

# Dépistage de la dépression en contexte de soins primaires

## Recommandations officielles

**Harriet L. MacMillan, Christopher J.S. Patterson et C. Nadine Wathen,  
en collaboration avec le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs**

**Le Médecin du Québec** publie un sommaire des recommandations officielles du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs. On peut consulter les résumés de synthèse des rapports complets en ligne ([www.ctfphc.org](http://www.ctfphc.org)) et se procurer les rapports techniques complets des analyses systématiques et des recommandations qui les accompagnent auprès du bureau du Groupe de travail :

Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs  
117-100 Collip Circle, London (Ontario) N6G 4X8  
Télécopieur : (519) 858-5112 ; courriel : [ctf@ctfphc.org](mailto:ctf@ctfphc.org)

**E**N 1994, le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs s'est penché sur le dépistage de la dépression chez des sujets sans symptômes au cours des examens de santé périodiques<sup>1</sup>. En se fondant sur une recension des documents publiés jusqu'en mai 1993, le Groupe d'étude a conclu qu'il y avait suffisamment de données probantes pour exclure le dépistage systématique de la dépression en contexte de soins primaires (recommandation de catégorie D), parce que les instruments de dépistage n'amélioreraient pas le taux de détection de la dépression ni sa prise en charge, particulièrement chez les sujets à risque élevé comme ceux qui ont des antécédents familiaux de dépression. Le Groupe a étudié de nouveau la question récemment pour savoir si les études publiées au cours des 10 dernières années ont mis au jour de nouvelles données probantes permettant de recommander aux praticiens de premier recours de procéder au dépistage systématique de la dépression chez leurs patients.

En 2002, on a procédé à une étude systématique à la demande du Preventive Services Task Force des États-Unis afin de déterminer si le dépistage systématique améliore la détection, le traitement et l'issue de la dépression<sup>2,3</sup>. Cet examen rigoureux a servi de base à notre étude qui visait à mettre à jour la recomman-

dation du Groupe d'étude canadien (*tableau*). (Un résumé des méthodes et des résultats de l'évaluation que le Groupe d'étude canadien a faite des travaux du groupe de travail des États-Unis, la mise à jour subséquente des publications et le processus suivi pour formuler les recommandations sur la pratique sont disponibles au [www.ctfphc.org](http://www.ctfphc.org).)

La dépression est souvent constatée chez les patients en contexte de soins primaires. L'édition 1994-1995 de l'Enquête nationale sur la santé de la population, étude longitudinale canadienne portant sur les résidents de toutes les provinces, a établi à environ 6 % le taux de prévalence sur une période d'un an du trouble dépressif majeur chez les Canadiens de 18 ans ou plus<sup>8</sup>. Le taux était plus élevé chez les femmes que chez les hommes et diminuait chez les personnes âgées des deux sexes. Des données tirées d'une enquête menée dans les collectivités des provinces canadiennes ont établi à 5,9 % le taux de prévalence sur six mois de la dépression chez les enfants de 6 à 16 ans<sup>9</sup>. Certains sous-groupes de la population canadienne peuvent

Reproduit et adapté avec la permission du *Journal de l'Association médicale canadienne*. Titre de la version originale anglaise : Screening for depression: recommendation statement from the Canadian Task Force on Preventive Health Care. *CMAJ* 2005 ; 72 (1) : 33-5

**Tableau****Résumé des recommandations du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs au sujet du dépistage de la dépression**

