



Thèse

2023

Public access

This version of the publication is provided by the author(s) and made available in accordance with the copyright holder(s).

Comment évaluer les barrières à la prise en charge de la dépression en médecine générale : de la validation à l'utilisation d'un questionnaire adressé aux médecins généralistes

Senchyna, Arun

How to cite

SENCZYNA, Arun. Comment évaluer les barrières à la prise en charge de la dépression en médecine générale : de la validation à l'utilisation d'un questionnaire adressé aux médecins généralistes. Doctoral Thesis, 2023. doi: [10.13097/archive-ouverte/unige:171176](https://archive-ouverte.unige.ch/unige:171176)

This publication URL: <https://archive-ouverte.unige.ch/unige:171176>

Publication DOI: [10.13097/archive-ouverte/unige:171176](https://archive-ouverte.unige.ch/unige:171176)

© This document is protected by copyright. Please refer to copyright holder(s) for terms of use.

Last update in Archive ouverte UNIGE on 03.04.2025 18:05



**UNIVERSITÉ
DE GENÈVE**

FACULTÉ DE MÉDECINE

DOCTORAT EN MEDECINE

Thèse de :

Arun François Orson SENCHYNA

originaire de Genève (GE), Suisse

Intitulée :

**Comment évaluer les barrières à la prise en charge de la
dépression en médecine générale : de la validation à l'utilisation
d'un questionnaire adressé aux médecins généralistes**

La Faculté de médecine, sur le préavis du Comité directeur des thèses, autorise l'impression de la présente thèse, sans prétendre par-là émettre d'opinion sur les propositions qui y sont énoncées.

Genève, le 29 juin 2023

Thèse n° 11176

Cem Gabay

Doyen

N.B. - La thèse doit porter la déclaration précédente et remplir les conditions énumérées dans les "Informations relatives à la présentation des thèses de doctorat à l'Université de Genève".

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ	3
LISTE DES ABRÉVIATIONS	3
REMERCIEMENTS	4
INTRODUCTION – LA PRISE EN CHARGE DE LA DÉPRESSION EN MÉDECINE GÉNÉRALE : POURQUOI S'INTÉRESSER AUX BARRIÈRES	5
MÉTHODES – UNE APPROCHE PRAGMATIQUE DE LA VALIDATION DE QUESTIONNAIRE	7
ARTICLE ORIGINAL.....	13
DISCUSSION - PRÉSENTATION DU BARRIERS TO DEPRESSION CARE QUESTIONNAIRE (BDC-Q)	21
PREMIERS USAGES DU BDC-Q	23
1. <i>Exploration du lien entre barrières à la prise en charge de la dépression et la formation en santé mentale auprès de médecins généralistes installés dans le canton de Genève.....</i>	23
2. <i>Enquête IBADES : Identifier les BARrières à la prise charge de la DEpression au sein des consultations médicales du Service de Médecine de Premier Recours des HUG.....</i>	24
BILAN ET PERSPECTIVES	29
BIBLIOGRAPHIE	30
ANNEXE I. QUESTIONNAIRE SUR LES BARRIERES A LA PRISE EN CHARGE DE LA DEPRESSION EN MEDECINE GENERALE - BDC-Q - VERSION FRANÇAISE VALIDEE.....	36
ANNEXE II. QUESTIONNAIRE ON BARRIERS TO DEPRESSION CARE IN FAMILY PRACTICE BDC-Q UNVALIDATED ENGLISH VERSION	38
ANNEXE III. EVOLUTION DES ITEMS DU QUESTIONNAIRE ENTRE L'ÉTAPE 1 (GÉNÉRATION D'ITEMS) ET L'ÉTAPE 3 (PRETEST).	40
ANNEXE IV. ENQUÊTE IBADES. POSTER PRÉSENTÉ AU CONGRÈS DE LA SSMIG, PRINTEMPS 2022	43

RÉSUMÉ

La dépression affecte environ 5% de la population adulte mondiale et représente le plus grand fardeau de morbidité. Les médecins généralistes sont en première ligne dans la prise en charge des patients et sont régulièrement confrontés à des barrières dans leurs soins et leurs interactions avec les services spécialisés en santé mentale. Une meilleure compréhension des barrières, avec une approche structurée, est souhaitable pour éclairer les besoins et guider les stratégies d'amélioration. Dans ce travail, nous présentons le processus de validation d'un questionnaire, que nous avons nommé le Barriers to Depression Care Questionnaire (BDC-Q), à destination de médecins généralistes francophones. Le BDC-Q permet une évaluation des barrières à la prise en charge de la dépression avec une approche quantitative, succincte (25 items en 5 dimensions) et exploitable dans différents terrains de soins. Nous décrivons ses premiers usages auprès de deux populations de médecins généralistes dans le canton de Genève.

LISTE DES ABRÉVIATIONS

AMGe : Association des médecins du canton de Genève

BDC-Q : Barriers to Depression Care Questionnaire

CAS : *Certificate of Advanced Studies*, formation postgrade donnée par les hautes écoles

CDC : médecin chef-fe de clinique

DSM-5 : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, et des troubles psychiatriques - 5^{ème} édition

HUG : Hôpitaux Universitaires de Genève

IBADES (enquête) : Identification des Barrières à la prise en charge de la dépression aux consultations médicales du SMPR

IuMFE : Institut universitaire de médecine de famille et de l'enfance (Université de Genève)

MG : Médecins généralistes. En Suisse, on emploie indifféremment la terminologie médecin généraliste, médecins de famille ou médecins de premier recours pour désigner tout médecin ayant un titre de médecine interne générale avec une pratique ambulatoire ou de médecin praticien. Nous employons ici le terme médecin généraliste car il s'agit de la terminologie la plus couramment utilisée dans le monde francophone.

SMPR : Service de médecine de premiers recours, au sein des Hôpitaux Universitaire de Genève.

SSMIG : La société Suisse de médecine interne générale

REMERCIEMENTS

À mes patients et collègues, en particulier au sein du Service de Médecine de Premier Recours, dont la diversité des vécus et expériences de soins m'a permis de tisser des liens entre une recherche parfois lointaine et la pratique clinique concrète.

Mes remerciements vont en particulier :

À Dagmar, pour ton accompagnement toujours avisé et bienveillant. Je suis toujours impressionné par ta finesse et rapidité de raisonnement que tu sais partager avec justesse. C'était un plaisir et privilège de travailler sous ta supervision.

À Hubert, pour notre relation tissée au fil des années dans et en dehors du travail. Tu es devenu plus qu'un mentor et au-delà d'un camarade ! Merci pour notre amitié.

À Jennifer, pour ton soutien et encouragements intarissables durant toutes ses années et à travers les épreuves. À notre amitié, la plus sympathique et inattendue récolte de notre travail acharné.

À Carole, Alban, Leslie, Noémie et Saha. Vous vous êtes succédés au fil des années sur le BDC-Q, participant activement aux différentes étapes de sa vie. Ce travail rassemble nos forces. Santé et longue vie à l'amitié franco-suisse !

À Milena, pour ces nombreux rires partagés qui sont venus agrémenter ton approche psychométrique rigoureuse.

À Amir, Roxanne, Stéphane et Barbara. Merci de vous être engagés dans le projet IBADES. Vos apports ont été aussi sympathiques qu'indispensables dans son aboutissement et son succès.

À Carole, Adriana et Amir (tu mérites une double mention) : pour tous nos échanges, déjeunés, cafés, et agréables moments durant ces années et qui mettent vie dans les locaux de l'IuMFE.

À Johanna, tu es une boussole lumineuse dans mon parcours. Merci de m'avoir donné envie de pousser la porte de l'IuMFE et de persévérer dans la médecine générale.

À Lavinia, pour ta relecture amicale et experte dans un élan de solidarité doctorale.



INTRODUCTION – La prise en charge de la dépression en médecine générale : Pourquoi s'intéresser aux barrières

La dépression représente, selon l'OMS, le plus grand fardeau de morbidité à l'échelle mondiale et sa prévalence globale est évaluée à 5 %.¹

En Europe, la prévalence moyenne de la dépression au sein de la population adulte est estimée à 6,38%, avec une importante variabilité entre les pays et une tendance générale à l'augmentation à travers les années.² Globalement, la santé mentale d'une part croissante de la population est mise à l'épreuve dans les crises à grandes échelles que l'on connaît actuellement telles que la pandémie Covid-19^{3,4}, les conflits armés qui resurgissent en Europe⁵ et les bouleversements climatiques.⁶ En Suisse, plus d'un tiers de la population rapporte des symptômes dépressifs et l'incidence de diagnostic de dépression est estimée à 5,4%/an.⁷

La dépression se décline sous de nombreux tableaux cliniques avec une prévalence et des présentations qui peuvent être influencées par l'âge, le genre, le milieu social et culturel. Les présentations mixtes sont fréquentes, par exemple avec des manifestations anxieuses ou des plaintes somatiques multiples.⁸ Elle s'associe à une morbi-mortalité directe (80% des suicides sont associés à un trouble dépressif) et indirecte, tels que troubles psychiatriques concomitants, augmentation du risque cardiovasculaire et négligence dans les soins d'autres maladies.⁹

Les médecins généralistes (MG) sont souvent les premiers et les seuls professionnels de santé auxquels les patients s'adressent.¹⁰ L'enjeu du diagnostic est régulièrement mis en avant, avec des données historiques suggérant que la moitié des patients dépressifs ne seraient pas diagnostiqués par les MG.^{11,12} Ce chiffre reste toutefois à nuancer par la diversité d'une patientèle qui varie fortement entre le contexte de soins en médecine générale et en psychiatrie. En effet, les patients dépressifs présentent des formes moins sévères au cabinet du généraliste que les patients suivis dans un milieu psychiatrique.¹³ Légitimant une approche plus globale et longitudinale du patient, l'appréciation du tableau dépressif par les MG peut s'écarter des critères de psychiatrie clinique (p.ex. ceux du DSM-5) pour laisser une part plus importante au jugement du clinicien.^{14,15} Dépassant les aspects strictement diagnostics, la prise en charge de la dépression fait appel à toutes les compétences des MG en termes de

connaissances de leurs patients, d'aptitudes à communiquer, ainsi qu'à prodiguer et organiser des soins individualisés en s'appuyant sur les ressources disponibles.¹⁶

Devant la complexité des soins qui échappent en grande partie à une approche médicale codifiée, il est essentiel d'avoir une vision de terrain des MG, afin de mieux comprendre leur pratique courante et les barrières auxquelles, en son sein, ils sont confrontés.¹⁷

Les barrières s'articulent différemment en fonction des profils des médecins et des patients, des ressources du système de santé (notamment en termes d'offre de soins en santé mentale), et du contexte socioculturel.¹⁸ La recherche sur les barrières est fondée essentiellement sur des études qualitatives, y compris en Suisse et en France.^{19–21} Quelques revues systématiques d'études qualitatives peuvent offrir une vision plus large.^{13,22} Néanmoins et par essence, ces études qualitatives concernent des petits groupes de médecins et offrent des données qui ne sont pas forcément généralisables et dont la transférabilité n'est pas assurée. Pour mieux éclairer les besoins et guider les stratégies d'amélioration des soins à l'échelle d'un territoire, une approche quantitative, basée sur les barrières déjà explorées dans la littérature, nous paraît à la fois plus accessible et plus pertinente.

En l'état, les données quantitatives sur les barrières à la prise en charge de la dépression sont peu nombreuses et ne bénéficient pas d'une approche utilisant un instrument de mesure validé.^{23,24} Notre objectif a été de développer et valider un questionnaire, que nous avons nommé le Barriers to Depression Care Questionnaire (BDC-Q), capable de fournir des données quantitatives sur les barrières à la prise en charge de la dépression rencontrées par les MG dans leur pratique courante. Nous commencerons par détailler le cadre méthodologique présidant à la validation du BDC-Q, puis nous présenterons ses premiers usages auprès de deux populations de MG dans le canton de Genève.



MÉTHODES – Une approche pragmatique de la validation de questionnaire

Dans cette section, nous abordons l'aspect méthodologique de la validation de questionnaire, un exercice auquel peu de chercheurs en médecine clinique sont confrontés.

Nous proposons un cadre théorique simplifié, illustré par notre propre expérience et qui vient compléter la méthodologie présentée dans l'article original.²⁵

Le processus de développement et de validation (ou d'acquisitions de preuves de validité) du BDC-Q s'est déroulé en plusieurs étapes séquentielles entre 2014 et 2020, dans le cadre d'une collaboration franco-suisse. Les étapes préliminaires (1 à 3) ont fait l'objet de deux travaux de Master à la faculté de médecine de Genève^{26,27} et trois thèses d'exercice en médecine générale à la faculté de médecine de Lyon Sud.^{28–30}

Intérêt à utiliser un questionnaire validé

L'usage d'un questionnaire de mesure validé et fiable présente plusieurs avantages :

- Pour le destinataire, il améliore la compréhension et l'acceptation des questions.
- Pour l'émetteur, il augmente la validité interne des données récoltées, facilite l'interprétation des résultats, minimise les risques de données incohérentes et peut permettre d'augmenter le taux de réponse. Ce point est essentiel dans la recherche auprès des MG, compte tenu des taux de réponse communément faible.³¹
- Pour la communauté scientifique, il peut ouvrir la voie à une standardisation, facilitant la comparaison de données récoltées avec le même outil dans des contextes et en des temps différents.

Les étapes de validation

Dans la littérature médicale, les études de validation de questionnaire occupent une place marginale. Par conséquent, on les retrouve absentes des recommandations à l'intention des auteurs, ainsi que des instructions des éditeurs. Les principes méthodologiques de validation de questionnaire sont majoritairement issus de la recherche en science sociale et en psychologie. Les définitions, concepts et méthodes sont diversifiés³² et peuvent former une nébuleuse obscure, même aux yeux des initiés.³³ En l'absence d'approche standardisée, nous en présentons une pragmatique et séquentielle qui cherche à concilier des références générales issues de la psychométrie et appliquées dans le champ médical.^{33–36}

Par validité d'un questionnaire, on entend que le questionnaire mesure effectivement ce qu'il est censé mesurer. L'appréciation de la validité d'un questionnaire n'est pas dichotomique, il s'agit d'apporter différentes preuves de validité qui viennent renforcer la qualité de l'instrument.³⁷ La validité peut se décomposer en différents domaines selon les modèles théoriques³². Nous reprenons un modèle de la validité en 4 domaines³⁶ :

Les 3 premiers domaines sont impliqués dans nos étapes de validation, que nous allons détailler. **Le tableau 1** résume les étapes du développement et validation du BDC-Q.

