de différence d'effet selon l'âge dans notre étude pourrait s'expliquer par une taille réduite du sous-groupe de patients âgés. Ce petit échantillon pourrait résulter d'une part de la non-orientation des patients âgés par les médecins au dispositif et d'autre part des critères de non-inclusion du dispositif pouvant cibler les patients plus âgés : réticence à la psychothérapie, problèmes de locomotion, troubles neurocognitifs... Il aurait été intéressant de constituer des sous-groupes de classes d'âges plus pertinents d'un point de vue clinique. Une population d'étude plus large aurait été nécessaire.

22 patients avaient une aggravation ou une stagnation de leur classe de sévérité de la dépression après la TCC en groupe. L'âge et le niveau de participation étaient similaires à ceux de la population totale, en revanche la proportion d'hommes était plus importante. Dans notre étude, les analyses secondaires portaient sur l'effet de l'âge, du sexe et du niveau de participation. Il n'y avait pas d'analyse d'autres facteurs propres aux patients pouvant influencer la réponse à la TCC en groupe. On pourrait se demander si le fait d'être un homme est un facteur pronostic de moindre réponse à la TCC en groupe de MG-PSY37. Peu d'études se sont intéressées aux facteurs pronostics liés aux caractéristiques des patients influençant la réponse à la TCC et aucune ne s'est spécifiquement intéressée à la TCC en groupe. Une étude de Driessen (36) conclut qu'être en couple, être au chômage, avoir vécu un nombre élevé d'événements de vie, souffrir d'un EDC récent sont des facteurs associés à une meilleure réponse à la TCC. Inversement, un niveau d'intelligence plus faible ou une dépression chronique sont des caractéristiques individuelles associées à une moins bonne réponse à la TCC. Ces observations soulèvent plusieurs interrogations : les facteurs pronostics identifiés pour la TCC individuelle sont-ils transposables à la TCC en groupe ? Peut-on s'en servir pour proposer une prise en charge plus longue par TCC en groupe de MG-PSY37 aux patients ayant des critères prédictifs de moins bonne réponse ? L'adoption de ces critères semble toutefois prématurée, compte tenu de l'absence d'études retrouvées sur la TCC en groupe.

L'un des avantages notables de la TCC en groupe de MG-PSY37 était de prendre en charge plusieurs patients en même temps dans le contexte de saturation des soins de la région. La littérature met en avant de nombreux bénéfices associés à la TCC en groupe, notamment (17) : le partage d'expériences et les opportunités d'apprentissage par le groupe, le soutien et l'encouragement mutuels entre les membres du groupe, une réduction du sentiment d'isolement et une déstigmatisation de la dépression. Une autre alternative intéressante est la TCC assistée

par la technologie en distanciel dans les soins primaires. Selon plusieurs études, cette approche est au moins aussi efficace que la TCC en présentiel et offre des avantages en termes d'accessibilité et d'acceptabilité pour les patients (12,38,39). Ce type d'intervention pourrait être particulièrement bénéfique pour les patients rencontrant des difficultés de locomotion ou d'anxiété liée au groupe en présentiel, et permettrait ainsi à MG-PSY37 d'élargir son champ d'action.

10.2. Limites et forces

10.2.1. Limites

La première limite concerne la classe de sévérité de la dépression des patients adressés aux TCC en groupe de MG-PSY37. En effet, la TCC en groupe de MG-PSY 37 s'adresse aux patients souffrant de dépression légère à modérée. Or, 4 patients inclus dans l'étude n'avaient pas de dépression et 26 souffraient d'une dépression sévère au début de la TCC. Cette discordance pourrait s'expliquer par l'absence de critère de non-inclusion des patients sur la sévérité de la dépression et par l'existence d'une communication du dispositif axée sur les troubles légers à modérés. Cette discordance pourrait également s'expliquer par une évolution de la dépression entre la date d'orientation du patient et la date de début de la TCC. Ce délai, potentiellement long, n'avait pas pu être évalué en l'absence de données sur la date d'orientation. Cependant, il pourrait être estimé par le délai médian entre le premier contact et le début de la TCC (44 jours). Par ailleurs, la classification de la sévérité de la dépression au début de la TCC était basée sur le score PHQ-9. Il est possible que les médecins orientant les patients utilisaient d'autres outils d'évaluation, comme l'échelle d'Hamilton (40), entraînant ainsi des différences dans la classification de la sévérité de la dépression. Il pourrait être pertinent de réaliser un score PHQ-9 lors de l'entretien initial du dispositif MG-PSY37.