Intervention	Efficacité	Degré de preuve	Recommandation <sup>4</sup>
Dépistage de la dépression chez les adultes dans la population générale, dans des contextes comportant des systèmes intégrés de rétroaction et de traitement*	Des données indiquent que le dépistage aide à repérer avec plus de précision les patients déprimés. Dans les études au cours desquelles un système intégré de dépistage et de suivi était disponible, les résultats pour les patients se sont améliorés <sup>2</sup> .	Niveau I, de bon à moyen <sup>2,5-7</sup>	Il y a suffisamment de données probantes pour recommander le dépistage de la dépression chez les adultes dans la population générale en contexte de soins primaires dans les milieux cliniques comportant des programmes intégrés de rétroaction aux patients et d'accès à la prise en charge de cas ou aux soins de santé mentale (recommandation de catégorie B).
Dépistage de la dépression chez les adultes dans la population générale, dans des contextes qui ne comportent pas de systèmes intégrés de rétroaction et de traitement*	Des données indiquent que le dépistage aide à repérer avec plus de précision les patients déprimés. Dans les études au cours desquelles un système intégré de dépistage et de suivi n'était pas disponible, l'amélioration des résultats pour les patients a été moindre <sup>2</sup> .	Niveau I, bon (analyse systématique d'essais contrôlés à répartition aléatoire) <sup>2</sup>	Il n'y a pas suffisamment de données probantes pour recommander ou ne pas recommander le dépistage de la dépression chez les adultes dans la population générale, en contexte de soins primaires où il n'y pas de suivi et de traitement efficaces (recommandation de catégorie 1).
Dépistage de la dépression chez les enfants et les adolescents dans la population générale	On n'a trouvé aucune étude analysant les résultats du traitement chez les enfants ou les adolescents soumis à un dépistage de la dépression dans des contextes de soins primaires <sup>2</sup> .	Niveau I, bon (analyse systématique d'essais contrôlés à répartition aléatoire) <sup>2</sup>	Il n'y a pas suffisamment de données probantes pour recommander ou ne pas recommander le dépistage systématique de la dépression chez les enfants ou les adolescents en contexte de soins primaires (recommandation de catégorie 1).

\*Programmes de dépistage comportant à la fois de la rétroaction aux cliniciens au sujet de l'état de la dépression et un système de prise en charge du traitement (antidépresseurs et interventions psychothérapeutiques). Les essais comportant la possibilité d'une prise en charge ou l'accès à des soins de santé mentale comme éléments du système de soins ont été particulièrement efficaces pour atténuer les symptômes de la dépression. Comme les systèmes intégrés de dépistage, de rétroaction et de traitement ne constituent pas la norme dans les pratiques de soins primaires au Canada, on encourage les cliniciens à en préconiser la mise en œuvre.

présenter un risque accru de dépression. L'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2000-2001 a montré, après un rajustement pour tenir compte des facteurs socio-économiques, que la population autochtone vivant en dehors des réserves était 1,5 fois plus susceptible que la population non autochtone d'avoir connu un épisode dépressif au cours de l'année précédente<sup>10</sup>.

On ne connaît pas la prévalence de la dépression majeure dans les contextes de soins primaires au Canada. On a toutefois signalé aux États-Unis des prévalences ponctuelles estimatives allant de 4,8 % à 8,6 %<sup>2,11</sup>. En formulant ses recommandations (*tableau*), le Groupe d'étude canadien n'a pas seulement tenu compte de l'efficacité des outils de dépistage pour repérer les patients atteints de dépression en contexte de soins primaires, mais il a aussi évalué les traite-

ments possibles et les résultats découlant du processus de dépistage initial en soupesant pour chaque point les avantages possibles de l'intervention en fonction des préjudices éventuels (y compris les résultats faussement positifs entraînant une évaluation diagnostique inutile plus poussée). La revue systématique réalisée pour le groupe de travail des États-Unis<sup>2</sup> a recueilli de bonnes données probantes indiquant que le dépistage de la dépression en contexte de soins primaires accroît les taux de détection. De plus, selon une méta-analyse des résultats tirés d'études clés, le risque de dépression est globalement réduit lorsque le dépistage est accompagné d'un suivi et d'un traitement appropriés. Lorsque le repérage des patients dépressifs n'était pas associé à un suivi et à un traitement, l'amélioration des symptômes de la dépression était toutefois beaucoup moins marquée dans

l'ensemble. On manque de données probantes sur le dépistage de la dépression chez les enfants et les adolescents. Les données disponibles ont incité le groupe de travail des États-Unis à recommander le dépistage de la dépression chez les adultes « lorsque les milieux cliniques disposent de systèmes permettant de poser un diagnostic précis et de fournir un traitement efficace et un suivi » (recommandation de catégorie B)<sup>12</sup>. Après avoir étudié les mêmes preuves dans le contexte canadien et s'être assuré qu'il n'y avait pas de nouvelles données probantes disponibles, le Groupe d'étude canadien est parvenu à la même conclusion (*tableau*).