Étapes	Objectifs	Méthodes analyses employées	Forces	Faiblesses
1-Génération des items ²⁶	Identification d'un maximum d'items	Revue de littérature - 11 sources ^{13,22-24,41-47}	Extraction et traduction réalisées en binôme. Sources locales et internationales	Revue non systématique de la littérature
2-Validation de contenu ²⁶ –)	Sélection des items pertinents	Enquête en ligne - Content validation index ³⁸	Panel d'experts (N=19)	Pas de round de consensus réalisé
3-Pretest (processus de réponse) ^{27,29}	Clarté et interprétation des items	Entretiens cognitifs en face à face Guide d'entretien adapté ³⁹	Cadre méthodologique robuste	Peu de participants (N=20) et biais de sélection
4- Validation de structure ²⁵	Organisation des items en dimensions cohérentes	Enquête en ligne Analyse en composantes principales (PCA)	Taux de réponse élevé	Participants(N=116) MG français uniquement
5-Fiabilité (Reliability) ²⁵	Evaluation de la variabilité des dimensions du questionnaire par : 1.Cohérence interne 2.Reproductibilité (test-retest)	Enquête en ligne 1.Cronbach alpha 2. Pearson r	Double évaluation (cohérence +reproductibilité)	Pour la cohérence interne : mêmes participants qu'à l'étape 4. Pour le test-retest : Peu de participants (N=30) et biais de sélection

Étape 1 : Génération d'items

Question posée : Quels items peuvent couvrir l'ensemble du domaine de recherche ?

Il s'agit ici d'extraire (ou générer) le maximum d'items qui appartiennent potentiellement au champ de recherche ; en l'occurrence, dresser une liste d'items qui évoquent des barrières à la prise en charge de la dépression. Le domaine doit être aussi large que possible et permettre à un maximum d'items de traverser le processus de sélection subséquent.⁴⁰

Les sources d'items peuvent être inductives : entretien avec des experts, focus group et /ou déductives, c'est-à-dire recoupant des données existantes dans la littérature.

Dans notre cas, la génération d'items s'est faite à travers une recherche de littérature en 2014.^{13,22-24,41-47} Nous n'avons pas identifié de nouveaux items dans une recherche actualisée en 2017.⁴⁸⁻⁵⁰ Malgré les limitations liées à une recherche non systématique, une force de cette étape a été la diversification des sources : nous avons inclus des études qualitatives issues de la littérature internationale, ainsi que les résultats d'un focus group réalisé dans le canton de Genève.⁵¹ Nous avons également repris un questionnaire utilisé pour évaluer l'opinion des MG envers la dépression : le Depression Attitudes Questionnaire (DAQ).^{52,53} Deux items du DAQ, qui ne figurent plus dans sa version révisée⁵⁴ ont abouti à la version finale du BDC-Q: « Il est facile de distinguer une simple tristesse de l'humeur d'un syndrome dépressif » et « Travailler avec des patients déprimés est pesant. ».

Étape 2 : Validation de contenu

Question posée : Quels sont les items pertinents du domaine de recherche ?

L'objectif de la seconde étape est d'opérer une première sélection d'items basée sur leur pertinence. La pertinence peut être évaluée par la population cible du questionnaire ou des experts du domaine à travers un système de score ou par consensus.³³

Pour notre étude, nous avons choisi un groupe d'expert MG et psychiatres recrutés à Genève et Lyon, avec des positions académiques, ou ayant participé à des groupes de travail sur la dépression en médecine générale. Les membres du panel ont évalué la pertinence de chacun des items sur une échelle de 1 « pas du tout pertinent » à 4 « tout à fait pertinent »

Nous avons retenus tous les items identifiés comme pertinents, pertinence elle-même déterminée par un score de plus de 80% de 3 ou 4.³⁸

Étape 3 : Pretest

Question posée : Est-ce que les items sont compréhensibles, l'interprétation est-elle la même entre l'émetteur et le récepteur ?

Le but est d'améliorer la clarté des items, de vérifier que l'interprétation des items est identique entre les émetteurs et les récepteurs du questionnaire. Il s'agit dès lors d'explorer le cheminement intellectuel qui se produit entre la lecture de l'item et le choix de réponse (response process).⁵⁵ une lecture à voix haute et réponse à un item ou liste d'items, une explicitation du raisonnement aboutissant à la réponse choisie est sollicitée.

Le **tableau 2** présente le guide d'entretien et la grille de codage employés pour chaque item durant les 20 entretiens en face à face réalisés par les 2 investigateurs.^{27,29} Cette étape de pretest a permis d'adapter la formulation de 14 des 28 items préalablement retenus.

L'annexe III présente l'évolution des items et de la structure du questionnaire entre la première étape et la dernière étape de validation.

Tableau 2. Pretest du questionnaire par l'utilisation d'un guide d'entretien et grille de codage (adapté de Napoles-Spinger et al.³⁹)

Le guide d'entretien	La grille de codage
1-explorer le sens de mots ou d'expressions	1-réponse adaptée
2- déterminer si des items sont jugés redondants	2- réponse nuancée
3- faire expliciter le cheminement de la pensée lorsqu'un temps de réflexion semble nécessaire	3- réponse personnalisée
4- déterminer si une question est perçue comme offensante	4- généralisation
5- déterminer si les items sont déontologiquement appropriés	5- réponse inappropriée avec anecdote
6- évaluer la fréquence du cas lors d'une généralisation	6- question redondante en lien
7- évaluer le caractère exhaustif du questionnaire	7- précision
	8- réponse inadaptée avec digression
	9- lecture répétée
	10- question non applicable
	11- ne sait pas
	12- refus de répondre

Étape 4 - Validation de structure : dimensionalité

Question posée : En combien de dimensions cohérentes peuvent s'organiser les items ?

La dimensionalité avec la fiabilité sont deux des aspects de la validation de structure.⁵⁶ Afin de définir le nombre de dimensions nécessaires pour expliquer le jeu de corrélation dans une série d'items, l'analyse en composante principale (PCA) est une des méthodes statistiques les plus fréquemment employées.⁵⁷

Après la génération d'items (étape 1), une structure en 6 dimensions était pressentie. L'analyse en composante principale a finalement permis de structurer le questionnaire en 5 dimensions cohérentes. Lors de cette étape, 3 items qui ne chargeaient pas (c'est-à-dire ne s'intégraient pas statistiquement) dans une dimension ont été exclus, ramenant le questionnaire à 25 items.

Étape 5 – Fiabilité (reliability)

Question posée : le profil des réponses aux items est-il cohérent et reproductible dans le temps ?

La fiabilité est la proportion de la variabilité observée dans un jeu de mesures qui est due à la « vraie » variabilité entre les répondants plutôt qu'à une erreur intrinsèque à l'outil de mesure. On peut l'exprimer algébriquement ainsi, avec un score allant de 0 (aucune fiabilité) à 1 (parfaitement fiable) :

$$\text{➤ } \text{Fiabilité} = \text{vraie variabilité des répondants} / (\text{vraie variabilité des répondants} + \text{erreur de mesure})$$

Les valeurs cibles vont dépendre des tests statistiques et des auteurs.⁵⁸

Généralement, la fiabilité se décompose en 2 domaines :

- La cohérence interne qui indique à quel degré les items présents dans la même dimension génèrent des scores similaires (corrélation). Une corrélation forte suggère que les items mesurent bien la même dimension, et justifie ainsi leur regroupement dans une même échelle.⁵⁹ L'alpha de Cronbach est la mesure la plus fréquemment utilisée. Son utilité et les valeurs seuils sont sujets à des querelles entre spécialistes.⁶⁰
- La reproductibilité mesure la fiabilité à travers le temps en administrant l'outil de mesures aux mêmes répondants deux fois, souvent dans un intervalle de 2 à 4 semaines.⁵⁸ L'intervalle ne doit pas être trop court, afin d'éviter un biais de rappel ; ni trop long afin d'empêcher que des événements externes viennent durablement influencer le profil de réponse.

Dans nos analyses, nous avons utilisé l'alpha Cronbach pour évaluer la cohérence interne et le r de Pearson pour la reproductibilité à 2 semaines. Le coefficient de corrélation r varie entre ± 1 (reproductibilité parfaite/inverse), où le 0 reflète l'absence de reproductibilité. Les résultats obtenus étaient satisfaisants et n'ont pas entraîné de modification additionnelle du BDC-Q. L'article original fait la synthèse du processus de validation du BDC-Q que nous présentons succinctement dans la partie suivante.

RESEARCH ARTICLE

Open Access



General practitioners' perspectives on barriers to depression care: development and validation of a questionnaire

Arun Senchyna^{1*} , Milena Abbiati², Juliette Chambe³, Dagmar M. Haller¹ and Hubert Maisonneuve¹

Abstract

Background: General practitioners (GPs) regularly feel challenged by the care of depressed patients and may encounter several barriers in providing best management. GPs' perspectives on barriers to depression care are a subject of growing interest but there is a lack of validated assessment tools. The aim of this study was to develop and validate a questionnaire assessing barriers to depression care (BDC-Q) encountered by GPs in France and the French-speaking part of Switzerland.

Methods: The BDC-Q was constructed in five steps: Item development, content validation, pretesting, testing phase and test-retest reliability. The questionnaire items were generated through a literature search. An expert panel of GPs ($n = 16$) and psychiatrists ($n = 3$) validated the content and 20 GPs pretested the questionnaire to provide response process validity evidence. We then tested the questionnaire among 116 GPs and used principal component analysis and internal consistency testing (Cronbach's alpha) to structure it into consistent dimensions. Test-retest reliability using Pearson correlation coefficient was assessed with 30 GPs who completed the questionnaire twice after an interval of at least 2 weeks.

Results: The 25 items BDC-Q was structured in five dimensions: (i) provision of care by the general practitioner, (ii) considering patients' attitudes towards depression, (iii) guidance for care, (iv) collaboration with mental health specialists and (v) access to mental health care.

Conclusions: The BDC-Q displays evidence of validity and reliability to meaningfully assess GPs' perspectives on barriers to depression care. It can be used both at a practice level within a quality improvement strategy, and at a broader level, to inform health planners and tailor appropriate strategies to improve depression care in the community.

Keywords: Depression, General practitioners, Primary care, Questionnaire

Background

Depression affects more than 300 million people worldwide, accounting now for the first leading cause of disability (WHO). In European countries, the 12 month prevalence of depression is estimated at 6.9% [1]. Along with anxiety disorders, depression is the main mental

disorder encountered in primary care (PC) and most depressed patients will be handled in PC settings only [2, 3]. General practitioners (GPs) regularly encounter difficulties to diagnose depression and provide adequate care [4, 5]. Addressing the pitfalls and perspectives for improvements has moved beyond a disease-centred approach to an integrative approach involving the perceptions of patients and care givers [6]. A growing number of studies analyse GPs' views of their practice and experience to identify barriers to and facilitators of depression care. Authors have

* Correspondence: arun.senchyna@unige.ch

¹Primary Care Unit, Faculty of Medicine, University of Geneva, CMU - 1 rue Michel Servet, CH1211 Geneva, Switzerland

Full list of author information is available at the end of the article



© The Author(s). 2020 **Open Access** This article is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License, which permits use, sharing, adaptation, distribution and reproduction in any medium or format, as long as you give appropriate credit to the original author(s) and the source, provide a link to the Creative Commons licence, and indicate if changes were made. The images or other third party material in this article are included in the article's Creative Commons licence, unless indicated otherwise in a credit line to the material. If material is not included in the article's Creative Commons licence and your intended use is not permitted by statutory regulation or exceeds the permitted use, you will need to obtain permission directly from the copyright holder. To view a copy of this licence, visit <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>. The Creative Commons Public Domain Dedication waiver (<http://creativecommons.org/publicdomain/zero/1.0/>) applies to the data made available in this article, unless otherwise stated in a credit line to the data.

described several dimensions of barriers to depression care that involve health care organization, coordination of care, societal influence, patient factors and physician attitudes [7–9]. To date, the current research on perceived barriers to depression care have mostly focused on explorative studies using qualitative designs. These methodological choices have enabled the gain of insight into the complexity of depression care in PC. However, such study designs prevent by nature the generalization of the results. Therefore, quantitative approaches are needed to allow wider assessment of the burden of barriers and explore their relationships and respective weights among communities of GPs. Quantitative assessments of barriers to depression care may be useful to highlight the needs of GPs and in turn, tailor and monitor appropriate responses such as continuous training. Therefore, the aim of the current study was to develop and validate a questionnaire assessing barriers to depression care (BDC-Q) from GPs' perspectives in order to provide a structured instrument to use in clinical practices.

Methods

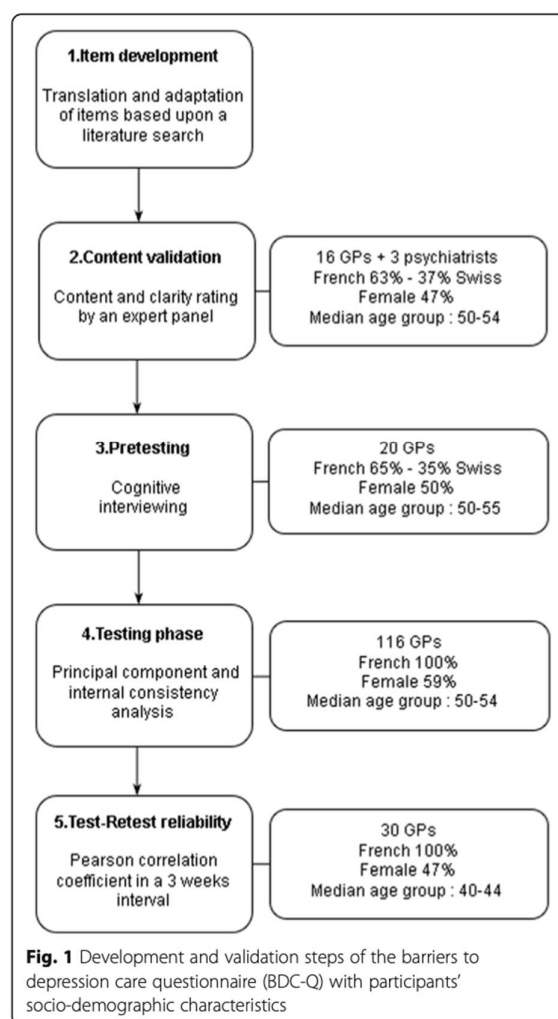
Design and participants

This is a development and validation study conducted within primary care practices (general internists) in France and the French-speaking part of Switzerland between 2014 and 2018.

Figure 1 summarizes the development and validation process of the barriers to depression care questionnaire (BDC-Q) with participants' socio-demographic characteristics.

