L'ignorance des généralistes?

Dépression, quelle dépression?

Régis Marion-Veyron[a], Michaël Saraga[b], Friedrich Stiefel[b]

[a] Psychiatrie de liaison, Policlinique Médicale Universitaire, Lausanne
[b] Service de psychiatrie de liaison, Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV), Lausanne

Summary

Depression… but which depression?
Despite intensive efforts in neurobiology and epidemiology, depression remains a diagnosis with blurred b. We illustrate this point by examining the controversial issue of systematic screening by GPs, which highlights tensions between psychiatry and general medicine. We suggest a broader perspective on depression, taking into account the patient's individuality, as well as potentially pathogenic social determinants. In the era of operational diagnostic criteria, clinical intuition and the wider sociological context of the doctor-patient relationship are relevant.
Key words: Treatment of depression, general practice, epistemology

Résumé

Malgré les efforts de la neurobiologie et de l'épidémiologie, la dépression reste un trouble aux contours flous. La question controversée de son dépistage par le généraliste en atteste, illustrant au passage certaines tensions entre la psychiatrie et la médecine générale. Nous suggérons un regard plus large sur la dépression, respectant la singularité du patient mais prenant en compte des processus sociaux potentiellement pathogènes. A l'heure des critères diagnostiques opérationnels, l'intuition clinique et le contexte socio-historique de la relation médecin-malade gardent leur pertinence.

Introduction

La prévalence de la dépression semble en constante augmentation [1]. Il existe nombre d'hypothèses sur les causes de cette «épidémie dépressive». Les médecins seraient aujourd'hui mieux formés à repérer les troubles psychiques. Suite aux campagnes de déstigmatisation, les patients solliciteraient plus facilement de l'aide. De façon plus critique, on évoque une médicalisation de problèmes qui relèveraient davantage des aléas de l'existence que d'une psychopathologie [2]. L'industrie pharmaceutique est accusée d'élargir les critères diagnostiques pour écouler ses produits [3]. Alain Ehrenberg, dans *La fatigue d'être soi* [4], aborde la dépression comme révélateur de l'émergence récente de l'autonomie comme valeur dominante: le devoir de chacun de «s'inventer soi-même» fait courir le risque d'un échec vécu comme une faillite personnelle. La dépression aurait ainsi remplacé l'anxiété et la culpabilité caractéristiques de sociétés plus autoritaires. Enfin, on évoque des changements dans l'environnement. Le suspect est ici le stress, associé à un phénomène d'accélération de la production des biens et des déchets, des flux d'informations, des changements sociaux. Paradoxalement, ces phénomènes suscite-raient un état de stupeur, à l'origine de pathologies proches de la dépression, comme le «burn out» [5].
La dépression mobilise ainsi des enjeux épistémologiques, socioculturels et politiques. Nous discutons ici quelques aspects rarement abordés dans la littérature médicale sur le sujet. Après avoir évoqué les débats récurrents sur la pertinence d'un dépistage systématique, qui illustrent certaines difficultés que pose l'objet «dépression», et certaines tensions entre psychiatrie et médecine générale, nous discutons un modèle théorique ayant le mérite d'unifier facteurs individuels et contextuels; nous concluons en suggérant quelques points de repère cliniques.

La dépression et le généraliste: petite histoire du dépistage

Le consensus contemporain sur la dépression articule les propositions suivantes: (1.) la dépression est très fréquente dans la population, (2.) elle est encore plus fréquente dans la patientèle des médecins et notamment des généralistes, (3.) les médecins manquent souvent son diagnostic, (4.) quand ils posent le diagnostic, le traitement n'est pas assez agressif, (5.) mieux

dépister et traiter la dépression est un problème majeur de santé publique. La question d'un dépistage systématique par le généraliste devient dès lors incontournable. En 1996, la *US Preventive Services Task Force* (USPSTF) se limitait à recommander d'être attentif aux signes cliniques de dépression. En 2002, la recommandation – reconduite en 2009 – est un screening systématique, s'il existe un «système» assurant un diagnostic «précis» et un traitement «efficace». En 2005, le Canada adoptait la même recommandation, mais renonce en 2013 au dépistage systématique. En 2009, le National Institute of Clinical Excellence (NICE) anglais propose deux questions de dépistage aux patients «à risque», donc rien de systématique. Pas de recommandations officielles en Suisse mais un article récent suggère de poser systématiquement deux questions de dépistage [6]. Dans l'attente d'un éventuel verdict, les praticiens font sans doute ce qu'ils jugent raisonnable et la stratégie systématique est probablement minoritaire. Nous proposons un bref retour historique sur cette question, illustratif aussi de certaines tensions entre généralistes et psychiatres.

