HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

RECOMMANDATION DE BONNE PRATIQUE

Épisode dépressif caractérisé de l'adulte : prise en charge en soins de premier recours

Diagnostic

Méthode Recommandation pour la pratique clinique

ARGUMENTAIRE SCIENTIFIQUE

Octobre 2017

Les recommandations de bonne pratique (RBP) sont définies dans le champ de la santé comme des propositions développées méthodiquement pour aider le praticien et le patient à rechercher les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques données.

Les RBP sont des synthèses rigoureuses de l'état de l'art et des données de la science à un temps donné, décrites dans l'argumentaire scientifique. Elles ne sauraient dispenser le professionnel de santé de faire preuve de discernement dans sa prise en charge du patient, qui doit être celle qu'il estime la plus appropriée, en fonction de ses propres constatations et des préférences des patients.

Cette recommandation de bonne pratique a été élaborée selon la méthode résumée en annexes 1 et 2. Elle est précisément décrite dans le guide méthodologique de la HAS disponible sur son site : Élaboration de recommandations de bonne pratique – Méthode « Recommandations pour la pratique clinique ».

Tableau 1. Grade des recommandations

A	**Preuve scientifique établie** Fondée sur des études de fort niveau de preuve (niveau de preuve 1) : essais comparatifs randomisés de forte puissance et sans biais majeur ou méta-analyse d'essais comparatifs randomisés, analyse de décision basée sur des études bien menées.
B	**Présomption scientifique** Fondée sur une présomption scientifique fournie par des études de niveau intermédiaire de preuve (niveau de preuve 2), comme des essais comparatifs randomisés de faible puissance, des études comparatives non randomisées bien menées, des études de cohorte.
C	**Faible niveau de preuve** Fondée sur des études de moindre niveau de preuve, comme des études cas-témoins (niveau de preuve 3), des études rétrospectives, des séries de cas, des études comparatives comportant des biais importants (niveau de preuve 4).
AE	**Accord d'experts** En l'absence d'études, les recommandations sont fondées sur un accord entre experts du groupe de travail, après consultation du groupe de lecture. L'absence de gradation ne signifie pas que les recommandations ne sont pas pertinentes et utiles. Elle doit, en revanche, inciter à engager des études complémentaires.

Les recommandations et leur synthèse sont téléchargeables sur
www.has-sante.fr

Haute Autorité de Santé
Service Communication – Information
2, avenue du Stade de France – F 93218 Saint-Denis La Plaine Cedex
Tél. : +33 (0)1 55 93 70 00 – Fax : +33 (0)1 55 93 74 00

Ce document a été adopté par le Collège de la Haute Autorité de Santé en octobre 2017
© Haute Autorité de Santé – 2017

Table des matières

Abréviations et acronymes 5

Introduction 6

1. Reconnaître la dépression 10

1.1 Définitions 10
1.1.1 Définition d'un épisode dépressif chez l'adulte 10
1.1.2 Définitions d'un épisode dépressif chez le sujet âgé 20
1.1.3 Différences entre le DSM-IV et le DSM-5 22

1.2 Outils d'aide au diagnostic 26
1.2.1 *Patient Health Questionnaire* (PHQ) 26
1.2.2 Le *Beck Depression Inventory* (Inventaire de dépression de Beck) (BDI) 39
1.2.3 *Center for Epidemiologic Studies Depression Scale* (CES-D) 42
1.2.4 *Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)* 47
1.2.5 *Hamilton Depression Rating Scale* (HDRS) 51
1.2.6 *Montgomery and Asberg Depression Rating Scale* (MADRS) 54

1.3 Les outils d'aide au diagnostic chez le sujet âgé 57
1.3.1 Introduction 57
1.3.2 La *Geriatric Depression Scale* (échelle de dépression gériatrique) (GDS) et le *Patient Health Questionnaire* (PHQ) 59
1.3.3 Questionnaire de dépistage de dépression des sujets très âgés (QDDSTA) ou DEP-GER 64
1.3.4 Échelle de Cornell de dépression dans la démence ou CSDD 66
1.3.5 Échelle de dépression de Raskin 66
1.3.6 Questionnaire de Pichot 67
1.3.7 Synthèse d'après les données de la littérature sur les outils diagnostics du sujet âgé 68
1.3.8 Conclusion générale sur les outils diagnostiques 70

1.4 Diagnostic différentiel de l'épisode dépressif caractérisé 70

2. Reconnaître les risques 91

2.1 Évaluation de la sévérité 91
2.1.1 Définition de la sévérité 91

2.2 Les outils pour évaluer la sévérité 100
2.2.1 Introduction 100
2.2.2 Patient Health Questionnaire-9 100
2.2.3 Hamilton Depression Rating Scale 125
2.2.4 *Hospital Anxiety and Depression Scale* 128

2.3 Évaluer le risque suicidaire 145
2.3.1 Études 179
2.3.2 Conclusion d'après les données de littérature sur l'évaluation du risque suicidaire 184

2.4 Hospitalisation du patient dépressif 188
2.4.1 Les recommandations 189
2.4.2 Revue de la littérature 194
2.4.3 Études non randomisées 194

2.5 Quand référer à un psychiatre 206

3. Qualifier la dépression 211

3.1 Contexte de la dépression 211

3.2 Évaluation de l'épisode dépressif 214

3.3 Recherche d'une addiction 216
3.3.1 Les recommandations 217
3.3.2 Outils pour évaluer une addiction à l'alcool 230
3.3.3 Outils pour évaluer une addiction au tabac 234
3.3.4 Outils pour évaluer une addiction aux drogues 235

3.4 Bilan initial du patient 248

4. Mesures générales avant d'envisager le traitement 265
4.1 Évaluation de l'alliance thérapeutique 265
4.1.1 Introduction 265
4.1.2 Recommandations 265
4.1.3 Études randomisées 278
4.1.4 Études non randomisées 279
4.1.5 Conclusion générale sur l'alliance thérapeutique 282
4.2 Apprécier le soutien de l'entourage 285
4.2.1 Introduction 285
4.2.2 Les recommandations 285
4.2.3 Conclusion sur le soutien familial 289

Annexe 1. Méthode de travail 290
Annexe 2. Recherche documentaire 293
Annexe 3. Glossaire 302
Annexe 4. Autres spécifications de l'épisode dépressif 303
Annexe 5. PHQ questionnaire 304
Annexe 6. Échelle de dépression gériatrique 305
Annexe 7. Enquêtes d'opinions des médecins et des patients sur les questionnaires de la dépression 306
Annexe 8. Questionnaires pour l'addiction / Exemples d'outils d'addiction spécialisés 307

Références 311
Participants 327
Remerciements 328
Fiche descriptive 329

Abréviations et acronymes

ANSM	Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé
AMM	Autorisation de mise sur le marché
BDI	Beck Depression Inventory. Inventaire de dépression de Beck
CBT	cognitive behavioural therapy
CCBT	computerised cognitive behavioural therapy
CIM	Classification internationale des maladies
CMP	Centre médico-psychologique
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DSM-5	Classification Diagnostic and statistical manual 5
Échelle HDRS	Échelle de dépression de Hamilton
Échelle MADRS	Montgomery and Asberg Depression Rating Scale
ECT	Electroconvulsive Therapy
EDC	Épisode dépressif caractérisé
INPES	Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
IMAO	Inhibiteur de la mono-amine oxydase (MAO), sélectif ou non de MAO-A
IMAO	Monoamine oxidase inhibitors
ISRS	Inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine
IRSN	Inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline
OMS	Organisation mondiale de la santé
PHQ- 9	Patient Health Questionnaire
PGR européen	Plan de gestion des risques européen
RCP	Résumé des caractéristiques du produit
SMPG	Enquête « Santé mentale en population générale »
TCA	Tricyclic Antidepressants
TCC	Thérapie cognitivo-comportementale
TCCC	Thérapie cognitivo-comportementale informatisée
TS	Tentative de suicide

Introduction

Situation clinique

La prise en charge des troubles dépressifs s'inscrit dans la prévention globale du risque suicidaire.

Tout épisode dépressif « majeur », c'est-à-dire caractérisé, peut évoluer favorablement. Le terme « caractérisé » est préféré dans les recommandations de 2002 de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (Anaes devenue la Haute Autorité de Santé (HAS)) (1) au terme « majeur », traduction inappropriée du terme anglo-saxon « major » qui ne préjuge pas en anglais de la sévérité de l'épisode dépressif. Les critères de la Classification internationale des maladies (CIM-10) (2) et de la classification nord-américaine *Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders* (DSM-5) (3) de l'épisode dépressif caractérisé sont rappelés dans le chapitre 1.2.2. Recommandations.

La classification DSM-IV a été révisée. La classification DSM-5 est disponible depuis fin mai 2013 (4).

Les épisodes dépressifs ont un retentissement important en termes d'état de santé, de qualité de vie du sujet et de son entourage et de coût pour la société. Les troubles dépressifs, dans leur ensemble, restent la principale cause de suicide.

Au niveau mondial, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) considère qu'en 2020, la dépression sera l'affection qui après les maladies cardio-vasculaires, entraînera les plus gros coûts de santé. Toujours selon l'OMS, le trouble dépressif majeur sera la première cause d'incapacité en 2030 (5, 6).

Thème et contexte d'élaboration de la recommandation de bonne pratique

Saisine

Le projet d'actualisation de la recommandation de bonne pratique « Prise en charge d'un épisode dépressif isolé de l'adulte en ambulatoire » (1), publiée par l'Anaes en 2002, est une autosaisine de la HAS. La demande initiale de recommandations émanait des Caisses nationales d'assurance maladie.

Autres données de contexte

Ces recommandations font suite aux recommandations pour la pratique clinique élaborées sous l'égide de l'Anaes et publiées en 2007 sur la « Prise en charge des complications évolutives d'un épisode dépressif caractérisé de l'adulte » (7).

L'actualisation de ces recommandations entre dans le cadre du Programme national d'actions contre le suicide (2011-2014) (8) et du Plan Psychiatrie et Santé mentale 2011-2015 (9) qui, dans son axe 4, demande à poursuivre le développement de recommandations de bonnes pratiques.

Une recommandation de bonne pratique a été élaborée par la HAS en 2014 sur les « Manifestations dépressives à l'adolescence : repérage, diagnostic et prise en charge en soins de premier recours » (10) et est disponible sur le site de la HAS (http://www.has-sante.fr). Sont inscrits également au programme de la HAS en 2014 :

- l'actualisation de la fiche points clés et solutions sur la coordination entre le médecin généraliste et les différents acteurs de soins dans la prise en charge de la dépression et des troubles mentaux ;
- le développement d'indicateurs pour l'évaluation du dossier du patient en psychiatrie.

Objectifs d'amélioration des pratiques

Les points d'amélioration des pratiques attendus en termes de qualité et de sécurité des soins sont de :

- mieux identifier les patients atteints d'un épisode dépressif caractérisé isolé ;
- prévenir le risque suicidaire et d'obtenir un impact positif sur les souffrances psychiques des patients ayant un épisode dépressif caractérisé ;
- améliorer la qualité de vie et le handicap des patients atteints d'un épisode dépressif caractérisé au travers de stratégies de prise en charge qui précisent la place des différents moyens thérapeutiques.

Remarque du groupe de travail : les critères d'exclusion (cf. § Limites de la RBP) ne correspondent pas exactement à la réalité observée par les médecins.

Questions traitées

L'ensemble des questions abordées dans la recommandation de 2002 seront traitées. Néanmoins, l'accent sera mis sur les questions pour lesquelles de nouvelles données ont été publiées depuis 2006.

- Reconnaître la dépression
  - Définition
  - Outils de diagnostic
  - Diagnostic différentiel
- Reconnaître les risques
  - Le risque suicidaire
  - Hospitalisation du patient
- Qualifier la dépression
  - Évaluation de la sévérité (outils)
  - Contexte de la dépression
  - Évaluation de l'épisode
  - Bilan initial du patient
- Mesures générales avant d'envisager le traitement
  - Évaluation de l'alliance thérapeutique
  - Apprécier le soutien de l'entourage
- Traitement initial d'un d'épisode dépressif
  - Les traitements existants
  - Antidépresseurs
    - Choix d'un antidépresseur
    - Démarrer un traitement antidépresseur
    - Évaluation de la réponse thérapeutique
  - Place des psychothérapies
- Stratégie de traitement selon le type de dépression (sous-types) et les caractéristiques du patient
  - Stratégie de traitement pour la dépression légère
  - Stratégie de traitement pour la dépression légère à modérée
  - Stratégie de traitement pour la dépression sévère
  - La personne âgée
  - La femme enceinte et allaitante (évaluation, prise en charge)
- Le suivi

- Prise en charge en cas de non réponse ou de réponse partielle au traitement initial
- Arrêt du traitement antidépresseur après un épisode dépressif caractérisé non compliqué

Il est proposé de détailler dans ces questions les données sur les effets indésirables et la surveillance pour les antidépresseurs.

Limites de la RBP

Sont exclus du thème traité :

- les dépressions de l'enfant et de l'adolescent ;
- les épisodes dépressifs liés à un trouble organique ou psychiatrique ;
- une dépression réactionnelle ;
- les épisodes psychiatriques antérieurs ou coexistant (troubles bipolaires, signes psychotiques) ;
- les dépressions récidivantes, les symptômes résiduels de dépression, les dépressions chroniques ;
- les dépressions résistantes, car ces formes particulières de dépression, comme la dysthymie, mériteraient des recommandations spécifiques, compte tenu des problèmes thérapeutiques particuliers qu'elles posent ;
- les troubles de l'adaptation ;
- les dépressions brèves récidivantes ;
- les troubles dysthymiques, où les symptômes n'atteignent jamais l'intensité des symptômes observés dans l'épisode dépressif caractérisé.