Step 1 - item development

We devised items from a literature search conducted in MEDLINE using terms related to depression, family practice, and barriers/facilitators and through bibliographies of retrieved studies. We included qualitative and quantitative studies referring totally or partially to barriers to depression care. We excluded studies that did not involve GPs' views or were focused exclusively on specific aspects of depression care or populations (e.g. depression in youth, end of life care or postpartum depression). We retained 11 studies from the USA [7, 10, 11], UK [12], France [13], the Netherlands [14], Australia [15, 16], Hong Kong [17] and 2 international meta-syntheses [8, 18]. We also added unpublished results of a focus group previously conducted within a local depression improvement program in the French-speaking part of Switzerland. Two investigators (AS and CC) extracted all elements describing an implicit or explicit barrier. Involving a third investigator (HM), each identified barrier was adapted and translated into French to form an item [19].



Step 2 - content validation

Content validation was undertaken with a French-speaking panel of 19 physicians with expertise in the management of depression in PC. Physicians were GPs, psychiatrists and academics from Lyon (France), Strasbourg (France) and Geneva (Switzerland). Based on the content validation index described by Polit, experts rated individually through an online survey, the relevance and the clarity of each item on a 4-point scale (not relevant, quite relevant, relevant, highly relevant; respectively: not clear, quite clear, clear, very clear) [20]. An item was considered relevant if more than 75% of experts selected it as "quite relevant" or "highly relevant". An item was considered clear if it obtained 80% or more of "quite clear" and "clear" ratings [20].

Step 3 - pretesting

Pretesting of the questionnaire was undertaken to provide response process validity evidence defined as the fit between the construct and the detailed nature of the response engaged in by test takers [21, 22]. We used individual semi-directive cognitive interviewing techniques [23] among 20 GPs who were recruited using snowball sampling for maximal variation [24]. None of the GPs in this step were involved in the content validation step. Two trained investigators (LL and AG) performed the interviews in GPs' practices. Participants read and laudably answered each item before answering standardised question probes [25]. The probes explored item understanding (e.g. <<In the item "mental health care professionals are available to take on new patients", what does the word 'available' mean to you?>>), redundancy between items, as well as the response selection process [26] (e.g. "How did you decide your answer to this question was strongly agree?"). All the cognitive interviews were recorded, transcribed verbatim and independently coded by LL and AG using a 12-point coding sheet [25]. For each interview, items were separately coded as "adequate" or alternatively with a combination of 11 issue codes (e.g. "Respondent unsure how to answer since experience varies depending on circumstances"; "Respondent asks for clarification of the item"). An item was judged satisfactory if it was coded "adequate" for more than 85% of respondents [25].

Steps 4 and 5 - testing phase and test-retest reliability

The testing phase of the BDC-Q was carried out among 985 GPs from the Alsace and Rhone-Alpes regions of France. They were recruited through regional professional organisation mailing lists. Surveys were web-based and gathered socio-demographic characteristics. The questionnaire items were displayed randomly to avoid response contamination bias [27]. We prevented missing data by forcing a response to all items. We used principal component analysis followed by internal consistency testing to organise the items into descriptive dimensions. Test retest reliability was conducted with a convenience sub-sample of 40 GPs in the region of Lyon (France). They were asked to respond to the survey again after a 14-day interval.

Statistical analysis

We calculated descriptive statistics for each item including the mean, standard deviation, and range to inspect floor and ceiling effects. Items endorsed by more than 95% of the participants were considered for removal [28]. We performed a principal component analysis (PCA) with Promax rotation to aggregate BDC-Q items in factors after using the Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) index of sampling adequacy to confirm suitability of the

data. We used combined criteria (i.e. eigenvalue > 1 and interpretability) to retain the most relevant factors and order them into consistent dimensions [29]. A minimum factor loading of 0.40 was used as the criterion for each retained item [30]. An item obtaining primary and secondary loading superior to 0.40 was assigned to the dimension with the most theoretical sense. We used classical Cronbach's Alpha coefficient to assess dimensions' internal consistency. In doing this our intention was not to create subscales, but just to confirm that the items were sufficiently related, justifying their grouping under the different dimensions. We chose the following critical values for the dimensions internal consistency: $\alpha > 0.75$ = excellent, α between 0.60 and 0.75 = good, α between 0.40 and < 0.60 = moderate, and $\alpha < 0.40$ = poor [31]. We used Pearson correlation coefficient to determine dimensions test-retest reliability between time 1 (T1) and time 2 (T2) with the following critical values for Pearson's r : $r > 0.5$ = high, $r > 0.3 < 0.5$ = moderate, and $r < 0.3$ = low [32]. All statistical analyses were conducted using IBM SPSS Statistics version 24.

Results

Steps 1 and 2-Item development and content validation

We devised 42 items from the literature and submitted them to the binational expert panelists. Based on the content validation index, 16 irrelevant items were dropped, and 26 items were retained for pretesting with minor modifications to relevant and unclear items ($n = 5$).

Step 3-Pretesting

Among the 26 items pretested, 13 were adequate and retained without modification. The remaining 13 items were revised in their wording through discussion between the research team members, in accordance with propositions highlighted during the cognitive interviews. Because of two double-barreled items, 2 derived items were added, leading to a 28 items questionnaire. For all items (displayed in Table 1), a traditional 5-point Likert scale was suitable, ranging from strongly disagree (=1) to strongly agree (=5) [19]. The neutral position (=3) was labelled "no answer" to capture a neutral position or a non-existent opinion. In order to obtain a balanced questionnaire, half of the items were positively worded (e.g. "It is easy to distinguish between simple sadness and a depressive disorder") and the other half negatively (e.g. "Obtaining feedback on patients from mental health care professionals is difficult").

Steps 4 and 5-Testing phase and reliability

One hundred thirty-one GPs initiated the survey (response rate of 13,3%) with a completion rate of 88,5% (15 incomplete surveys were excluded). Thus, 116 surveys were used for the analysis in the testing phase.

Table 1 Descriptive features of the original items submitted to 116 general practitioners during the testing phase (non-validated English translation of the original items in French)

N°	Item	Mean score (SD; Range)
1	The symptoms of depression are specific	3.2 (1.0; 1–5)
2	It is easy to distinguish between simple sadness and a depressive disorder	2.6 (0.9; 1–5)
3	Screening tools for depression, such as the HAD (Hospital Anxiety and Depression scale) for example, lack practical utility	3.3 (0.8; 1–5)
4	Assessment tools for depression, such as the Hamilton scale or the Beck Depression Inventory lack practical utility	2.6 (1.0; 1–5)
5	Best practice recommendations related to depression lack practical applicability	3.4 (0.9; 1–5)
6	The general public is well informed about depression	2.2 (0.8; 1–4)
7	The general public is well informed about the management of depression	3.9 (0.7; 1–5)
8	Patients suffering from depression endure social stigmatization	3.7 (0.8; 1–5)
9	Patients suffering from depression underestimate the severity of their depression	3.6 (0.9; 2–5)
10	Patients suffering from depression easily accept a diagnosis of depression	2.9 (1.1; 1–5)
11	Patients suffering from depression easily accept being referred to a mental health care professional	2.4 (0.9; 1–5)
12	The commitment of patients suffering from depression to the therapeutic project is limited	3.1 (1.0; 1–5)
13	Patients suffering from depression are adequately reimbursed for their mental health care costs	3.4 (1.1; 1–5)
14	Taking care of a patient suffering from depression often takes up more time than I can give him/her	3.9 (1.1; 1–5)
15	I am adequately paid for taking care of patients suffering from depression	2.2 (1.1; 1–5)
16	Working with patients suffering from depression is heavy	3.4 (1.0; 1–5)
17	Mental health care professionals are available to take on new patients	2.0 (0.9; 1–5)
18	I know the specializations of mental health professionals regarding certain pathologies (for example, addiction, bipolar disorders) well.	2.7 (1.1; 1–5)
19	The capacity of specialized mental health care structures is insufficient	4.0 (0.9; 2–5)
20	I know the services offered by mental health care structures well	2.8 (1.0; 1–5)
21	I mistrust mental health care structures	2.7 (0.9; 1–5)
22	I have had bad experiences using structures specialized in mental health	2.9 (1.0; 1–5)
23	Medical information sharing between patients and mental health care professionals is easy	2.1 (1.0; 1–5)
24	Getting advice over the phone from mental health care professionals is easy	2.2 (1.0; 1–5)
25	Obtaining feedback on patients from mental health care professionals is difficult	4.2 (0.8; 2–5)
26	Expectations concerning the communication of information are the same for general practitioners as for mental health care professionals	2.8 (1.0; 1–5)
27	Setting up meetings with mental health care professionals to discuss cases is difficult	4.0 (0.8; 2–5)
28	The clinical situation of a patient suffering from depression is difficult to summarize in writing	3.3 (1.1; 2–5)

Table 1 presents the descriptive statistics for all items. Response means for the 28 items varied from 2.00 to 4.19 with a complete range of responses in 19 out of 25 items (76%) and no floor and ceiling effects observed. Maximum endorsement was 63.8% “disagree” for item 2 (“It is easy to distinguish between simple sadness and a depressive syndrome”).

The PCA, shown in Table 2, yielded five factors (KMO 0.57, $p < 0.001$, 41.4% of variance explained) with the first three factors accounting for 31% of the variance. We interpreted and labelled each factor according to the co-varying items. We named Factor 1 “Provision of care by the general practitioner”, combining items 5; 14; 15; 16; 19; 28. We named Factor 2 “considering patients’

attitudes towards depression”, combining items 2; 6; 9; 10; 11; 12. We named Factor 3 “Guidance for care”, combining items 3; 4; 18; 20. We named Factor 4 “Collaboration with mental health specialists”, combining items 17; 23; 24; 25; 26; 27. We named Factor 5 “Access to mental health care”, combining items 13; 21; 22. We excluded Items 1; 7; 8 since their loadings were < 0.40 . Items 15; 17; 24; 28 cross-loaded significantly (> 0.40) on a second Factor but these cross-loadings were always lower than the cross-loadings on their primary Factor, except for item 15. We found a weak correlation between Factor 1 and Factor 3 (0.283).

Table 3 presents the BDC-Q internal consistency (Cronbach’s alpha) and the test–retest reliability

Table 2 Principal Components Analysis with Promax Rotation* of the barriers to depression care questionnaire (BDC-Q)

N° Item (Table 1)	Factor loadings				
	F1	F2	F3	F4	F5
14	.811	.121	.244	.173	−.098
16	.680	.103	−.060	.133	−.173
19	.488	.084	.157	.097	.192
28	.437	.415	.257	.298	−.225
5	.402	.072	.212	.130	.094
10 R	.214	.777	.227	.020	.060
12	.159	.601	−.069	.025	−.307
9	.171	.562	−.048	.106	−.125
11 R	−.055	.557	.239	.034	.161
6 R	−.073	.460	.013	−.031	−.010
2 R	.258	.408	.242	.234	−.34
7 D	.052	.371	.248	.153	.078
8 D	.219	.230	.063	.029	−.175
20 R	.235	.022	.755	.205	.017
18 R	.176	−.051	.743	−.065	−.108
4	.144	.282	.645	.108	.082
3	.117	.273	.544	.215	−.050
15 R	.406	.083	.420	−.049	.156
1 RD	.217	.287	.291	.193	−.214
23 R	.007	.139	.038	.776	−.031
25	.386	.044	.088	.635	.151
17 R	.430	−.158	.316	.486	.106
27	.376	.032	.276	.472	−.012
24 R	.151	−.137	.097	.459	.406
26 R	−.098	.036	.099	.454	.242
21	−.041	−.019	.018	.207	.677
22	.031	.024	−.03	.208	.646
13 R	.384	.008	.219	−.196	.554
% Variance explained					
	F1	F2	F3	F4	F5
	13.906	8.885	6.944	6.255	5.474
Factor correlations					
	F1	F2	F3	F4	F5
F1	1				
F2	.146	1			
F3	.283	.153	1		
F4	.214	.112	.150	1	
F5	.039	−.138	.087	−.012	1

*Kaiser-Meyer-Olkin index = .57, $p < .001$, 41.4% variance explained
R reversed, D dropped

(Pearson's r) per dimension. Cronbach's alpha ranged from 0.48 to 0.69. Scores were good for dimensions 1 to 4 and moderate for dimension 5. Among the 40 GPs who were asked to respond in both instances, 30 (75%) returned the questionnaire within a median T1-T2 interval of 18 days (range 14–55). Pearson correlation coefficient was high for all dimensions, ranging from 0.54 to 0.65 with all $p < 0.05$.

Discussion

Summary of main findings

The five-step validation study led to the BDC-Q with 25 items, covering five dimensions:

(i) provision of care by the general practitioner, (ii) considering patients' attitudes towards depression, (iii) guidance for care, (iv) collaboration with mental health specialists and (v) access to mental health care. We used a combination of qualitative and quantitative methods in 4 sequential steps to construct the questionnaire and provide evidence of its validity. The BDC-Q is available in French (Additional file 1 – BDC-Q French). We also present an English (unvalidated) translation of the final questionnaire for this publication (Additional file 2 – BDC-Q English).

Comparison with previous literature

To our knowledge, this is the first study describing the validation of a questionnaire specifically exploring GPs' views on barriers to depression care. To date, usage of questionnaires to evaluate GPs' views of depression care has been a subject of growing interest. Haddad et al. recently revised the Depression Attitude Questionnaire (DAQ) which explores professional confidence, therapeutic optimism, and views about generalist or specialist perspectives relevant to depression and its care [33]. Some of the items of the DAQ were included during the development of the BDC-Q but did not come through in the final version, except for a single item ("working with patients suffering from depression is heavy") which no longer appears in the revised DAQ. We therefore believe that the BDC-Q's focus is narrower and explores distinct constructs that the DAQ and its revised version do not necessarily capture. In Norway, Bjertnaes et al. validated a questionnaire on GPs' experience of quality of care in community mental health clinics [34]. We believe that many of the items evoke the dimension "collaboration with mental health specialists" that we present.

The BDC-Q is structured in five original dimensions embracing previous models [7, 8]. The content of the questionnaire is in line with previous studies in France showing that barriers to mental health care involved unsatisfactory co-operation between GPs and mental health services, feelings of stigma and reluctance from patients to consult mental health specialists, as well as high costs of mental health care in the private sector [13, 35, 36].