La deuxième limite concerne le nombre de patients exclus de notre étude. Un tiers des patients avait été exclu de notre étude, ce qui pourrait conduire à une mésestimation de l'effet de la TCC en groupe. De plus, les données sur la population exclue étaient incomplètes, notamment en ce qui concernait les motifs d'arrêt de la TCC. Parmi les patients ayant abandonné la TCC, 4 ont arrêté la TCC suite à la reprise du travail, ce qui pourrait traduire une amélioration clinique de leur dépression. Il aurait pu être intéressant de réaliser un score PHQ-9 au moment de l'arrêt ou à la date initialement prévue de la fin de la TCC. De manière plus générale, il aurait été intéressant de recueillir des données sur d'autres causes d'abandon liées au groupe de TCC en lui-même, décrit dans la littérature : mauvaise entente dans le groupe, effet de groupe d'abandon, adaptation limitée aux besoins individuels des patients, ou encore temps d'accompagnement par patient plus restreint (17). Il aurait pu être intéressant d'analyser l'effet de la TCC groupe par groupe. Il aurait vraisemblablement été nécessaire d'avoir plus de groupes de patients à l'étude. Il aurait également pu être intéressant, pour analyser cet effet de groupe, de comparer la TCC en groupe à une autre psychothérapie en groupe.

La troisième et principale limite de notre étude concerne la présence de nombreux facteurs de confusion potentiels. Bien que nos résultats aient été encourageants, de nombreux facteurs de confusion pourraient fortement influencer leur interprétation. Il n'y avait pas de recueil de la durée d'évolution de l'EDC, des éventuels antécédents d'EDC, d'une éventuelle prise en charge antérieure par TCC, de l'existence d'une autre prise en charge et notamment la prise d'antidépresseurs, du mode de vie (situation professionnelle, statut marital, niveau d'éducation...). Il n'y avait pas non plus de groupe contrôle. Un biais d'orientation pourrait également exister. Les médecins orientant les patients à la TCC en groupe pourraient être plus formés à la prise en charge de la dépression ou plus sensibilisés à l'approche cognitivo-comportementale. Cela pourrait influencer positivement la prise en charge des patients, indépendamment de la TCC elle-même.

La quatrième limite concerne la durée restreinte de notre étude. La période d'étude était limitée, en particulier pour le recueil de la participation des patients. Cette contrainte pourrait expliquer l'absence d'effet retrouvé de la participation sur l'effet de la TCC.

10.2.2. Forces

La qualité de nos analyses statistiques constitue la principale force de notre étude. La conception méthodologique de l'étude a été réalisée en lien avec la CoMeth du CHU de Tours, ce qui a permis une rigueur méthodologique. Les analyses statistiques ont été réalisées en lien et en partie par un Docteur en Santé Publique, ce qui a permis la réalisation d'analyses ajustées et robustes qui n'auraient pu être faites sans ce soutien.

Une autre force majeure de notre étude repose sur le caractère unique de MG-PSY37 en France. A ce jour, aucune autre étude n'a estimé les effets de la TCC en groupe dans ce contexte organisationnel. Dans le cadre du bilan d'évaluation du FIOF 2019, il a été sélectionné comme projet "Pépité" par la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) en 2023 (41) et a reçu un prix d'Innovation des CHU en 2025 : c'est l'un des projets les plus innovants en termes d'organisation des soins en santé mentale, il est répliquable et commence à être généralisé en France. Une précédente étude s'est intéressée à la perception des médecins généralistes de MG-PSY37 et des TCC en groupe, ainsi qu'à leur expérience dans l'adressage des patients souffrant de dépression (26). Cette étude identifie différents leviers à l'adressage de patients par les médecins, notamment la réactivité du dispositif, les retours positifs des patients sur l'organisation, l'efficacité du mode de communication du dispositif par mail. Elle identifie également des freins à l'adressage de patients par les médecins, notamment le manque de temps en consultation, le nombre conséquent de mails reçus, la peur de la notion de groupe chez les patients. Notre étude constitue donc une première étape dans l'évaluation de l'effet de la TCC en groupe de MG-PSY37.

L'utilisation du score PHQ-9 comme mesure du résultat constitue une force de notre étude. Le PHQ-9 est un questionnaire d'auto-évaluation bref, validé, qui permet à la fois d'établir le diagnostic de trouble dépressif selon les critères du DSM-V, et d'en évaluer la sévérité. Il est sensible au changement ce qui permet de suivre de manière fiable l'évolution des symptômes (6,42). Le score PHQ-9 est utilisable et utilisé dans la recherche et en soins primaires (6,12). Comparativement aux autres scores de dépression réalisables en soins primaires (10,42) (Beck Depression Inventory (BDI-III), Hospital and Anxiety Depression Scale (HADS), Hamilton) : il est le plus rapide à réaliser et permet à la fois de diagnostiquer la dépression (contrairement aux scores HADS, Hamilton) et d'évaluer la sévérité de la dépression (contrairement au score HADS). Sa simplicité et sa rapidité de réalisation, ainsi que son auto-évaluation, le rendent particulièrement adapté au groupe, où un grand nombre de patients sont pris en charge simultanément sur un temps restreint.

