

* Médecin généraliste
9031 Drongen

Outils pour un diagnostic de la dépression en médecine générale

par le Dr Pierre Chevalier *

Le médecin généraliste est souvent consulté par des patients souffrant de symptômes de dépression. Avant de prescrire un traitement, il est important qu'il ait les outils adéquats pour faire ce diagnostic.

PRÉTEST

	Vrai	Faux
1. Pour faire le diagnostic de dépression selon les critères du DSM IV, les symptômes doivent être présents pendant au moins 2 semaines.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Les études suggèrent que le pronostic à long terme de la dépression en médecine générale est plus mauvais qu'en psychiatrie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. La connaissance du patient en médecine générale, bien utile au diagnostic de dépression, n'est pas évaluée par les études.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Réponses dans le prochain numéro.

ABSTRACT

Is depression under- or over-diagnosed in general practice? This paper presents the most appropriate, validated and reliable tools for this diagnostic in the daily general practice.

Keywords: depression, DSM IV.

RÉSUMÉ

Sous ou surdiagnostic de dépression en médecine générale? Cet article présente les instruments les mieux adaptés et validés dans la pratique quotidienne du généraliste, avec une fiabilité acceptable de diagnostic.

Mots clefs: dépression, DSM IV

Le Trouble Dépressif fait partie des troubles de l'humeur tels qu'ils sont définis dans des consensus qui font références (le DSM IV par exemple, Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux, texte révisé, par l'American Psychiatric Association). Ces définitions, établies par des psychiatres, aident-elles le médecin généraliste à prendre correctement en considération, éventuellement en charge, ses patients dépressifs? D'autres outils sont-ils mieux adaptés en pratique de première ligne?

EN MÉDECINE GÉNÉRALE : TROP OU TROP PEU DE DIAGNOSTIC DE DÉPRESSION ?

Les enquêtes qui ont montré un **sous-diagnostic et un sous-traitement de la dépression majeure** se sont déroulées auprès de la population générale et non de celle qui consultait la première ligne de soins. Davidson et coll. avaient analysé ces résultats d'enquête en 1999 déjà ⁽¹⁾ et s'étaient interrogés sur les causes possibles de cette observation. Ils faisaient l'hypothèse d'éléments provenant du **patient** (non identification des plaintes comme étant celles d'une dépression, non observance thérapeutique), liés au **médecin** (inexpérience dans le domaine de la communication, non prise en compte de la dépression en tant que maladie) ou provoqués par l'**organisation des soins de santé** (accès limité à des soins adéquats et surtout répétés). Le sous traitement était, dans les enquêtes, principalement ou uniquement évalué sur la prise d'un antidépresseur et ceci sur une période d'au

moins quatre semaines et à dose jugée suffisante (150 mg d'imipramine ou équivalent). Ce type d'enquête pose deux questions principales : **comment le diagnostic de dépression est-il établi, d'une part, et la non prescription/prise d'un antidépresseur est-elle un signe adéquat de sous traitement, d'autre part?** Une probable réponse négative à ces deux questions fait perdre tout sens à ces résultats d'enquête.

Ces difficultés de diagnostic des troubles dépressifs en médecine générale ont également été étudiées par Aragonès et coll. en Espagne ⁽²⁾. Les médecins généralistes avaient détecté 72 % des sujets jugés déprimés par les tests utilisés et 43 % de ceux-ci avaient reçu une prescription d'antidépresseurs. Les personnes non diagnostiquées comme étant dépressives par le médecin généraliste étaient souvent celles qui présentaient des **signes plus légers de dépression** et celles pour lesquelles les bénéfices d'une détection étaient, selon les auteurs, les moins évidents. D'autres auteurs mentionnent que le diagnostic n'est parfois pas posé parce que les patients se présentent avec de **multiples plaintes**, surtout en cas de malaise chronique, qui « masquent » la dépression ou que le patient présente de nombreuses plaintes fonctionnelles et n'envisage pas ou refuse un diagnostic plus psychique ⁽³⁾.

Aragones et coll. viennent de publier une nouvelle étude ⁽⁴⁾ concernant le **surdiagnostic** de la dépression en médecine générale en Espagne, avec un taux important de 26,5 % pour les critères du DSM IV. Ces auteurs notent comme facteurs indépendants de surdiagnostic, entre autres une **anamnèse de dépression** ou la pré-

sence d'une **anxiété généralisée**. Ils concluent que les médecins généralistes ont considéré comme déprimés des patients ne présentant pas les critères classiques de dépression mais ayant des antécédents de dépression ou présentant une **détresse psychologique** pouvant être prodromale d'un futur trouble dépressif. Cette dernière partie de la conclusion des auteurs n'est pas référencée et ne nous précise pas le risque de dépression en cas de détresse psychologique.