Table 3 Internal consistency (Cronbach's alpha) and Test–retest reliability (Pearson's r) per dimension of the barriers to depression care questionnaire (BDC-Q)

Factor	Dimension	N° Item (Table 1)	Cronbach's alpha $N = 116$	Pearson's r^* $N = 30$
F1	Provision of care by the general practitioner	5;14;15;16;19;28	0.610	0.540
F2	Considering patients' attitudes towards depression	2;6;9;10;11;12	0.639	0.608
F3	Guidance for care	3;4;18;20	0.651	0.631
F4	Collaboration with mental health specialists	17;23;24;25;26;27	0.655	0.653
F5	Access to mental health care	13;21;22	0.477	0.636

* $p < 0.05$

Strength and limitations

Preliminary content validation and pretesting steps permitted improvements in terms of relevance and clarity of the items. In turn, the high completion rate during the testing phase suggests that the BDC-Q is acceptable and suitable to administer in everyday practice. Results on the item-level show that there were no remaining floor and ceiling effects, raising the potential to measure cross-sectional differences and responsiveness. This study involved participants and investigators from two countries with distinct health care systems, one with GPs in a gate-keeper role (France) and the other with a more liberal access to primary and specialized care (Switzerland). This somewhat limits the contextual bias. In addition, the items of the BDC-Q were identified within the international literature and not only within the French-speaking context to which participants belong. We therefore believe that the BDC-Q can provide valuable content in other high resource settings. The BDC-Q does not account for depression related to specific health or social conditions. Although different barriers to depression care may be encountered depending on the socio-demographic populations of interest [37], the BDC-Q intends to capture relevant information that is common across different patient groups, and is thus designed for general use. Our study suffers several limitations. First, we devised items through a non-systematic review of the literature. This implies the risk of relevant content loss. However, as we asked for comments, no relevant item was suggested by participants during the validation steps. Second, the testing phase may have suffered from selection bias. Indeed, we are unaware of sociodemographic characteristics and motivations of the respondents as compared to the non-respondents. Respondents in the testing phase may constitute of a subgroup of French GPs expressing more interest and/or difficulties in depression care. Third, results of PCA analysis may be limited by a restricted sample size despite a participant/item ratio of 4, which is common practice in this field [38]. Factorial analysis rather than PCA

is preferred to structure a questionnaire into dimensions, but requires a large sample size [39]. Furthermore, Cronbach's alpha of Factor 5 was weaker. This can be explained by the low number of items ($N = 3$), which mathematically reduces the score compared to factors with a higher number of items [40]. Taking account of these limitations, we do not suggest subscale scoring of the dimensions presented at this stage. The dimensions of the BDC-Q should be considered as indicative and calling for further research, because they may differ in other health care settings or populations of GPs.

Applications and implications for future research

The validation process of the questionnaire encourages its use to meaningfully assess barriers to depression care perceived by GPs. The BDC-Q can be useful to gathered relevant data at a practice level, within a quality improvement effort. Addressing key barriers is crucial to design adequate interventions which have been shown to be effective in improving mental health care both at the clinical and health policy levels [41]. At the physician level, taking the BDC-Q can raise awareness of common pitfalls in current practices, enabling a better recognition of the resources and limitations encountered while dealing with depressed patients. Similar to a previous study using the DAQ [42], further research could assess whether a relation exists between expressed barriers and actual depression management, for example in terms of diagnosis or treatment choices. A longitudinal research should assess the validity of the BDC-Q to measure change, for example to monitor the impact of targeted training. The BDC-Q may also benefit from translation and cross-cultural validation for use in other settings.

Conclusion

The BDC-Q displays validity and reliability evidence to meaningfully assess GPs' perspectives on barriers to depression care in French-speaking settings. By facilitating broad and reliable assessment of such barriers, the BDC-Q can be a useful tool to target key improvement indicators, inform

health planners, and tailor appropriate strategies to improve depression care in the community. Further research steps include the translation and validation of the BDC-Q in other languages to allow use in a broader range of primary care settings.

Supplementary information

Supplementary information accompanies this paper at <https://doi.org/10.1186/s12875-020-01224-8>.

Additional file 1. Questionnaire sur les Barrières à la Prise en charge de la Dépression en Médecine Générale (BDC-Q). Version française validée.

Additional file 2. Questionnaire on Barriers to Depression care in Family Practice (BDC-Q). Unvalidated English version.

Abbreviations

BDC-Q : Barriers to depression care questionnaire; DAQ : Depression Attitude Questionnaire; GPs : General practitioners; KMO : Kaiser-Meyer-Olkin; PC : Primary care; PCA : Principal component analysis

Acknowledgements

The authors thank all the participants for their contribution towards this study. We warmly acknowledge the contribution as data collectors of Alban Glangetas (AG), Carole Champet (CC), Leslie Llorente (LL), Noémie Lebre, as well as Amir Moussa, administrative assistant. We are grateful to all the members of the Primary Care Unit of the University of Geneva for their insights and to Jennifer Hasselgard-Rowe and Joshua Arancino-Gamper for their help in language editing.

Authors' contributions

AS designed the study, collected and analyzed the data, interpreted the results and wrote the first draft of this paper. MA analyzed the data, interpreted the results and made critical revisions to the paper. JC made substantial contributions to the collection of the data. HM and DH designed the study, interpreted the results and made critical revisions to the paper. All authors read and approved the final manuscript.

Funding

None.

Availability of data and materials

The data that support the findings of this study are available from the authors upon reasonable request.

Ethics approval and consent to participate

In accordance with the applicable laws in France and Switzerland and since no patients were involved in this study, no ethical approval was required.

Consent for publication

Not applicable.

Competing interests

The authors declare that they have no competing interests. Dagmar M Haller is a member of the Editorial Board (Associate Editor) of BMC.

Author details

¹Primary Care Unit, Faculty of Medicine, University of Geneva, CMU - 1 rue Michel Servet, CH1211 Geneva, Switzerland. ²Unit of Development and Research in Medical Education (UDREM), University of Geneva, Geneva, Switzerland. ³General medicine department, Faculty of Medicine, University of Strasbourg, Strasbourg, France.

Received: 6 April 2020 Accepted: 16 July 2020

Published online: 01 August 2020

References

- Vos T, Allen C, Arora M, et al. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 310 diseases and injuries,

1990–2015: a systematic analysis for the global burden of disease study 2015. *Lancet*. 2016;388(10053):1545–602. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31678-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31678-6).

- Rucci P. Subthreshold psychiatric disorders in primary care: prevalence and associated characteristics. *J Affect Disord*. 2003;76(1–3):171–81. [https://doi.org/10.1016/S0165-0327\(02\)00087-3](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(02)00087-3).
- Goldberg D. Psychiatry and primary care. *World Psychiatry*. Published online 2003;5.
- Mitchell AJ, Vaze A, Rao S. Clinical diagnosis of depression in primary care: a meta-analysis. *Lancet*. 2009;374(9690):609–19. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)60879-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)60879-5).
- Cepoiu M, McCusker J, Cole MG, Sewitch M, Belzile E, Ciampi A. Recognition of depression by non-psychiatric physicians—a systematic literature review and meta-analysis. *J Gen Intern Med*. 2008;23(1):25–36. <https://doi.org/10.1007/s11606-007-0428-5>.
- Solberg LI, Rossom RC. Managing mental health disorders requires attending to both primary care and its specialty mental health collaborators. *Fam Pract*. 2019;36(1):1–2. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmz001>.
- Whitebird RR, Solberg LI, Margolis KL, Asche SE, Trangle MA, Wineman AP. Barriers to improving primary Care of Depression: perspectives of medical group leaders. *Qual Health Res*. 2013;23(6):805–14. <https://doi.org/10.1177/1049732313482399>.
- Schumann I, Schneider A, Kanter C, Lowe B, Linde K. Physicians' attitudes, diagnostic process and barriers regarding depression diagnosis in primary care: a systematic review of qualitative studies. *Fam Pract*. 2012;29(3):255–63. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmz092>.
- Mechanic D. Barriers to help-seeking, detection, and adequate treatment for anxiety and mood disorders: implications for health care policy. *J Clin Psychiatry*. 2007;68(Suppl 2):20–26.
- Fickel JJ, Parker LE, Yano EM, Kirchner JE. Primary care–mental health collaboration: an example of assessing usual practice and potential barriers. *J Interprof Care*. 2007;21(2):207–16.
- Nutting PA, Rost K, Dickinson M, et al. Barriers to initiating depression treatment in primary care practice. *J Gen Intern Med*. 2002;17(2):103–11. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2002.10128.x>.
- Telford R. Obstacles to effective treatment of depression: a general practice perspective. *Fam Pract*. 2002;19(1):45–52. <https://doi.org/10.1093/fampra/19.1.45>.
- Mercier A, Kerhuel N, Stalnikiewicz B, et al. Enquête sur la prise en charge des patients dépressifs en soins primaires : les médecins généralistes ont des difficultés et des solutions. *L'Encéphale*. 2010;36:D73–82. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2009.04.002>.
- van Rijswijk E, van Hout H, van de Lisdonk E, Zitman F, van Weel C. Barriers in recognising, diagnosing and managing depressive and anxiety disorders as experienced by Family Physicians: a focus group study. *BMC Fam Pract*. 2009;10(1). doi:<https://doi.org/10.1186/1471-2296-10-52>.
- Jones KM, Piterman L, Spike N. Difficult-to-treat-depression—perceptions of GPs and GP trainees. *Open J Psychiatry*. 2014;04(03):228–37. <https://doi.org/10.4236/ojpsych.2014.43029>.
- Richards JC, Ryan P, McCabe MP, Groom G, Hickie IB. Barriers to the effective management of depression in general practice. *Aust N Z J Psychiatry*. 2004; 38(10):795–803.
- Wong SYS, Lee K, Chan K, Lee A. What are the barriers faced by general practitioners in treating depression and anxiety in Hong Kong?: barriers to treating depression and anxiety in Hong Kong. *Int J Clin Pract*. 2006;60(4): 437–41. <https://doi.org/10.1111/j.1368-5031.2006.00881.x>.
- Barley EA, Murray J, Walters P, Tylee A. Managing depression in primary care: a meta-synthesis of qualitative and quantitative research from the UK to identify barriers and facilitators. *BMC Fam Pract*. 2011;12(1):47.
- Passmore C, Dobbie AE, Parchman M, Tysinger J. Guidelines for constructing a survey. *Fam Med-Kans CITY*. 2002;34(4):281–6.
- Polit DF, Beck CT, Owen SV. Is the CVI an acceptable indicator of content validity? Appraisal and recommendations. *Res Nurs Health*. 2007;30(4):459–67. <https://doi.org/10.1002/nur.20199>.
- American Educational Research Association, American Psychological Association, & National Council on Measurement in Education [AERA, APA, & NCME]. Standards for educational and psychological testing. Washington, DC: American Educational Research Association; 2014.
- Artino AR, La Rochelle JS, Dezee KJ, Gehlbach H. Developing questionnaires for educational research: AMEE guide no. 87. *Med Teach*. 2014;36(6):463–74. <https://doi.org/10.3109/0142159X.2014.889814>.

23. Castillo-Díaz M, Padilla J-L. How cognitive interviewing can provide validity evidence of the response processes to scale items. *Soc Indic Res*. 2013; 114(3):963–75. <https://doi.org/10.1007/s11205-012-0184-8>.
24. Noy C. Sampling knowledge: the hermeneutics of snowball sampling in qualitative research. *Int J Soc Res Methodol*. 2008;11(4):327–44. <https://doi.org/10.1080/13645570701401305>.
25. Napoles-Springer AM, Santoyo-Olsson J, O'Brien H, Stewart AL. Using Cognitive Interviews to Develop Surveys in Diverse Populations: *Med Care* 2006;44(Suppl 3):S21-S30. doi:<https://doi.org/10.1097/01.mlr.0000245425.65905.1d>.
26. Beatty PC, Willis GB. Research synthesis: the practice of cognitive interviewing. *Public Opin Q*. 2007;71(2):287–311. <https://doi.org/10.1093/poq/nfm006>.
27. Streiner DL, Norman GR. Health measurement scales. Oxford University Press; 2008. doi:<https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780199231881.001.0001>.
28. Haller DM, Meynard A, Pejic D, et al. YFHS-WHO+ questionnaire: validation of a measure of youth-friendly primary care services. *J Adolesc Health*. 2012; 51(5):422–30. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2012.01.019>.
29. Schönrock-Adema J, Heijne-Penninga M, van Hell EA, Cohen-Schotanus J. Necessary steps in factor analysis: enhancing validation studies of educational instruments. The PHEEM applied to clerks as an example. *Med Teach*. 2009;31(6):e226–32. <https://doi.org/10.1080/01421590802516756>.
30. Hatcher L. A step-by-step approach to using the SAS system for factor analysis and structural equation modeling. Cary: SAS Institute Inc.; 1994.
31. Kline P. The handbook of psychological testing. London: Routledge; 2000.
32. Cohen J. Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences. 2nd ed. L. Erlbaum Associates; 1988.
33. Haddad M, Menchetti M, McKeown E, Tylee A, Mann A. The development and psychometric properties of a measure of clinicians' attitudes to depression: the revised Depression Attitude Questionnaire (R-DAQ). *BMC Psychiatry*. 2015;15(1). doi:<https://doi.org/10.1186/s12888-014-0381-x>.
34. Bjertnaes OA, Garratt A, Ruud T, Hunskaar S. The general practitioner experiences questionnaire (GPEQ): validity and reliability following the inclusion of new accessibility items. *Fam Pract*. 2010;27(5):513–9. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmz042>.
35. Younes N, Gasquet I, Gaudebout P, et al. General Practitioners' opinions on their practice in mental health and their collaboration with mental health professionals. *BMC Fam Pract*. 2005;6(1). doi:<https://doi.org/10.1186/1471-2296-6-18>.
36. Jégo M, Debaty E, Ouirini L, Carrier H, Beetstone E. Caring for patients with mental disorders in primary care: a qualitative study on French GPs' views, attitudes and needs. *Fam Pract*. 2019;36(1):72–6. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmz107>.
37. Coventry PA, Hays R, Dickens C, et al. Talking about depression: a qualitative study of barriers to managing depression in people with long term conditions in primary care. *BMC Fam Pract*. 2011;12(1). doi:<https://doi.org/10.1186/1471-2296-12-10>.
38. Anthoine E, Moret L, Regnault A, Sébille V, Hardouin J-B. Sample size used to validate a scale: a review of publications on newly-developed patient reported outcomes measures. *Health Qual Life Outcomes*. 2014;12(1). doi: <https://doi.org/10.1186/s12955-014-0176-2>.
39. Costello AB, Osborne JW. Best Practices in Exploratory Factor Analysis: Four Recommendations for Getting the Most From Your Analysis. *Explor Factor Anal*. 2005;10(7):9.
40. Tavakol M, Dennick R. Making sense of Cronbach's alpha. *Int J Med Educ*. 2011;2:53–5. <https://doi.org/10.5116/ijme.4dfb.8dfd>.
41. Sinnema H, Majo MC, Volker D, et al. Effectiveness of a tailored implementation programme to improve recognition, diagnosis and treatment of anxiety and depression in general practice: a cluster randomised controlled trial. *Implement Sci*. 2015;10(1). doi:<https://doi.org/10.1186/s13012-015-0210-8>.
42. Dowrick C, Gask L, Perry R, Dixon C, Usherwood T. Do general practitioners' attitudes towards depression predict their clinical behaviour? *Psychol Med*. 2000;30(2):413–9.

