

Prévalence et reconnaissance de la dépression en population générale

Mots clés :

Dépression
Épidémiologie
Trouble dépressif
Trouble dépressif
majeur
[Depression;
Epidemiology;
Depressive
Disorder; De-
pressive Disorder,
Major]

La dépression apparaissait dans les années 2000 (*Bibliomed 170*) comme sous-reconnue (1 fois sur 3 toutes formes confondues, 2 sur 3 pour les formes graves) et sous-traitée en médecine générale, selon diverses études épidémiologiques. Mais ces données anciennes ne soulignaient-elles pas surtout le fait que la dépression était devenue depuis une trentaine d'années « *une question de société, un enjeu pour la prévention, sur un phénomène dont les contours restent largement discutés* »¹ ? Elles renvoyaient ainsi à des représentations variables de mal-être sociétal, de souffrance psychique, de difficultés existentielles, parfois d'autres troubles psychiques..., jouant un rôle actif dans l'évolution même de ces représentations. Devant cette diversité de situations, comment et dans quelles limites évaluer la « vraie » prévalence de la dépression ?

Prévalence annuelle 3 à 5%, vie entière 10% ?

Ce sont les données internationales de 2002, utilisant les définitions du DSM-IV et de la CIM-10². Trois études ont fourni depuis de nouvelles statistiques en France¹ : 11% selon la CIM (questionnaire MINI) au cours des 2 semaines précédentes dans l'enquête *Santé mentale en population générale* (900 entretiens en face à face) ; 7,8% dans l'année passée selon le *Baromètre Santé* (questionnaire par téléphone CIDI-SF, basé sur le DSM, auprès de 17 000 Français) ; 8,8% au cours de la dernière semaine dans l'*Enquête décennale santé* (auto-questionnaire CES-D auprès de 23 000 personnes, les situant sur une échelle allant de l'état de bien-être psychologique total à un état dépressif grave). Ces 3 enquêtes à la méthodologie différente montrent quelques résultats communs : risque 1,5 à 2 fois plus élevé chez les femmes ; lien étroit avec la situation conjugale (notamment ruptures ou décès) et professionnelle (risque multiplié par 1,4 à 2,1 chez les chômeurs) ; effet de l'âge (impact moindre chez les 60-75 ans) ; corrélation négative (dans 2 enquêtes) entre *niveau d'études* et dépression. Il faut donc en retenir non une mesure de prévalence d'une maladie bien identifiée, mais la mise en évidence d'une souffrance dans une multiplicité de situations individuelles qui contredit le paradigme de classification en « maladies » bien distinctes. La récente et très complète analyse du NICE britannique³, bien que ne remettant pas en cause les catégories du DSM, aboutit à la même conclusion d'une inadéquation des données quantitatives : il n'existe pas de « seuil » à partir duquel on peut parler de dépression...

Données qualitatives

Le NICE a longuement analysé des interviews et revues de littérature qualitative³. En effet, la base de toute

réflexion sur la prise en charge initiale de ces situations est la reconnaissance, avec comme premier point d'accès habituel le médecin généraliste. Si la plupart des patients interrogés en avaient une expérience positive et soulignaient l'attitude aidante et empathique de leur généraliste, leur critique principale concernait le manque de temps et l'insuffisance du nombre de consultations. Ceux qui avaient une expérience négative reprochaient à leur médecin de n'avoir pas reconnu les symptômes dépressifs ou d'être resté axé uniquement sur les symptômes somatiques. De nombreuses études anciennes ont fait état d'une dépression mal reconnue en médecine générale et, lorsqu'elle était reconnue, soignée souvent loin de la pratique optimale recommandée. Cependant, le NICE souligne que les études plus récentes suggèrent que la dépression cliniquement significative est bien reconnue du fait de la relation durable entre patient et médecin, alors que des formes moins sévères, plus susceptibles de guérir spontanément, passent inaperçues.

La question du suicide

La dépression est associée à un risque suicidaire élevé : 70% des décès par suicide s'accompagneraient de dépression, diagnostiquée ou non (estimation INPES)¹. Cette question augmente considérablement les enjeux de la reconnaissance de la dépression. Certains estiment inopportun de remettre en cause son caractère de pathologie à part entière au nom de perspectives sociétales ou existentielles ou de critiques du médicament. D'autres, à l'inverse, soulignent que « biologiser » la dépression est porter un diagnostic réducteur dangereux et conduit à la prescription hâtive d'antidépresseurs, parfois suicidogènes quand ils lèvent les inhibitions sans s'attaquer aux causes.

Que conclure pour notre pratique ?

En l'état actuel de nos connaissances, il est difficile d'évaluer réellement la prévalence de la dépression en population générale. L'unique certitude est que seul, l'entretien clinique en permet le diagnostic en prenant en compte l'ensemble de la souffrance psychique de la personne dans son histoire de vie.

Le risque suicidaire ne doit pas occulter toute réflexion « critique » sur la dépression et sa prise en charge. Cette situation de crise grave n'est que l'un des aspects rares du problème. La reconnaissance de la dépression en médecine générale a d'autres difficultés et enjeux sur lesquels nous reviendrons.

Références

- 1- Morin T. Mesurer statistiquement la dépression : enjeux et limites. Document de travail DREES. 2010:9.
- 2- ANAES. Prise en charge d'un épisode dépressif isolé de l'adulte en ambulatoire. Mai 2002.
- 3- NICE. Depression. The NICE guideline on the treatment and management of depression in adults. 2010.