Remarque du groupe de travail

Après un vote unanime, le groupe de travail souhaite ne pas exclure la dépression réactionnelle du champ de la recommandation. L'origine de la dépression ne préjuge pas de l'expression d'une dépression caractérisée.

Le groupe de travail soulève le problème de la prescription des médicaments princeps ou de leurs DCI dans les chapitres : alliance thérapeutique et la stratégie de traitement.

Patients concernés

Les patients adultes présentant un épisode dépressif caractérisé isolé. Sont exclus du thème traité : les dépressions de l'enfant et de l'adolescent, les épisodes dépressifs liés à un trouble organique, les dépressions réactionnelles, les troubles de l'adaptation et du stress, les épisodes psychiatriques antérieurs ou coexistant (troubles bipolaires, signes psychotiques), le trouble dépressif récurrent (dépressions récidivantes), les symptômes résiduels de dépression, les dépressions chroniques ou résistantes.

Professionnels concernés

Cette recommandation est principalement destinée aux médecins généralistes, médecins gériatres, médecins du travail et autres professionnels de santé de premiers recours. Elle s'adresse également aux autres professionnels impliqués dans la prise en charge des adultes ayant un épisode dépressif caractérisé, notamment : psychiatres, psychologues cliniciens, psychothérapeutes, infirmiers, etc.

Bien que ce document ne détaille pas leurs pratiques spécifiques, cette recommandation peut également être utile à tous professionnels de santé et travailleurs sociaux (assistantes sociales, etc.) concernés par le thème, notamment dans la mesure où ils participent à la mise en œuvre des traitements non médicamenteux, à l'éducation thérapeutique du patient et au maintien de ses activités sociales et professionnelles.

Principe de sélection des publications présentées pour les questions à traiter

Afin de rédiger cet argumentaire, les modalités de sélection des références bibliographiques ont été identiques pour l'ensemble des thèmes traités dans ces recommandations.

Pour chaque question abordée, l'ordre de choix des ressources en fonction du niveau de preuve sont les suivantes :

- les recommandations internationales ou nationales sur chaque sujet lorsqu'elles existent ;
- en cas d'absence de recommandations, ont été sélectionnées les méta-analyses, puis en cas d'absence de méta-analyses, les études prospectives randomisées ;
- en cas d'absence d'étude prospective randomisée, ont été retenus et évalués les revues de littérature les plus complètes et les plus récentes possibles, puis les études rétrospectives et/ou série de cas, puis les cas cliniques ;
- pour certains thèmes médicaux, la littérature étant peu abondante, ont été citées les publications du plus haut niveau de preuve disponible.

Si les données de la littérature identifiée dans le cadre de ce travail pour certaines questions (absence d'étude ou insuffisance des niveaux de preuve scientifique des études) ne peuvent pas permettre d'établir de grade pour les recommandations, en conséquence, les recommandations pour ces questions reposent sur un accord entre experts du groupe de travail, après consultation du groupe de lecture.

1. Reconnaître la dépression

1.1 Définitions

► Introduction

Les recommandations nationales ou internationales, et autres revues suivantes, ont été retenues pour répondre à la question :

- les recommandations françaises de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (Anaes) de 2002 (1) ;
- les recommandations britanniques du *National Health Service* (NHS) *Choices* de 2014 (11) ;
- les recommandations françaises de la Haute Autorité de Santé (HAS) de 2014 (10) ;
- les recommandations britanniques du *National Institute for Health and Clinical Excellence* (NICE) de 2009 (12) ;
- les recommandations du *Singapore Ministry of Health* (SMoH) de 2011 (13) ;
- les recommandations conjointes australiennes et néozélandaises du *Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists* (RANZCP) de 2004 (14) ;
- les recommandations allemandes de Härter *et al.* de 2010 (15) ;
- les recommandations nord américaines de l'*US Preventive Services Task Force* (USPSTF) de 2009 (16) ;
- les recommandations canadiennes de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) de 2014 (17) ;
- les recommandations nord américaines du *Department of Veterans Affairs* (DVA) de 2009 (18) ;
- les recommandations de l'*International Consensus Group on Depression* (ICGD) de 2010 (19) ;
- la classification de la CIM-10 de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) de 1993 (2) ;
- la classification du DSM-IV révisé de l'*American Psychiatric Association* (APA) de 2003 (20) ;
- la classification du DSM-5 de l'*American Psychiatric Association* (APA) de 2013 (4), avec sa traduction française (3) ;
- la revue de Boyer *et al.* de 1999 (21).

Les autres publications n'ont pas été retenues, car aucune d'entre elles ne traitait spécifiquement de la question de la définition d'un épisode dépressif caractérisé.

1.1.1 Définition d'un épisode dépressif chez l'adulte

► Les recommandations

L'épisode dépressif, selon la 10e Classification internationale des maladies (CIM-10) (2), est défini par la présence d'un nombre minimum de symptômes (critère de sévérité) durant les 15 derniers jours (critère de durée).

L'épisode dépressif caractérisé, selon le *Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders* (DSM-IV-TR), répond à une définition similaire. Le terme « major » a été traduit par « caractérisé » (ou « constitué ») pour éviter la confusion avec le qualificatif français « majeur » qui fait référence à une notion de sévérité (20). La CIM-10 répond aux aspects réglementaires du codage des pathologies. Le DSM-IV est plus habituellement utilisé dans les études.

Les définitions de la CIM-10 sont présentées dans le tableau ci-dessous.

Tableau 1. Critères diagnostiques d'un épisode dépressif selon la CIM-10 d'après Boyer *et al.,* 1999 (2, 21)

A. Critères généraux (obligatoires) G1. L'épisode dépressif doit persister au moins deux semaines. G2. Absence de symptômes hypomaniaques ou maniaques répondant aux critères d'un épisode maniaque ou hypomaniaque (F30) à un moment quelconque de la vie du sujet. G3. Critères d'exclusion les plus couramment utilisés : l'épisode n'est pas imputable à l'utilisation d'une substance psychoactive (F10-19) ou à un trouble mental organique, selon la définition donnée en F00-F9.
B. Présence d'au moins deux des trois symptômes suivants : 1. Humeur dépressive à un degré nettement anormal pour le sujet, présente pratiquement toute la journée et presque tous les jours, dans une large mesure non influencée par les circonstances, et persistant pendant au moins deux semaines. 2. Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour des activités habituellement agréables. 3. Réduction de l'énergie ou augmentation de la fatigabilité.
C. Présence d'au moins un des sept symptômes suivants, pour atteindre un total d'au moins quatre symptômes : 1. Perte de la confiance en soi ou de l'estime de soi. 2. Sentiments injustifiés de culpabilité excessive ou inappropriée. 3. Pensées de mort ou idées suicidaires récurrentes, ou comportement suicidaire de n'importe quel type. 4. Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer (signalée par le sujet ou observée par les autres), se manifestant, par exemple, par une indécision ou des hésitations. 5. Modification de l'activité psychomotrice, caractérisée par une agitation ou un ralentissement (signalés ou observés). 6. Perturbations du sommeil de n'importe quel type. 7. Modification de l'appétit (diminution ou augmentation) avec variation pondérale correspondante

Les recommandations françaises de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (Anaes) (1) indiquent pour la sévérité en 2002 :
La CIM-10 (2) et le DSM-IV-TR (20) qualifient l'épisode dépressif selon la sévérité des symptômes de :

- « léger » lorsqu'il y a peu ou pas de symptômes supplémentaires par rapport au nombre nécessaire pour répondre au diagnostic ; l'altération des activités professionnelles, des activités sociales courantes, ou des relations avec les autres est seulement mineure ;
- « sévère sans caractéristique psychotique » lorsque plusieurs symptômes supplémentaires par rapport au nombre nécessaire pour répondre au diagnostic sont présents, et que les symptômes perturbent nettement les activités professionnelles, les activités sociales courantes ou les relations avec les autres ;
- « sévère avec caractéristiques psychotiques » lorsque s'ajoutent aux symptômes typiques de l'épisode dépressif sévère des idées délirantes ou des hallucinations, concordant ou non avec le trouble de l'humeur ;
- « modéré » lorsque les symptômes et altérations des activités professionnelles, des activités sociales courantes, ou des relations avec les autres sont comprises entre ces deux extrêmes.

Les recommandations britanniques du *National Health Service* (NHS) ***Choices*** (11).
Les symptômes lors d'un d'épisode dépressif caractérisé, selon les recommandations de 2014, sont présentés dans le tableau ci-dessous.

Tableau 2. Symptômes présents lors d'un épisode dépressif caractérisé d'après le *NHS Choices*, 2014 (11)

Présentation typique	Présentation atypique	Sévérité de la dépression
• Sentiment persistant de tristesse, d'anxiété ou de vide ; • Absence de motivation et d'intérêt ; • Sentiment de désespoir ; • Sentiment d'inutilité et/ou de culpabilité ; • Ralentissement moteur marqué ou agitation (motrice) ; • Manque total de réactivité de l'humeur lors d'événements positifs ; • Eventail de symptômes somatiques tels que : ◗ perte d'appétit et de poids, ◗ sommeil réduit (selon le schéma de réveil matinal et incapacité à se rendormir), ◗ perte d'énergie ou fatigue, ◗ la dépression étant considérablement aggravée le matin (variation diurne) ; • Dans la dépression sévère les patients peuvent développer des symptômes psychotiques, tels que des délires ou des hallucinations.	• Prise de poids ; • Humeur réactive ; • Appétit augmenté ; • Somnolences excessives. Les symptômes physiques de la dépression peuvent inclure : • douleurs ; • fatigue constante. Les symptômes suivants peuvent accompagner ou dissimuler une dépression : • anxiété ; • insomnies ; • inquiétudes concernant des difficultés sociales, financières par exemple • irritabilité et hostilité augmentées ; • augmentation de l'utilisation de l'alcool ou de drogues ; • chez une jeune mère, inquiétudes constantes concernant son enfant ou peur de lui faire du mal.	La sévérité de la dépression peut être définie de la manière suivante : • dépression infraliminaire (sous-seuil) : symptômes significatifs de la dépression en dessous du seuil défini par les critères du DSM-IV ; • dépression moyenne : les symptômes atteignent difficilement les critères minimaux et il existe une atteinte fonctionnelle modérée ; • dépression sévère : la plupart des symptômes sont présents et il y a une a une atteinte fonctionnelle caractérisée ou marquée.

Remarques

Le groupe de travail note l'intérêt de souligner les expressions somatiques des états dépressifs.

Le groupe de travail rappelle l'importance d'évaluer les troubles de la sexualité.

Les recommandations françaises de la Haute Autorité de Santé (HAS) (10).

Selon les recommandations de 2014, d'autres spécifications de l'épisode dépressif sont possibles. Se référer également à l'annexe 4.

La spécification « anxieuse » correspond à au moins deux symptômes parmi : sensation de crispation, de tension ou de manque de repos, difficulté de concentration liée à l'inquiétude, crainte qu'une catastrophe est sur le point de se produire, crainte de perdre le contrôle de soi.

La spécification **« avec traits mixtes »** correspond à la présence d'au moins trois symptômes maniaques/hypomaniaques présents de manière continue :

- élation de l'humeur ;
- exaltation de l'estime de soi ou idées de grandeur ;
- logorrhée, fuite des idées ou sensation d'accélération de la pensée ;
- augmentation de l'énergie ou de l'activité ;
- augmentation des activités à risque ;

- diminution du besoin de sommeil.

La spécification **mélancolique** correspond à une forme particulière d'épisode dépressif caractérisé sévère avec un des deux éléments suivant (critère A) :

- [1] perte du plaisir pour toute ou presque les activités et [2] absence de réactivité aux stimuli agréables ;
- trois éléments au moins parmi les suivants (critère B) :
  - [1] humeur dépressive particulière, marquée par un sentiment profond d'abattement, de désespoir et/ou de vide,
  - [2] dépression régulièrement plus marquée le matin,
  - [3] réveil matinal précoce (au moins deux heures avant l'heure habituelle du réveil),
  - [4] agitation ou ralentissement psychomoteur marqué,
  - [5] anorexie ou perte de poids significative,
  - [6] culpabilité ;

La spécification **d'atypicité** correspond à une réactivité de l'humeur (critère A), et la présence d'au moins deux des symptômes suivants (critère B) :

- une augmentation de l'appétit ou une prise de poids ;
- une hypersomnie ;
- une impression de membres en plomb et la présence régulière, au long court, d'une sensibilité extrême au rejet dans les relations interpersonnelles.
-

Le DSM-IV-TR précise que les caractéristiques mélancoliques sont le plus souvent chez les sujets âgés (20).

Les caractéristiques psychotiques sont des idées délirantes ou des hallucinations.
Ces délires sont plus fréquemment congruents à l'humeur (thèmes de culpabilité, de punition méritée, de nihilisme, somatique, de ruine, hallucinations auditives réprimant le sujet pour ses fautes).

Plus rarement, ces caractéristiques ne sont plus congruentes à l'humeur : délire de persécution sans idée dépressive justifiant que le sujet mérite cette persécution, pensées imposées, diffusion de pensées.

Les recommandations britanniques du *National Institute for Health and Clinical Excellence* (NICE) (12).
Ces recommandations de 2009 concernent les personnes dont la dépression est diagnostiquée en premier recours.

Il s'agit d'une mise à jour des recommandations précédentes concernant l'identification, le traitement et le suivi de la dépression chez les adultes âgés de 18 ans et plus, en premier et second recours.

Le constat à l'origine de cette recommandation est le suivant : les systèmes de diagnostic actuels ne prennent pas en considération un large éventail de facteurs biologiques, psychologiques et sociaux, ce qui a un impact notable sur l'évolution de la dépression et la réponse au traitement. La dépression est un diagnostic large et hétérogène.

