

Pourquoi la dépression est souvent méconnue en médecine générale?

La dépression, malgré sa grande prévalence parmi la population et les consultants de médecine générale, n'est pas reconnue dans une importante proportion des cas (35 à 50% ou plus, selon les diverses études internationales et françaises¹). Se posent alors trois questions. Pourquoi cette méconnaissance? Comment améliorer la situation? Quelles seront les bénéfices d'une meilleure reconnaissance pour les patients?

Les réponses à la première interrogation peuvent être trouvées auprès du malade qui n'aborde pas directement, pour diverses raisons, ces problèmes avec son médecin. Elles peuvent également dépendre du médecin lui-même. Plusieurs études nous apportent des éléments de réponse ^{2,3,4,5}.

De quoi dépend la présentation somatique de la dépression? Une étude² a analysé la somatisation de la dépression en soins primaires (15 centres des 5 continents), ses rapports avec le type de culture, l'économie et l'organisation des soins. L'étude a analysé particulièrement 1146 patients consultant pour symptômes somatiques et présentant des critères de dépression.

La somatisation pouvait représenter soit une amplification de symptômes somatiques par le trouble dépressif, soit une incapacité d'expression ou un déni du trouble psychologique par le patient. La fréquence de ces types de somatisation était voisine selon les centres.

Si la somatisation représentait simplement un mode de présentation de la dépression au praticien, les variations étaient importantes selon les centres (de 45% des patients à Paris à 95% à Ankara). L'explication était moins socioculturelle, géographique ou économique que liée à l'existence ou non d'une relation médicale personnalisée.

L'explication que les patients donnent de leurs symptômes influe-t-elle sur la reconnaissance de la dépression? Le patient peut donner à ses troubles une explication psychologique ou somatique (ma fatigue est due à une émotion ou à une anémie. Souvent il donne une explication extérieure (par ex. un surmenage). Dans ce dernier cas, la dépression ou l'anxiété sont bien plus souvent méconnues (85% des cas vs 38%)³

Pourquoi les patients ne parlent pas de leurs problèmes psychologiques? Une étude a été réalisée chez 9 généralistes britanniques: 1085 patients de plus de 18 ans ont rempli un questionnaire de dépistage des troubles psychologiques. Sur les 258 qui avaient un score perturbé, 83 ont été interviewés. 64 n'avaient pas fait mention de leurs problèmes au médecin

Trois raisons principales étaient données: le sentiment de pouvoir s'en tirer seul (36%), une gêne à parler du problème, ou la crainte d'ennuyer leur médecin (45%), une réticence liée au comportement passé ou présent de généraliste (19%). Chez ceux-ci l'indice de satisfaction après la consultation était moins bon.

D'autres raisons étaient données: le problème du temps que cela aurait pris (48%), le sentiment que le médecin n'y pouvait rien (39%), que ce n'était pas son travail (11%).

Les auteurs font remarquer les limites de leur étude: petite taille de l'échantillon, médecins sélectionnés.

La communication du médecin influence-t-elle la reconnaissance de la dépression? Une étude américaine⁵ a utilisé des patients standardisés simulant une dépression mineure. 59 généralistes (avec leur accord, mais sans savoir quand) ont reçu deux "patients". 73% ont reconnu la dépression. Ils posaient deux fois plus de questions sur sentiments et émotions que ceux qui ne reconnaissaient pas la dépression.

Les rôles du patient et du médecin, les idées que les uns se font des autres, apparaissent ainsi largement intriqués dans les explications de la non reconnaissance de la dépression.

Retenons du côté du patient l'utilisation de la somatisation comme "un ticket d'accès au système de soins", la difficulté à exprimer ses affects, la tendance à donner une explication "rassurante", le sentiment que ce n'est pas le rôle du médecin, ou qu'il n'a pas grand moyen d'action, parfois la crainte des psychotropes⁶. mais aussi les masques purement somatiques de certaines dépressions. Par contre les données socioculturelles, souvent invoquées, semblent moins importantes.

Notons pour le médecin le temps nécessaire, une difficulté ou une réticence à aborder en détail les problèmes psychologiques, parfois un comportement qui fait penser au patient à un rejet de ces aspects.

La solution semble passer par une réflexion sur une optimisation de la relation médecin-patient, de la formation dans ce domaine, mais aussi par l'utilisation d'outils adaptés aux contraintes de la consultation du généraliste. Des outils ont été proposés et analysés que nous présenterons prochainement.

1- Bibliomed. Prévalence et reconnaissance de la dépression en médecine générale. Bibliomed. 2000;170

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

3- Kessler D et al. Cross sectional study of symptom attribution and recognition of depression and anxiety in primary care. BMJ 1999;318:436-40

4- Cape J, McCulloch Y. Patients' reasons for not presenting emotional problems in general practice consultations. BMJ 1999;49:875-9

5- Carney PA et al. How physician communication influences recognition of depression in primary care. J Fam Pract. 1999;48 (12):858-64

6- Kendrick T. Why can't GPs follow guidelines on depression. Br Med J. 2000;320: 200-201

Mots-clé: dépression, diagnostic, médecine générale, attente du patient, somatisation, relation médecin-patient

Numéro 172 du 10 février 2000