Dans les études analysées, « suivi et traitement efficaces » s'entendent de programmes de dépistage intégrés qui comprennent à la fois la rétroaction donnée aux cliniciens au sujet de l'état de la dépression et un système de prise en charge du traitement (antidépresseurs et interventions psychothérapeutiques). Les essais qui comportaient une prise en charge ou un accès à des soins de santé mentale comme éléments du système de soins ont été particulièrement efficaces pour atténuer les symptômes de la dépression.

#### *Répercussions cliniques : que devraient faire les prestataires de soins de santé primaires ?*

De nombreux outils de dépistage peuvent être utilisés dans les contextes de soins primaires. Le fait de poser deux questions simples sur l'humeur et l'anhédonie – « Au cours des deux dernières semaines, vous êtes-vous senti déprimé ou désespéré ? » et « Au cours des deux dernières semaines, avez-vous ressenti peu d'intérêt ou d'agrément à accomplir vos activités ? » – peut être aussi efficace que l'utilisation d'instruments nécessitant plus de temps<sup>12,13</sup>. Les auteurs de l'analyse systématique effectuée pour le compte du groupe de travail des États-Unis ont calculé qu'il faudrait dépister onze patients atteints de dépression pour obtenir une rémission supplémentaire sur six mois. Si l'on suppose que la prévalence de la dépression réagissant au traitement atteint 10 % en contexte de soins primaires, il faudrait soumettre 110 patients au dépistage pour obtenir une rémission clinique supplémentaire<sup>2</sup>. Même si l'on ne connaît pas l'intervalle optimal du dépistage, le groupe de travail des États-Unis a déclaré récemment que « le dépistage répété peut être plus efficace chez les patients qui ont des antécédents de dépression, des symptômes somatiques inexplicables, des facteurs de comorbidité psychologique (comme le trouble de panique ou l'anxiété généralisée), qui souffrent de toxicomanie ou encore de douleur chronique<sup>12</sup> ». Pour être avantageux, un dépistage positif doit être suivi d'un diagnostic précis, d'un traitement et d'un suivi efficaces.

Les « programmes intégrés » au sens des études réalisées

pour les groupes d'étude des États-Unis et du Canada allaient au-delà de la rétroaction et comprenaient des interventions comme l'éducation des patients, des prestataires de soins ou des deux, une prise en charge ou l'accès à des soins de santé mentale et à un suivi téléphonique<sup>12</sup>. Lorsqu'il s'agit de décider s'il existe, dans une collectivité, un programme intégré de soins pour le dépistage et le traitement de la dépression, les cliniciens doivent analyser chaque étape du processus par lequel les patients évoluent du dépistage jusqu'au traitement efficace. Compte tenu de l'hétérogénéité des modèles utilisés dans le contexte des études analysées, il n'est pas possible de recommander un programme précis de dépistage et de traitement de la dépression dans un contexte de soins primaires. Les questions et les exemples qui suivent peuvent toutefois aider les cliniciens à déterminer s'il existe des soins intégrés dans leur collectivité :

☉ Y a-t-il moyen de s'assurer que les résultats de dépistage sont communiqués au clinicien, qui peut ensuite fournir un traitement approprié de la dépression ? Comment le patient passe-t-il d'un résultat positif au dépistage à la confirmation du diagnostic et au traitement de la dépression ? Au cours de l'étude réalisée par Katzelnick et ses collaborateurs<sup>5</sup>, on a fourni les résultats d'un dépistage téléphonique à des médecins qui ont examiné les patients au cours d'une visite d'évaluation et ensuite de suivi selon un calendrier déterminé d'avance. Dans le cadre de l'étude menée par Wells et ses collaborateurs<sup>7</sup>, on a demandé aux prestataires de soins de prévoir une consultation avec les patients deux semaines après le dépistage initial.