Enfin, l'analyse descriptive de la population exclue constitue une force de notre étude. La population exclue était similaire à la population incluse sur les critères d'âge et de sexe. Cela suggère que la population incluse est représentative de la population adressée à MG-PSY37, du moins sur les critères démographiques étudiés.

11. CONCLUSION

L'EDC est le plus fréquent des troubles de la santé mentale. Son traitement repose principalement sur les antidépresseurs et la psychothérapie, dont la TCC est la plus étudiée. La TCC en groupe, bien qu'elle ait fait l'objet de moins de recherches que la TCC individuelle, est une méthode efficace. C'est dans le contexte actuel de saturation des soins qu'est né MG-PSY37 dans le but d'améliorer l'accès aux soins en santé mentale en Indre-et-Loire. Le dispositif propose notamment, depuis 2021, des psychothérapies de type TCC en groupe pour les patients souffrant de dépression légère à modérée. L'objet de ce travail était d'estimer l'effet de la TCC en groupe de MG-PSY37 sur la sévérité de la dépression chez l'adulte.

Il s'agit d'une étude rétrospective monocentrique ayant inclus l'ensemble des participants à la TCC en groupe de dépression de MG-PSY37 de janvier 2021 à juillet 2024. Le critère de jugement principal est l'évolution du score PHQ-9 entre le début et la fin de la TCC en groupe. Les critères secondaires sont l'effet du niveau de participation, de l'âge et du sexe sur l'évolution du score PHQ-9.

136 patients sont inclus dans cette étude avec une majorité de femmes et un âge médian de 49 ans. Le délai médian entre le premier contact et le début de la TCC est de 44 jours. Le nombre moyen de séances réalisées par les patients est de 10,5 sur les 11 séances totales. L'évolution du score PHQ-9 entre le début et la fin de la TCC est de -6,5. Il y a une tendance à une diminution de la sévérité de la dépression à la fin de la TCC en groupe. En effet, la majeure partie des patients diminue d'au moins une classe de sévérité de dépression à la fin de la TCC. La réduction médiane du score est d'autant plus importante que le score de dépression au début de la TCC est élevé. Il est probable que la TCC en groupe de MG-PSY37 soit plus bénéfique aux patients ayant une participation élevée, mais ce résultat ne peut être affirmé. Il n'y a pas d'effet de l'âge ou du sexe sur la diminution de la sévérité de la dépression.

Nos résultats sont encourageants mais notre étude comprend de nombreuses limites : le nombre important de patients exclus, le nombre important de facteurs de confusion potentiels par l'absence de groupe contrôle et l'absence de recueil de certaines données (durée d'évolution de l'EDC, antécédent d'EDC, existence d'une autre prise en charge et notamment la prise d'antidépresseurs, critères démographiques, cause d'arrêt de la TCC, recueil du score PHQ-9 à distance) et la courte durée d'étude.

L'utilisation du score PHQ-9 comme mesure du résultat principal et la réalisation de la méthodologie ainsi que des analyses statistiques en lien avec la CoMeth et un Docteur en Santé Publique sont les principales forces de notre étude.

Il pourrait être pertinent de proposer officiellement la TCC en groupe de MG-PSY37 aux patients souffrant de dépression sévère, en l'absence de critères d'urgence ou de gravité éliminés lors de l'entretien initial. Une piste d'amélioration de MG-PSY37 pourrait être la TCC assistée par la technologie en distanciel qui permettrait de faire bénéficier de la TCC en groupe à un plus grand nombre de patients, notamment ceux qui ne peuvent pas se déplacer sur un lieu de soin (problématiques de transport, de garde d'enfants) ou dont l'anxiété empêche de se confronter à un groupe en présentiel.

MG-PSY37 est un dispositif novateur et est le seul projet territorial de ce type. Il a été sélectionné comme projet “Pépité” par la DGOS en 2023 et comme finaliste du Prix d’Innovation des CHU en 2025. La TCC en groupe de MG-PSY37 permet de prendre en charge un grand nombre de patients dans le contexte actuel de saturation des soins, et ce, dans un délai comparable à celui observé en CMP en Indre-et-Loire. Des dispositifs similaires dans d’autres régions de France commencent à être développés, notamment à Brest et à Caen, afin de répondre à l’inadéquation entre l’offre et la demande de soin en santé mentale. Grâce au prix “Pépité”, le MG-PSY37 peut maintenant être généralisé et financé ailleurs qu’en Indre-et-Loire.

Notre étude constitue donc une première étape dans l’évaluation de l’effet de la TCC en groupe de MG-PSY37 mais d’autres études, prenant en compte les limites de notre étude, sont nécessaires. Un projet de recherche visant à évaluer l’impact médico-économique de la TCC en groupe de MG-PSY37 est en attente de financement.

