

Quelle « dépression » les généralistes méconnaissent-ils ?

Mots clés :

Dépression ;
Soins de santé
primaire ;
Trouble dépressif
[Depression;
Depressive
Disorder ; Prima-
ry Health Care]

Depuis plus de 40 ans, les études d'observation concluaient, sans s'interroger sur le concept même de dépression, que celle-ci était sous-reconnue et sous-traitée en médecine générale, du fait du patient ou du médecin (*Bibliomed* 172). Qu'en est-il aujourd'hui ? Une revue systématique du *National Institute of Clinical Excellence* (NICE) britannique¹, de récentes études, observationnelles et qualitatives²⁻⁵, une réflexion sur les approches statistiques de la dépression⁶, analysent les risques de sous- et sur-diagnostic, apportant quelques éléments de réponse mais aussi de nouvelles questions, à la fois sur le plan des concepts et sur la réalité des faits.

Sous-diagnostic ?

La méta-analyse de 37 études que rapporte le NICE¹ confirme que la dépression est insuffisamment reconnue en médecine générale. Ce sous-diagnostic est attribué à 4 facteurs : le patient lui-même ou son médecin, l'organisation du système de soins (accès limité aux professionnels et services de santé mentale, séparés des soins courants) et la société (populations défavorisées ou minoritaires...). Le risque de stigmatisation est souvent évoqué. La dépression est parfois vue comme une construction sociale médicalisant la détresse chronique ou le malheur, non « traitables » au sens thérapeutique usuel. Ce sont des barrières au dialogue patient-médecin sur les interventions possibles. La relation avec le généraliste est un thème récurrent dans les études qualitatives : positive pour la plupart des patients (médecin disponible et compréhensif, la principale critique concernant la durée de la consultation), négative pour certains (médecin ne reconnaissant pas les symptômes dépressifs ou axé uniquement sur les symptômes somatiques). Si ces données n'ont pas changé depuis 2000, les études plus récentes suggèrent que ce sont les formes les plus légères, susceptibles de guérir spontanément, qui ne sont pas détectées et traitées. Un diagnostic « manqué » de dépression modérée à sévère est « rattrapé » lors de consultations ultérieures.

Sur-diagnostic ?

Selon le NICE, la faible prévalence de la dépression en médecine générale risque d'être plutôt cause de sur-diagnostic que de faux négatifs, ce qui peut conduire à une médicalisation inutile, parfois dangereuse, de situations de détresse. Dans une étude transversale espagnole² (23 généralistes, près de 1000 patients, échelles et outils diagnostiques issus du DSM-IV), le diagnostic

de dépression était posé chez 26,5% (19-34%) des patients non déprimés, soit du fait des outils utilisés, soit, comme dans des études similairesⁱⁿ², du fait d'antécédents de dépression ou de symptômes d'anxiété généralisée dont on ne sait pas s'ils peuvent être prémonitoires d'épisodes dépressifs futurs, ce qui nécessite de nouvelles études^{1,2}.

Dépression : concept à revoir ?

Une équipe néerlandaise s'est interrogée sur la discordance entre le diagnostic de dépression en médecine de famille et les standards usuels³. Les médecins exprimaient de sérieux doutes sur la validité et l'utilité des concepts du DSM-IV en médecine de famille, notamment du fait que de nombreux épisodes ainsi définis guérissaient spontanément et rapidement. Leurs principales difficultés étaient les réticences de nombreux patients à accepter le diagnostic de dépression et éventuellement le traitement, le manque d'outils d'évaluation adaptés, de temps pour le conseil et l'éducation thérapeutique, et de collaboration avec les professionnels de santé mentale. Une autre étude qualitative, suédoise⁴, soulignait l'importance du contexte social, culturel et conceptuel dans le spectre dépressif, qui permet d'éviter les stéréotypes et ne pas sous- ou surestimer la dépression. Les dernières enquêtes françaises montrent que celle-ci est devenue peu à peu un enjeu sociétal pour la prévention ou la médecine générale bien qu'objet d'étude relativement neuf et soumis à controverses⁵ : mal-être sociétal, marqueur d'une souffrance psychique traduisant parfois des difficultés existentielles, ou autres troubles psychiques plus complexes ? Dépression/pathologie psychiatrique et mal-être plus général ne sont ni synonymes ni exclusifs l'un de l'autre...

Références

- 1- NICE. *The NICE guideline on the treatment and management of depression in adults*. 2010.
- 2- Aragonès E et al. *The overdiagnosis of depression in non-depressed patients in primary care*. *Family Practice*. 2006;23:363-8.
- 3- van Rijswijk E et al. *Barriers in recognising, diagnosing and managing depressive and anxiety disorders as experienced by Family Physicians; a focus group study* *BMC Family Practice*. 2009. doi:10.1186/1471-2296-10-52
- 4- Lehti AA et al. *Recognition of depression in people of different cultures: a qualitative study* *BMC Family Practice*. 2009. doi:10.1186/1471-2296-10-53
- 5- Gilchrist G et al. *Observational studies of depression in primary care: what do we know?* *BMC Family Practice* 2007. doi:10.1186/1471-2296-8-28
- 6- Morin T. *Mesurer statistiquement la dépression : enjeux et limites*. Document de travail DREES. 2010:9.

Que conclure pour notre pratique ?

La plupart des études sur la dépression en soins primaires ont de petits effectifs et des durées brèves, ce qui interdit toute conclusion « définitive » quant aux risques de chronicité et de rechutes⁶. Il apparaît cependant que les « dépressions » méconnues en médecine générale peu sévères : la question semble moins celle de l'étiquetage (et éventuel traitement) que celle de l'écoute et de l'empathie.

La santé mentale correspond à un processus dynamique résultant de facteurs biologiques, psychologiques et sociaux en interaction constante. Selon ce modèle bio-psycho-social, le diagnostic de dépression ne peut se réduire pour le médecin généraliste à l'utilisation d'outils diagnostiques issus du DSM-IV. Il en découle la nécessité d'une approche par étapes sur laquelle nous reviendrons.