☉ Un clinicien ayant reçu une formation sur l'utilisation des antidépresseurs assurera-t-il le suivi des patients qui obtiennent un résultat positif au dépistage ? A-t-on accès à des psychothérapeutes dûment formés pour utiliser les méthodes efficaces de traitement de la dépression ? On a mis en œuvre, dans les programmes intégrés analysés, une formation factuelle sur la prise en charge et le traitement de la dépression. L'étude réalisée par Wells et ses collaborateurs<sup>7</sup>, par exemple, prévoyait un atelier de formation de deux jours à l'intention des responsables des soins cliniques (experts en soins primaires et infirmières spécialisées, à l'échelle locale), ainsi que des documents d'éducation à l'intention des cliniciens et des patients. Les responsables des soins cliniques ont, en outre, présenté aux cliniciens des séances d'information, comportant notamment des conférences et une rétroaction continue, fondées sur la vérification des dossiers médicaux. Les membres du groupe d'intervention psychothérapeutique de l'essai en question avaient accès à des thérapeutes ayant reçu une formation spécifique sur l'approche cognitivo-comportementale. Au cours de l'étude

menée par Rost et ses collaborateurs<sup>6</sup>, des médecins de premier recours et des infirmières ont reçu une brève formation sur la prise en charge de la dépression dans le but d'accroître le pourcentage des patients qui terminaient une psychopharmacothérapie ou une psychothérapie. Dans chacune de ces études, un solide mécanisme de coordination et un processus systématique intégraient le dépistage au traitement de la dépression.

Les auteurs de l'étude du groupe de travail des États-Unis ont indiqué que pour que les taux accrus de dépistage se traduisent par une amélioration des résultats, il faudrait possiblement porter une attention spéciale à la thérapie, « peut-être sous forme d'une amélioration de la qualité ou d'autres programmes conçus systématiquement pour offrir des soins appropriés »<sup>3</sup>.

Le groupe d'étude canadien reconnaît que de tels services ne sont peut-être pas encore disponibles dans tous les contextes. Compte tenu des données probantes et du poids de cette maladie, on encourage toutefois les médecins à préconiser la mise en œuvre de systèmes permettant d'assurer un lien entre le dépistage de la dépression et les services de traitement en contexte de soins primaires. 

## Références

1. Feightner JW. Early detection of depression. Dans : Groupe de travail canadien sur l'examen médical périodique. *Le guide canadien de médecine clinique préventive*. Ottawa : Santé Canada ; 1994. p. 512-7.
2. Pignone MP, Gaynes BN, Rushton JL, Burchell CM, Orleans CT, Mulrow CD et coll. Screening for depression in adults: a summary of the evidence for the US Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med* 2002 ; 136 : 765-76.
3. Pignone M, Gaynes BN, Rushton JL, Mulrow CD, Orleans CT, Whitener BL et coll. *Screening for depression [systematic evidence review no 6]*. Rockville (MD) : Agency for Healthcare Research and Quality ; 2002.
4. Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs. New grades for recommendations from the Canadian Task Force on Preventive Health Care. *JAMC* 2003 ; 169 (3) : 207-8.
5. Katzelnick DJ, Simon GE, Pearson SD, Manning WG, Helstad CP, Henk HJ et coll. Randomized trial of a depression management program in high utilizers of medical care. *Arch Fam Med* 2000 ; 9 : 345-51.
6. Rost K, Nutting P, Smith J, Werner J, Duan N. Improving depression outcomes in community primary care practice: a randomized trial of the quEST intervention. Quality Enhancement by Strategic Teaming. *J Gen Intern Med* 2001 ; 16 : 143-9.
7. Wells KB, Sherbourne C, Schoenbaum M, Duan N, Meredith L, Unützer J et coll. Impact of disseminating quality improvement programs for depression in managed primary care: a randomized controlled trial. *JAMA* 2000 ; 283 : 212-20.
8. Beaudet MP. Depression. *Health Rep* 1996 ; 7 : 11-24.
9. Fleming JE, Offord DR. Epidemiology of childhood depressive disorders: a critical review. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1990 ; 29 (4) : 571-80.
10. Statistique Canada. La santé des Autochtones vivant hors réserve, 2000-2001. Le Quotidien [Statistique Canada, Ottawa] 2002 ; 2-3. N° 11-001F au cata-

logue. Site Internet : [www.statcan.ca/Daily/Francais/020827/q020827a.htm](http://www.statcan.ca/Daily/Francais/020827/q020827a.htm) (Page consultée le 22 février 2005).