L'ignorance des généralistes?

En 1964, un groupe de généralistes britanniques en cabinet privé publie une étude sur la prévalence des maladies mentales en médecine générale. Le travail couvre 261 cabinets et une population d'un million de personnes. Le diagnostic posé par le généraliste est considéré comme pertinent: il est le «gold standard» sur la base duquel on étalonne l'inventaire de Beck. Les choses changent dès 1966 avec l'entrée en scène des psychiatres qui relèvent des variations entre généralistes, qu'ils attribuent pour une part au «facteur de l'observateur». La nécessité d'un instrument de mesure qui réduirait ce facteur conduit à créer le *General Health Questionnaire* (GHQ) en 1970. Le GHQ distingue les «cas psychiatriques» des «non-cas», et montre que le généraliste manque nombre de cas, parfois sévères. L'argument du diagnostic manqué prend forme. De plus, en 1973, une étude conclut que le traitement de la dépression par le généraliste est peu optimal. Les généralistes paraissent pécher par omission à double titre.

Aux Etats-Unis, le *National Institute of Mental Health* (NIMH) évalue en 1978 que 15% de la population souffre de pathologies psychiatriques, dont plus de la moitié est prise en charge par les généralistes, les psychiatres n'en assumant qu'un cinquième. L'importance du rôle des généralistes n'est plus remise en question et les psychiatres américains vont eux aussi se pencher sur les compétences diagnostiques et thérapeutiques des généralistes pour la dépression. Les résultats sont à nouveau sévères: en prenant l'inventaire de Beck comme «gold standard» (qui est désormais juge, à l'inverse de 1964, de la capacité diagnostique des généralistes), la moitié des diagnostics sont manqués. De nombreuses études parviennent à des conclusions similaires.

A qui la «faute»?

Les facteurs identifiés par les chercheurs relèvent de trois niveaux, liés mais distincts. Du côté du patient, une plainte exprimée surtout par le corps ou la présence d'une maladie somatique avérée expliqueraient que la dépression soit manquée. Pour les patients, la dépression ne serait pas une «vraie maladie» mais plutôt liée à des événements existentiels (chômage, divorce, deuil, etc.). Ils ont peur d'ennuyer leur généraliste et d'être perçus comme «des patients pénibles», ils doutent de l'efficacité des antidépresseurs et craignent la dépendance [7]. Du côté du système de soins, on évoque le manque de temps (la dépression serait plus longue à diagnostiquer que d'autres pathologies et/ou «sacrifiée» pour d'autres maladies jugées plus dangereuses), le manque de psychiatres pour assurer le traitement et des aspects assécurologiques. Enfin, les généralistes auraient tendance à éviter un diagnostic qu'ils trouvent peu clair, mal remboursé, stigmatisant, voire déprimant lui-même. Mais l'explication la plus fréquente des chercheurs psychiatres est que les généralistes manquent le diagnostic parce qu'ils n'en connaissent pas les critères.

Quels remèdes? Ainsi, l'idée que les généralistes manquent souvent le diagnostic de dépression devient progressivement une vérité admise et s'inscrit dans un discours plus général présentant la dépression comme une épidémie silencieuse: «unrecognized, untreated, and undertreated depressive disorders extract an inordinate human and economic cost, despite the availability of an extensive array of effective clinical interventions», écrit le NIMH en 1988 alors qu'il lance une campagne d'information auprès du public et des professionnels. Dans ce contexte, R.L. Spitzer, le principal responsable du DSM-III, développe un instrument destiné aux généralistes, le PRIME-MD, démarche diagnostique en deux étapes (autoquestionnaire de dépistage et entretien de confirmation très structuré). Selon Spitzer, huit minutes et demie suffisent pour poser un diagnostic «certifié DSM-III-R» mais l'entretien structuré rencontre peu de succès et PRIME-MD est un échec. L'autoquestionnaire, devenu le Patient Health Questionnaire, est par contre aujourd'hui le principal outil de dépistage. PRIME-MD marque l'apogée du discours sur l'incapacité des généralistes à poser des diagnostics psychiatriques et sur la nécessité de leur fournir des instruments pour les aider.