Publisher's Note

Springer Nature remains neutral with regard to jurisdictional claims in published maps and institutional affiliations.

Ready to submit your research? Choose BMC and benefit from:

- fast, convenient online submission
- thorough peer review by experienced researchers in your field
- rapid publication on acceptance
- support for research data, including large and complex data types
- gold Open Access which fosters wider collaboration and increased citations
- maximum visibility for your research: over 100M website views per year

At BMC, research is always in progress.

Learn more biomedcentral.com/submissions



DISCUSSION - PRÉSENTATION DU BARRIERS TO DEPRESSION CARE QUESTIONNAIRE (BDC-Q)

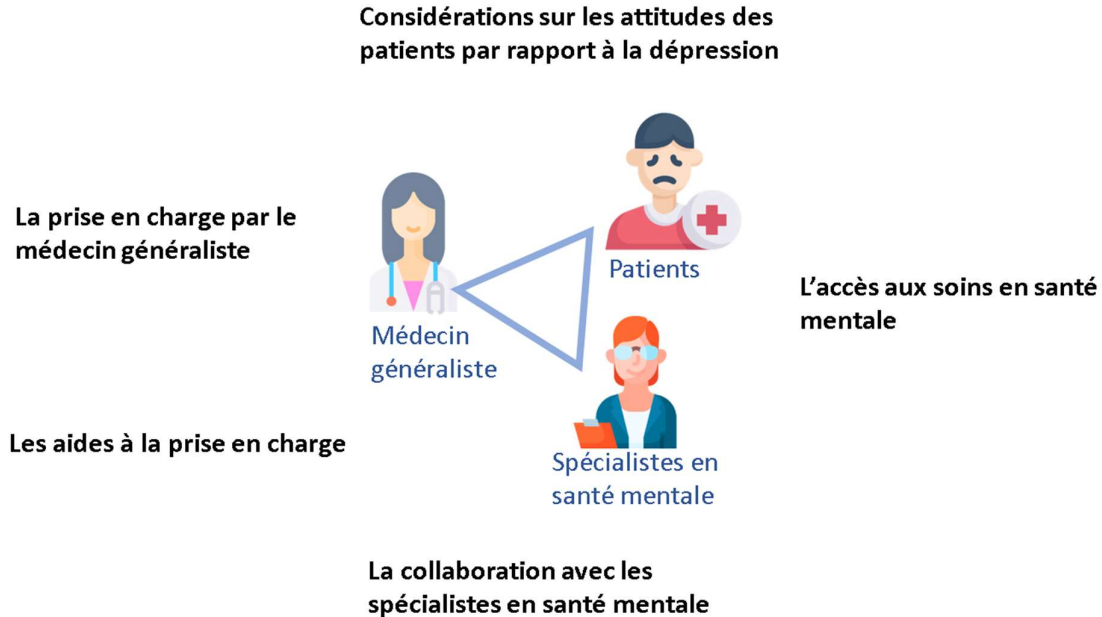
Le BDC-Q est un questionnaire permettant d'éclairer les barrières à la prise en charge de la dépression rencontrées par les MG. Il offre une synthèse des barrières retrouvées dans la littérature et permet une évaluation quantitative, succincte (25 items) et généralisable à différents terrains de soins (**annexe I : BDC-Q validée en français**)

Le processus de développement et validation en plusieurs étapes apporte des arguments de validité pour son usage dans le monde francophone. Pour la publication en anglais, nous avons également proposé une traduction anglaise non validée (**annexe II : Traduction anglaise non validée du BDC-Q**).

Les dimensions et contenu du BDC-Q

Schématiquement, on peut considérer que BDC-Q met en jeu 3 groupes d'acteurs autour desquels s'articulent ses 5 dimensions (**Figure 1**).

Figure 1. Les 5 dimensions de barrières à la prise en charge de la dépression entre 3 acteurs selon une vision des médecins généralistes)



Cette représentation est modélisée ici selon le profil des réponses des MG français interrogés durant l'étape de validation de structure du BDC-Q. Il ne s'agit donc pas d'un modèle dimensionnel figé. Dans la littérature, différentes dimensions aux barrières à la prise en charge de la dépression ont été énoncées selon les contextes. Ainsi, un auteur a proposé 4 dimensions aux barrières à la prise de la dépression : Facteurs liés aux patients, facteurs liés aux médecins, facteurs sociétaux et facteurs liés à l'organisation du système de soins.¹⁸ Tandis que des responsables de groupes médicaux dans le Minnesota ont élaboré sur les barrières dans une vision en 3 dimensions.⁴⁴

Précisons aussi que le BDC-Q est conçu pour interroger les MG sans tenir compte d'un modèle de soins particulier. Il serait intéressant d'observer les comportements du BDC-Q dans un modèle de soins spécifique comme le *collaborative care model*. Ce modèle, développé aux Etats-Unis, consiste en un suivi des patients et une coordination des soins animés par un case-manager (professionnel qui encadre la prise en charge et articule la collaboration avec les proches et les intervenants du milieu médical et paramédical).⁶¹

Si l'on analyse le BDC-Q en termes de contenu entre l'étape initiale (42 items) et la version finale (25 items), on constate que plusieurs thématiques n'ont pas été retenues dans l'étape de validation de contenu du questionnaire (**annexe III**) :

- Les approches et les choix thérapeutiques, notamment la prescription médicamenteuse, qui est pourtant inhérente à la pratique courante. On peut considérer que la prescription ne relève pas d'une barrière en soi, mais s'inscrit dans un rapport aux soins plus large et dans l'interaction médecin-patient.⁶²
- Un engagement à géométrie variable des MG dans la santé mentale pour différentes raisons : une pratique focalisée sur des aspects somatiques, un sentiment de ne pas être légitime à aborder des aspects psychologiques, ou un malaise à aborder certains sujets pouvant rentrer en résonance.¹⁷
- La stigmatisation pouvant être liée aux soins en santé mentale, qui n'apparaît pas comme une barrière pertinente du point de vue des MG. En revanche, pour les patients, le sentiment de stigmatisation peut former un frein important à consulter et entraver les soins.⁶³



PREMIERS USAGES DU BDC-Q

Dans cette partie, nous présentons deux applications du BDC-Q auprès de MG installés et en formation dans le canton de Genève.

1. Exploration du lien entre barrières à la prise en charge de la dépression et la formation en santé mentale auprès de médecins généralistes installés dans le canton de Genève

Un premier déploiement du BDC-Q a été réalisé auprès de MG de la région genevoise en 2018, dans le cadre d'un travail de Master en médecine au sein de l'IuMFE.⁶⁴

Nous avons collecté des données auprès de 86 MG installés à Genève et enregistrés au sein de l'AMGE. Nous avons comparé le profil de réponse sur le BDC-Q en fonction d'une formation récente en santé mentale : 44 avaient suivis une formation continue en santé mentale dans les 3 dernières années contre 42 sans formation. Les médecins formés déclaraient de manière significative moins de barrières dans 10/25 items répartis dans les 4 premières dimensions du questionnaire. Seuls 2 items appartenant à la 4ème et 5ème dimension étaient cotés plus défavorablement. En résumé, les médecins formés rapportaient une plus grande aisance à distinguer une simple tristesse d'un syndrome dépressif et considéraient leurs patients plus adhérents au projet thérapeutique. Dans les aides à la prise en charge, ils rapportaient une meilleure connaissance du réseau de soins en santé mentale et des spécialisations des intervenants. Ils jugeaient également plus utiles les questionnaires cliniques d'évaluation standardisée de la dépression. Dans la collaboration avec les spécialistes en santé mentale, ils rapportaient plus de facilité pour le partage d'information et les rencontres. En revanche, ils rapportaient que le retour d'information était plus difficile et qu'ils avaient eu davantage de mauvaises expériences en faisant appel au service spécialisées en santé mentale.

Nous concluons que les médecins ayant suivi une formation récente en santé mentale déclarent moins de difficultés dans leur pratique et ont plus de facilité à collaborer avec les services spécialisés en santé mentale. Ils auraient en contrepartie davantage d'attentes vis-à-vis de ceux-ci (moins bonnes expériences de collaborations rapportées).

Une question soulevée par ces données est de savoir si la formation en santé mentale est une variable influente sur les barrières mesurées, ou bien si elle reflète une association sous-jacente, par exemple en fonction d'une affinité ou d'une implication plus importante dans la santé mentale. Dans le cadre d'une collaboration avec le CAS en santé mentale, nous avons cherché à collecter des données permettant d'explorer l'influence de cette formation sur les

réponses des MG aux items du BDC-Q. Malheureusement, la durée de la formation s'est étendue en raison de la pandémie Covid-19, ce qui a limité la quantité et interprétabilité des données disponibles.

2. Enquête IBADES : Identifier les BARrières à la prise charge de la DEpression au sein des consultations médicales du Service de Médecine de Premier Recours des HUG

Un second déploiement du BDC-Q s'est déroulé au Service de Médecine Premier Recours (SMPR) des HUG, où se concentre l'essentiel des médecins en formation en médecine interne générale ambulatoire dans le canton de Genève. Le SMPR conjugue un environnement de consultation complexe avec, d'une part, une proportion importante de patients présentant des facteurs de vulnérabilité qui viennent influencer la prévalence, l'appréciation clinique et la prise en charge d'un tableau dépressif. D'autre part, les médecins, qui sont souvent en début de formation ambulatoire, peuvent être mis en difficulté par une approche de soins difficile à protocoliser, pouvant impliquer de multiples intervenants, et nécessitant des capacités de communication spécifiques. Par ailleurs, les compétences en santé mentale sont citées parmi les disciplines à valoriser parmi les médecins nouvellement installés dans le canton de Genève.⁶⁵

L'objectif principal du projet IBADES était d'identifier, hiérarchiser et comparer les difficultés rencontrées par les internes en formation et chefs de clinique (CDC) dans leur prise en charge des patients présentant un tableau dépressif au sein des différentes consultations ambulatoires programmées du SMPR. Un objectif secondaire était d'examiner les différences dans les barrières rapportées selon l'aisance de la prise en charge de la dépression dans la pratique professionnelle.

Nous avons adressé une enquête en ligne anonymisée (via la plateforme Qualtrics®) à tous les médecins internes et CDC à travers leur messagerie professionnelle. La récolte de donnée s'est déroulée de septembre à octobre 2021 (fin de semestre clinique). L'enquête comportait deux questionnaires : Le BDC -Q et une sous-échelle du R-DAQ explorant l'aisance de la prise en charge de la dépression.

L'enquête a été distribuée à 109 médecins et complétée par 56 d'entre eux, ce qui correspond à un taux de réponse de 57% et à un taux de complétion de 90%.

Les caractéristiques socio-démographiques des répondants sont présentées dans le **tableau 3**. En moyenne, les médecins interrogés étaient âgés de 34,4 ans, et 66% étaient des femmes.

Tableau 3. Caractéristiques socio-professionnelles des médecins du Services de Médecine de Premier Recours participants à l'enquête IBADES.

	Internes (N= 28)	CDC (N= 28)	<i>p</i>
Genre F	19 (68%)	18 (64%)	1
Age moyen (années)	32.3	36.4	0.001
Exp post grad (années)	5.5	8.7	<0.001
Exp med. ambulatoire (années)	1.6	4.4	<0.001
Titre FMH	3 (11%)	18 (64%)	<0.001
Exp. en santé mentale	5 (18%)	3 (11%)	0.7

Les résultats de l'enquête ont montré que les barrières prépondérantes étaient regroupées dans 3 dimensions :

La prise en charge par le médecin généraliste, les considérations sur les attitudes des patients et la collaboration avec les professionnels en santé mentale

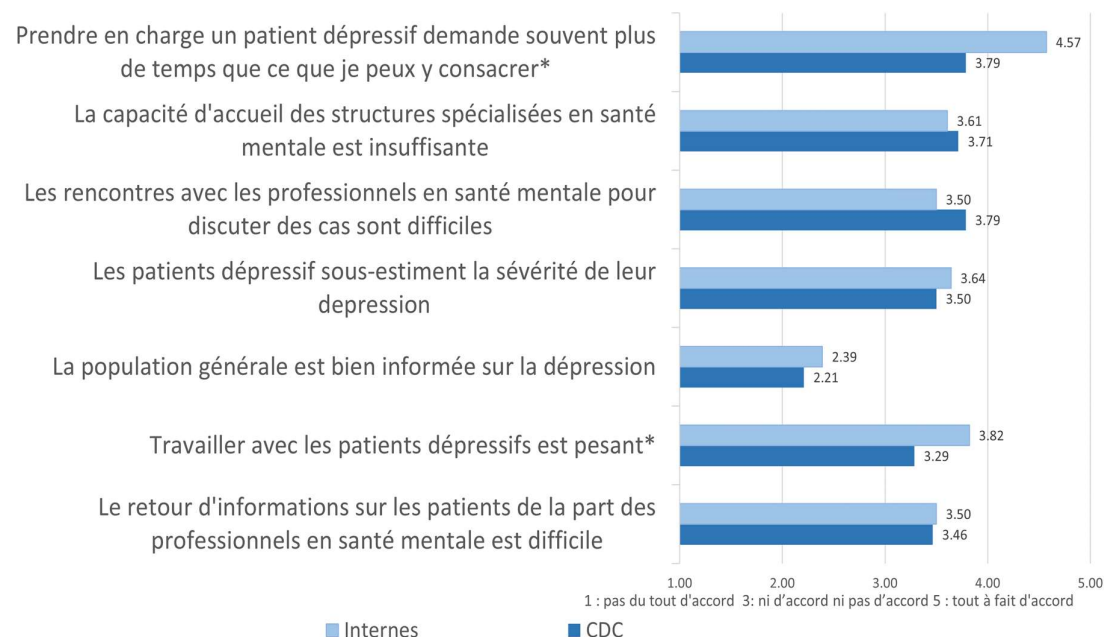
Les barrières les plus faibles appartenaient aux deux autres dimensions : les aides à la prise en charge et l'accès (en termes de confiance et remboursement) aux soins en santé mentale.

La **Figure 2** présente les principales barrières relevées par les médecins internes et CDC.

Comparés aux CDC, les internes faisaient état d'une difficulté supérieure à travailler avec des patients dépressifs. Ces prises en charge pesantes demandent, selon eux, plus de temps que celui qu'ils peuvent y consacrer. Il n'y avait pas de différence significative sur les autres items du BDC-Q entre CDC et internes.

Un score élevé de barrières rapportées dans les dimensions (i) prise en charge par le médecin généraliste, (ii) considérations sur les attitudes des patients et (iii) les aides à la prise en charge était corrélé avec un sentiment d'aisance professionnelle plus faible. ($r=0.57$, $r=0.59$, $r=0.5$ respectivement; $p<0,001$).