CRITÈRES DE DIAGNOSTIC DE LA DÉPRESSION: ADÉQUATS POUR LA MG ?

Dans les études précitées, certains auteurs ont remis en question l'adéquation des **critères du DSM IV** pour diagnostiquer la dépression majeure en médecine générale. Ces critères servent de référence dans la majorité des études concernant la dépression majeure.

Pour rappel ces critères sont :

- A.** Au moins **5 des symptômes** doivent avoir été présents pendant une même période d'une durée d'au moins **deux semaines** et avoir représenté un changement par rapport au fonctionnement antérieur. Au moins un des symptômes est soit ⁽¹⁾ une humeur dépressive soit ⁽²⁾ une perte d'intérêt ou de plaisir.
1. **Humeur dépressive** présente pratiquement toute la journée, presque tous les jours, signalée par le sujet (p. ex., se sent triste ou vide) ou observée par les autres (p. ex., pleure). N.B. : éventuellement irritabilité chez les enfants et les adolescents.
 2. **Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir** dans toutes ou presque toutes les activités, pratiquement toute la journée, presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres)
 3. **Perte ou gain significatif de poids** en l'absence de régime (par exemple, plus de 5% du poids corporel en un mois) ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours
 4. **Insomnie ou hypersomnie** presque tous les jours
 5. **Agitation ou ralentissement** psychomoteur, presque tous les jours (constaté par les autres, non limité à un sentiment subjectif de fébrilité ou de ralentissement intérieur)
 6. **Fatigue ou perte d'énergie** presque tous les jours
 7. **Sentiments de dévalorisation ou culpabilité** excessive ou inappropriée (qui peut être délirante) presque tous les jours
 8. **Diminution de l'aptitude à penser** ou à se concentrer ou indécision presque tous les jours
 9. **Pensées récurrentes de la mort** (pas seulement une peur de mourir), **idées suicidaires** récurrentes sans plan précis, ou tentative de suicide ou plan précis pour se suicider.

B. Les symptômes ne répondent pas aux critères d'un épisode mixte.

C. Les symptômes induisent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel, ou dans d'autres domaines importants.

D. Les symptômes ne sont pas imputables aux effets physiologiques d'une substance ou d'une affection médicale générale.

E. Les symptômes ne sont pas mieux expliqués par un Deuil normal

DÉPISTAGE ET DIAGNOSTIC

La critique vis-à-vis des critères du DSM IV pourrait peut-être être reformulée en d'autres termes: **existe-t-il des tests différents**, praticables en médecine générale, permettant de mieux dépister (dans la population générale ou dans une population ciblée), de mieux découvrir des cas dans la population qui nous consulte pour toute raison («case finding»), et/ou d'établir un diagnostic le plus certain possible ?

Un dépistage, de masse ou ciblé, outre qu'il pose des problèmes éthiques importants, sort du cadre de cet article.

Pour ce qui est de la découverte de cas dans la population qui nous consulte, de **nombreux tests** ont été évalués et validés. Une revue de la littérature en cite onze ⁽⁵⁾, comparés à un diagnostic obtenu lors d'un entretien clinique structuré (Structured Clinical Interview SCID selon les différentes versions successives du DSM). Des tests plus spécifiques sont également proposés pour les personnes âgées ⁽⁶⁾. Ces différents tests semblent, d'après les auteurs des différentes synthèses, également performants.

Pouvons-nous **présélectionner les patients** auxquels ces tests de détection devraient être proposés ?

L'US Preventive Services Task Force propose d'explorer les patients suivants ⁽⁷⁾:

- plaintes dépressives spontanées ou avouées ou signaux dépressifs à l'observation
- plaintes somatiques chroniques, particulièrement douleur chronique
- fatigue ou problèmes de sommeil
- abus médicamenteux
- personnes âgées
- isolement social
- changements existentiels
- difficultés financières
- grossesse ou post-partum
- perte de libido
- obésité
- au moins deux maladies chroniques
- anamnèse familiale de dépression.

Cette liste ne répond à aucune hiérarchie et n'est pas exhaustive.

ÉCHELLES ET SCORES UTILISABLES EN MG

DEUX OU TROIS QUESTIONS

En médecine générale, un test particulièrement simple est proposé, il s'agit de poser les **deux questions** suivantes⁽⁸⁾ :

- «Durant le mois écoulé, avez-vous été perturbé par un cafard, une déprime, une perte d'espoir?»
- «Durant le mois écoulé, avez-vous été souvenement perturbé par peu d'intérêt ou de plaisir dans vos activités?»

Ces deux questions ont une sensibilité de 96% et une spécificité de 57% pour les patients déprimés pour qui l'usage de substances nocives a été exclu, après exclusion des patients maniaques ou schizophrènes.