La contre-attaque

A cet argumentaire fondé sur des grandes études épidémiologiques et sur l'idée de «gap» dans le «transfert de connaissances», les généralistes vont opposer un discours soulignant la spécificité de leur pratique. Un an après la parution du DSM-III, un généraliste écossais argumente déjà que la dépression du généraliste n'est pas celle de l'hôpital psychiatrique [8]. En 1985, un groupe anglais de psychiatres et de généralistes

identifie des différences entre les dépressions «reconnues» et celles qui sont «manquées». Ces dernières seraient souvent liées à des pathologies somatiques contribuant au tableau dépressif. Le diagnostic ne serait pas tant manqué que spécifique, avec une humeur moins dépressive, plus «réactive». L'étude la plus sophistiquée sur la question compare quatre groupes: les dépressions DSM-III-R reconnues («vrais positifs»), les dépressions manquées («faux négatifs), les diagnostics de dépression posés alors que les critères DSM-III-R ne sont pas remplis («faux positifs»), et les non-dépressions pures («vrais négatifs») [9]. Les auteurs observent que les diagnostics faux-positifs sont posés par le généraliste parce qu'il *prend en compte les antécédents*, ce que le DSM ne fait pas. De fait, les «faux positifs» sont cliniquement plus proches des «vrais positifs» que les «faux négatifs», et leur diagnostic paraît plus valide que celui de l'instrument. D'autres études montrent que les dépressions «manquées» seraient moins sévères et que leur évolution est aussi bonne que celles qui sont repérées et traitées. En somme, la dépression n'est pas «manquée»: ce serait une décision diagnostique tenant compte de facteurs complexes, notamment la sévérité du tableau, la présentation clinique et les antécédents. La question reste pourtant ouverte: d'autres études récentes vont dans un sens opposé. Mais dans cette lutte entre la psychiatrie et la médecine générale, cette dernière s'est désormais appropriée la notion de complexité, avec des généralistes qui utiliseraient leur expérience clinique, leur connaissance intime des patients et la prise en compte du contexte, en contraste avec des psychiatres qui se fieraient strictement aux critères DSM. Quant à la question d'un screening systématique, elle reste pour l'heure sans réponse. Cette brève histoire questionne la nature même de la dépression. Le modèle catégoriel du DSM, ou le modèle dimensionnel des échelles comme l'inventaire de Beck, supposent qu'il existe *une* dépression, dont on souffre ou non, ou dont on souffre tous plus ou moins intensément. Le paradoxe est aujourd'hui le suivant: la plupart des recherches utilisent le DSM ou une approche dimensionnelle mais les experts comme les cliniciens pensent plutôt que la dépression est une notion peu pertinente qui rassemble des situations hétérogènes. Dire d'un patient qu'il «a une dépression», ça ne veut encore pas dire grand chose.

Du diagnostic à la pathogenèse des troubles dépressifs

Une anamnèse se limitant aux symptômes de dépression permettrait de poser formellement un diagnostic mais certainement pas de comprendre les raisons pour lesquelles une personne réagit de cette façon-là, à ce moment particulier de sa vie. En revanche, une investigation clinique retraçant la pathogenèse de la dépression dans son contexte existentiel ouvre la possibilité de donner sens à l'expérience dépressive et renforce l'alliance thérapeutique (essentielle pour le traitement) [10]. Dans une perspective psychodynamique, la dépression fait souvent suite à une perte [11]. Cette perte peut être consciente ou non, et amplifiée par les échos de pertes antérieures, eux-mêmes témoin d'un passé non dépassé. La question est alors celle de la nature de la perte et des raisons de l'échec du processus normal de deuil.

La perspective développementale de la dépression

Stavros Mentzos, psychanalyste de Francfort, a élaboré un modèle développemental de la dépression qui a l'avantage de situer l'individu dans son contexte [12]. Selon ce modèle dit «des trois piliers», la dépression résulte d'une perte affectant le moi-idéal, l'idéal du moi ou le surmoi. Chacun de ces piliers ayant sa propre trajectoire développementale, le clinicien peut identifier avec le patient les vulnérabilités sous-jacentes à la réaction dépressive. Le moi-idéal se construit à partir de l'amour parental: d'abord moi mégalomane, la prise de conscience partielle de la nature imaginaire des fantasmes de grandeur lui permet en principe d'évoluer vers un moi-idéal mature, une image de soi réaliste tenant compte de ses qualités et de ses limites. L'idéal du moi se construit par identifications successives, d'abord à une image idéalisée de parents tout-puissants, puis à des figures d'autorité progressivement moins idéalisées, pour aboutir – toujours en principe – à des modèles exemplaires mais réalistes auxquels le sujet cherche à ressembler. Le surmoi se construit à partir du surmoi œdipien issu des interdits parentaux pour aboutir à une conscience morale mature permettant d'assumer une posture morale personnelle. Mentzos décrit ainsi trois formes de dépression. Si le moi-idéal est immature et que le sujet fait face à une perte psychologique ou physique, l'image de soi stable et aimable risque de s'effondrer avec l'apparition de sentiments de honte liés à un vécu d'impotence. Si l'idéal du moi est immature, c'est l'abandon réel ou fantasmé par un proche significatif qui provoque la dépression, structurée autour de ce vécu abandonnique. Si le surmoi est immature, un événement perçu comme échec personnel, comme l'incapacité à tenir ses engagements, expose le sujet à sa propre sévérité, un défaut d'indulgence envers lui-même, et la dépression est marquée par la culpabilité.