Figure 2. Principales barrières à la prise en charge de la dépression évaluées par les médecins internes et chef de clinique du Service de médecine de Premier Recours – Enquête IBADES.



*différence significative $p < 0,001$

Nous avons présenté les résultats de l'enquête IBADES au congrès de printemps 2022 de la SSMIG et ce travail a été récompensé par le 3ème prix du meilleur poster (**Annexe IV**).

Les résultats de l'enquête IBADES nous amènent à conclure que les principales barrières se rapportent à un sentiment d'isolement des médecins dans leur prise en charge, en lien avec :

1. La contrainte du temps (particulièrement chez les internes)
2. Des opinions défavorables sur les attitudes des patients face à la dépression
3. Un manque d'échanges avec les spécialistes en santé mentale, malgré une confiance et ouverture à travailler davantage avec ces derniers.

Ces observations nous permettent de dresser, en creux, des opportunités d'amélioration :

1. Reconnaître et adresser la contrainte du temps consacré dans la prise en charge de la dépression (en particulier auprès des internes).

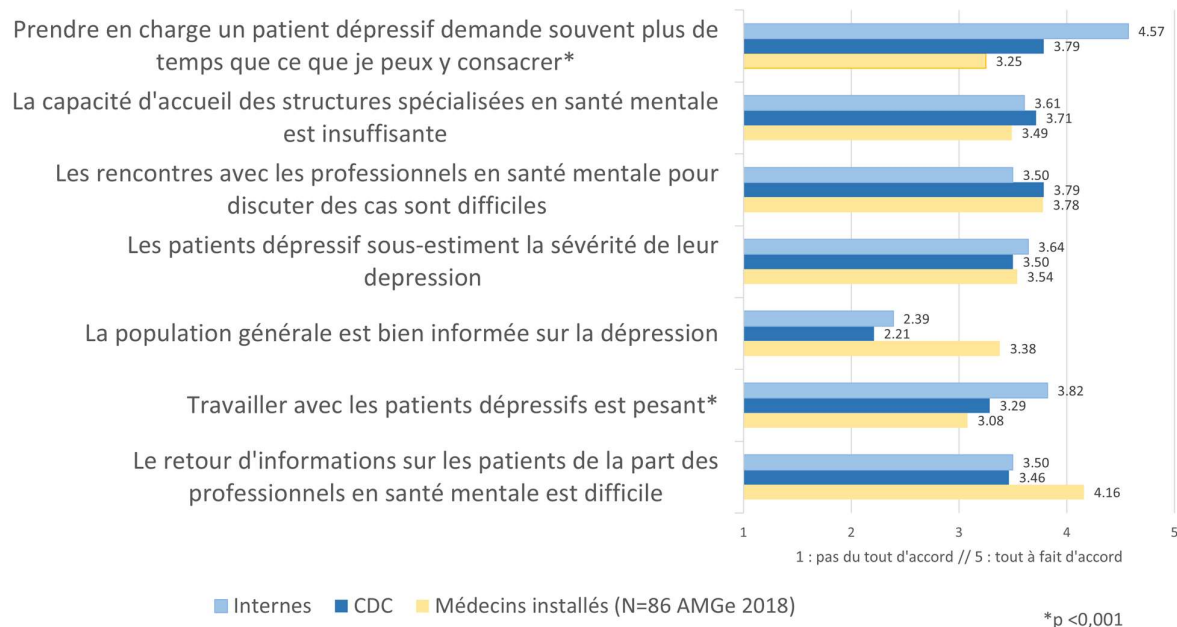
2. Développer des techniques/outils de communication adaptés pour améliorer la conscientisation et les capacités des patients (empowerment). – Par exemple, la création de fiches d'information sur la dépression à l'usage des patients pourrait être une piste, et devenir un support d'aide à la psychoéducation.
3. Encourager et renforcer les échanges et le transfert de compétences avec les spécialistes en santé mentale. – Par exemple, renforcer les consultations conjointes et discussion de cas avec les spécialistes, faciliter des opportunités de rotation en psychiatrie pour les MG.

Les enjeux soulevés complètent la révision de la stratégie « Dépression » du SMPR, un guide qui permet d'aborder des approches diagnostiques et thérapeutiques de manière pratique à l'usage des MG.⁶⁶

Comparaison des barrières à la prise de la dépression entre le SMPR et la médecine de ville

Nous avons brièvement comparé les barrières prépondérantes rapportées dans l'enquête IBADES avec les réponses des MG du canton de Genève interrogés en 2018. Cette comparaison est limitée par le biais de sélection des médecins installés et une évaluation à 3 ans d'intervalle durant laquelle a surgit la pandémie Covid-19. Néanmoins, les données sont intéressantes à comparer sur la base du questionnaire BDC-Q inchangé (**Figure 3**).

Figure 3. Comparaison des principales barrières à la prise de la dépression entre médecins du SMPR et médecins généralistes installés dans le canton de Genève.



Par rapport au médecins installés, les médecins du SMPR rapportaient une plus grande contrainte de temps, une pratique plus pesante, ainsi qu'un sentiment de moins bonne information de la population sur la dépression. Les deux groupes de médecins rapportaient des difficultés équivalentes dans la collaboration avec les professionnels en santé mentale, bien que le retour d'information semble facilité au SMPR. Ces différences pourraient s'expliquer par le fait de patients plus vulnérables rencontrés au SMPR, avec une charge plus élevée de problématiques psychosociales. En revanche, le dossier patient partagé entre MG et psychiatres au sein des HUG pourrait être une explication au meilleur retour d'information.



BILAN ET PERSPECTIVES

Dans ce travail, nous avons présenté le rationnel, le processus de validation et l'application du Barriers to Depression Care Questionnaire (BDC-Q). Ce questionnaire permet une évaluation à large échelle, quantitative et succincte (en 25 items), des barrières à la prise en charge de la dépression auxquelles sont confrontés les MG. Il est utilisable dans différents terrains de soins francophones.

Nous avons utilisé le BDC-Q auprès de deux populations de MG à Genève, installés en pratique de ville ou en institution (aux HUG) et avons observé des profils de réponse différents entre ces populations. Ces données suggèrent que le BDC-Q est capable de rapporter des différences entre populations de MG selon le terrain de soin. Cet outil peut apporter une meilleure visibilité et compréhension des barrières pour cibler des interventions de remédiations à implémenter dans l'organisation des soins entre les différents acteurs en jeu, tout comme dans la formation en santé mentale pour les MG.

Ce travail vient illustrer la richesse de la recherche en médecine générale et s'ancre dans un cadre conceptuel en 4 temps⁶⁷ :

1. Façonner les questions de recherche ;
2. Concevoir les outils et méthodes d'investigation appropriés ;
3. Mener les études ;
4. Anticiper l'implémentation des données issues de la recherche.

Des axes de recherche futurs avec le BDC-Q pourraient notamment aborder :

- Le déploiement du BDC-Q dans d'autres terrains de soins définis, par exemple dans l'ensemble des institutions de formation post-graduées en Suisse, ou dans un réseau de cabinets de soins de médecine générale. Cela pourrait permettre de comparer et mettre en perspective des données selon les caractéristiques des différents terrains de soins.
- L'exploration des relations entre des items du BDC-Q et les pratiques cliniques effectives des médecins, par exemple : temps de consultation et fréquence de suivi, stratégie d'entretien avec les patients, procédés d'orientation diagnostique et/ou thérapeutique.
- L'usage du BDC-Q comme instrument de monitoring avant/après une intervention, par exemple une formation en santé mentale destinée à un groupe de MG^{68,69}.

- L'intégration des points de vue des patients et des professionnels en santé mentale dans leur rapport avec les MG. Une évaluation des soins en miroir par les patients est judicieuse afin de mieux distinguer leurs attentes et difficultés et adapter les moyens de réponse⁷⁰. Finalement, la réussite d'une collaboration effective entre MG et spécialistes de santé mentale passe nécessairement par une compréhension mutuelle et des objectifs communs^{71,72}.

Gageons qu'une meilleure compréhension des difficultés, attentes et besoins réciproques dans les soins de la dépression à l'échelle d'un territoire de soin aidera à mieux mobiliser les ressources dans des réponses communes et concertées.

BIBLIOGRAPHIE

1. Institute of Health Metrics and Evaluation. *Global Health Data Exchange (GHDx)*. <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool?params=gbd-api-2019-permalink/d780dffbe8a381b25e1416884959e88b>. (Accessed 1 May 2021)
2. Arias-de la Torre J, Vilagut G, Ronaldson A, et al. Prevalence and variability of current depressive disorder in 27 European countries: a population-based study. *The Lancet Public Health*. 2021; 6(10):e729-e738. doi:10.1016/S2468-2667(21)00047-5
3. Olff M, Primasari I, Qing Y, et al. Mental health responses to COVID-19 around the world. *European Journal of Psychotraumatology*. 2021; 12(1):1929754. doi:10.1080/20008198.2021.1929754
4. Santomauro DF, Mantilla Herrera AM, Shadid J, et al. Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic. *The Lancet*. 2021; 398(10312):1700-1712. doi:10.1016/S0140-6736(21)02143-7
5. Lim ICZY, Tam WWS, Chudzicka-Czupala A, McIntyre RS, Teopiz KM, Ho RC and Ho CSH Prevalence of depression, anxiety and post-traumatic stress in war and conflicted areas: A meta-analysis. *Front. Psychiatry*. 2022. doi: 10.3389/fpsyt.2022.978703
6. Cianconi P, Betrò S, Janiri L. The Impact of Climate Change on Mental Health: A Systematic Descriptive Review. *Front Psychiatry*. 2020; 11:74. doi:10.3389/fpsyt.2020.00074
7. Schuler, D., Tuch, A. & Peter, C. La santé psychique en Suisse. *Monitorage 2020* (Obsan Rapport 15/2020). Neuchâtel : Observatoire suisse de la santé. 2020.
8. Dahli MP, Šaltytė-Benth J, Haavet OR, Ruud T, Brekke M. Somatic symptoms and associations with common psychological diagnoses: a retrospective cohort study from Norwegian urban general practice. *Family Practice*. 2021: cmab038. doi:10.1093/fampra/cmab038

9. Arnaud AM, Brister TS, Duckworth K, et al. Impact of Major Depressive Disorder on Comorbidities: A Systematic Literature Review. *J Clin Psychiatry*. 2022; 83(6). doi:10.4088/JCP.21r14328
10. Kroenke K, Unutzer J. Closing the False Divide: Sustainable Approaches to Integrating Mental Health Services into Primary Care. *Journal of General Internal Medicine*. 2017; 32(4):404-410. doi:10.1007/s11606-016-3967-9
11. Cepoiu M, McCusker J, Cole MG, Sewitch M, Belzile E, Ciampi A. Recognition of Depression by Non-psychiatric Physicians—A Systematic Literature Review and Meta-analysis. *Journal of General Internal Medicine*. 2008; 23(1):25-36. doi:10.1007/s11606-007-0428-5
12. Mitchell AJ, Vaze A, Rao S. Clinical diagnosis of depression in primary care: a meta-analysis. *The Lancet*. 2009; 374(9690):609-619. doi:10.1016/S0140-6736(09)60879-5
13. Schumann I, Schneider A, Kantert C, Lowe B, Linde K. Physicians' attitudes, diagnostic process and barriers regarding depression diagnosis in primary care: a systematic review of qualitative studies. *Family Practice*. 2012; 29(3):255-263. doi:10.1093/fampra/cmr092
14. Marion-Veyron R, Saraga M, Stiefel F. Dépression, quelle dépression? *Forum Med Suisse*. 2015; 15(43). doi:10.4414/fms.2015.02449
15. Goldberg SD. Are official psychiatric classification systems for mental disorders suitable for use in primary care? *Br J Gen Pract*. 2019; 69(680):108-109. doi:10.3399/bjgp19X701369
16. Herrman H, Patel V, Kieling C, et al. Time for united action on depression: a Lancet–World Psychiatric Association Commission. *The Lancet*. 2022. doi:10.1016/S0140-6736(21)02141-3
17. Linder A, Widmer D, Fitoussi C, de Roten Y, Despland JN, Ambresin G. Les médecins généralistes face à la « dépression chronique ». Représentations et attitudes thérapeutiques. *Revue française des affaires sociales*. 2018 ; 1(4):239. doi:10.3917/rfas.184.0239
18. Mechanic D. Barriers to Help-Seeking, Detection, and Adequate Treatment for Anxiety and Mood Disorders: Implications for Health Care Policy. *J Clin Psychiatry*. 2007; 68 Suppl 2:20-6. PMID: 17288503.
19. Jegou M, Debaty E, Ouirini L, Carrier H, Beetlestone E. Caring for patients with mental disorders in primary care: a qualitative study on French GPs' views, attitudes and needs. *Family Practice*. 2019; 36(1):72-76. doi:10.1093/fampra/cmy107
20. Younes N, Gasquet I, Gaudebout P, et al. General Practitioners' opinions on their practice in mental health and their collaboration with mental health professionals. *BMC Family Practice*. 2005; 6(1). doi:10.1186/1471-2296-6-18
21. Emilia Debaty. Prise en charge des patients présentant des troubles psychiques : étude qualitative des pratiques et des besoins des médecins généralistes marseillais. *Sciences du Vivant*. 2018.