Le symptôme principal est l'humeur dépressive et/ou la perte de plaisir dans la plupart des activités.

La sévérité du trouble est déterminée à la fois par le nombre et la gravité des symptômes, ainsi que l'impact sur le fonctionnement.

Un diagnostic formel, à partir de la CIM-10, requiert la présence d'au moins quatre symptômes sur les dix qui sont proposés, tandis que le DSM- IV en nécessite cinq sur neuf pour poser le diagnostic de dépression caractérisée.

Dans tous les cas, les symptômes doivent être présents durant une période minimum de deux semaines, et chacun d'entre eux à un certain degré de sévérité, presque tous les jours.

Ces deux classifications exigent la présence d'au moins un symptôme clef pour le DSM- IV ou deux symptômes clefs pour le CIM-10 pour établir le diagnostic d'épisode dépressif caractérisé :

- baisse de l'humeur ;
- perte d'intérêt ou de plaisir ;
- diminution de l'énergie.

Les recommandations du *Singapore Ministry of Health* (SMoH) (13). Les recommandations, en 2011, indiquent pour les symptômes d'un épisode dépressif :

- sommeil diminué ou augmenté ;
- intérêt diminué dans les activités habituellement intéressantes ou agréables ;
- culpabilité, perte de l'estime de soi ;
- énergie réduite ;
- concentration diminuée ;
- appétit diminué ou augmenté ;
- activité psychomotrice agitée ou ralentie ;
- idées de suicide.

Le terme mnémotechnique SSIGECAPS (SICECAPS) constitue un moyen de retenir ces symptômes.

Le DSM-IV et la CIM-10 requièrent la présence d'une humeur dépressive ou d'une perte de l'intérêt ou du plaisir associée à d'autres symptômes persistant pendant au moins deux semaines.

Le trouble dépressif est caractérisé par la présence d'un ou plusieurs épisodes dépressifs caractérisés sans antécédent d'épisode maniaque ou hypomaniaque.

Les épisodes dépressifs caractérisés ne sont pas attribuables à une affection médicale, à l'abus d'une substance ou à une psychose.

Les recommandations conjointes australiennes et néozélandaises du *Royal Australian and New-Zealand College of Psychiatrists* (RANZCP) (14). Les recommandations, en 2004, définissent la sévérité de l'épisode caractérisé et les sous-types de la dépression :

Un épisode dépressif caractérisé peut être léger, modéré ou sévère.

Un épisode dépressif léger est défini par la présence de quelques symptômes, mais non en dessous du minimum requis pour établir le diagnostic. Le handicap est mineur ou bien la capacité à fonctionner est préservée mais au prix d'un effort considérable et inhabituel.

Un épisode dépressif modéré est défini par un nombre minimum de critères de dépression atteints et des difficultés fonctionnelles plus importantes.

Un épisode dépressif sévère est défini par :

- la présence de la plupart des critères ;
- il existe une interférence marquée entre le fonctionnement social, professionnel, produisant un dysfonctionnement évident (par exemple : une incapacité à travailler ou à s'occuper de ses enfants). À l'extrême, les personnes concernées peuvent être totalement incapables de

fonctionner socialement ou professionnellement, voire même de s'alimenter, de se vêtir ou de maintenir une hygiène corporelle minimale.

Les définitions utilisées ont été tirées de deux classifications : la CIM-10 et le DSM IV-TR. Ces deux classifications, issues de consensus visant à uniformiser les différentes définitions existantes, diffèrent assez peu sur les critères.

Les recommandations allemandes de Härter *et al.* (15). Les recommandations, en 2010, préconisent d'établir le diagnostic de l'épisode dépressif caractérisé à partir des critères définis par la CIM-10.

Selon Härter *et al.*, l'épisode dépressif caractérisé est un trouble de l'humeur impliquant des perturbations dans la régulation émotionnelle, cognitive, comportementale et somatique.

Le trouble de l'humeur est dit secondaire, s'il se manifeste :

- lors d'une intoxication médicamenteuse ou d'un sevrage ;
- comme la conséquence biologique d'une affection médicale ;
- associé à une autre maladie psychiatrique ;
- ou lorsqu'il est un effet secondaire d'un médicament délivré sur ordonnance.

Selon Härter *et al.*, les patients déprimés signalent rarement à leur médecin des symptômes typiques de la dépression.

Ils se plaindront plutôt de :

- difficultés à s'endormir et à se réveiller tôt ;
- perte d'appétit ;
- un manque général d'énergie ;
- douleur/souffrance continue ;
- et/ou de symptômes physiques.

Pour cette raison, la présence d'un trouble dépressif ou de symptômes associés à un trouble dépressif doivent être activement explorés.

Les symptômes et les critères de sévérité des épisodes dépressifs sont présentés dans les tableaux ci-dessous.

Tableau 3. Diagnostic des symptômes dépressifs selon la CIM-10 d'après Härter et al., 2010 (15)

Les symptômes doivent être présents au minimum deux semaines. Doivent être présents :	
Au moins deux symptômes principaux : • humeur dépressive ; • perte d'intérêt, abattement ; • perte d'énergie, augmentation de la fatigabilité.	Au moins deux des autres symptômes : • concentration et attention réduite ; • diminution de l'estime de soi et de la confiance en soi ; • sentiment de culpabilité et d'inutilité ; • perspectives négatives et pessimistes pour le futur ; • idées et comportement suicidaires ; • troubles du sommeil ; • perte d'appétit.

Tableau 4. Sévérité des symptômes dépressifs selon la CIM-10 d'après Härter et al., 2010 (15)

Symptômes présents au minimum deux semaines	Épisode dépressif léger	Épisode dépressif modéré	Épisode dépressif sévère
Symptômes dépressifs principaux	2	2	3
Autres symptômes dépressifs	2	3 à 4	Au moins 4

Les recommandations nord américaines de l'*U.S. Preventive Services Task Force* (USPSTF) (16). Ces recommandations indiquent en 2009 :

Concernant un épisode dépressif, les personnes ayant un risque élevé de dépression sont considérées comme étant à risque durant toute leur vie.

Les groupes ayant un risque élevé de dépression incluent les personnes :

- avec un autre trouble psychiatrique, incluant les abus de substances ;
- avec des antécédents familiaux de dépression ;
- ayant une maladie chronique ;
- au chômage, ou ayant un statut socio-économique faible.

Les femmes présentent un risque supérieur de dépression par rapport aux hommes.

Les symptômes dépressifs significatifs sont associés à des événements de la vie courante chez les adultes âgés, incluant :

- les affections médicales ;
- le déclin cognitif ;
- le deuil ;
- et le placement en institution ou maison de retraite.

Cependant, la présence seule de facteurs de risque ne suffit pas à différencier un patient dépressif d'un patient non-dépressif.

Les recommandations canadiennes de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) (17). Les recommandations, en 2014, préconisent d'utiliser le DSM IV-TR et indiquent :

La dépression est un trouble de l'humeur qui se caractérise par une humeur triste ou une perte d'intérêt ou de plaisir généralisée, survenant presque tous les jours pendant au moins deux semaines. Les symptômes empêchent la personne d'accomplir ses activités quotidiennes. La sévérité des symptômes de la dépression est variable.

La dépression mineure comporte moins de symptômes que la dépression caractérisée, mais dans les deux cas, les symptômes causent une détresse significative à la personne.

Tableau 5. Symptômes et critères diagnostiques de la dépression mineure et de la dépression caractérisée d'après l'Institut national de santé publique du Québec, 2014 (17)

Symptômes	Critères diagnostiques
• Humeur triste ou irritable. • Perte d'intérêt pour les activités ou de plaisir pendant celles-ci. • Diminution ou augmentation de l'appétit ou du poids. • Insomnie ou hypersomnie. • Agitation ou ralentissement psychomoteur. • Fatigue ou perte d'énergie. • Sentiment de dévalorisation ou culpabilité excessive. • Difficultés de concentration ou indécision. • Pensées de mort, idées suicidaires.	**Épisode de dépression mineure** • Deux à quatre symptômes pendant au moins deux semaines : ◗ au moins un des symptômes doit être une humeur dépressive ou une perte d'intérêt ou de plaisir, ◗ les symptômes causent une détresse significative, ◗ absence de comportement maniaque ou hypomaniaque. **Épisode de dépression caractérisée** • Cinq symptômes ou plus pendant au moins deux semaines : ◗ au moins un des symptômes doit être une humeur dépressive ou une perte d'intérêt ou de plaisir, ◗ les symptômes causent une détresse significative, ◗ absence de comportement maniaque ou hypomaniaque.

Les recommandations nord américaines du *Department of Veterans Affairs* (DVA) (18). Ces recommandations indiquent en 2009 :

L'épisode dépressif caractérisé est diagnostiqué lorsqu'une baisse de l'humeur persistante et une absence d'affects positifs sont accompagnés d'un certain nombre de symptômes.

Épisode dépressif sévère

Les cas de patients présentant des symptômes plus sévères et une présentation atypique, y compris un ralentissement moteur ou une agitation marqués, ainsi que de nombreux symptômes somatiques sont souvent associés à une dépression mélancolique ou à une dépression avec mélancolie.

Les personnes souffrant de dépression sévère peuvent aussi développer des symptômes psychotiques (hallucinations ou délires), le plus souvent avec un thème congruent à l'humeur négative, à l'auto-accusation et aux émotions négatives typiquement présents dans un épisode dépressif caractérisé, bien que certains autres puissent développer des symptômes psychotiques non liés à l'humeur du patient. Dans ce dernier cas, ces symptômes non-congruents à l'humeur peuvent être difficiles à distinguer de ceux qui se manifestent dans d'autres psychoses telles que la schizophrénie.

Les recommandations de l'*International Consensus Group on Depression* (ICGD) (19). Ces recommandations indiquent en 2010 :

L'évaluation du diagnostic d'un épisode dépressif caractérisé doit systématiquement utiliser les critères diagnostiques définis par le DSM -IV TR, ou par la Classification internationale des maladies (CIM-10).

Classification du DSM (3, 4, 20)

La définition de l'épisode dépressif caractérisé selon la traduction française du DSM-5 (3) est présentée dans le tableau ci-dessous.

Tableau 6. Critères diagnostiques d'un épisode dépressif caractérisé d'après le DSM-5 (3)

A : au moins cinq des symptômes suivants sont présents pendant une même période d'une durée de deux semaines et représentent un changement par rapport au fonctionnement antérieur ; au moins un des symptômes est soit [1] une humeur dépressive, soit [2] une perte d'intérêt ou de plaisir.
NB : Ne pas inclure les symptômes qui sont clairement imputables à une autre affection médicale.

1. Humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, presque tous les jours, signalée par la personne (ex. : se sent triste, vide ou sans espoir) ou observée par les autres (ex. : pleure). (NB : éventuellement irritabilité chez l'enfant ou l'adolescent).

2. Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités, quasiment toute la journée, presque tous les jours (signalée par la personne ou observée par les autres).

3. Perte ou gain de poids significatif en l'absence de régime (ex : modification du poids corporel excédant 5 % en un mois) ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours. (NB : chez l'enfant, prendre en compte l'absence de prise de poids attendue).

4. Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours.

5. Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours (constaté par les autres, non limité à un sentiment subjectif de fébrilité ou de ralentissement).

6. Fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours.

7. Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée (qui peut être délirante) presque tous les jours (pas seulement se reprocher ou se sentir coupable d'être malade).

8. Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision, presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).

9. Pensées de mort récurrentes (pas seulement une peur de mourir), idées suicidaires récurrentes sans plan précis, tentative de suicide ou plan précis de pour se suicider.

B. Les symptômes induisent une détresse cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

C. L'épisode n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance ou à une autre affection médicale.

NB : Les critères A-C définissent l'épisode dépressif caractérisé.

NB : Les réponses à une perte significative (ex. : deuil, ruine, perte(s) au cours d'une catastrophe naturelle, maladie grave ou handicap) peuvent comprendre des sentiments de tristesse intense, des ruminations à propos de la perte, une insomnie, une perte d'appétit et une perte de poids, symptômes inclus dans le critère A et évoquant un épisode dépressif. Bien que ces symptômes puissent être compréhensibles ou jugés appropriés en regard de la perte, la présence d'un épisode dépressif caractérisé, en plus de la réponse normale à une perte importante, doit être considérée attentivement. Cette décision fait appel au jugement clinique qui tiendra compte des antécédents de la personne et des normes culturelles de l'expression de la souffrance dans un contexte de perte.

D. La survenue de l'épisode dépressif caractérisé n'est pas mieux expliquée par un trouble schizoaffectif, une schizophrénie, un trouble schizophréniforme, un trouble délirant ou d'autres troubles spécifiés ou non spécifiés du spectre de la schizophrénie, ou d'autres troubles psychotiques.

E. Il n'y a jamais eu auparavant d'épisode maniaque ou hypomaniaque.

NB : Cette exclusion ne s'applique pas si tous les épisodes de type maniaque ou hypomaniaque sont imputables à des substances ou aux effets physiologiques d'une autre pathologie médicale

Spécifier la sévérité actuelle :

L'évaluation de la sévérité repose sur le nombre de critères, la sévérité des symptômes et le degré de l'altération du fonctionnement.

Léger : Peu, ou pas de symptômes supplémentaires par rapport au nombre nécessaire pour répondre au diagnostic ; la gravité de symptômes est à l'origine d'un sentiment de détresse mais qui reste gérable, et les symptômes sont à l'origine d'une altération mineure du fonctionnement social ou professionnel.

Moyen : Le nombre et la gravité des symptômes et/ou de l'altération du fonctionnement sont compris entre « léger » et « grave ».