Le modèle de Mentzos permet de repérer certaines conditions sociétales contribuant à ce type de fragilité. On peut évoquer: (1.) l'idéal-type du citoyen moderne dont la valeur se mesure à ses performances, qui contribue à fragiliser le moi-idéal; (2.) le besoin d'être connecté en permanence, dont la satisfaction virtuelle est rendue possible par les nouveaux outils de communication, qui renforce les menaces pesant sur l'idéal de

moi; (3.) l'expansion à toute l'existence d'une rationalité économique dont les exigences ne peuvent jamais être satisfaites, fragilisant le surmoi.

Individu et contexte

Les pertes de la capacité de performance, du lien avec autrui ou de la possibilité de satisfaire les exigences professionnelles, peuvent être associées et atteindre les trois piliers en même temps mais un pilier peut aussi en compenser un autre: ainsi, des fragilités du moi-idéal et de l'idéal du moi peuvent conduire à des efforts compensateurs du pilier du surmoi (basé sur la reconnaissance des efforts fournis), le risque étant que le sujet s'effondre s'il se trouve confronté à une impossibilité de satisfaire des exigences, notamment professionnelles. Une investigation basée sur ce modèle conduit à situer la pathogenèse individuelle dans un contexte plus large, permettant une mise en question de la construction de soi, mais également une interrogation critique de son contexte social. Le clinicien invite ainsi le patient à prendre conscience des représentations collectives qui l'environnent, mais aussi à se défendre contre le mimétisme et le conformisme [13]. Ce modèle interroge enfin le clinicien: est-il payé pour réparer et faire fonctionner un patient-machine ou sa responsabilité a-t-elle une dimension politique?

Face aux patients dépressifs

Une déconstruction salutaire des évidences d'une médecine trop sûre d'elle-même n'élude pas la rencontre thérapeutique et les questions pragmatiques qui l'accompagnent. Les questions soulevées jusqu'ici ne doivent pas paralyser le clinicien mais lui permettre d'offrir une prise en charge clinique consciente des enjeux contemporains de la dépression. Quelle est la pertinence clinique des débats entourant le dépistage de la dépression? Le premier enjeu est de rester attentif à l'existence possible d'une dépression. Il paraît ici raisonnable de s'appuyer sur un subtil mélange d'expérience et de connaissances: une notion classique en épistémologie, la sérendipité, permet de conceptualiser ce phénomène [14]. Sur le fond connu et continu de notre pratique quotidienne, un écart, une surprise, un petit indice peuvent attirer notre attention. Il s'agit alors de s'y arrêter, questionnant avec tact la signification de cette nouveauté. Connaître les symptômes de la dépression n'interdit pas de rester sensible à une parole ou un comportement surprenant ou faussement anodin. La reconnaissance d'un trouble, ou de ce que le patient et le thérapeute définissent comme un problème, n'entraîne pas toujours l'adhésion à un traitement psychologique ou médicamenteux. Le modèle de Mentzos permet de repérer l'intrication profonde entre biographie et contexte mais il y a un travail à faire avec le patient pour s'entendre, ou ne pas s'entendre, sur la perte sous-jacente à la dépression et les piliers impliqués. C'est probablement le prix d'une adhésion authentique au traitement. Il s'agit donc de trouver l'image et la parole qui donnent sens à la souffrance, mais aussi de reconnaître le rôle des processus sociétaux évoqués plus haut. Cette attitude favoriserait paradoxalement une réappropriation par le patient de ce qui lui «appartiendrait en propre» et qu'il sera en mesure de reconsidérer et parfois de changer.