22. Barley EA, Murray J, Walters P, Tylee A. Managing depression in primary care: A meta-synthesis of qualitative and quantitative research from the UK to identify barriers and facilitators. *BMC family practice*. 2011; 12(1):47.
23. Telford R. Obstacles to effective treatment of depression: a general practice perspective. *Family Practice*. 2002; 19(1):45-52. doi:10.1093/fampra/19.1.45
24. Mercier A, Kerhuel N, Stalnikiewitz B, et al. Enquête sur la prise en charge des patients dépressifs en soins primaires : les médecins généralistes ont des difficultés et des solutions. *L'Encéphale*. 2010; 36:D73-D82. doi:10.1016/j.encep.2009.04.002
25. Senchyna A, Abbiati M, Chambe J, Haller DM, Maisonneuve H. General practitioners' perspectives on barriers to depression care : development and validation of a questionnaire. *BMC Fam Pract*. 2020; 21(1):156. doi:10.1186/s12875-020-01224-8
26. Senchyna Arun. Les barrières à la prise en charge de la dépression en médecine de famille: création et premières étapes de validation d'un questionnaire francophone adressé aux médecins de famille. *Université de Genève*. Master, 2015. <https://archive-ouverte.unige.ch/unige:124202>.
27. Glangetas A. Validation d'un questionnaire sur les barrières à la prise en charge de la dépression en médecine de premier recours. *Université de Genève*. Master, 2017.
28. Champet C. Les barrières à la prise en charge de la dépression en médecine de famille : création et validation d'un questionnaire francophone adressé aux médecins généralistes. Mémoire de recherche en médecine générale. *Université Claude Bernard, Lyon 1*. 2015.
29. Llorente L. Validation d'apparence d'un questionnaire sur les barrières à la prise en charge de la dépression en médecine générale. Thèse d'exercice en médecine. *Université Claude Bernard, Lyon 1*. 2017.
30. Lebreton N. Validation de la structure interne et de la reproductibilité d'un questionnaire sur les barrières à la prise en charge de la dépression en médecine générale. Thèse d'exercice en médecine. *Université Claude Bernard, Lyon 1*. 2018.
31. Sebo P, Maisonneuve H, Cerutti B, Fournier JP, Senn N, Haller DM. Rates, Delays, and Completeness of General Practitioners' Responses to a Postal Versus Web-Based Survey: A Randomized Trial. *J Med Internet Res*. 2017; 19(3):e83. doi:10.2196/jmir.6308
32. A. Bouletreau, D. Chouaniere, P. Wild, J.M. Fontana. Concevoir, traduire et valider un questionnaire. A propos d'un exemple, EUROQUEST. [Rapport de recherche] Notes scientifiques et techniques de l'INRS NS 178, *Institut National de Recherche et de Sécurité (INRS)*. 1999, 46 p., ill., bibliogr.hal-01420163
33. Boateng GO, Neilands TB, Frongillo EA, Melgar-Quinonez HR, Young SL. Best Practices for Developing and Validating Scales for Health, Social, and Behavioral Research: A Primer. *Front Public Health*. 2018; 6:149. doi:10.3389/fpubh.2018.00149

34. Streiner DL, Norman GR. Health Measurement Scales. *Oxford University Press*; 2008. doi:10.1093/acprof:oso/9780199231881.001.0001
35. Artino AR, La Rochelle JS, Dezee KJ, Gehlbach H. Developing questionnaires for educational research: AMEE Guide No. 87. *Medical Teacher*. 2014; 36(6):463-474. doi:10.3109/0142159X.2014.889814
36. American Educational Research Association, American Psychological Association, & National Council on Measurement in Education [AERA, APA, & NCME]. *Standards for educational and psychological testing*. Washington, DC. 2014.
37. Borsboom D, Mellenbergh GJ, van Heerden J. The Concept of Validity. *Psychological Review*. 2004; 111(4):1061-1071. doi:10.1037/0033-295X.111.4.1061
38. Polit DF, Beck CT, Owen SV. Is the CVI an acceptable indicator of content validity? Appraisal and recommendations. *Research in Nursing & Health*. 2007; 30(4):459-467. doi:10.1002/nur.20199
39. Napoles-Springer AM, Santoyo-Olsson J, O'Brien H, Stewart AL. Using Cognitive Interviews to Develop Surveys in Diverse Populations. *Medical Care*. 2006; 44(Suppl 3):S21-S30. doi:10.1097/01.mlr.0000245425.65905.1d
40. Lee S. Constructing effective questionnaires. *Handbook of human performance technology*. Hoboken, NJ: Pfeiffer Wiley. Published online 2006:760-779.
41. Richards JC, Ryan P, McCabe MP, Groom G, Hickie IB. Barriers to the effective management of depression in general practice. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 2004; 38(10):795-803.
42. Wong SYS, Lee K, Chan K, Lee A. What are the barriers faced by general practitioners in treating depression and anxiety in Hong Kong?: Barriers to Treating Depression and Anxiety in Hong Kong. *International Journal of Clinical Practice*. 2006; 60(4):437-441. doi:10.1111/j.1368-5031.2006.00881.x
43. Nutting PA, Rost K, Dickinson M, et al. Barriers to initiating depression treatment in primary care practice. *Journal of General Internal Medicine*. 2002; 17(2):103-111. doi:10.1046/j.1525-1497.2002.10128.x
44. Whitebird RR, Solberg LI, Margolis KL, Asche SE, Trangle MA, Wineman AP. Barriers to Improving Primary Care of Depression: Perspectives of Medical Group Leaders. *Qualitative Health Research*. 2013;23(6):805-814. doi:10.1177/1049732313482399
45. Jones KM, Piterman L, Spike N. Difficult-to-Treat-Depression—Perceptions of GPs and GP Trainees. *Open Journal of Psychiatry*. 2014; 04(03):228-237. doi:10.4236/ojpsych.2014.430
46. Fickel JJ, Parker LE, Yano EM, Kirchner JE. Primary care—mental health collaboration: An example of assessing usual practice and potential barriers. *Journal of Interprofessional Care*. 2007; 21(2):207-216.
47. van Rijswijk E, van Hout H, van de Lisdonk E, Zitman F, van Weel C. Barriers in recognising, diagnosing and managing depressive and anxiety disorders as experienced by Family Physicians, a focus group study. *BMC Family Practice*. 2009; 10(1). doi:10.1186/1471-2296-10-52

48. Ayalon L, Karkabi K, Bleichman I, Fleischmann S, Goldfracht M. Barriers to the Treatment of Mental Illness in Primary Care Clinics in Israel. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*. 2016; 43(2):231-240. doi:10.1007/s10488-015-0634-0
49. Roberge P, Hudon C, Pavilanis A, et al. A qualitative study of perceived needs and factors associated with the quality of care for common mental disorders in patients with chronic diseases: the perspective of primary care clinicians and patients. *BMC Family Practice*. 2016; 17(1). doi:10.1186/s12875-016-0531-y
50. Leff MS, Vrubļevska J, Lūse A, Rancāns E. Latvian family physicians' experience diagnosing depression in somatically presenting depression patients: A qualitative study. *European Journal of General Practice*. 2017; 23(1):91-97. doi:10.1080/13814788.2017.1291626
51. PRISM Dépression. Suivi post focus group : Reflets & propositions d'action. Genève, 2011. (rapport non publié).
52. Botega NJ, Silveira GM. General Practitioners' Attitudes Towards Depression: a Study in Primary Care Setting in Brazil. *International Journal of Social Psychiatry*. 1996; 42(3):230-237. doi:10.1177/002076409604200307
53. Norton JL, Pommié C, Cogneau J, Haddad M, Ritchie KA, Mann AH. Beliefs and Attitudes of French Family Practitioners toward Depression: The Impact of Training in Mental Health. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*. 2011; 41(2):107-122. doi:10.2190/PM.41.2.a
54. Haddad M, Menchetti M, McKeown E, Tylee A, Mann A. The development and psychometric properties of a measure of clinicians' attitudes to depression: the revised Depression Attitude Questionnaire (R-DAQ). *BMC Psychiatry*. 2015; 15(1). doi:10.1186/s12888-014-0381-x
55. Beatty PC, Willis GB. Research Synthesis: The Practice of Cognitive Interviewing. *Public Opinion Quarterly*. 2007; 71(2):287-311. doi:10.1093/poq/nfm006
56. Rios J, Wells C. Validity evidence based on internal structure. *Psicothema* 2014, Vol. 26, No. 1,108-116 doi: 10.7334/psicothema2013.260
57. Gaskin CJ, Happell B. On exploratory factor analysis: A review of recent evidence, an assessment of current practice, and recommendations for future use. *International Journal of Nursing Studies*. 2014; 51(3):511-521. doi:10.1016/j.ijnurstu.2013.10.005
58. Scholtes VA, Terwee CB, Poolman RW. What makes a measurement instrument valid and reliable? *Injury*. 2011; 42(3):236-240. doi:10.1016/j.injury.2010.11.042
59. Mokkink LB, Terwee CB, Patrick DL, et al. The COSMIN study reached international consensus on taxonomy, terminology, and definitions of measurement properties for health-related patient-reported outcomes. *Journal of Clinical Epidemiology*. 2010; 63(7):737-745. doi:10.1016/j.jclinepi.2010.02.006

60. Sijtsma K. On the Use, the Misuse, and the Very Limited Usefulness of Cronbach's Alpha. *Psychometrika*. 2009; 74(1):107-120. doi:10.1007/s11336-008-9101-0
61. Thielke S, Vannoy S, Unützer J. Integrating Mental Health and Primary Care. *Primary Care: Clinics in Office Practice*. 2007;34(3):571-592. doi:10.1016/j.pop.2007.05.007
62. Oude Engberink A, Carbonnel F, David M, et al. Management of Current Psychiatric Disorders: A French Family Physician Experience. A Qualitative Study. *Can J Psychiatry*. 2016; 61(7):413-421. doi:10.1177/0706743716639922
63. Talbot A, Lee C, Ryan S, Roberts N, Mahtani KR, Albury C. Experiences of treatment-resistant mental health conditions in primary care: a systematic review and thematic synthesis. *BMC Prim Care*. 2022;23(1):207. doi:10.1186/s12875-022-01819-3
64. Sadeghipour Saha. Exploring barriers to depression care among participants to the Médecine psychosomatique et psychosociale CAS. *Université de Genève*. Master, 2019. <https://archive-ouverte.unige.ch/unige:122985>
65. Junod Perron N, Audetat MC, Mazouri S, Schindler M, Haller DM, Sommer J. How well are Swiss French physicians prepared for future practice in primary care? *BMC Med Educ*. 2018;18(1):65. doi:10.1186/s12909-018-1168-4
66. Kamdem GB, Silva Teixeira A, Senchyna A, et al. Nouveautés dans les traitements non pharmacologiques de la dépression. Place à une approche plus intégrative. *Revue Médicale Suisse*. 2022; doi:10.53738/REVMED.2022.18.797.1809
67. Maisonneuve DH. Comment intensifier les efforts de recherche pour une médecine de famille basée sur les preuves ? *Revue médicale Suisse*. 2020.
68. Manzanera R, Lahera G, Álvarez-Mon MÁ, Alvarez-Mon M. Maintained effect of a training program on attitudes towards depression in family physicians. *Family Practice*. 2018;35(1):61-66. doi:10.1093/fampra/cmz071
69. Gask L. Educating family physicians to recognize and manage depression: where are we now? *Can J Psychiatry*. 2013; 58(8):449-455. doi:10.1177/070674371305800803
70. Grung I, Anderssen N, Haukenes I, et al. Patient experiences with depression care in general practice: a qualitative questionnaire study. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*. 2022; 40(2):253-260. doi:10.1080/02813432.2022.2074069
71. Van den Broeck K, Remmen R, Vanmeerbeek M, Destoop M, Dom G. Collaborative care regarding major depressed patients: A review of guidelines and current practices. *Journal of Affective Disorders*. 2016; 200:189-203. doi:10.1016/j.jad.2016.04.044
72. Guex P, Barbier Y. Le généraliste et le psychiatre : échec ou réussite ? *Revue Médicale Suisse*. 2005.



**ANNEXE I. QUESTIONNAIRE SUR LES BARRIERES A LA PRISE EN CHARGE DE LA DEPRESSION
EN MEDECINE GENERALE - BDC-Q - VERSION FRANÇAISE VALIDÉE**

Le but de ce questionnaire est d’explorer les barrières à la prise en charge de la dépression en médecine générale. Pour chacun des items suivants, merci de choisir la proposition correspondant le plus à votre expérience personnelle.

	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Ne se prononce pas	D'accord	Tout à fait d'accord
La pratique du médecin généraliste :					
1-Prendre en charge un patient dépressif demande souvent plus de temps que ce que je peux y consacrer	☐	☐	☐	☐	☐
2- Travailler avec des patients dépressifs est pesant	☐	☐	☐	☐	☐
3- La capacité d’accueil des structures spécialisées en santé mentale est insuffisante	☐	☐	☐	☐	☐
4- La situation clinique d’un patient dépressif est difficile à résumer par écrit	☐	☐	☐	☐	☐
5- Les recommandations de bonnes pratiques concernant la dépression manquent d’applicabilité pratique	☐	☐	☐	☐	☐
6- Prendre en charge des patients dépressifs est suffisamment rémunéré	☐	☐	☐	☐	☐
Les patients et les représentations de la dépression :					
7-Les patients dépressifs acceptent facilement le diagnostic de dépression	☐	☐	☐	☐	☐
8-L’adhésion des patients dépressifs au projet thérapeutique est limitée	☐	☐	☐	☐	☐
9-Les patients dépressifs sous-estiment la sévérité de leur dépression	☐	☐	☐	☐	☐
10-Les patients dépressifs acceptent facilement d’être adressés chez un professionnel en santé mentale	☐	☐	☐	☐	☐
11-La population générale est bien informée sur la dépression	☐	☐	☐	☐	☐
12-Il est facile de distinguer une simple tristesse de l’humeur d’un syndrome dépressif	☐	☐	☐	☐	☐

Les aides à la prise en charge :

	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Ne se prononce pas	D'accord	Tout à fait d'accord
13-Je connais bien les services offerts par les structures spécialisées en santé mentale	☐	☐	☐	☐	☐
14-Je connais bien les spécialisations des professionnels en santé mentale pour certaines pathologie (par exemple : addiction, trouble bipolaire, etc.)	☐	☐	☐	☐	☐
15-Les outils de dépistage de la dépression, par exemple l'échelle HAD (Hospital Anxiety and Depression scale), manquent d'utilité pratique	☐	☐	☐	☐	☐
16-Les outils d'évaluation de la dépression, par exemple l'échelle de Hamilton ou l'inventaire de Beck, manquent d'utilité pratique	☐	☐	☐	☐	☐

La collaboration avec les professionnels en santé mentale (psychiatres, psychologues, infirmières spécialisées, etc.) :

17-Le partage d'informations médicales concernant les patients avec les professionnels en santé mentale est facile	☐	☐	☐	☐	☐
18-Le retour d'informations sur les patients de la part des professionnels en santé mentale est difficile	☐	☐	☐	☐	☐
19-Les professionnels en santé mentale sont disponibles pour la prise en charge de nouveaux patients	☐	☐	☐	☐	☐
20-Les rencontres avec les professionnels en santé mentale pour discuter des cas sont difficiles	☐	☐	☐	☐	☐
21-Obtenir un conseil téléphonique des professionnels en santé mentale est facile	☐	☐	☐	☐	☐
22-Les attentes concernant la transmission de l'information sont les mêmes entre généralistes et professionnels en santé mentale	☐	☐	☐	☐	☐

L'accès aux soins en santé mentale :

23-Je manque de confiance à l'égard des structures spécialisées en santé mentale	☐	☐	☐	☐	☐
24-J'ai eu des mauvaises expériences en utilisant les structures spécialisées en santé mentale	☐	☐	☐	☐	☐
25- Les soins en santé mentale sont bien remboursés aux patients dépressifs	☐	☐	☐	☐	☐

ANNEXE II. QUESTIONNAIRE ON BARRIERS TO DEPRESSION CARE IN FAMILY PRACTICE BDC- Q UNVALIDATED ENGLISH VERSION

The aim of this questionnaire is to explore barriers to depression care in family practice.

