

Poser le diagnostic de dépression en médecine générale

Mots clés :

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

Les *DSM* et *CIM* successifs, les recommandations qui y font référence, ont eu une approche de plus en plus biomédicale et pharmacologique de la dépression¹. La question d'outils diagnostiques réellement adaptés au contexte des soins primaires reste sans réponse satisfaisante (*Bibliomed* 679). Ceux des études, transcription aussi proche que possible des critères pourtant « descriptifs » et « athéoriques » du *DSM*, dont le *National Institute of Clinical Excellence* (NICE) britannique² a fait un inventaire systématique très détaillé, sont peu utilisables dans cette perspective. Les agences américaines USPSTF³ et ICSI⁴ ont des conclusions similaires. De quoi parlons-nous donc quand nous parlons de dépression ? Qu'attendent les patients déprimés de leur généraliste ? Des études qualitatives (pays anglosaxons et Hollande) apportent quelques réponses^{1,2,5}.

Deux types d'outils, « longs » et « brefs »

La revue systématique du NICE² a porté sur 126 études observationnelles, après exclusion de 251 autres dont le comparateur n'était pas un questionnaire structuré selon le *DSM-IV* ou la *CIM-10*. Elles avaient été faites chez des consultants de médecine générale, des personnes âgées parfois en institution, et des patients atteints de maladies chroniques. La majorité portait sur des échelles plus ou moins complexes (PHQ-9, BDI, CES et autres GHQ...), une minorité sur des questionnaires brefs à 1, 2 ou 3 questions (PHQ-2 et autres). La grande hétérogénéité de l'ensemble interdisait une méta-analyse. Plus ces outils sont sensibles, moins ils sont spécifiques : sensibilité de 0,84 (0,78-0,89) et spécificité de 0,65 (0,55-0,73) pour l'outil le plus simple (1 seule question), mais « seulement » 0,87 et 0,75 pour un GDS-15 bien plus complexe. Le NICE recommande donc d'alerter sur le risque de dépression en posant 2 questions : « *le mois passé, vous êtes vous senti souvent déprimé ou désespéré ?* », et « *avez-vous moins de plaisir ou d'intérêt à faire les choses qui vous intéressent habituellement ?* ». Ce dépistage n'est qu'une première étape : si la réponse est oui à au moins l'une des deux questions, mais que le médecin ne se sent pas disponible ou compétent pour aller plus loin, le NICE recommande un avis spécialisé.

Le « dépistage » est-il sans risque ?

Dans le cas inverse, il est indispensable d'évaluer alors plus complètement l'état mental (dont une possible anxiété associée) et la gêne fonctionnelle, interpersonnelle et sociale du patient, son risque suicidaire, parler hospitalisation si nécessaire. L'USPSTF³ souligne qu'aucune étude ne montre que le dépistage de la dépression peut

être dommageable chez l'adulte ou la personne âgée, mais qu'aucune ne démontre davantage que ce dépistage est bénéfique en l'absence de soins coordonnés (et non limités à ceux du seul praticien « dépisteur ») ultérieurs. Le NICE souligne de son côté que les faux positifs du dépistage risquent d'induire des investigations inappropriées ou intrusives et des traitements inutiles. Partant des mêmes données de la littérature, sa conclusion est de fait identique, de même que celle de l'ICSI⁴, sur la nécessité des soins coordonnés ultérieurs, pour une prise en charge biopsychosociale. Cependant, si tous font référence à des « soins collaboratifs » idéaux, tous reconnaissent également qu'ils en sont en réalité à leurs balbutiements...

Qu'attendent les patients de leur généraliste ?

Une étude (australienne⁵) auprès de 570 patients (entretiens téléphoniques) et 266 professionnels de santé (dont 15 généralistes), a ébauché ce qui pourrait être un modèle conceptuel de réponse spécifique de la médecine générale aux problèmes de la dépression. Il y avait consensus sur 5 points : qualités d'écoute (compréhension, empathie...) ; acuité diagnostique ; compétence pour le suivi ; accessibilité (disponibilité) ; approche personnalisée. Dix autres points faisaient débat : partage de la décision, évaluation de la gravité et du risque, prise en compte des facteurs sociaux, habitude de cette prise en charge, aptitude à proposer les options thérapeutiques possibles, recours approprié et en temps opportun à d'autres avis ou soins, soutien et ré-assurance, éducation thérapeutique du patient sur la dépression, prescription médicamenteuse appropriée, attitude encourageante.

Que conclure pour notre pratique ?

Le dépistage de la dépression en soins primaires repose en pratique sur quelques questions simples. Un dépistage « positif » nécessite une évaluation approfondie avant toute décision. C'est ce qu'attendent les patients de leur généraliste, dans les trois domaines habituels du soin : relationnel, compétence et utilisation appropriée des ressources disponibles⁵.

La pathologie décrite sous le terme d'épisode dépressif majeur par le DSM-IV ne correspond pas aux multiples « dépressions » vécues par les patients. Cela explique sans doute la faible adhésion à des recommandations fondées sur cette définition et des décisions en fait très orientées par les préférences et représentations du patient¹. Poser un diagnostic de dépression n'implique pas automatiquement de prescrire un traitement spécifique², mais une démarche pas à pas et personnalisée sur laquelle nous reviendrons.

Références

- 1- Karasz A et al. What we talk about when we talk about depression: doctor-patient conversations and treatment decision outcomes. *BJGP*. 2012;62:e55-e63.
- 2- NICE. The NICE guideline on the treatment and management of depression in adults. 2010.
- 3- USPSTF. Screening for Depression in Adults: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Ann Intern Med*. 2009;151:784-92.
- 4- CSI. Major Depression in Adults in Primary Care. Fourteenth Edition, May 2011. Sur www.icsi.org
- 5- Palmer V et al. Diverse voices, simple desires: a conceptual design for primary care to respond to depression and related disorders. *Fam Pract*. 2010;27:447-58.