12. BIBLIOGRAPHIE

1. Santé mentale [Internet]. [cité 1 juin 2024]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/sante-mentale>
2. Santé mentale : définition et enjeux [Internet]. 2023 [cité 12 mars 2024]. Disponible sur: <https://www.paca.ars.sante.fr/sante-mentale-definition-et-enjeux>
3. Ministère de la Santé et de la Prévention. Synthèse du bilan de la feuille de route — Santé mentale et psychiatrie. 03/03/2023.
4. Comité Stratégique de la Santé mentale et de la Psychiatrie. Feuille de route santé mentale et psychiatrie. Juin 2018.
5. HAS. Définition de l'EDC selon le DSM-V. 2017;
6. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. J Gen Intern Med. sept 2001;16(9):606-13.
7. SPF. Prévalence des épisodes dépressifs en France chez les 18-85 ans : résultats du Baromètre santé 2021 [Internet]. [cité 28 mai 2024]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/import/prevalence-des-episodes-depressifs-en-france-chez-les-18-85-ans-resultats-du-barometre-sante-2021>
8. Inserm [Internet]. [cité 28 févr 2024]. Dépression · Inserm, La science pour la santé. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/dossier/depression/>
9. VIDAL. 2023 [cité 22 janv 2025]. Recommandations Dépression. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/maladies/recommandations/depression-1567.html>
10. HAS. Épisode dépressif caractérisé de l'adulte : prise en charge en soins de premier recours. 2017;
11. Cuijpers P, Berking M, Andersson G, Quigley L, Kleiboer A, Dobson KS. A meta-analysis of cognitive-behavioural therapy for adult depression, alone and in comparison with other treatments. Can J Psychiatry. juill 2013;58(7):376-85.
12. Zhang A, Borhneimer LA, Weaver A, Franklin C, Hai AH, Guz S, et al. Cognitive behavioral therapy for primary care depression and anxiety: a secondary meta-analytic review using robust variance estimation in meta-regression. J Behav Med. déc 2019;42(6):1117-41.
13. Stallard P. Evidence-based practice in cognitive-behavioural therapy. Arch Dis Child. févr 2022;107(2):109-13.
14. MG-PSY37. Supports patient, ateliers de prise en charge de la dépression. 2024.
15. Huntley AL, Araya R, Salisbury C. Group psychological therapies for depression in the community: systematic review and meta-analysis. Br J Psychiatry. mars 2012;200(3):184-90.

16. Oei TPS, Dingle G. The effectiveness of group cognitive behaviour therapy for unipolar depressive disorders. *J Affect Disord.* avr 2008;107(1-3):5-21.
17. Whitfield G. Group cognitive-behavioural therapy for anxiety and depression. *Advances in Psychiatric Treatment.* mai 2010;16(3):219-27.
18. DREES. Organisation de l'offre de soins en psychiatrie et santé mentale. avr 2014 [cité 4 juin 2024];(129). Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-09/dt129.pdf>
19. Assemblée Nationale. Rapport d'information n°2249 [Internet]. 2019. Disponible sur: https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/rapports/cion-soc/l15b2249_rapport-information
20. Dumesnil H, Cortaredona S, Cavillon M, Mikol F, Aubry C, Sebbah R, et al. La prise en charge de la dépression en médecine générale de ville.
21. Coldefy M, Gandré C. Atlas de la santé mentale en France. Paris: IRDES; 2020. (Ouvrage de l'Irdes).
22. MG-PSY37. DGOS présentation : état des lieux en septembre 2023.
23. Médecine Générale et Psychiatrie 37 [Internet]. [cité 9 mai 2025]. Disponible sur: <https://medecinegeneralepsychiatrie37.fr/>
24. DGOS_Marie.R. Ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles. [cité 14 avr 2025]. Innovation organisationnelle en psychiatrie. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-mentale/des-enjeux-de-proximite-pour-la-politique-de-sante-mentale/article/innovation-organisationnelle-en-psychiatrie>
25. CHRU de Tours [Internet]. [cité 6 janv 2025]. En Indre-et-Loire, généralistes et psychiatres innovent au service de la santé mentale. Disponible sur: <https://www.chu-tours.fr/actualites/liste-des-actualites/en-indre-et-loire-generalistes-et-psychiatres-innovent-au-service-de-la-sante-mentale/>
26. Rami N, De Fongalland C, Brignon M. Comment améliorer la coopération des médecins généralistes et leur adressage des patients dépressifs aux psychothérapies structurées de groupe du dispositif « Médecine Générale et Psychiatrie 37 » ? : Étude réalisée auprès de médecins généralistes du département de l'Indre et Loire. Université de Lorraine; 2022.
27. MG-PSY37. Indications à la psychothérapie de groupe.
28. MG-PSY37. Supports animateur, ateliers de prise en charge de la dépression. 2024.
29. Broussard A. [cité 1 avr 2025]. Faculté de médecine - La Consultation Méthodologique (CoMeth). Disponible sur: <https://med.univ-tours.fr/version-francaise/formations/le-departement-de-sante-publique/la-consultation-methodologique>