Grave : Le nombre des symptômes est en excès par rapport au nombre nécessaire pour faire le diagnostic ; la gravité des symptômes est à l'origine d'une souffrance importante et ingérable et les symptômes perturbent nettement le fonctionnement social ou professionnel.

Spécifier si :

En rémission partielle : Certains des symptômes du dernier épisode dépressif caractérisé sont présents mais les critères complets ne sont pas remplis, ou il existe une période d'une durée inférieure à deux mois sans aucun symptôme significatif d'un épisode dépressif caractérisé persistant après la fin de la période.

En rémission complète : Il n'existe aucun signe ou symptôme significatif de l'affection depuis deux mois.

Pour qu'un épisode soit considéré comme récurrent, il doit y avoir un intervalle d'au moins deux mois consécutifs entre des épisodes distincts, au cours duquel les critères d'un épisode dépressif caractérisé ne sont pas remplis.

Le DSM-IV-TR (20) et le DSM-5 (3) décrivent la symptomatologie thymique et en particulier dépressive selon trois points :

- les caractéristiques de l'épisode actuel ;
- la spécification de la symptomatologie ;
- et le trouble dans lequel il s'intègre.

Premièrement, l'épisode dépressif caractérisé est une forme particulière d'épisode thymique parmi lesquels on trouve aussi les épisodes maniaques, hypomaniaques et mixtes. Il se définit de manière identique quel que soit l'âge.

Deuxièmement, l'épisode dépressif caractérisé est spécifié en fonction de son intensité et de ses caractéristiques symptomatiques.

Troisièmement, lorsque l'épisode dépressif caractérisé constitue un trouble dépressif unipolaire, celui-ci peut être « isolé » ou « récurrent ».

L'épisode dépressif caractérisé est spécifié en fonction de son intensité.

Il est dit léger, moyen ou sévère.

L'épisode dépressif caractérisé léger est défini par peu ou pas de présence de critères supplémentaires par rapport au nombre nécessaire pour atteindre le diagnostic.

L'épisode dépressif caractérisé est sévère sans caractéristique psychotique s'il présente plusieurs symptômes supplémentaires par rapport au nombre nécessaire pour répondre au diagnostic, et si les symptômes perturbent nettement les activités professionnelles.

Tableau 6 bis. Mesures de la sévérité de l'épisode dépressif selon le DSM-5

Mesures de la sévérité de l'épisode dépressif selon le DSM-IV		
Épisode dépressif caractérisé léger Les symptômes sont présents en nombre minimum pour poser le diagnostic (cinq symptômes dont au moins un symptôme majeur) : - Retentissement léger sur le fonctionnement (perturbé par les symptômes, quelques difficultés à poursuivre les activités ordinaires et les activités sociales, mais celles-ci peuvent être réalisées avec un effort supplémentaire.	**Épisode dépressif caractérisé modéré** Six ou sept symptômes (dont au moins un symptôme majeur) : - Difficultés considérables à mener le travail scolaire, les activités familiales et sociales (intermédiaire entre léger et sévère).	**Épisode dépressif caractérisé sévère** - Plus de sept symptômes dépressifs. - L'intensité des symptômes est sévère (notamment symptômes psychotiques, etc.). - Dysfonctionnement sévère dans plusieurs domaines (école, famille, social).

1.1.2 Définitions d'un épisode dépressif chez le sujet âgé

Ont été sélectionnées pour répondre à la question :

- les recommandations britanniques du *Royal College of General Practitioners* (RCGP) de 2014 (22) ;
- les recommandations britanniques du *National Health Service* (NHS) *Choices* de 2014 (11) ;
- les recommandations malaisiennes du *Ministry of Health Malaysia* (MoH) de 2007 (23) ;
- les recommandations françaises de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (Anaes) de 2002 (1) ;
- la revue de la littérature de Rodda *et al.* de 2011 (24) ;
- la revue systématique de l'*Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ) de 2009 (25).

► Recommandations

Les recommandations britanniques du *Royal College of General Practitioners* (RCGP) (22). Les recommandations indiquent en 2014 :
Une personne âgée sur quatre présente des symptômes dépressifs qui nécessitent un traitement.

Moins d'une personne âgée sur six ayant un syndrome dépressif va en parler avec son médecin. Seule la moitié des personnes âgées reçoivent un traitement adéquat. La présence d'une maladie physique augmente le risque de dépression.

Une dépression non traitée est la première cause de suicide chez les personnes âgées, les hommes vivant seuls présentant le plus haut risque.

Les recommandations britanniques du *National Health Service* (NHS) ***Choices*** (11). Les recommandations indiquent en 2014 :

Lors d'un épisode dépressif caractérisé chez les personnes âgées on note :

- davantage de symptômes somatiques ;
- moins de plaintes concernant l'humeur négative ;
- davantage de problèmes de mémoire.

Les recommandations malaisiennes du *Ministry of Health Malaysia* (MoH) (23). Les recommandations, en 2007, précisent, concernant la dépression chez la personne âgée :

La présentation clinique de la dépression chez la personne âgée peut être différente des jeunes adultes, ce qui induit souvent en erreur le praticien. La personne âgée dépressive se plaindra moins de sa tristesse qu'une personne plus jeune.

Le trouble dépressif peut être négligé chez la personne âgée si le diagnostic d'épisode dépressif caractérisé se fonde uniquement sur les critères proposés par la CIM -10 ou le DSM-IV. Les symptômes suggérant un épisode dépressif caractérisé chez la personne âgée comprennent :

- un ralentissement psychomoteur ;
- une faible concentration ;
- une constipation ;
- un état de santé perçu comme déficient ;
- des symptômes anxieux importants ;
- des déficits cognitifs ;
- d'importants symptômes somatiques.

Les recommandations françaises de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (Anaes) (1). Ces recommandations indiquent en 2002 :

Chez le sujet âgé, le diagnostic d'un épisode dépressif est souvent difficile du fait de plaintes somatiques, d'un tableau pauci-symptomatique, ou pseudo-démentiel.

La dépression est particulièrement fréquente au stade préclinique de la maladie d'Alzheimer. Toute dépression chez le sujet âgé comporte un risque suicidaire élevé.

Remarque du groupe de travail

Un épisode dépressif peut inaugurer une maladie neuro-dégénérative.

► Revue de littérature

Revue de la littérature de Rodda *et al.* de 2011 (24).
Les principaux facteurs de risque pour une dépression à un âge avancé sont selon des études portant sur d'importantes populations :

- une maladie physique concomitante ;
- une altération cognitive ;
- une altération fonctionnelle ;
- un manque ou une perte de contacts sociaux ;
- et des antécédents de dépression.

L'évaluation du risque est importante face à tout cas psychiatrique, et chez les patients dépressifs le domaine principal de risque est le suicide.

Des études comparatives rigoureuses ont identifié certains facteurs-clés pour le risque suicidaire chez la personne âgée, présentés ci-dessous :

- âge avancé ;
- sexe masculin ;
- isolement social ;
- deuil ;
- antécédents de tentatives ;
- existence d'une planification de suicide ;
- maladie chronique douloureuse ou handicap ;
- utilisation de substances toxiques (alcool, drogue) ;
- troubles du sommeil.

Les patients âgés présentent souvent des symptômes qui ne correspondent pas aux critères d'un épisode dépressif mais qui sont néanmoins importants d'un point de vue clinique.

Revue systématique de l'*Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ) de 2009 (25).

La dépression peut être particulièrement difficile à identifier chez une personne âgée, et la charge de diagnostiquer une dépression reviendra souvent aux soignants en premier recours.

Le diagnostic est compliqué à poser car certaines maladies ou médicaments peuvent entraîner des symptômes dépressifs tels que :

- la perte de poids ou les modifications de l'appétit ;
- le ralentissement psychomoteur ;
- la perte d'énergie ou fatigue, insomnie ou hypersomnie ;
- et les difficultés de concentration.

Les symptômes dépressifs d'humeur triste et de sentiment de culpabilité ont tendance à être moins visibles chez les personnes âgées dépressives, dont les plaintes auront tendance à concerner le domaine somatique.

La dépression chez la personne âgée est d'autant plus compliquée à diagnostiquer en raison de la fréquence élevée de comorbidité de maladies, incluant le cancer, des maladies cardio-vasculaires, des troubles neurologiques, des perturbations métaboliques, l'arthrite, et des pertes de sensibilité.

1.1.3 Différences entre le DSM-IV et le DSM-5

Ont été sélectionnés pour répondre à cette question :

- les recommandations françaises de la Haute Autorité de Santé (HAS) de 2014 (10) ;
- les recommandations canadiennes du *Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments* (CANMAT) de 2009 (26) ;
- la revue publiée par l'*American Psychiatric Association* (APA) de 2013 au sujet des modifications apportées par le DSM-5 (27) ;
- l'avis des experts de l'*American Psychiatric Association* (APA) de 2012 (28) ;
- la méta-analyse de Mitchell *et al.* de 2009 (29) ;
- la revue de la littérature de Stein *et al.* de 2013 (30) ;
- l'avis des experts de Watts de 2012 (31) ;
- l'avis des experts de Nemeroff *et al.* de 2013 (32).

► Recommandations

Les recommandations françaises de la Haute Autorité de Santé (HAS) (10). Ces recommandations indiquent en 2014 :
Dans le DSM-IV-TR, en dehors du deuil, la définition d'un épisode dépressif se réalise sans considération pour le contexte environnemental qui est abordé sur un axe différent et indépendant.

Dans la version du DSM-IV : en dehors du deuil d'un proche, aucun facteur de stress (par exemple, une rupture amoureuse, une perte d'emploi) ne permet d'exclure le diagnostic d'épisode dépressif caractérisé en présence de critères diagnostiques.

L'importance du contexte n'apparaît que dans le DSM-5 qui introduit la possibilité d'une réaction normale de type dépressive face à une « perte significative » (deuil, ruine, maladie physique, handicap, etc.) (4).

En intégrant la possibilité d'une réaction culturelle/individuelle normale à une « perte significative », le DSM-5 revient en arrière sur ce point (10).

Les recommandations canadiennes du *Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments* (CANMAT) (26). Bien qu'il existe des critères diagnostiques standardisés, cette étude de 2009 recommande que l'évaluation clinique dépasse leur stricte application.

Les recommandations utilisent majoritairement les définitions établies dans la CIM-10 (2) et le DSM IV-TR (20).

► Revues de la littérature, avis d'experts

Revue publiée par l'*American Psychiatric Association* (APA) en 2013 au sujet des modifications apportées par le DSM-5 (27).

Concernant l'épisode dépressif caractérisé, ni les symptômes fondamentaux « requis », ni la durée de l'épisode (deux semaines) mentionnés dans le DSM-IV n'ont été modifiés dans le DSM-5.

Exclusion du deuil

Dans le DSM IV-TR (20), il existait un critère d'exclusion pour l'épisode dépressif caractérisé qui concernait des symptômes dépressifs durant moins de deux mois et faisant suite au décès d'un proche (personne aimée).

Selon la revue publiée par l'*American Psychiatric Association*, en 2013, cette exclusion est omise dans le DSM-5 pour plusieurs raisons (27).

- La première est de supprimer l'idée que le processus de deuil ne dure que deux mois, alors que les médecins et spécialistes du deuil reconnaissent que sa durée est plutôt d'un an ou deux.
- La seconde raison est que le deuil est reconnu comme un important facteur de stress psychosocial qui peut précipiter un épisode dépressif caractérisé chez une personne vulnérable, débutant habituellement peu après la perte.
- Quand un épisode dépressif caractérisé survient dans le contexte d'un deuil, il augmente le risque de souffrance, le sentiment de dévalorisation, l'idéation suicidaire, une moins bonne santé physique, une dégradation du fonctionnement interpersonnel et professionnel, et un risque augmenté de deuil compliqué, qui est désormais défini à l'aide de critères explicites dans le DSM-5.
- Troisièmement, un épisode dépressif caractérisé relatif à un deuil est plus susceptible de se produire chez les personnes présentant personnellement ou dans leur famille des antécédents d'épisode dépressif caractérisé. Cela est influencé par la génétique, et est associé à des traits de personnalité similaires, des modèles/tendances de comorbidité, des risques de chronicité et/ou une récidive d'épisode dépressif caractérisé sans rapport avec un deuil.
- Dans les critères de l'épisode dépressif caractérisé, une note en bas de page détaillée a remplacé la simple exclusion proposée par le DSM-IV, afin d'aider les cliniciens à distinguer les symptômes caractéristiques du deuil de ceux d'un épisode dépressif caractérisé.

Avis des experts du groupe de travail de l'*American Psychiatric Association* (APA) ayant collaboré à la rédaction du DSM-5 en 2012 (28).
Le deuil, qui jusque-là était un critère d'exclusion du diagnostic de dépression, figure dorénavant dans le DSM-5 sous les termes suivants :

La réponse normale et attendue après une perte significative (deuil, chômage, banqueroute financière, catastrophe naturelle) incluant des sentiments de tristesse intense, des ruminations au sujet de la perte, insomnies, diminution de l'appétit et perte de poids, peut ressembler à un épisode dépressif.

La présence de symptômes tels que : sentiment d'inutilité, idées suicidaires (autres que le souhait de rejoindre un proche décédé), un retard psychomoteur, et une altération sévère du fonctionnement global suggèrent la présence d'un épisode dépressif caractérisé en addition à la réponse normale à une perte significative.

La CIM-10 (2), reconnue par la psychiatrie française, est utilisée pour les échanges internationaux, tandis que le DSM-IV sert surtout aux études épidémiologiques et aux essais thérapeutiques.

Le DSM IV-TR (20) est également la seule classification internationale qui propose une définition des dépressions chroniques et de la dépression saisonnière.