Une autre étude en médecine générale montre sensibilité de 97% et une spécificité de 67%. D'autres auteurs font remarquer que ce test sélectionne **un taux important de faux positifs** (spécificité de 57 ou 67%) et qu'un test diagnostique précis doit encore être réalisé avant de décider d'une intervention⁽⁹⁾.

Un entretien clinique est proposé par d'autres auteurs, en association avec le test de détection de cas⁽¹⁰⁾, qui s'attardera sur les points B à E cités dans le DSM IV ci-dessus.

Une troisième question: «Désirez-vous être aidé?», augmente la spécificité sans modifier la sensibilité du test⁽¹¹⁾: sensibilité de 96% et spécificité de 89%, soit 10% de faux positifs. **Ces trois questions ont dès lors une sensibilité et une spécificité raisonnable pour détecter la dépression majeure en médecine générale.**

QSP 9

D'autres auteurs^(12,13) proposent un test facile à réaliser en moins de 3 minutes et validé pour le dépistage, le diagnostic, l'évaluation de la réponse thérapeutique et la détermination de la rémission, le Questionnaire de santé du patient QSP9 (PHQ-9 pour les anglo-saxons⁽¹⁴⁾)^(a).

Une évaluation récente de ce questionnaire dans sa version en langue française, versus diagnostic posé par des psychiatres suisses⁽¹⁴⁾ montre cependant **une sensibilité faible** (50%) pour une **spécificité satisfaisante** (86%) selon cet auteur (communication personnelle). Ce test serait donc **intéressant pour exclure une dépression majeure** (s'il est négatif) mais non pour en certifier le diagnostic: une évaluation par entretien (psychiatrique) reste donc indispensable pour ce diagnostic.

AUTRES TESTS

De nombreux autres tests sont proposés, mais ils sont de réalisation plus difficiles en pratique de médecine générale. Des échelles validées sont également proposées pour évaluer la sévé-

rité de la dépression (Montgomery Asberg Depression Rating Scale – MADRS, Hamilton Rating Scale for Depression – HRSD, Beck Depression Inventor – BDI) mais elles nous semblent sortir du cadre de la pratique quotidienne de la médecine générale.

EN RÉSUMÉ, POUR LA PRATIQUE

Un ensemble de 3 questions:

- «Durant le mois écoulé, avez-vous été perturbé par un cafard, une déprime, une perte d'espoir?»
- «Durant le mois écoulé, avez-vous été souvenement perturbé par peu d'intérêt ou de plaisir dans vos activités?»
- «Désirez-vous être aidé?»

avec réponses positives permet de détecter, avec un risque faible d'erreur, la dépression majeure en médecine générale.

Un «Questionnaire de santé du patient QSP9» complété par le patient peut, en cas de résultat négatif, aider à exclure une dépression majeure.

Le médecin généraliste peut-il se contenter de ce genre de test? Le QSP9 permet une exclusion, non un diagnostic de présence de dépression. Pour le test des 3 questions, il y a encore, selon la statistique, une dizaine de pour cent de risque de faire à tort un diagnostic de dépression majeure. Les études ne précisent cependant pas si les sujets évalués étaient des patients habituels du médecin généraliste. **Il nous semble que la connaissance du patient est, en médecine générale, un guide complémentaire très utile dans le diagnostic; cet élément n'est cependant pas évalué.**

LA DÉPRESSION: IDENTIQUE EN MÉDECINE GÉNÉRALE ET EN PSYCHIATRIE?

Dans une **étude réalisée en médecine générale** en Hollande sur un suivi d'une cohorte durant 10 ans, sur les 222 patients ayant présenté un épisode dépressif, la majorité ne récidive pas et **la durée est en moyenne de 3 mois**, avec 34% des patients présentant un épisode limité à moins d'un mois⁽¹⁷⁾. Nous sommes loin des recommandations de traitement d'au moins six mois d'antidépresseurs pour «couvrir» l'évolution naturelle d'une dépression fixée à six mois...

Une synthèse méthodique de la littérature sur l'évolution à long terme de la dépression hors traitement hospitalier (dans la communauté et en première ligne de soins)⁽¹⁸⁾ suggère que **le pronostic à long terme de la dépression n'y est pas aussi mauvais qu'en psychiatrie.**

Cette constatation de l'évolution généralement spontanément favorable d'un épisode dépressif en médecine générale, conduit certains auteurs à **relativiser le risque d'un sous diagnostic en médecine générale**⁽¹⁹⁾.

Il nous semble que la connaissance du patient est, en médecine générale, un guide complémentaire très utile dans le diagnostic; cet élément n'est cependant pas évalué.

(a) Ce questionnaire n'est pas publiable en l'absence d'autorisation de l'éditeur.

Le pronostic à long terme de la dépression hors traitement hospitalier n'est pas aussi mauvais qu'en psychiatrie.