30. Cuijpers P, van Straten A, Schuurmans J, van Oppen P, Hollon SD, Andersson G. Psychotherapy for chronic major depression and dysthymia: a meta-analysis. *Clin Psychol Rev.* févr 2010;30(1):51-62.
31. Letrilliat Laurent. ECOGEN : étude des Eléments de la COnsultation en médecine GENérale. 2014.
32. Hamadé M. La dépression en soins primaires. À partir de l'étude ECOGEN.
33. Chalmeton P, Cherbonnet C, Leclerc C. Mesure des délais d'attente en CMP en Centre-Val de Loire [Internet]. 2020. Disponible sur: https://orscentre.org/images/files/publications/sante_mentale/Rapports/CMP.pdf
34. Ynesta S, Danguin AS. Enquête sur les Centres Médico-Psychologiques (CMP) de la région Rhône-Alpes [Internet]. 2015. Disponible sur: https://www.apmnews.com/documents/201509211818350.ARS_Rhone-Alpes_-_Enquete_CMP.pdf
35. L'Observatoire, La santé mentale en France. Focus Centre-Val-de-Loire [Internet]. 2021. Disponible sur: https://www.mutualite.fr/content/uploads/2021/06/Focus-Centre-Val_de_Loire.pdf
36. Driessen E, Hollon SD. Cognitive behavioral therapy for mood disorders: efficacy, moderators and mediators. *Psychiatr Clin North Am.* sept 2010;33(3):537-55.
37. Cuijpers P, Hollon SD, van Straten A, Bockting C, Berking M, Andersson G. Does cognitive behaviour therapy have an enduring effect that is superior to keeping patients on continuation pharmacotherapy? A meta-analysis. *BMJ Open.* 2013;3(4):e002542.
38. Chan M, Jiang Y, Lee CYC, Ramachandran HJ, Teo JYC, Seah CWA, et al. Effectiveness of eHealth-based cognitive behavioural therapy on depression: A systematic review and meta-analysis. *J Clin Nurs.* nov 2022;31(21-22):3021-31.
39. Karyotaki E, Efthimiou O, Miguel C, BERPohl FMG, Furukawa TA, Cuijpers P, et al. Internet-Based Cognitive Behavioral Therapy for Depression: A Systematic Review and Individual Patient Data Network Meta-analysis. *JAMA Psychiatry.* 1 avr 2021;78(4):361-71.
40. Echelle de Hamilton [Internet]. Disponible sur: <https://www.mgfrance.org/images/utilitaires-medicaux/test-hamilton.htm>
41. Ministère de la Santé et de la Prévention. INSTRUCTION N° DGOS/R4/2023/50 du 19 avril 2023 relative à la mise en œuvre du fonds d'innovation organisationnelle en psychiatrie pour l'année 2023 [Internet]. Disponible sur: <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/media/110448/download?inline>
42. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB. Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD: the PHQ primary care study. Primary Care Evaluation of Mental Disorders. Patient Health Questionnaire. *JAMA.* 10 nov 1999;282(18):1737-44.

13. ANNEXES

13.1. Annexe 1 : Score PHQ-9

Nom : _____ Prénom : _____ Âge: _____

Date : _____ Évaluateur : _____

Veuillez répondre à chacune des questions en encerclant l'énoncé qui correspond le mieux à votre situation.

Au cours des deux dernières semaines, à quelle fréquence avez-vous été dérangé par les problèmes suivants?	Jamais	Plusieurs jours	Plus de la moitié du temps	Presque tous les jours
1. Peu d'intérêt ou de plaisir à faire les choses*	0	1	2	3
2. Vous sentir triste, déprimé ou désespéré*	0	1	2	3
3. Difficultés à vous endormir, à rester endormi ou trop dormir	0	1	2	3
4. Vous sentir fatigué ou avoir peu d'énergie	0	1	2	3
5. Peu d'appétit ou trop d'appétit	0	1	2	3
6. Mauvaise perception de vous-même, vous pensez que vous êtes un perdant ou que vous n'avez pas satisfait vos propres attentes ou celles de votre famille	0	1	2	3
7. Difficultés à vous concentrer sur des choses telles que lire le journal ou regarder la télévision	0	1	2	3
8. Vous bougez ou vous parlez si lentement que les autres personnes ont pu le remarquer. Ou, au contraire, vous êtes si agité que vous bougez beaucoup plus que d'habitude.	0	1	2	3
9. Vous avez pensé que vous seriez mieux mort ou pensé à vous blesser d'une façon ou d'une autre ¹ .	0	1	2	3

Score total : somme des scores obtenus à chaque question : _____

Si vous avez coché au moins un des problèmes nommés dans ce questionnaire, répondez à la question suivante : Dans quelle mesure ce ou ces problèmes ont-ils rendu difficiles votre travail, vos tâches à la maison ou votre capacité à bien vous entendre avec les autres?