Méta-analyse de Mitchell *et al.* de 2009 (29). Concernant l'épisode dépressif caractérisé ni les symptômes requis, ni la durée de l'épisode (deux semaines) mentionnés dans le DSM-IV n'ont été modifiés dans le DSM-5.

Revue de la littérature de Stein *et al.* de 2013 (30).

La Classification internationale des maladies est le système de classification médicale le plus utilisé au monde (2).

La CIM-10 (2) offre aux cliniciens à travers le monde un système de classification gratuit et accessible qui peut être utilisé avec une certaine facilité par des soignants qui ne sont pas spécialistes de la santé mentale, certains d'entre eux travaillant dans des établissements de soins de santé dans des pays à revenus faibles ou moyens.

Une classification simple a son importance dans le diagnostic des maladies mentales, ainsi que dans la considération des lacunes d'une approche globale.

Le processus de révision du DSM-5 (4) a fourni l'occasion de repenser le système de classification des diagnostics. Plusieurs propositions ont été avancées, notamment de nouvelles approches concernant la structure générale, et une plus grande importance donnée aux dimensions par rapport aux catégories.

Le DSM-5 n'a pas mis en œuvre un changement de paradigme, mais il a opéré un changement graduel dans l'ensemble de la structure, et dans les critères diagnostiques pour certaines catégories.

De nombreuses publications traitant du DSM-5 ont été publiées depuis sa parution, certaines le critiquant, par exemple :
Avis d'expert de Watts de 2012 (31). L'avis précise sur la limite entre deuil et dépression :
Le projet du DSM-5 est de retirer l'exclusion du deuil. « Ce que beaucoup voient comme une réaction normale à la mort d'une personne chère serait maintenant étiqueté comme un trouble dépressif ». Le risque est de stigmatiser et d'isoler davantage de comportements en les considérant comme des pathologies.

D'autres publications ont soutenu la version du DSM-5, par exemple :

Avis d'experts en santé mentale de Nemeroff *et al.* de 2013 (32).

Le reproche fait au DSM-5 a été de retirer le deuil des critères d'exclusion d'un épisode dépressif caractérisé.

Selon les auteurs, face à la crainte que de nombreuses personnes subissant un deuil récent puissent être diagnostiquées à tort comme dépressives, il est rappelé que chaque personne devra remplir les critères d'un épisode dépressif, y compris l'atteinte fonctionnelle dans des domaines tels que la vie professionnelle ou sociale, et parce qu'aucun médecin cliniquement compétent ne poserait ce diagnostic à tort.

Remarque

Les recommandations n'ont pas pour objectif l'évaluation du DSM-5, ni de statuer sur ses éventuelles controverses. L'évaluation du DSM-5 nécessiterait de faire une recherche de la littérature adaptée et la création d'un groupe de travail spécifique.

Il est proposé que cette question ne soit donc pas abordée par les recommandations.

Le groupe de travail remarque que dans le DSM-5, le deuil ne concerne pas seulement la perte d'un être cher. Il n'est pas possible d'exclure a priori un épisode dépressif chez une personne endeuillée. Cette question sera abordée dans la question traitant de la prise en charge thérapeutique.

► Conclusion générale sur les définitions de l'épisode dépressif

Toutes les recommandations définissent un épisode dépressif caractérisé à partir des critères diagnostiques de la CIM-10, du DSM-IV ou du DSM-5.

La classification de référence au niveau mondial est la CIM-10 de l'OMS. Une autre classification est utilisée en clinique et à des fins de recherche (DSM- IV, DSM-5).

Dans tous les cas, les symptômes doivent être présents durant une période minimum de deux semaines, et chacun d'entre eux à un certain degré de sévérité, presque tous les jours.

Ces symptômes doivent avoir représenté un changement par rapport au fonctionnement antérieur (professionnel, social, familial).

Les symptômes induisent une détresse significative.

L'épisode dépressif doit durer 15 jours au minimum d'après toutes les recommandations.

Les deux classifications (DSM et CIM) requièrent une durée de l'épisode supérieure à 15 jours. Le deuil était un critère d'exclusion de l'épisode dépressif caractérisé dans la CIM-10 et le DSM-IV ; dans le DSM-5, ce n'est plus le cas. Le patient doit toutefois présenter les autres symptômes obligatoires.

Tableau 7. Comparaison des symptômes de l'épisode dépressif d'après la classification CIM-10 (2) et les classifications DSM-IV-TR et DSM-5 (20, 33)

Classification CIM-10	Classifications DSM
Les symptômes pour diagnostiquer un épisode caractérisé à partir de la CIM-10 nécessitent :	**Les symptômes pour diagnostiquer un épisode caractérisé à partir du DSM nécessitent la présence d'au moins cinq des symptômes suivants :**
La présence d'au moins deux de ces trois symptômes clefs : • humeur dépressive ; • diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir ; • réduction de l'énergie ou augmentation de la fatigabilité.	Au moins l'un des symptômes clefs qui est : • soit une humeur dépressive ; • soit une perte d'intérêt ou de plaisir.
La présence d'au moins un des sept symptômes suivants : • perte de la confiance en soi ou de l'estime de soi ; • sentiments injustifiés de culpabilité excessive ou inappropriée ; • pensées de mort ou idées suicidaires récurrentes, ou comportement suicidaire de n'importe quel type ; • diminution de l'aptitude à penser ou a se concentrer ; • modification de l'activité psychomotrice (agitation ou ralentissement) ; • perturbation du sommeil de n'importe quel type ; • modification de l'appétit ou du poids (diminution ou augmentation) avec variation pondérale.	Et parmi les autres symptômes suivants : • fatigue ou perte d'énergie ; • sentiment de dévalorisation ou culpabilité excessive ; • pensées de mort, idées suicidaires ; • difficultés de l'aptitude à penser, de concentration ou d'indécision ; • agitation ou ralentissement psychomoteur ; • insomnie ou hypersomnie ; • diminution ou augmentation de l'appétit ou du poids.

<u>Remarque du groupe de travail</u>

Le groupe de travail note l'intérêt de souligner les expressions somatiques des états dépressifs (par exemple : algies et plaintes fonctionnelles diverses et répétées).

Le groupe de travail rappelle l'importance d'évaluer les troubles de la sexualité.

Le groupe de travail a pris en compte les éléments suivants :

En dehors du deuil d'un proche, aucun facteur de stress (par exemple, une rupture amoureuse, une perte d'emploi) ne permet d'exclure le diagnostic d'épisode dépressif caractérisé en présence de critères diagnostiques.

La réaction à une perte significative (p. ex. décès, ruine financière, perte secondaire à une catastrophe naturelle, affection médicale ou handicap sévères) peut inclure :

- une tristesse intense ;
- des ruminations au sujet de cette perte ;
- une insomnie ;
- une perte d'appétit et une perte de poids (notées au niveau du critère A) ;
- et peut ressembler à un épisode dépressif.

Chez le sujet âgé :

La dépression est particulièrement fréquente au stade préclinique de certaines maladies neurodégénératives (Alzheimer, Parkinson).

Toute dépression chez le sujet âgé comporte un risque suicidaire plus élevé.

Des études comparatives rigoureuses ont identifié certains facteurs-clés pour le risque suicidaire chez la personne âgée, présentés ci-dessous :

- âge avancé ;
- sexe masculin ;
- isolement social ;
- deuil ;
- antécédents de tentatives de suicide ;
- existence d'une planification de suicide ;
- maladie chronique douloureuse ou handicap ;
- utilisation de substances toxiques (alcool, drogue) ;
- troubles du sommeil.

1.2 Outils d'aide au diagnostic

Dans ce paragraphe, sont présentés successivement les outils d'aide au diagnostic suivants :

- le Patient Health Questionnaire (PHQ) ;
- le Beck Depression Inventory (BDI) ;
- le Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) ;
- l'Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) ;
- la Hamilton Depression Rating Scale (HDRS) ;
- la Montgomery and Asberg Depression Rating Scale (MADRS).

1.2.1 *Patient Health Questionnaire* (PHQ)

► Introduction

Pour répondre à cette question ont été sélectionnées :

- 11 recommandations :
  - du *National Health Service* (NHS) *Choices* en 2014 (11) ;
  - du *Guidelines and Protocols Advisory Committee* (GPAC) en 2013 (34) ;
  - de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) en 2012 (35) ;
  - du *Singapore Ministry of Health* (SMoH) en 2012 (36) ;
  - de l'*Institute for Clinical Systems Improvement* (ICSI) en 2012 (37) ;
  - du *Singapore Ministry of Health* (SMoH) en 2011 (13) ;
  - de l'*US Preventive Services Task Force* (USPSTF) en 2009 (16) ;
  - du *Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments* (CANMAT) en 2009 (26) ,
  - du *Department of Veterans Affairs* (DVA) en 2009 (18) ;
  - du *New Zealand Guidelines Group* (NZGG) en 2008 (38) ;

  - de Härter *et al.* en 2010 (15).
- Six études de :
  - Arroll *et al.* de 2010 (39) ;
  - Spitzer *et al.* de 1999 (40) ;
  - Kroenke *et al.* de 2001 (41) ;
  - Kroenke *et al.* de 2003 (42) ;
  - Löwe *et al.* de 2004 (43) ;
  - et l'étude épidémiologique (version française du questionnaire) de Norton *et al.* de 2009 (44).
- Deux méta-analyses :
  - Manea *et al.* de 2012 (45) ;
  - Manea *et al.* de 2015 (46).

Les autres publications n'ont pas été retenues, car aucune d'entre elles ne traitait spécifiquement de la question des outils de diagnostic.

Le PHQ, selon Spitzer *et al.* (40), est développé en 1999 à partir du *Primary Care Evaluation of Mental Disorders* (PRIME-MD), outil développé et validé dans les années 1990 pour diagnostiquer, selon les critères du DSM-IV, cinq types de troubles mentaux (la dépression, l'anxiété, les troubles somatoformes, l'alcoolisme et les troubles alimentaires).

Le PHQ comporte trois modules qui concernent spécifiquement l'anxiété, les troubles somatiques et la dépression.

Ces trois modules peuvent être utilisés de façon indépendante. Le PHQ-9 est le module qui concerne la dépression, il comporte neuf items (41). Le PHQ-2 est constitué des deux premiers items du PHQ-9 (42).

Il s'agit d'un auto-questionnaire. L'âge de la population cible est ≥18 ans.

Dans ce questionnaire, le sujet estime la fréquence d'une symptomatologie au cours des deux semaines précédentes.

Concernant le principe de cotation du questionnaire :

Chaque item du PHQ-9 est coté :

- 0 (jamais) ;
- 1 (plusieurs jours) ;
- 2 (plus de la moitié du temps) ;
- ou 3 (presque tous les jours).

Le résultat au PHQ-9 est analysé par un algorithme ou par le calcul d'un score.

Pour l'algorithme, le diagnostic de dépression caractérisée est établi si les réponses sont « plus de la moitié des jours » aux items « a » ou «b» et à cinq des items de « a » à « i », sachant que l'item « i » doit être comptabilisé pour toute réponse différente de « jamais ».

Le score du PHQ-9 est la somme des cotations et varie de 0 à 27. Le score du PHQ-2 varie de 0 à 6.

Les seuils du questionnaire :

Un score au PHQ-9 ≥ 5 définit une dépression qui est qualifiée de :

- légère (score <10), modérée (score de 10 à 14) ;
- modérément sévère (score de 15 à 19) ;
- ou sévère (score ≥20) (41).

Le PHQ est présenté dans l'annexe 5 de l'argumentaire.

► Les recommandations mentionnant le PHQ

Les recommandations britanniques du *National Health Service* (NHS) ***Choices*** (11) indiquent en 2014 :

Envisager l'utilisation de questionnaire tel que le PHQ-9 pour détecter la dépression.

Les recommandations canadiennes du *Guidelines and Protocols Advisory Committee* (GPAC) (34). Ces recommandations indiquent en 2013 :
Concernant un épisode dépressif en premier recours, chez des patients adultes (femmes enceintes exclues) âgés de 19 à 65 ans, le GPAC recommande de dépister les patients qui présentent les symptômes d'un épisode dépressif caractérisé.

Certains patients vont présenter des symptômes somatiques.

Cette recommandation préconise l'utilisation de l'outil de dépistage comportant deux questions rapides :

- Durant le mois écoulé :
- avez-vous perdu de l'intérêt ou du plaisir dans des choses que vous appréciez de faire habituellement ?
- vous êtes-vous senti triste, faible, déprimé ou sans espoir ?

La réponse OUI à l'une de ces deux questions requiert une évaluation plus détaillée de l'épisode dépressif.

Le GPAC recommande également d'utiliser le PHQ-9 pour aider à poser le diagnostic de dépression caractérisée.

Les recommandations canadiennes de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) (35). Ces recommandations indiquent en 2012 :

- Le PHQ-9 est recommandé pour préciser la présence de symptômes dépressifs.

Les recommandations du *Singapore Ministry of Health* (SMoH) (36). Ces recommandations précisent en 2012 :

- Le PHQ-9 peut être utilisé pour détecter la dépression en soins de premier recours.

Les recommandations nord américaines de l'*Institute for Clinical Systems Improvement* (ICSI) (37).
Ces recommandations indiquent en 2012 :

- Des outils valides et fiables peuvent aider le clinicien à identifier une dépression caractérisée. Des outils de détection doivent être utilisés pour améliorer le diagnostic mais ne peuvent pas remplacer l'entretien clinique.
- Le PHQ-2 ou le PHQ-9 peuvent être utilisés pour la détection de la dépression.
- Utiliser le PHQ-2 en dépistage de routine. Si la réponse est « oui » à une des questions, faire compléter le PHQ-9.

