

## Prévalence et reconnaissance de la dépression en médecine générale.

La dépression est un problème de santé majeur: il y a en France environ 12000 suicides par an, et dix fois plus de tentatives, dont 30 à 50% seraient dues à une maladie dépressive. Les "états dépressifs majeurs" représentent la forme la plus courante. Le terme "majeur" ne témoigne pas de la sévérité (qui peut être légère, moyenne ou sévère), mais des caractéristiques selon les classifications internationales (CIM 10, DSM IV). La prévalence de ces épisodes dans la population varie de 7 à 12% chez les hommes, et 20 à 25% chez les femmes. Les enquêtes internationales font état d'une sous-reconnaissance et d'un sous-traitement de la dépression<sup>1</sup>. Le plus souvent ces études comparent, chez des groupes de patients, la reconnaissance d'une dépression soit par des autoquestionnaires de dépistage, soit par le médecin. Deux questions se posent. La sous-reconnaissance est-elle réelle? A-t-elle des conséquences négatives pour les patients? Une très intéressante étude française réalisée par des généralistes apporte des éléments de réflexion<sup>2</sup>.

L'étude avait pour objectif d'observer l'évolution de la dépression en médecine générale selon qu'elle a été ou non reconnue par le généraliste. Elle a réuni 20 généralistes de Poitou-Charentes. Pendant 3 mois, à certains jours prédéterminés, tous les patients vus en consultation, de 18 ans ou plus, ont été explorés. En salle d'attente chaque patient remplissait un questionnaire (CES-D) validé pour le dépistage de la dépression, et une grille (BECK-13) validée pour apprécier la sévérité (absence, légère, modérée, grave). Ces questionnaires étaient remis, sous enveloppe cachetée, au médecin qui n'en prenait pas connaissance. Au cours de la consultation, le médecin notait sur une fiche, selon ses critères habituels, s'il considérait ou non le patient comme dépressif. Six mois plus tard les patients inclus ont reçu une seconde grille de sévérité à remplir. Au total 1763 patients ont été inclus, avec 1550 fiches exploitables, dont 60% de femmes.

Parmi ceux-ci 418 (27%) ont été reconnus dépressifs, avec la même répartition par âge et sexe que la population de consultants. 43 cas (10%) avaient un score de sévérité classé "absence", témoignant des limites de spécificité de la CES-D. 84 (20%) étaient cotés "grave". Parmi les 418 dépressions, 145 (34,9%) ont été reconnues comme telles par leur médecin, dont 32% étaient cotées "grave". Le sentiment d'être dépressif était noté par 190 patients (45%), dont 19% étaient cotés "grave".

A six mois, sur 324 grilles BECK-13 reçues, 304 étaient exploitables. 43% étaient améliorées, 42% stables, 14% aggravées. Globalement il n'y avait pas de différence significative entre les groupes reconnus ou non reconnus par le médecin. Cependant une analyse de sous groupes montre une évolution différente des dépressions graves, passant de 32 à 18% chez les patients reconnus par le médecin et de 13 à 39% chez les non reconnus.

Les médecins de l'étude, pour la plupart impliqués dans l'enseignement de la médecine générale et la FMC, ne sont sans doute pas représentatifs; mais l'objectif n'était pas d'apprécier la performance médicale.

**La prévalence de la dépression (27%)** y est forte, sans doute à cause de la sélection d'une consultation médicale. Le taux de 5,4% de dépressions graves est voisin de celui d'une enquête réalisée en Aquitaine (5,9%) en médecine générale. **Une dépression sur trois est reconnue par le médecin**, mais 2/3 des dépressions graves le sont, ce qui correspond également aux données publiées.

On peut d'abord se poser la question de la **validité des questionnaires**. Elle n'est sans doute pas parfaite, mais l'évolution des dépressions, les différences constatées au niveau des sous-groupes, selon qu'elles ont été, ou non, reconnues par le médecin plaident pour leur valeur.

### Comment alors améliorer la reconnaissance de la dépression?

- prendre en compte les **masques de la dépression**. Une étude internationale récente montre que la somatisation est un mode de consultation pour près de 50% des dépressions, souvent considérée comme un "ticket d'admission" aux soins primaires<sup>3</sup>. Ce taux varie plus avec le médecin et l'organisation des soins qu'avec les données culturelles.

- tenir compte des **dépressions légères**, où la prise en charge psychologique joue sans doute un rôle déterminant. Nombre d'études montrent ici une équivalence entre psychothérapie et antidépresseurs.

- chercher à mieux reconnaître les **dépressions graves**, par exemple, comme le propose Marquet, en utilisant l'échelle à 2 questions proposée par Whooley<sup>4</sup>. Nous en reparlerons.

1 - ANDEM. Médicaments antidépresseurs. Recommandations et références médicales 1996. Conc Med 1996;42:3-14

2 - Marquet S. Evolutions de la dépression en médecine générale. Exercer, 1999, n° spécial, recherche. 11-15

3 - Simon GE et al An international study of the relation between somatic symptoms and depression. N Engl J Med.1999;341 (18):1329-35

4 - WhooleyMA and al. Case-finding instrument for depression. Two questions are as good as many. J Gen Intern Med 1997;12:439-45

**Mots-clé:** dépression, diagnostic, prévalence, médecine générale, recherche

*Numéro 170 du 27 janvier 2000*

Les articles cités peuvent être fournis (contre paiement des frais de reproduction et d'envoi)