Pas du tout
difficile

☐

Plutôt
difficile

☐

Très
difficile

☐

Extrêmement
difficile

☐

1. Si le patient répond **oui à la question 9**, une évaluation du risque suicidaire ou de l'auto-agressivité par un professionnel de la santé ou des services sociaux qualifié est conseillée.

Copyrights © K. Kroenke, 2002, tous droits réservés. Le QSP est une marque déposée de Pfizer inc. Ce test est libre d'utilisation pour un usage clinique.

* Questions comprises dans le QSP-2

Interprétation

- 0-4 : absence de dépression
- 5-9 : dépression légère
- 10-14 : dépression modérée
- 15-19 : dépression modérément sévère
- 20-27 : dépression sévère

13.2. Annexe 2 : MG-PSY 37



13.3. Annexe 3 : Psychothérapies de groupe

Psychothérapies de groupe → Prise en charge groupale structurée brève d'orientation TCC /Dépression unipolaire-troubles légers à modérés

Pour qui?

- Patient(e) majeur(e)
- Orienté(e) par le MG ou psychiatre

Quoi ?

- Approche psychopédagogique de la dépression
- Démarche structurée avec prescription de tâches:
 - Activation comportementale → Travail qui cible l'aboulie/anhédonie. Finalité de remise et maintien du patient à un niveau d'activité satisfaisant en adéquation avec ses intérêts personnels
 - Thérapie Cognitive → Travail spécifique qui aide à identifier ses pensées et émotions. Finalité → Identifier les automatismes de pensées qui sont à la fois conséquences et facteurs d'entretien de la dépression

Comment?

- Groupe de 10 patients maximum
- Animés par un binôme d'animateurs.trices formé(e)s
- Programme de 11 séances de 1h30 à 2h00
- Gratuit pour les participants

Où? Et Quand?

- En dehors des lieux hospitaliers
- Le soir en semaine, en général sur des créneaux de 18h à 20h00.

Critères d'exclusion :

- Patient mineur
- Trouble neuro dégénératif (démence)
- Déficience intellectuelle
- Absence de maîtrise de la langue française (parlé + écrit nécessaire)
- Mésusages actifs (addictions) pouvant entraver l'investissement dans des soins / pouvant mettre en difficulté un groupe de patient
- Critères de gravité / sévérité des symptômes dépressifs qui contre-indiquent une prise en charge psychothérapeutique



13.4. Annexe 4 : Plan de la TCC en groupe de MG-PSY37

PLAN DE LA THERAPIE

Séance 1 : Introduction, règles de fonctionnement du groupe, explication concernant la dépression et les TCC, passation des questionnaires

Première partie : Activation Comportementale (4 séances)

Séance 2 : L'importance de la remise en action, auto-évaluation des activités

Séance 3 : Domaine de vie, Valeurs, Objectifs & Activités

Séance 4 : Planification & Action

Séance 5 : Synthèse de l'activation comportementale

Module 2 : Thérapie cognitive (5 séances)

Séance 6 : Introduction à la thérapie cognitive, Pensées automatiques

Séance 7 : Distorsions cognitives, Examen des évidences

Séance 8 : Pensées alternatives

Séance 9 : Synthèse de la thérapie cognitive et entraînement (1/2)

Séance 10 : Synthèse de la thérapie cognitive (2/2) & prévention de la rechute et de la récurrence

Module 3 : Prévention de la rechute (1 séance)

Séance 11 : Prévention de la rechute, validation des acquis, conclusion

13.5. Annexe 5 : Tableaux descriptifs de la population exclue

Tableau 6 : score PHQ-9 (médiane [Q1 ; Q3]) en fonction du sexe, population exclue

	Début TCC	Fin TCC
Femme (n=33)	17 [14 ; 19,5] n=19	5,5 [4,75 ; 6,25] n=2
Homme (n=20)	13 [12,25 ; 20,5] n=10	20 n=1

Tableau 7 : score PHQ-9 (médiane [Q1 ; Q3]) en fonction de l'âge, population exclue

	Début TCC	Fin TCC
< 40 ans (n=13)	21 [19 ; 23] n=5	n=0
40-49 ans (n=13)	19 [13 ; 21] n=9	7 n=1
50-59 ans (n=15)	13 [9 ; 17] n=9	20 n=1
≥ 60 ans (n=12)	9,5 [7 ; 12,5] n=4	4 n=1

13.6. Annexe 6 : Répartition des patients par classe de score PHQ-9 à la fin de la TCC en fonction de la classe de score PHQ-9 au début de la TCC