D'autres questions y sont ajoutées par cet auteur :

- Pourquoi une prescription aussi large des antidépresseurs alors que leur efficacité est controversée et qu'ils ont des effets indésirables majeurs ?
- Pourquoi des traitements dont l'efficacité a été bien prouvée (thérapie par la parole (talking therapy), intervention psychologique courte) ne sont-ils pas davantage utilisés ?

CONCLUSION

Des tests simples et ne nécessitant pas un investissement de temps important sont utilisables en médecine générale pour dépister et/ou diagnostiquer une dépression. L'évolution de celle-ci est, pour l'ensemble des cas, plus généralement spontanément favorable qu'en psychiatrie, ce qui réduit les risques d'un non diagnostic, sans les annuler pour autant. ■

BIBLIOGRAPHIE

1. Davidson J, Meltzer-Brody S. The underrecognition and undertreatment of depression: what is the breadth and depth of the problem? *J Clin Psychiatry* 1999; **60** (suppl 7) 4-9.
2. Aragonés E, Pinol JL, Labad A, et al. Detection and management of depressive disorders in primary care in Spain. *Int J Psychiatry in Medicine* 2004; **34** (4): 331-43.
3. Guibrandsen P, Fugelli P, Hjortdahl P. Psychosocial problems presented by patients with somatic reasons for encounter. Tip of the Iceberg? *Fam Pract* 1998; **15** (1): 1-8.
4. Aragonés E, Pinol JL, Labad A. The overdiagnosis of depression in non-depressed patients in primary care. *Family Practice* 2006; **23**: 363-8.
5. Williams JW, Hitchcock Noël N, Cordes JA et al. Is this patient clinically depressed? *JAMA* 2002; **287** (9): 1160-70.
6. Watson LC, Pignone MP. Screening accuracy for late-life depression in primary care: a systematic review. *J Fam Pract* 2003; **52**: 956-64.
7. Pignone MP, Gaynes BN, Rushton JL, et al.: Screening for depression in adults: a summary of the evidence for the U.S. preventive services task force. *Ann Int Med* 2002; **136**: 765-76.
8. Whooley MA, Avins AL, Miranda J et al. Case-finding instruments for depression. Two questions are as good as many. *J Gen Intern Med* 1997; **12**: 439-45.
9. Devins GM. Two questions were as good as more questions for detecting depression *EBM* 1998; **3**: 1 21 (comment on ref *J Gen Intern Med* 1997; **12**: 439-52).
10. Lowe B, Spitzer RL, Gräfe K, et al.: Comparative validity of three screening questionnaires for DSM-IV depressive disorders and physicians diagnosis. *J Aff Dis*, 2004; **78**: 131-40.
11. Arroll B, Goodyear-Smith F, Kerse N et al. Effect of the addition of a "help" question to two screening questions on specificity for diagnosis of depression in general practice: diagnostic validity study. *BMJ* 2005; **331**: 1884-6.
12. Greiver M, Anderson E, Van Weel-Baumgarten E. Another approach to managing depression. *Can Fam Physician* 2005; **51**: 25-9.
13. Dumont P, Andreoli A, Borgacci Y et al. Détection rapide de la dépression: un problème important. *Revue Médicale Suisse* 2005; **3005** <http://titan.medhyg.ch/mh/formaion/prnt.php3?sid+30165>.
14. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB. Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD: the PHQ primary care study. Primary Care Evaluation of Mental Disorders. Patient Health Questionnaire. *JAMA*. 1999; **282** (18): 1737-44.
15. Dumont P, communication personnelle, article à paraître.
16. Van Weel-Baumgarten E, Van den Bosch W, Van den Hoogen H, et al. Ten year follow-up of depression after diagnosis in general practice. *Br J Gen Pract* 1998; **48**: 1643-6.
17. Van Weel-Baumgarten E, Schers HJ, Van den Bosch WJ et al. Long-term follow-up of depression among patients in the community and in family practice settings. *J Fam Pract* 2000; **49** (12): 1113-20.
18. Van Weel-Baumgarten E. The appropriate prescribing of antidepressants in general practice: who is better served by more diagnoses and more antidepressants? Research report. *Ned Tijdschr Geneesk* 2006; **150**: 1275-7.

EN PRATIQUE, NOUS RETIENDRONS

1. Certains auteurs ont remis en question l'adéquation des critères du DSM IV pour diagnostiquer la dépression majeure en médecine générale.
2. Un autre test basé sur trois questions a une sensibilité et une spécificité raisonnable pour détecter la dépression majeure en médecine générale.
3. La connaissance du patient est, en médecine générale, un guide complémentaire très utile pour le diagnostic mais cet élément n'est pas évalué.
4. L'évolution de la dépression est, pour l'ensemble des cas, plus généralement spontanément favorable qu'en psychiatrie, ce qui réduit les risques d'un non diagnostic, sans les annuler pour autant.

La Rédaction