Les recommandations du *Singapore Ministry of Health* (SMoH) (13).
Ces recommandations indiquent, en 2011, que le PHQ-9 peut être utilisé pour détecter la dépression en soins de premier recours.

Les recommandations nord-américaines de l'*US Preventive Services Task Force* (USPSTF) (16).
L'USPSTF recommande, en 2009, le dépistage de la dépression chez les adultes lorsqu'il existe un service de soins en place pour assurer un diagnostic adéquat, un traitement efficace et un suivi (Recommandation de niveau B).

L'USPSTF a trouvé des données valables prouvant que le dépistage permet l'identification précise des patients déprimés en soins de premier recours. L'USPSTF n'a pas trouvé de données prou-

vant que le dépistage de la dépression chez les adultes ou les personnes âgées soit dommageable.

Dans le cas de l'épisode dépressif caractérisé, l'USPSTF indique que le dépistage de routine est un mécanisme important pour réduire la morbidité et la mortalité. Les troubles dépressifs sont très fréquents et souvent ne sont pas détectés, à moins que des efforts de dépistage automatique ne soient entrepris.

Des outils rapides, par exemple le PHQ-2, ont une performance comparable aux échelles plus longues comme le PHQ-9.

Bien que les questionnaires d'évaluation de la dépression aient des performances assez mauvaises chez les adultes de plus de 75 ans, la performance suffit à améliorer la reconnaissance de la dépression en premier recours.

Les recommandations canadiennes du *Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments* (CANMAT) (26).
Les recommandations indiquent en 2009 :

Si le clinicien choisi d'utiliser un outil de mesure pour une recherche de cas, et pour le dépistage de la dépression caractérisée, des outils tels que le PHQ-9 sont disponibles.

Les recommandations nord américaines du *Department of Veterans Affairs* (DVA) (18). Les recommandations préconisent en 2009 :
Le PHQ-2 doit être complété annuellement chez tous les patients vus en soins de premiers recours (grade A).

Les patients qui sont détectés positifs au PHQ-2 doivent avoir à la fois :

- une évaluation documentée par un questionnaire quantitatif pour mieux évaluer si le patient a suffisamment de symptômes pour avoir ce diagnostic de dépression caractérisée ;
- et un entretien clinique qui inclut le risque suicidaire (grade B).

Le patient ayant une affection médicale présente un risque élevé de dépression. Chez de tels patients, le clinicien doit prendre en compte ce risque de dépression et utiliser un outil de diagnostic tel que le PHQ-9 en cas de suspicion d'un épisode dépressif (grade I).

Le PHQ-9 doit être administré lors de l'évaluation initiale aux patients :

- qui ont un dépistage positive pour la dépression ;
- ou pour lesquels une dépression est suspectée.

Pour diagnostiquer une dépression selon les critères du DSM-IV-TR, le PHQ-9 doit être utilisé en association avec un entretien clinique pour obtenir les informations nécessaires qui sont requises concernant :

- les symptômes ;
- leur sévérité ;
- et l'effet du fonctionnement quotidien.

Les recommandations néozélandaises du *New Zealand Guidelines Group* (NZGG) (38). Les recommandations indiquent en 2008 :
Des outils concis sont des aides optionnelles pour un usage par les médecins de soins de premier recours comme un complément à l'évaluation clinique. Le PHQ-9 est un exemple de ces outils concis.

Les recommandations allemandes de Härter *et al.* (15). Les recommandations indiquent en 2010 :
Les questionnaires de dépistage sont utiles pour préciser le diagnostic.

- Les patients peuvent être évalués à l'aide des deux questions suivantes :

- durant le mois écoulé, vous êtes-vous souvent senti(e) abattu(e), triste, inquiet(e) ou désespéré(e) ?
- durant le mois écoulé, avez-vous été moins enclin à poursuivre des activités ou apprécier des choses que vous appréciez habituellement ?

► Étude randomisée

Une étude contrôlée randomisée multicentrique concernant le dépistage de la dépression en soins primaires, a été réalisée en Nouvelle Zélande. Cette étude, qui a inclus 2 642 sujets (163 dépressions caractérisées), publiée en 2010 par Arroll *et al.* (39), a pour objectif d'évaluer la validité du PHQ-9 et du PHQ-2 pour identifier une dépression caractérisée en soins de premier recours.

Méthodes de l'étude

Les participants d'un âge moyen de 49 ans sont recrutés en médecine générale selon les critères d'inclusion suivants :

- âge ≥ 16 ans, ne souffrant pas de :
  - traumatisme crânien,
  - démence,
  - d'affection en phase terminale,
  - ni d'intoxication.

Le remplissage du PHQ-9 ou d'un autre questionnaire (deux autres questionnaires possibles) est décidé de façon aléatoire.

Le diagnostic de référence de dépression caractérisée est établi à l'aide du *Composite International Diagnostic Interview* (CIDI) en utilisant les critères du DSM-IV. Ce diagnostic de référence est réalisé en aveugle du type de questionnaire complété.

Résultats

Les tableaux ci-dessous présentent, pour différents seuils du PHQ-2 et du PHQ-9, la sensibilité, la spécificité et d'autres indicateurs de leur validité diagnostique.

Tableau 8. Validité du PHQ-2 comparé au CIDI et probabilités post-test d'après Arroll *et al.*, 2010 (39)

PHQ-2	Se %	Sp %	RVP	RVN	VPP %	PTL %
≥1	96	60	2,4	0,07	14	0,5
≥2	86	78	4,0	0,18	21	1,2
≥3	61	92	7,7	0,42	34	2,7
≥4	40	96	11,0	0,62	42	3,9

Se : sensibilité ; Sp : spécificité ; RVP : ratio de vraisemblance positive ; RVN : ratio de vraisemblance négative ; VPP : valeur prédictive positive ; PTL- : vraisemblance post test d'un test négatif (1-valeur prédictive négative)

Tableau 9. Validité du PHQ-9 comparé au CIDI et probabilités post-test d'après Arroll *et al.*, 2010 (39)

PHQ-9	Se %	Sp %	RVP	RVN	VVP %	PTL %
≥8	82	85	5,8	0,16	27	1,0
≥10	74	91	8,4	0,28	36	1,8
≥12	61	94	10,6	0,44	41	2,6
≥15	45	97	17,3	0,57	53	3,6
Algorithme	45	97	15,0	0,57	50	3,6

Se : sensibilité ; Sp : spécificité ; RVP : ratio de vraisemblance positive ; RVN : ratio de vraisemblance négative ; VPP : valeur prédictive positive ; PTL- : vraisemblance post test d'un test négatif (1-valeur prédictive négative)

Pour le PHQ-2, la sensibilité varie de 96 % à 40 %, la spécificité de 96 % à 60 %.

Pour l'algorithme du PHQ-9, la sensibilité est de 45 % avec une spécificité de 97 %.

Pour le score du PHQ-9, la sensibilité varie de 85 % à 45 %.

Conclusion

Selon les auteurs, le score du PHQ-2 ≥2 a une bonne sensibilité, mais une faible spécificité pour détecter une dépression caractérisée. Un score de PHQ-2 ≥ 3 permet d'identifier plus correctement plus de sujets déprimés. Le score ≥10 du PHQ-9 détecte plus de sujets déprimés que l'algorithme du PHQ-9. Cette étude est de niveau de preuve 3.

► Études non randomisées

Une étude de Spitzer *et al.* de 1999 (40)

Cette étude contrôlée non randomisée multicentrique américaine, incluant au total 580 sujets d'âge ≥18 ans, a été publiée en 1999. Les études de Kroenke *et al.* de 2001 et 2003 rapportent la validation initiale du PHQ-9, et du PHQ-2 pour le diagnostic de dépression caractérisée (41, 42).

Méthode

La PHQ *Primary Care Study* (40) est une étude de validation initiale du PHQ en soins de premier recours. Elle a inclus 3 000 sujets dont l'âge moyen est de 46 ± 17 ans. Les patients sont recrutés en médecine générale.

Un sous échantillon de 580 participants a reçu un entretien basé sur le SCID et des questions du PRIME-MD pour établir un diagnostic de dépression, selon les critères du DSM-IV (41 cas de dépression caractérisée, 65 cas d'autre type de dépression et 474 sujets sans dépression). Ce diagnostic de référence est établi en aveugle du PHQ-9.

Résultats

L'algorithme du PHQ-9 a une sensibilité de 73 % (IC95 %=59-87) et une spécificité de 98 % (IC95 %=96-100) (40).

Le score du PHQ-9 a une aire sous la courbe ROC de 0,95 (41).

Un score de PHQ-9 ≥ 10 a une sensibilité de 88 % et une spécificité de 84 %.

Pour ce seuil, le ratio de vraisemblance est égal à 7,1 : un patient, qui a une dépression caractérisée, a une probabilité d'avoir un score de PHQ-9≥10 7 fois plus élevée qu'un patient sans épisode dépressif.

Le tableau ci-dessous présente la sensibilité, la spécificité et le ratio de vraisemblance pour d'autres seuils du score du PHQ-9.

Tableau 10. Caractéristiques de fonctionnement de différents seuils du PHQ-9 pour le diagnostic de dépression caractérisée d'après Kroenke *et al.*, 2001 (41)

Score PHQ-9 seuil	Sensibilité %	Spécificité %	Ratio de vraisemblance
≥ 9	95	84	6,0
≥ 10	88	88	7,1
≥ 11	83	89	7,8
≥ 12	83	92	10,2
≥ 13	78	93	11,1
≥ 14	73	94	12,0
≥ 15	68	95	13,6

Le PHQ-2 a une aire sous la courbe ROC de 0,93.

La sensibilité varie de 97,6 % à 26,8 % avec des spécificités correspondantes respectives de 15,4 % et 99,4 %.

Les auteurs relèvent que le score ≥ 3 est celui pour lequel le ratio de vraisemblance est de 2,9 et proche de celui rapporté pour neuf autres outils concernant la dépression.

Le coefficient Kappa de concordance entre le diagnostic du professionnel et le diagnostic de dépression défini par un score≥3 au PHQ-2 est de 0,48.

Le tableau ci-dessous présente la sensibilité, la spécificité, la valeur prédictive positive et le ratio de vraisemblance obtenus pour différents seuils du PHQ-2.

Tableau 10bis. Caractéristiques de fonctionnement du PHQ-2 comme un outil de dépistage de la dépression chez 580 patients qui ont eu un entretien indépendant par un professionnel d'après Kroenke *et al.*, 2003 (42)

PHQ-2 seuil	Sensibilité %	Spécificité %	Valeur prédictive positive	Ratio de vraisemblance
≥1	97,6	59,2	15,4	0,3
≥2	92,7	73,7	21,1	0,6
≥3	82,9	90,0	38,4	2,9
≥4	73,2	93,3	45,5	5,5
≥5	53,7	96,8	56,4	10,3
6	26,8	99,4	78,6	48,2

Conclusion

Selon les auteurs, le PHQ-9 est un outil valide pour le diagnostic de dépression caractérisée (41).

Le PHQ-2 est un outil attractif pour la détection de la dépression, compte tenu de sa validité de critère (42). Cette étude est de niveau de preuve 3.

Étude de Löwe *et al.* de 2004 (43)

Cette étude contrôlée non randomisée réalisée en Allemagne, incluant 501 sujets a été publiée en 2004 par Löwe *et al.*

Cette étude compare les capacités diagnostiques pour une dépression caractérisée, du PHQ-9, du *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS), du *Well Being Index*-5 (WBI-5) et du diagnostic établi par un médecin non psychiatre.

Méthodes de l'étude

Les participants (moyenne d'âge 41,7±13,8 ans) sont recrutés en consultation d'un centre hospitalier universitaire y compris en consultation de médecine psychosomatique (395 sujets) ou dans 12 cabinets de médecine générale (106 sujets).

Le jour de la consultation, le médecin traitant formule son diagnostic psychiatrique (diagnostic médecin) en aveugle des résultats des autres évaluations (outil utilisé pour le diagnostic de référence, *Patient Health Questionnaire-9*, *Hospital Anxiety and Depression Scale* et *Well Being Index-5*). Pour être représentatifs de médecins qui n'ont pas de formation spécialisée en psychiatrie, les diagnostics formulés par les médecins de la consultation de médecine psychosomatique sont exclus de l'analyse concernant le diagnostic médecin.

Le seul critère d'inclusion est l'âge ≥ 18 ans. Le diagnostic de référence de dépression caractérisée est basé sur le *Structured Clinical Interview* pour la DSM-IV et réalisé en aveugle des questionnaires et du diagnostic du médecin.

Le *Structured Clinical Interview* est administré par quatre cotateurs formés (coefficient Kappa de 0,88 IC95 % = 0,47-1,0 pour la fiabilité inter juge).

Résultats

L'aire sous la courbe ROC du PHQ-9 est de 0,95 ± 0,01. Elle est supérieure à celle obtenue avec le HADS (0,89±0,02 p=0,001) et le WBI-5 (0,91 ± 0,01 p = 0,017).

L'AUC du diagnostic du médecin ne peut pas être estimée parce qu'il y a une seule sensibilité et une seule spécificité pour ce diagnostic qui n'a pas « différentes valeurs de seuil », contrairement à ce qui est possible avec le score des échelles.

Un score du PHQ-9 ≥9 est le seuil recommandé pour une sensibilité maximale de 98 % et une spécificité ≥ 75 %.

Un score du PHQ-9 ≥11 est le seuil recommandé pour un indice de Youden maximal (précision maximale). Il permet une sensibilité de 88 % et une spécificité de 87 %.

Le diagnostic du médecin présente une plus faible sensibilité (40 %).

Le tableau ci-dessous présente les performances diagnostiques du PHQ-9 qui n'est pas significativement différentes de celles des autres questionnaires, mais sont supérieures à celles du diagnostic du médecin.