S'entendre sur le «quelque chose qui fait souffrir» et lui trouver, pour chaque patient, un sens spécifique, peut parfois aboutir au constat d'une dépression clairement liée à son contexte immédiat. Le champ clinique esquissé ici inclut la souffrance au travail, les catastrophes naturelles ou encore les conditions d'accueil proposées aux migrants. La clinique fait signe ici à l'éthique et au politique. Que puis-je et que dois-je faire si la dépression que j'ai à traiter appelle une réponse débordant mes compétences cliniques? Les solutions négociées avec les ressources humaines en vue d'aménager les conditions de travail apparaissent parfois comme des cache-misères détournant notre regard des pressions toujours plus insidieuses au cœur de nos institutions. Dans la situation des patients migrants, l'appui juridique spécialisé que nous encourageons souvent ne nous exempte pas d'un devoir de dénoncer des conditions d'hébergement ou des renvois exécutés au mépris d'un minimum de décence. Nous n'entendons pas ici qu'un clinicien confronté à ces situations devrait y répondre par un engagement politique. Mais la reconnaissance des conditions contemporaines de l'exercice de sa profession doit permettre de rester vigilant et de ne pas traiter de manière isolée et partielle des troubles qui trouveraient leur origine dans des processus sociaux morbides. Concrètement, cela peut passer par un dialogue franc et pragmatique, avec nos patients comme avec nos répondants institutionnels.

En conclusion, l'attention portée à définir précisément de quoi nous parlons lorsque nous évoquons la dépression implique en creux le respect de la complexité.

Implications pratiques

- D'un point de vue scientifique, la dépression reste un objet mal défini et l'intuition clinique d'un généraliste expérimenté garde sa pertinence.
- La reconnaissance de facteurs sociaux influençant le vécu dépressif des patients leur permet aussi de s'approprier leur «participation» personnelle
- Une attention portée uniquement à la dyade médecin-patient court le risque d'un oubli des conditions socio-historiques concrètes de leur rencontre.

Disclosure statement

Les auteurs n'ont déclaré aucun lien financier ou personnel en rapport avec cet article.

Correspondance:
Dr Régis Marion-Veyron
Psychiatrie de liaison
Policlinique Médicale Universitaire
Rue du Bugnon 44
CH-1011 Lausanne
Regis.Marion-Veyron[at]chuv.ch

Dr Michaël Saraga
Service de psychiatrie de liaison
Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV)
Rue du Bugnon 44
CH-1011 Lausanne
Michael.Saraga[at]chuv.ch

Prof. Dr Friedrich Stiefel
Service de psychiatrie de liaison
Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV)
Rue du Bugnon 44
CH-1011 Lausanne
Frederic.Stiefel[at]chuv.ch

Références

1 Hidaka BH. Depression as a disease of modernity: explanations for increasing prevalence. J Affect Dis. 2012;140(3):2005–14.
2 Horovitz AV, Wakefield JC. The Loss of Sadness. How Psychiatry Transformed Normal Sorrow into Depressive Disorder. New York: Oxford University Press; 2007.
3 Mulder RT. An epidemic of depression or the medicalization of distress? Perspect Biol Med. 2008;51(2):238–50.
4 Ehrenberg A. La fatigue d'être soi: dépression et société. Paris: Odile Jacob; 1998.
5 Rosa H. Accélération. Une critique sociale du temps. Paris: La Découverte; 2011.
6 Sommer J, Haller DM, Humair JP, et al. Enseignement de recommandations pour la pratique: la prévention et le dépistage. Rev Med Suisse. 2014;1045–51.
7 Priest RG, Vize C, Roberts A, et al. Lay people's attitudes to treatment of depression: results of opinion poll for Defeat Depression Campaign just before its launch. BMJ. 1996;5-313(7061):858–9.
8 Barber JH. Depressive illness in general practice. Acta Psychiatr Scand Suppl. 1981;290:441–6.
9 Klinkman MS, Coyne JC, Gallo S, et al. False positives, false negatives, and the validity of the diagnosis of major depression in primary care. Arch Fam Med. 1998;7:451–61.
10 Martin DJ, Garske JP, Davis MK. Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: a meta-analytic review. J Cons Clin Psychol. 2000;68(5):438–50.
11 Mentzos S. Psychodynamische Modelle in der Psychiatrie. Gôttingen: Vandenhoeck and Ruprecht; 1991.
12 Brown GW. Social roles, context and evolution in the origins of depression. J Health Soc Behav. 2002;43:255–76.
13 Girard R. La route antique des hommes pervers. Paris: Grasset; 1985.
14 Catellin S. Sérendipité, du conte au concept. Paris: Seuil; 2014.