For each of the following item, please choose the answer that best corresponds to your own experience.

	Strongly disagree	Disagree	No answer	Agree	Strongly agree
Provision of care by the family practitioner:					
1-Taking care of a patient suffering from depression often takes up more time than I can give him/her	☐	☐	☐	☐	☐
2-Working with patients suffering from depression is heavy	☐	☐	☐	☐	☐
3-The capacity of specialized mental health care structures is insufficient	☐	☐	☐	☐	☐
4-The clinical situation of a patient suffering from depression is difficult to summarize in writing	☐	☐	☐	☐	☐
5-Best practice recommendations related to depression lack practical applicability	☐	☐	☐	☐	☐
6- I am adequately paid for taking care of patients suffering from depression	☐	☐	☐	☐	☐
Patient and perspectives about depression:					
7-Patients suffering from depression easily accept a diagnosis of depression	☐	☐	☐	☐	☐
8-The commitment of patients suffering from depression to the therapeutic project is limited	☐	☐	☐	☐	☐
9-Patients suffering from depression underestimate the severity of their depression	☐	☐	☐	☐	☐
10-Patients suffering from depression easily accept being referred to a mental health care professional	☐	☐	☐	☐	☐
11-The general public is well informed about depression	☐	☐	☐	☐	☐
12- It is easy to distinguish between simple sadness and a depressive disorder	☐	☐	☐	☐	☐

	Strongly disagree	Disagree	No answer	Agree	Strongly agree
Guidance for care:					
13- I know the services offered by mental health care structures well	☐	☐	☐	☐	☐
14- I know the specializations of mental health professionals regarding certain pathologies (for example, addiction, bipolar disorders) well	☐	☐	☐	☐	☐
15-Screening tools for depression, such as the HAD (Hospital Anxiety and Depression scale) for example, lack practical utility	☐	☐	☐	☐	☐
16-Assessment tools for depression, such as the Hamilton Scale or the Beck Depression Inventory lack practical utility	☐	☐	☐	☐	☐

Collaboration with mental health specialists (psychiatrists, psychologists, specialized nurses, etc.):

17-Medical information sharing between patients and mental health care professionals is easy	☐	☐	☐	☐	☐
18-Obtaining feedback on patients from mental health care professionals is difficult	☐	☐	☐	☐	☐
19-Mental health care professionals are available to take on new patients	☐	☐	☐	☐	☐
20-Setting up meetings with mental health care professionals to discuss cases is difficult	☐	☐	☐	☐	☐
21-Getting advice over the phone from mental health care professionals is easy	☐	☐	☐	☐	☐
22-Expectations concerning the communication of information are the same for general practitioners as for mental health care professionals	☐	☐	☐	☐	☐

Access to mental health care:

23- I mistrust mental health care structures	☐	☐	☐	☐	☐
24- I have had bad experiences using structures specialized in mental health	☐	☐	☐	☐	☐
25-Patients suffering from depression are adequately reimbursed for their mental health care costs	☐	☐	☐	☐	☐

ANNEXE III. EVOLUTION DES ITEMS DU QUESTIONNAIRE ENTRE L'ÉTAPE 1 (GÉNÉRATION D'ITEMS) ET L'ÉTAPE 3 (PRETEST).

r = formulation renversée positivement s = item supprimé dans la version finale du BDC-Q

Étape 1- Génération d'items (42 items)	Étape 3 – Pretest (28 items)
Prendre en charge un patient déprimé demande trop de temps	Prendre en charge un patient dépressif demande souvent plus de temps que ce que je peux y consacrer
Travailler avec des patients déprimés est pesant	Travailler avec des patients dépressifs est pesant
Le temps consacré à la dépression est entravé par d'autres motifs de consultation	<i>Non retenu</i>
Passer du temps à s'occuper des patients déprimés est peu gratifiant	<i>Non retenu</i>
Le médecin généraliste est gêné de discuter des problèmes psychologiques avec les patients	<i>Non retenu</i>
Le médecin généraliste est mal à l'aise avec la prise en charge des patients déprimés	<i>Non retenu</i>
Il est difficile pour le médecin généraliste de choisir la meilleure prise en charge	<i>Non retenu</i>
Le médecin généraliste manque de formation pour la prise en charge de la dépression	<i>Non retenu</i>
Le médecin généraliste est mal à l'aise avec les différents traitements médicamenteux	<i>Non retenu</i>
Les personnes déprimées sont réticentes à accepter le diagnostic de dépression	Les patients dépressifs acceptent facilement le diagnostic de dépression (r)
L'adhésion des personnes déprimées est limitée par l'impression que la symptomatologie ne s'améliore pas	L'adhésion des patients dépressifs au projet thérapeutique est limitée
Les personnes déprimées sous-estiment la sévérité de leur dépression	Les patients dépressifs sous-estiment la sévérité de leur dépression
Les personnes déprimées sont réticentes à être adressées chez un spécialiste en santé mentale	Les patients dépressifs acceptent facilement d'être adressés chez un professionnel en santé mentale (r)
Les personnes déprimées subissent une stigmatisation sociale	Les personnes déprimées subissent une stigmatisation sociale (s)
Les personnes déprimées ne sont pas observantes dans leur traitement médicamenteux (initiation ou suivi)	<i>Non retenu</i>
Les symptômes sont consciemment ou inconsciemment masqués par les patients	<i>Non retenu</i>
Il est difficile de distinguer une simple tristesse de l'humeur d'un syndrome dépressif	Il est facile de distinguer une simple tristesse de l'humeur d'un syndrome dépressif (r)

Étape 1- Génération d'items (42 items)	Étape 3 – Pretest (28 items)
Les outils de dépistage de la dépression manquent d'utilité pratique	Les outils de dépistage de la dépression, par exemple l'échelle HAD (Hospital Anxiety and Depression scale), manquent d'utilité pratique
Les outils d'évaluation de la dépression manquent d'utilité pratique	Les outils d'évaluation de la dépression, par exemple l'échelle de Hamilton ou l'inventaire de Beck, manquent d'utilité pratique
Le concept de la dépression tel que défini dans le milieu psychiatrique (CIM, DSM) ne correspond pas aux situations retrouvées au cabinet du généraliste	<i>Non retenu</i>
Les guidelines manquent d'applicabilité pratique	Les recommandations de bonnes pratiques concernant la dépression manquent d'applicabilité pratique
Nous manquons de processus standardisé pour éduquer les patients sur la dépression	<i>Non retenu</i>
Les symptômes de la dépression ne sont pas spécifiques	Les symptômes de la dépression ne sont pas spécifiques (s)
Le diagnostic de dépression ne peut être objectivé de manière certaine	<i>Non retenu</i>
Les professionnels en santé mentale manquent de disponibilité	Les professionnels en santé mentale sont disponibles pour la prise en charge de nouveaux patients (r)
La communication avec les professionnels en santé mentale est difficile	<i>Non retenu</i>
Le partage de dossier avec les professionnels en santé mentale est difficile	Le partage d'informations médicales concernant les patients avec les professionnels en santé mentale est facile (r)
Obtenir un conseil téléphonique des professionnels en santé mentale est difficile	Obtenir un conseil téléphonique des professionnels en santé mentale est facile (r)
Le retour d'informations sur les patients de la part des professionnels en santé mentale est difficile	Le retour d'informations sur les patients de la part des professionnels en santé mentale est difficile
Il y a une différence de culture entre psychiatres et généralistes dans la coordination et la transmission de l'information	Les attentes concernant la transmission de l'information sont les mêmes entre généralistes et professionnels en santé mentale (r)
Les rencontres avec les professionnels en santé mentale pour discuter des cas sont difficiles	Les rencontres avec les professionnels en santé mentale pour discuter des cas sont difficiles
L'échange d'informations concernant les patients dépressifs est difficile par écrit	La situation clinique d'un patient dépressif est difficile à résumer par écrit
Demander un avis spécialisé peut sembler délicat par crainte que le psychiatre ne réadresse pas son patient	<i>Non retenu</i>
Les spécificités de pratique des psychiatres ne sont pas connues des médecins généralistes (TCC vs abord analytique, prise en charge prépondérante de psychoses vs névroses)	Je connais bien les spécialisations des professionnels en santé mentale pour certaines pathologie (par exemple : addiction, trouble bipolaire, etc.) (r)

Il y a un problème de qualité des services en santé mentale dans la prise en charge des patients dépressifs	Je manque de confiance à l'égard des structures spécialisées en santé mentale
Étape 1- Génération d'items (42 items)	Étape 3 – Pretest (28 items)
Les services offerts par les structures spécialisées ne sont pas connus des médecins généralistes	Je connais bien les services offerts par les structures spécialisées en santé mentale (r)
La capacité d'accueil des structures spécialisées est insuffisante	La capacité d'accueil des structures spécialisées en santé mentale est insuffisante
Les médecins généralistes n'utilisent pas assez les structures spécialisées	<i>Non retenu</i>
Les structures spécialisées en soins psychiatriques sont trop éloignées géographiquement du cabinet médical du généraliste	<i>Non retenu</i>
Prendre en charge des patients dépressifs n'est pas assez rémunéré	Prendre en charge des patients dépressifs est suffisamment rémunéré (r)
La population générale manque d'informations sur la dépression, son orientation et sa prise en charge	La population générale est bien informée sur la dépression (r)
	La population générale est bien informée sur la prise en charge de la dépression (s)
Les soins en santé mentale sont peu remboursés	Les soins en santé mentale sont bien remboursés aux patients dépressifs

ANNEXE IV. ENQUÊTE IBADES. POSTER PRÉSENTÉ AU CONGRÈS DE LA SSMIG, PRINTEMPS 2022



Interns and senior residents' perspectives on barriers to depression care: What should we look out for ?

Arun Senchyna^{1,2}, Stéphane Bernard¹, Barbara Broers¹, Hubert Maisonneuve², Dagmar M Haller^{1,2}
 (1) Division of Primary Care Medicine, Geneva University Hospital and University of Geneva, Geneva, Switzerland
 (2) University Institute for Primary Care (IuMFE), Faculty of Medicine, University of Geneva, Geneva, Switzerland



INTRODUCTION

- Understanding **physicians' perspectives** on barriers to depression care is key to support best practice in the long run.
- The main objective was to **identify and compare barriers to depression care encountered by interns and senior residents.**

METHODS

- Cross-sectional study** in the **Primary Care Division of the Geneva University Hospitals (SMRP)**. Qualtrics® survey emailed between September and October 2021.
- Measures : validated **Barriers to Depression Care questionnaire (BDC-Q)*** and the **Revised Depression Attitudes Questionnaires (RDAQ)**** → professional confidence. All items were rated on a **five points Likert scale** : 1 = "strongly disagree"; 3= "neither agree nor disagree"; 5 = "strongly agree".
- Pearson r test was used to determine correlation between each of the dimensions of the BDC-Q and professional confidence (RDAQ).

CONCLUSION

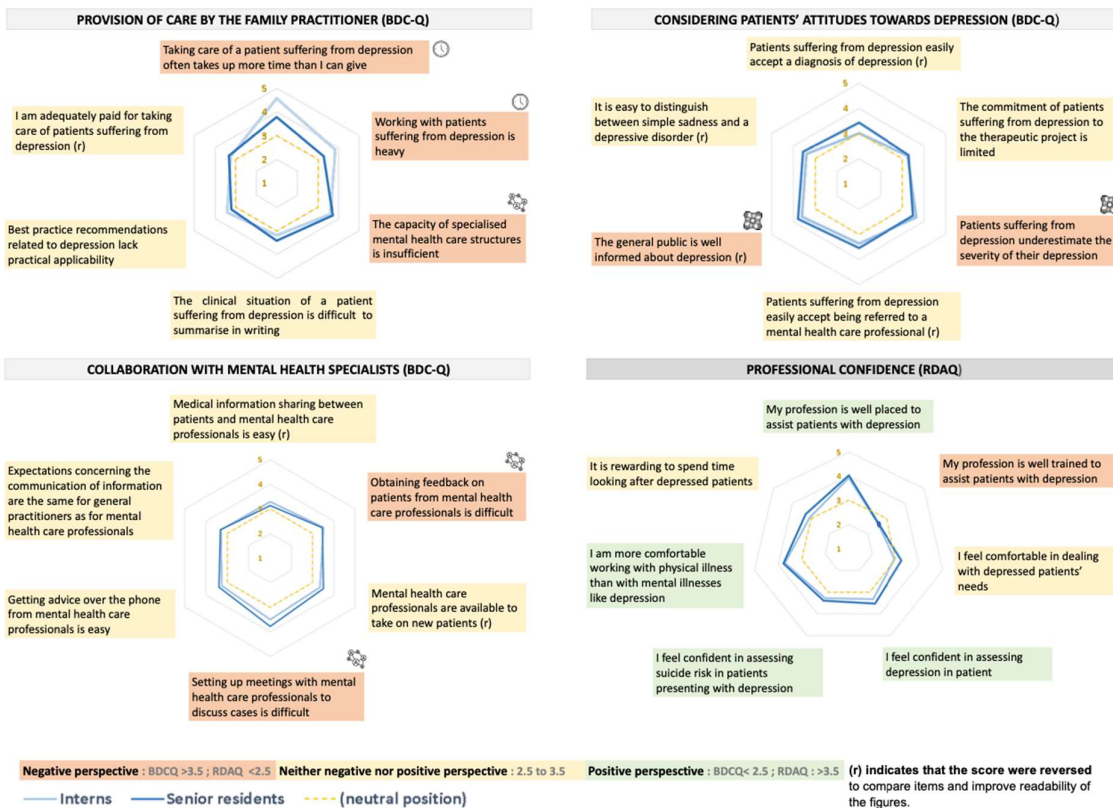
- Interns and senior residents reported mostly similar perspectives on barriers to depression care.**
- There are **correlations** between perceived **barriers** and **professional confidence.**

Improvement interventions should preferably target :

- Time constraint management** (with an emphasis for interns)
- Patients' empowerment strategies**
- Transfer of skills** from mental health specialists to primary care physicians

RESULTS

- Response rate : 56/109 (**28 interns and 28 senior residents**). Female gender : 66%. Mean age : 34,4 y/o.
- Compared to senior residents, interns were most likely to report that **working with depressed patients is heavy** and **"takes up more time that they can give"** ($p < 0,001$).
- The barriers reported on the dimensions **"provision of care"** and **"patients' attitudes towards depression"** were **correlated with lower professional confidence** ($r=0.57$ and $r=0.59$ respectively).



The strongest barriers suggested feeling of isolation among physicians in their practice.
 The weakest barriers (not shown) suggested trust and openness to work with mental health specialists.

Contact : arun.senchyna@hug.ch
 Geneva University Hospitals

* Senchyna A. et al. BMC Family Practice, 2020
 ** Haddad M. et al. BMC Psychiatry, 2015