Tableau 8 : répartition des classes de score PHQ-9 à la fin de la TCC en fonction de la classe de score PHQ-9 au début de la TCC					
Début TCC		Fin TCC			
		Absence	Légère	Modérée	Modérément sévère Sévère
Absence	n=4	n=3 (75%)	n=1 (25%)		
Légère	n=21	n=12 (57,1%)	n=8 (38,1%)	n=1 (4,8%)	
Modérée	n=40	n=13 (32,5%)	n=23 (57,5%)	n=2 (5%)	n=1 (2,5%)
Modérément sévère	n=45	n=5 (11,1%)	n=17 (37,8%)	n=18 (40%)	n=4 (8,9%)
Sévère	n=26	n=4 (15,4%)	n=7 (26,9%)	n=11 (42,3%)	n=4 (15,4%)

13.7. Annexe 7 : Patients présentant une stagnation ou une aggravation de leur classe de sévérité de la dépression

Tableau 9 : patients avec aggravation ou stagnation classe sévérité dépression (n=22)	
Sexe (nombre (%))	
Femme	13 (59,1%)
Homme	9 (40,9%)
Age en années (médiane [Q1 ; Q3])	50 [42,3 ; 58]
Nombre de séances (moyenne $\pm$ écart type), n=9	10,2 $\pm$ 1,3

13.8. Annexe 8 : Réduction relative médiane du score PHQ-9

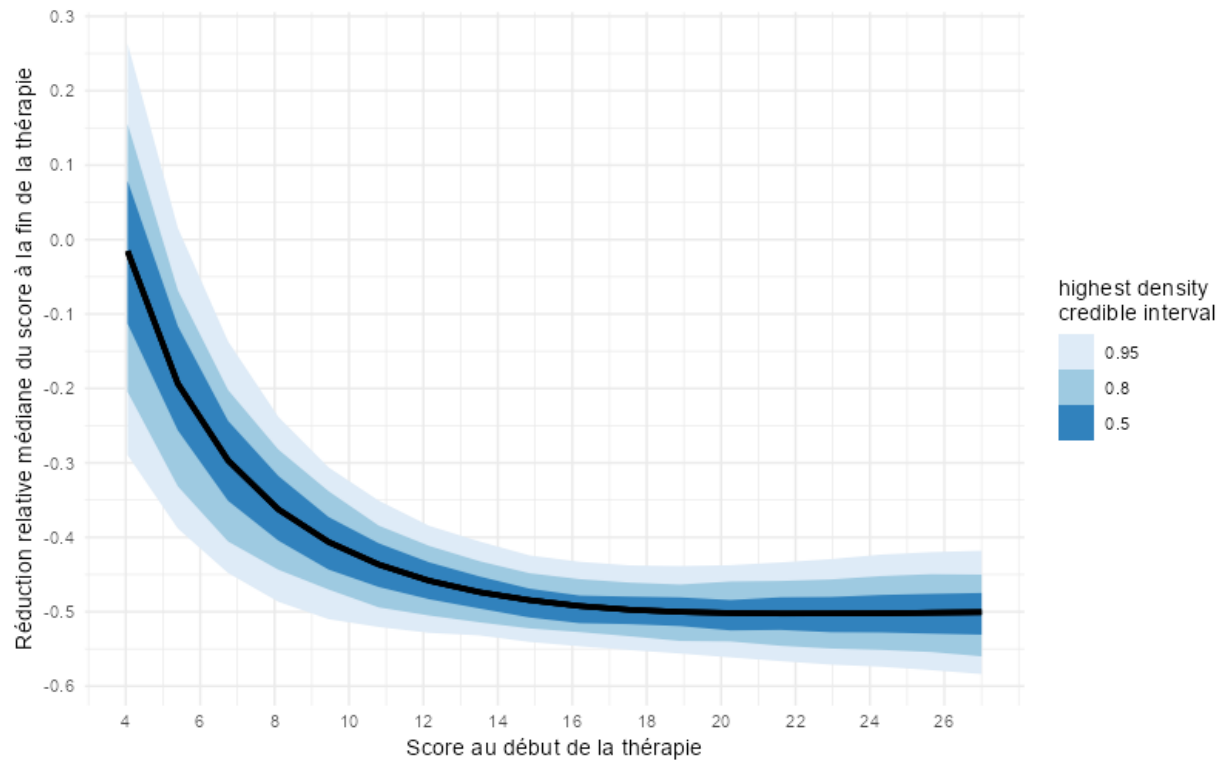


Figure 6 : Réduction relative médiane du score PHQ-9 à la fin de la TCC en groupe en fonction du score PHQ-9 au début de la TCC en groupe.

Avis favorable de la Commissions des thèses
du Département de Médecine Générale
en date du 10 janvier 2025

Vu, les Directeurs de Thèse

Dr Alice PERRAIN



Dr Pierre-Yves SARRON

A handwritten signature of Dr Pierre-Yves Sarron.