11. Depression Guideline Panel. Depression in primary care: Volume 1. Detection and diagnosis [clinical guideline no. 5, AHCPR publ. no. 93-0550]. Rockville (MD) : Agency for Healthcare Research and Quality ; 1993. Site Internet : [www.ncbi.nlm.nih.gov/books/bv.fcgi?rid=hstat6.chapter.14485](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/bv.fcgi?rid=hstat6.chapter.14485) (Page consultée le 17 novembre 2004).
12. US Preventive Services Task Force. Screening for depression: recommendations and rationale. *Ann Intern Med* 2002 ; 136 : 760-4.
13. Whooley MA, Avins AL, Miranda J, Browner WS. Case-finding instruments for depression. Two questions are as good as many. *J Gen Intern Med* 1997 ; 12 : 439-45.

**Collaborateurs :** Harriet MacMillan a étudié les données probantes et rédigé les recommandations et ce commentaire. Christopher Patterson et Nadine Wathen ont revu les données probantes et le projet de recommandations, soumis cet article à une révision critique et revu les révisions subséquentes. Le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs a soumis les données probantes à un examen critique et formulé les recommandations en suivant sa méthodologie et le processus de dégagement de consensus.

**Remerciements :** Nous remercions Jana Fear, ancienne attachée de recherche du groupe d'étude, qui a aidé à préparer l'article.

Harriet MacMillan a reçu l'appui de la Chaire de recherche clinique Wyeth Canada – IRSC en santé mentale des femmes. Le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs est financé par Santé Canada.

**Membres du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs :**

**Président :** D<sup>r</sup> John W. Feightner, professeur, Département de médecine familiale, Université Western Ontario, London (Ont.). **Vice-présidente :** D<sup>re</sup> Harriet MacMillan, professeure, départements de psychiatrie et de neurosciences du comportement et de pédiatrie, Offord Centre for Child Studies, Université McMaster, Hamilton (Ont.). **Membres :** D<sup>r</sup> Paul Bessette, professeur titulaire, Département d'obstétrique-gynécologie, Université de Sherbrooke, Sherbrooke (Qué.) ; D<sup>r</sup> R. Wayne Elford, professeur émérite, Département de médecine familiale, Université de Calgary, Calgary (Alb.) ; D<sup>re</sup> Denice S. Feig, professeure agrégée, départements de médecine, d'obstétrique et gynécologie et de gestion et évaluation des politiques de la santé, Université de Toronto, Toronto (Ont.) ; D<sup>re</sup> Joanne Langley, professeure agrégée, départements de pédiatrie et de santé communautaire et épidémiologie, Université Dalhousie, Halifax (N.-É.) ; D<sup>re</sup> Valerie A. Palda, professeure adjointe, départements de médecine et de gestion et évaluation des politiques de santé, Université de Toronto, Toronto (Ont.) ; D<sup>r</sup> Christopher Patterson, professeur, Division de médecine gériatrique, Faculté de médecine, Université McMaster, Hamilton (Ont.) ; D<sup>r</sup> Bruce A. Reeder, professeur, Département de santé communautaire et épidémiologie, Université de la Saskatchewan, Saskatoon (Sask.). **Personnel-ressource :** Ruth Walton, attachée de recherche, Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs, Département de médecine familiale, Université Western Ontario, London (Ont.).

Cet énoncé repose sur le rapport technique intitulé « Screening for depression in primary care: updated recommendations from the Canadian Task Force on Preventive Health Care » de Harriet L. MacMillan, Christopher J.S. Patterson et C. Nadine Wathen, avec le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs. La version intégrale du rapport technique est disponible en ligne ([www.ctfphc.org](http://www.ctfphc.org)) ou au bureau du groupe d'étude ([ctf@ctfphc.org](mailto:ctf@ctfphc.org)).

Correspondance : Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs, 117-100 Collip Circle, London, Ontario N6G 4X8 ; télécopieur : (519) 858-5112 ; [ctf@ctfphc.org](mailto:ctf@ctfphc.org)

© Imprimé avec la permission du *Journal de l'Association médicale canadienne*.