Tableau 11. Trouble dépressif caractérisé : caractéristiques de fonctionnement du PHQ-9, HADS, WBI-5 et de diagnostic du médecin d'après Löwe *et al.*, 2004 (43)

	Sensibilité % (IC95 %)	Spécificité % (IC95 %)	*Youden* % (IC95 %)	coefficient de concordance Kappa (IC95 %)
PHQ-9 (n= 501)				
Seuil ≥ 9*	98 (92 – 100)	80 (76 – 83)	82 (78 – 85)	0,50 (0,42 – 0,58)
Seuil ≥ 10	95 (87 – 99)	84 (80 – 87)	85 (82 – 88)	0,55 (0,47 – 0,64)
Seuil ≥ 11**	88 (78 – 95)	87 (84 – 90)	87 (84 – 90)	0,58 (0,49 – 0,67)
Algorithme	83 (72 – 91)	90 (87 – 93)	89 (86 – 92)	0,61 (0,52 – 0,70)
HADS (n=501)				
Seuil ≥ 7	88 (78 – 95)	69 (64 – 73)	71 (67 – 75)	0,31 (0,24 – 0,38)
Seuil ≥ 8*	85 (74 – 92)	76 (71 – 80)	77 (73 – 80)	0,37 (0,29 – 0,46)
Seuil ≥ 9**	74 (62 – 84)	83 (79 – 86)	82 (78 – 85)	0,42 (0,32 – 0,51)
WBI-5 (n=501)				
Seuil ≤ 9*	95 (87 – 99)	73 (68 – 77)	76 (72 – 80)	0,39 (0,32 – 0,47)
Seuil ≤ 8	94 (85 – 92)	78 (74 – 82)	80 (77 – 84)	0,46 (0,38 – 0,54)
Seuil ≤ 7**	86 (76 – 94)	83 (79 – 86)	83 (80 – 87)	0,49 (0,40 – 0,58)
Diagnostic médecin (n=288)[+]	40 (19 – 64)	87 (83 – 91)	84 (79 – 88)	0,18 (0,03 – 0,33)

HADS : *Hospital Anxiety and Depression Scale* ; WBI-5 : *Well Being Index-5* ; *Youden* : index de *Youden* = sensibilité + spécificité -1) ; * : seuil recommandé pour une sensibilité maximale et une spécificité ≥ 75 %. ** : seuil recommandé pour un index de *Youden* maximal ; [+] : exclusion des diagnostics faits par des médecins formés en psychiatrie ou exerçant en médecine psychosomatique ; Kappa : coefficient Kappa de concordance.

Conclusion

Selon les auteurs, ces trois échelles montrent de bonnes performances pour détecter une dépression. Ces résultats peuvent être une aide pour le choix de questionnaires et du seuil de leur score. Cette étude est de niveau de preuve 3.

► Méta-analyses

Méta-analyse de Manea *et al.* de 2012 (45)
Une méta-analyse incluant 18 études a été publiée en 2012. Cette étude a pour objectif de :

- estimer si un score de PHQ-9 ≥10 est le seuil optimal pour détecter une dépression ;
- fournir des éclaircissements concernant l'usage approprié du PHQ-9, en raison de nombreux contextes dans lesquels il est utilisé.

Méthode

La recherche de littérature est faite dans *EMBASE, Medline*, PsycINFO sur la période de 1999 à août 2010. Les critères d'inclusion sont :

- rapporter la précision du PHQ-9 pour le diagnostic de dépression caractérisée ;
- fournir des données suffisantes pour établir des tableaux de contingence ;
- définir la dépression caractérisée selon des critères standards tels que la CIM ou le DSM ;
- utiliser un entretien structuré pour le diagnostic de dépression (par exemple le *Structured Clinical Interview for DSM Disorders*).

C'est une méta-analyse bivariée. L'hétérogénéité des études, jugée sur la statistique I2, est qualifiée par les auteurs de faible (I2=25 %), modérée (I2=50 %) ou élevée (I2=75 %). Des facteurs explicatifs d'hétérogénéité sont recherchés par une méta-régression.

A partir de 1 485 articles identifiés, 1 437 ne sont pas inclus, 48 sont analysés, 30 sont exclus pour :

- absence d'utilisation de différents seuils du PHQ-9 (n=10) ;
- test de référence non précisé (n=5) ;
- données insuffisantes (n=5 études) ;
- modification du PHQ-9 ou du test de référence (n=3) ;
- utilisation hors sujet du PHQ-9 (n=3) ;
- méthodologie inacceptable (n=2) ;
- qualité non évaluable (n=1) ;
- données déjà publiées (n=1).

Les 18 études retenues (7 180 sujets, 927 cas de dépression caractérisée) sont réalisées en :

- soins de premier recours (huit études) ;
- milieu spécialisé (cinq études) ;
- population générale (deux études) ;
- ou dans un contexte mixte (consultation ou médecine familiale (trois études).

Dans les 18 études, tous les participants remplissent le PHQ-9. Le test de référence est complété dans quatre études. Le score au PHQ-9 est déterminant pour passer le test de référence.

L'âge moyen varie de 24,8 à 71,4 ans. La prévalence de la dépression diagnostiquée par le test de référence varie de 2,5 % à 37,5 %. L'hétérogénéité de ces 18 études est élevée (I^2= 82,4 %).

Résultats

Concernant le seuil ≥10, qui est celui que les auteurs rapportent comme étant le plus souvent recommandé, la méta-analyse inclut 16 études (5 782 sujets).

La sensibilité est de 85 % (IC95 %=75-91) et la spécificité est de 89 % (IC95 %=83-92). L'hétérogénéité des études est élevée (I^2= 82,4 %).

La méta-régression montre que seul le diagnostic de référence fait en aveugle est prédicteur d'une hétérogénéité (p=0,032).

À la méta-analyse de six études (1 994 sujets) réalisées en soins de premier recours, la sensibilité est de 89 % (IC95 %=66-97) et la spécificité de 88 % (IC95 %=80-93) avec une hétérogénéité des études élevée (I2=84,7 %).

Concernant les autres seuils, le nombre d'études incluses dans la méta-analyse est variable. Pour un seuil compris entre 8 et 11, la sensibilité et la spécificité ne sont pas significativement différentes.

La spécificité varie de 73 % (IC95 %=63-82) pour un seuil de 7 à 96 % (IC à 95 %=94-97) pour un seuil de 15.

Le seuil de 11 est celui que les auteurs indiquent comme ayant le meilleur équilibre entre la sensibilité de 89 % (intervalle de confiance à 95 %=75-96) et la spécificité de 89 % (intervalle de confiance à 95 %=79-94).

Le tableau ci-dessous présente les propriétés diagnostiques du PHQ-9 obtenus pour les différents seuils.

Tableau 12. Estimations combinées de sensibilité, spécificité, ratios de vraisemblance positive et négative et odds ratios de diagnostic du PHQ-9 pour le diagnostic de dépression caractérisée, selon des scores seuils d'après Manea *et al.*, 2012 (45)

Seuil PHQ-9	n	N	Se % (IC95 %)	Sp % (IC95 %)	RVP (IC95 %)	RVN (IC95 %)	OR (IC95 %)
7	5	2794	83 (70-91)	73 (63-82)	3,20 (2,21-4,63)	0,22 (0,12-0,41)	14,18 (6,21-32,33)
8	6	3306	82 (66-92)	83 (69-92)	5,17 (2,30-11,58)	0,20 (0,08-0,47)	25,46 (5,34-121,38)
9	7	3269	83 (68-92)	86 (76-92)	6,07 (3,35-11,01)	0,18 (0,08-0,39)	32,23 (10,06-103,25)
10	16	5782	85 (75-91)	89 (83-92)	7,83 (5,22-11,74)	0,16 (0,09-0,27)	47,50 (22,94-98,35)
11	10	3451	89 (75-96)	89 (79-94)	8,43 (4,29-16,58)	0,11 (0,04-0,29)	75,03 (25,29-222,53)
12	10	3451	77 (60-88)	91 (84-95)	8,86 (5,65-13,90)	0,24 (0,13-0,44)	36,15 (20,16-64,85)
13	8	2759	81 (75-85)	92 (86-95)	10,19 (6,19-16,77)	0,20 (0,15-0,26)	50,03 (29,81-83,97)
14	6	2162	67 (57-76)	95 (90-97)	14,23 (7,10-28,52)	0,33 (0,24-0,45)	42,13 (18,73-94,74)
15	6	2482	62 (48 -74)	96 (94-97)	18,57 (11,37-30,33)	0,39 (0,27-0,55)	47,60 (23,09-98,14)

n : nombre d'études incluses dans la méta-analyse ; N : nombre de participants ; Se : Sensibilité ; Sp : spécificité ; RVP : ratio de vraisemblance positive ; RVN : ratio de vraisemblance négative ; OR : odds ratio de diagnostic.

Conclusion

La conclusion des auteurs est que le PHQ-9 a des propriétés diagnostiques acceptables pour détecter une dépression caractérisée en utilisant, comme seuil, un score compris entre 8 et 11.

Commentaires

Cette méta-analyse de niveau de preuve 4 présente de nombreux biais. La sélection des études est faite par un seul auteur.

L'hétérogénéité des 18 études incluses est importante. La méta-régression montre que seul un diagnostic de référence non indépendant de celui du PHQ-9 contribue à cette hétérogénéité. L'absence d'analyse de sensibilité prenant en compte ce résultat. L'hétérogénéité des études n'est pas précisée pour les différents seuils évalués.

La comparaison des capacités diagnostiques selon les seuils est limitée par le fait que les études incluses dans la méta-analyse de chaque seuil sont différentes.

Méta-analyse de Manea *et al.* de 2015 (46)

Une méta-analyse incluant 27 études et publiée, en 2015, par Manea *et al*., a pour objectif d'évaluer les propriétés diagnostiques de l'algorithme du PHQ-9 et de les comparer directement à celles du score du PHQ-9.

Méthodes

La recherche de la littérature est faite dans *EMBASE, Medline et PsychINFO* sur la période s'étendant de 1999 à août 2013.

Les critères d'inclusion sont :

- rapporter la précision du PHQ-9 pour le diagnostic de dépression caractérisée ;
- fournir des données suffisantes pour établir des tableaux de contingence ;
- définir la dépression caractérisée selon des critères standards tels que la CIM ou le DSM ;
- utiliser un entretien structuré pour le diagnostic de dépression (par exemple le *Structured Clinical Interview for DSM Disorders*).

La qualité des études est évaluée à l'aide du QUADAS II (47).

C'est une méta-analyse bivariée. L'hétérogénéité des études jugée sur la statistique I2, est qualifiée par les auteurs de faible (I2=25 %), modérée (I2=50 %) ou élevée (I2=75 %). Des facteurs explicatifs d'hétérogénéité sont recherchés par une méta-régression.

Résultats

À partir de 4 513 citations, 64 études sont sélectionnées, 37 sont exclues :

- pour algorithme non utilisé (n=26) ;
- données insuffisantes (n=8) ;
- publication dupliquée (n=2) ;
- ou diagnostic de dépression caractérisée non individualisé (n=1).

Les 27 études retenues sont réalisées en soins de premiers recours (n=7), en hôpital (n=16), en population générale (n=2) ou dans un contexte associant soins de premiers recours et consultation externe (n=2).

Le nombre de participants varie de 50 à 3 000, la moyenne d'âge est de 37,5 ans à 75 ans. La prévalence du diagnostic de dépression caractérisée de référence varie de 3,9 à 43,2 %. Concernant les risques de biais dans ces études, le tableau ci-dessous indique qu'ils sont souvent élevés ou difficiles à juger. Seules trois études ont un risque faible pour les quatre types de biais évalués.

Tableau 13. Risques de biais de 27 études incluses dans une méta-analyse qui estime les performances diagnostiques de l'algorithme et du score du PHQ-9 d'après Manea *et al.*, 2015 (46)

	Risque de biais concernant			
	Sélection patients	**PHQ-9**	**Diagnostic de référence**	**Chronologie et analyse**
Faible	10	6	10	8
Élevé	9	0	1	16
Peu clair	8	21	16	3

Pour l'algorithme, la méta-analyse des 27 études donne une sensibilité de 58 %, une spécificité de 94 %. L'hétérogénéité des études est élevée (I2=83,6). A la méta-régression, seule la prévalence de la dépression est un facteur explicatif de cette hétérogénéité (p=0,031).

La méta-analyse de sept études, réalisées en soins de premier recours, donne une sensibilité de 55 %, une spécificité de 96 %.

L'hétérogénéité des études est élevée (I2=82,2 %). Les résultats de ces méta-analyses sont précisés dans le tableau ci-dessous.

Tableau 14. Performances diagnostiques de l'algorithme du PHQ-9 estimée par la méta-analyse de Manea *et al.*, 2015 (46)

Méta-analyse	Se % (IC95 %)	Sp % (IC95 %)	RVP (IC95 %)	RVN (IC95 %)	OR (IC95 %)
27 études	58 (50-66)	94 (92-96)	10,81 (7,87-14,86)	0,43 (0,35-0,52)	24,92 (16,73-37,12)
7 études Soins de premier recours	55 (39–73)	96 (94-98)	17,69 (10,43-30,00)	0,11 (0,32-0,65)	38,31 (19,27-76,15)

n : nombre d'études incluses dans la méta-analyse ; N : nombre de participants ; Se : Sensibilité ; Sp : spécificité ; RVP : ratio de vraisemblance positive ; RVN : ratio de vraisemblance négative ; OR : odds ratio de diagnostic.

La méta-analyse, qui compare le score et l'algorithme du PHQ-9, inclut 13 études qui rapportent ces deux types de cotation.