Vu, le Doyen
De la Faculté de Médecine de Tours

RESUME

Titre : Médecine Générale et Psychiatrie 37 : évolution de la sévérité de la dépression après Thérapie Cognitivo-Comportementale en groupe

Introduction : L'Épisode Dépressif Caractérisé (EDC) est le plus fréquent des troubles de la santé mentale. Son traitement repose principalement sur les antidépresseurs et la psychothérapie, dont la Thérapie-Cognitivo-Comportementale (TCC) est la plus étudiée. La TCC en groupe, bien qu'elle ait fait l'objet de moins de recherches que la TCC individuelle, est une méthode efficace. Le dispositif Médecine Générale et Psychiatrie 37 (MG-PSY37) a pour but d'améliorer l'accès aux soins en santé mentale en Indre-et-Loire avec notamment des prises en charge de TCC en groupe pour les patients souffrant de dépression légère à modérée. L'objet de ce travail est d'estimer l'effet de la TCC en groupe du dispositif MG-PSY37 sur la sévérité de la dépression chez l'adulte.

Méthode : Étude rétrospective monocentrique ayant inclus l'ensemble des participants à la TCC en groupe de dépression de MG-PSY37 de janvier 2021 à juillet 2024. Le critère de jugement principal était l'évolution du score PHQ-9 entre le début et la fin de la TCC en groupe. Les critères secondaires étaient l'effet du niveau de participation, de l'âge et du sexe sur l'évolution du score PHQ-9.

Résultats : 136 patients étaient inclus dans cette étude. L'évolution du score PHQ-9 entre le début et la fin de la TCC était de -6,5 [-4 ; -9]. Il y avait une tendance à une diminution de la sévérité de la dépression à la fin de la TCC en groupe. La réduction médiane du score PHQ-9 était d'autant plus importante que le score de dépression au début de la TCC était élevé. Il est probable que la TCC en groupe soit plus bénéfique aux patients ayant une participation élevée. L'âge et le sexe ne semblaient pas avoir d'effet sur la réduction médiane du score PHQ-9 après TCC.

Discussion : La TCC en groupe du dispositif MG-PSY37 semble être efficace sur la diminution de la sévérité de la dépression.

MOTS CLÉS : dépression, Médecine Générale et Psychiatrie 37, Thérapie Cognitivo-Comportementale, groupe

DUBOIS Julie

46 pages – 9 tableaux – 6 figures

Résumé :

Titre : Médecine Générale et Psychiatrie 37 : évolution de la sévérité de la dépression après Thérapie Cognitivo-Comportementale en groupe

Introduction : L'Épisode Dépressif Caractérisé (EDC) est le plus fréquent des troubles de la santé mentale. Son traitement repose principalement sur les antidépresseurs et la psychothérapie, dont la Thérapie-Cognitivo-Comportementale (TCC) est la plus étudiée. La TCC en groupe, bien qu'elle ait fait l'objet de moins de recherches que la TCC individuelle, est une méthode efficace. Le dispositif Médecine Générale et Psychiatrie 37 (MG-PSY37) a pour but d'améliorer l'accès aux soins en santé mentale en Indre-et-Loire avec notamment des prises en charge de TCC en groupe pour les patients souffrant de dépression légère à modérée. L'objet de ce travail est d'estimer l'effet de la TCC en groupe du dispositif MG-PSY37 sur la sévérité de la dépression chez l'adulte.

Méthode : Étude rétrospective monocentrique ayant inclus l'ensemble des participants à la TCC en groupe de dépression de MG-PSY37 de janvier 2021 à juillet 2024. Le critère de jugement principal était l'évolution du score PHQ-9 entre le début et la fin de la TCC en groupe. Les critères secondaires étaient l'effet du niveau de participation, de l'âge et du sexe sur l'évolution du score PHQ-9.

Résultats : 136 patients étaient inclus dans cette étude. L'évolution du score PHQ-9 entre le début et la fin de la TCC était de -6,5 [-4 ; -9]. Il y avait une tendance à une diminution de la sévérité de la dépression à la fin de la TCC en groupe. La réduction médiane du score PHQ-9 était d'autant plus importante que le score de dépression au début de la TCC était élevé. Il est probable que la TCC en groupe soit plus bénéfique aux patients ayant une participation élevée. L'âge et le sexe ne semblaient pas avoir d'effet sur la réduction médiane du score PHQ-9 après TCC.

Discussion : La TCC en groupe du dispositif MG-PSY37 semble être efficace sur la diminution de la sévérité de la dépression.

Mots clés : dépression, Médecine Générale et Psychiatrie 37, Thérapie Cognitivo-Comportementale, groupe

Jury :

Président du Jury : Professeur Paul BRUNAUT
Membres du Jury : Professeur Thomas DESMIDT
Docteur Marc-Florent TASSI

Directeurs de thèse : Docteur Alice PERRAIN
Docteur Pierre-Yves SARRON