Ces études sont faites en soins de premier recours (n=3), à l'hôpital (n=8), en population générale (n=1) ou dans un milieu mixte (n=14). L'hétérogénéité des études est modérée (I2=68,7 % pour l'algorithme, I2=59,8 % pour le score total). Le tableau ci-dessous présente les résultats.

Tableau 15. Performances diagnostiques de l'algorithme et du score≥ 10 du PHQ-9 estimés par la méta-analyse de Manea *et al.*, 2015 (46)

	N	Se % (IC95 %)	Sp % (IC95 %)	RVP (IC95 %)	RVN (IC95 %)	OR (IC95 %)
Algorithme	13	53 (42–65)	94 (91-96)	10,20 (7,06-14,72)	0,48 (0,38-0,61)	20,96 (14,10-31,16)
Score ≥10	13	77 (66-85)	85 (79-90)	5,54 (4,10-7,49)	0,46 (0,17-0,37)	21,53 (11,85-33,00)

n : nombre d'études incluses dans la méta-analyse ; N : nombre de participants ; Se : Sensibilité ; Sp : spécificité ; RVP : ratio de vraisemblance positive ; RVN : ratio de vraisemblance négative ; OR : odds ratio de diagnostic.

Conclusion

Selon les auteurs, l'algorithme du PHQ-9 a une sensibilité faible (53 %) et une spécificité élevée (94 %). Le score du PHQ-9 ≥10 a de meilleures performances diagnostiques, notamment en ce qui concerne la sensibilité (77 % pour la sensibilité et 85 % pour la spécificité).

Commentaires

Cette étude est de niveau de preuve 4. Cette méta-analyse présente de nombreux biais. Il y a beaucoup d'incertitudes sur la qualité des études.

L'hétérogénéité des études est importante. La méta-régression montre que la prévalence de dépression caractérisée contribue à cette hétérogénéité.

L'absence d'analyse prenant en compte ce résultat. Le biais de publication n'est pas évalué.

► Conclusion sur le PHQ

Synthèse d'après les données de la littérature sur les recommandations et publications

Le PHQ est mentionné par la totalité des recommandations récentes sélectionnées qui recommandent de l'utiliser pour le dépistage de l'épisode dépressif caractérisé (11, 13, 15, 16, 18, 26, 34-38) :

- le PHQ-9 peut être utilisé sans recourir au préalable au PHQ-2 ;
- le PHQ-2 doit être immédiatement suivi du PHQ-9, si le score du PHQ-2 est ≥ 2 (37).

Les outils de détection comme le PHQ doivent être utilisés pour améliorer le diagnostic. Ils ne remplacent pas l'entretien clinique.

Les recommandations nord-américaines de l'*Institute for Clinical Systems Improvement* (ICSI) (37). Ces recommandations indiquent en 2012 :
Utiliser le PHQ-2 en dépistage de routine. Si la réponse est « oui » à une des questions, faire compléter le PHQ-9.

Les recommandations canadiennes du *Guidelines and Protocols Advisory Committee* (GPAC) (34). Ces recommandations, en 2013, préconisent l'utilisation de l'outil de dépistage comportant deux questions rapides :

- Durant le mois écoulé :
- avez-vous perdu de l'intérêt ou du plaisir dans des choses que vous appréciez de faire habituellement ?
- vous êtes-vous senti triste, faible, déprimé ou sans espoir ?

La réponse « Oui » à l'une de ces deux questions requiert une évaluation plus détaillée de l'épisode dépressif.

Le GPAC recommande également d'utiliser le PHQ-9 pour aider à poser le diagnostic de dépression caractérisée.

Le PHQ-9 est un outil valide pour le diagnostic de dépression caractérisée (niveau de preuve 3) (40).

La sensibilité observée pour l'algorithme du PHQ-9, le score de PHQ-9 ≥10 et pour le score de PHQ-2 ≥2 est respectivement de 73 % 88 % et 92,7 %.

La spécificité observée pour l'algorithme du PHQ-9, le score de PHQ-9 ≥10 et pour le score de PHQ-2 ≥2 est respectivement de 98 %, 84 % et 73,7 %.

Selon une étude randomisée contrôlée, le score du PHQ-9 a de meilleures performances diagnostiques que son algorithme.

La sensibilité reportée dans cette étude pour l'algorithme du PHQ-9, le score du PHQ-9 ≥10, et pour le score de PHQ-2 ≥2, est respectivement de 45 %, 74 % et 86 %.

La spécificité observée pour l'algorithme du PHQ-9, le score de PHQ-9 ≥10 et pour le score de PHQ-2 ≥2, est respectivement de 97 %, 91 % et 78 % (niveau de preuve 3) (39).

Dans une étude de très faible niveau de preuve, il a été observé de meilleures performances diagnostiques pour le score du PHQ-9 ≥10 que pour l'algorithme du PHQ-9, notamment en ce qui concerne la sensibilité (respectivement 77 % *versus* 53 %) (niveau de preuve 4) (46).

Le score du PHQ-9 a des performances diagnostiques comparables à celles d'autres questionnaires de dépression (*Hospital Anxiety and Depression Scale et Well Being* Index-5) (niveau de preuve 3).

Ces performances sont meilleures que celles d'un diagnostic établi par un médecin non psychiatre n'utilisant pas d'outil standardisé (niveau de preuve 3) (43).

Les recommandations allemandes de Härter *et al.* (15).

Les questionnaires de dépistage sont utiles pour préciser le diagnostic.

- Les patients peuvent être évalués à l'aide des deux questions suivantes :
- durant le mois écoulé, vous êtes-vous souvent senti(e) abattu(e), triste, inquiet(e) ou désespéré(e) ?
- durant le mois écoulé, avez-vous été moins enclin à poursuivre des activités ou apprécier des choses que vous appréciez habituellement ?

Commentaire : pour certains patients, l'appropriation du diagnostic de dépression peut être aidée par l'utilisation d'un auto-questionnaire.

Conclusion du groupe de travail

Remarque : le PHQ a l'avantage de disposer de deux formes PHQ-2 et PHQ-9.

Le PHQ-2 peut être utilisé comme outil d'aide au repérage d'une dépression caractérisée.

Si le score du PHQ-2 est ≥ 2, il peut être complété par le PHQ-9 pour améliorer la spécificité.

En aucun cas, un outil ne peut remplacer l'entretien clinique.

1.2.2 Le *Beck Depression Inventory* (Inventaire de dépression de Beck) (BDI)

► Introduction

Pour répondre à cette question ont été sélectionnées :

- Trois recommandations :
  - du *National Health Service* (NHS) *Choices* de 2014 (11) ;
  - de l'*Institute for Clinical Systems Improvement* (ICSI) de 2012 (37) ;
  - du *Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments* (CANMAT) de 2009 (26).
- Une étude prospective non randomisée de Jaksic *et al.* de 2013 (48) ;
- Une revue de la littérature de Furukawa de 2010 (49).

Revue de la littérature de Furukawa de 2010 (49). Cette revue a pour objectif de présenter un recueil d'échelles d'évaluation de la dépression pour la pratique clinique ou pour la recherche.

Le *Beck Depression Inventory* (50) a été publié en 1960 et comporte 21 items. Une 1re révision aboutit à une version qui reste proche de la version originale.

Une 2e révision, plus importante, aboutit au *Beck Depression Inventory-II* (50) qui est publié en 1996.

Le *Beck Depression Inventory-II* est conçu pour mieux répondre aux critères diagnostiques du DSM-IV.

Le *Beck Depression Inventory* comporte 21 items qui évaluent les domaines cognitif, affectif, les symptômes somatiques et végétatifs.

Il s'agit d'un auto-questionnaire. L' âge de la population cible est ≥13 ans.

Dans ce questionnaire, le sujet estime la fréquence d'une symptomatologie au cours des deux semaines précédentes.

Pour chaque item, le patient doit choisir une réponse parmi quatre phrases correspondant à un degré d'intensité croissante.

Concernant le principe de cotation du questionnaire, chaque item est coté : 0, 1, 2, ou 3.

Le score au *Beck Depression Inventory-IA* ou *Beck Depression Inventory-II* est la somme de ces cotations et varie de 0 à 63.

Les seuils du questionnaire :

- un score de *Beck Depression Inventory*-II ≤13 indique l'absence de dépression ;
- un score ≥ 14 indique une dépression qui est qualifiée de :
  - légère pour un score de 14 à 19,
  - modérée pour un score de 20 à 28,
  - ou sévère pour un score de score de 29 à 63 (49).

Le temps de remplissage est de cinq à dix minutes selon le site http://www.ecpa.fr/psychologie-clinique et la référence citée sur le site est de Beck en 1998 (51).

► Recommandations mentionnant le *Beck Depression Inventory*

Les recommandations britanniques du *National Health Service* (NHS) ***Choices*** (11)

Les recommandations indiquent en 2014 :

Envisager l'utilisation de questionnaire tel que le BDI-II pour détecter la dépression.

Les recommandations nord américaines de l'*Institute for Clinical Systems Improvement* (ICSI) (37)

Les recommandations citent en 2012 :

Des outils valides et fiables peuvent aider le clinicien à identifier une dépression caractérisée. Des outils de dépistage doivent être utilisés pour améliorer, mais ils ne remplacent pas l'entretien clinique.

Le *Beck Depression Inventory* est un exemple d'outil reconnu et validé.

Les recommandations canadiennes du *Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments* (CANMAT) (26)

Les recommandations indiquent en 2009 :

Dans les situations où le clinicien choisit d'utiliser un outil de mesure pour la recherche de cas, le dépistage de la dépression caractérisée, de nombreux outils sont disponibles. Par exemple, le *Beck Depression Inventory-I*, le *Beck Depression Inventory-II.*

► Étude non randomisée

Une étude de cohorte prospective non randomisée, réalisée en Croatie, incluant 314 sujets, publiée en 2013 par Jaksic *et al.*, évalue la validité diagnostique du *Beck Depression Inventory-II* en soins de premier recours (48).

Méthode

Les 314 participants tous d'âge ≥ 25 ans (moyenne d'âge 55±12,9 ans) sont recrutés dans quatre centres de santé de premier recours. Le diagnostic de référence de dépression caractérisée (52 sujets) est établi selon les critères du DSM-IV en se basant sur le *Major Depression Inventory* et le *Doctor's Interview*.

Résultats

L'aire sous la courbe ROC du *Beck Depression Inventory-II* est de 0,96 (IC95 %=0,94-0,98).

Pour des seuils ≤9, la sensibilité est de 100 % pour une spécificité qui varie de 18,9 % à 38,8 %.

À partir d'un seuil >9, la sensibilité maximale est de 98,08 %.

Le seuil >13, seuil pour la présence d'une dépression, selon Beck et al. (49) pour le *Beck Depression Inventory-II*, a une sensibilité de 92,3 % et une spécificité de 86,2 %.

Les auteurs recommandent comme seuil un score >15 pour obtenir une précision diagnostique optimale (Index de Youden maximal). Ce seuil a une sensibilité de 88,4 % pour une spécificité de 91,2 %.

Le tableau ci-dessous présente les résultats pour différents seuils évalués.

Tableau 16. Valeurs seuils, sensibilité, spécificité, valeur prédictive positive, valeur prédictive négative pour distinguer des sujets non déprimés de sujets déprimés d'après Jaksic *et al.*, 2013 (48)

BDI-II	Sensibilité	Spécificité	Valeur prédictive positive	Valeur prédictive négative
≥0	100	0,00	16,6	
>0	100	14,89	18,9	100
>1	100	19,08	19,7	100
>2	100	25,57	21,1	100
>3	100	32,06	22,6	100
>4	100	37,02	24,0	100
>5	100	43,51	26,0	100
>6	100	51,53	29,1	100
>7	100	59,16	32,7	100
> 8	100	68,70	38,8	100
>8	100	68,70	38,8	100
> 9	98,08	74,03	43,2	99,5
> 10	98,08	78,63	47,7	99,5
> 11	96,15	80,92	50,0	99,1
> 12	**94,23**	**83,21**	**52,7**	**98,6**
> 13	**92,31**	**86,26**	**57,1**	**98,3**
> 14	**88,46**	**88,93**	**61,3**	**97,5**
>15	**88,46**	**91,22**	**66,7**	**97,6**
>16	**86,54**	**91,60**	**67,2**	**97,2**
>17	73,08	95,04	75,9	95,8
>18	63,46	95,42	76,9	95,4
>19	57,69	96,18	79,2	94,7
>20	57,69	96,95	80,5	93,0
>21	55,77	98,09	85,7	92,1
>22	53,85	99,24	93,5	91,9

BDI-II	Sensibilité	Spécificité	Valeur prédictive positive	Valeur prédictive négative
>23	46,15	100,0	100,0	91,6
>26	40,38	100,0	100,0	90,3
>30	34,62	100,0	100,0	89,4
>31	30,77	100,0	100,0	88,5
>33	26,92	100,0	100,0	87,9
>35	25,00	100,0	100,0	87,3
>37	21,15	100,0	100,0	87,0
>40	19,23	100,0	100,0	86,5
>41	17,31	100,0	100,0	86,2
>42	11,54	100,0	100,0	85,1
>43	9,62	100,0	100,0	84,8
>46	1,92	100,0	100,0	83,7
>51	0,00	100,0		

Conclusion

Selon les auteurs, ces résultats montrent que le BDI-II a une précision diagnostique élevée. Ils suggèrent que le BDI-I peut être utilisé pour le dépistage de la dépression caractérisée en soins de premier recours.

- Le seuil >13, correspondant au seuil qui définit la présence d'une dépression (49), a une sensibilité de 92,3 % et une spécificité de 86,2 %.
- Le seuil >15 est recommandé pour une précision maximale. Il donne une sensibilité de 88,4 % et une spécificité de 91,2 %.
- Le seuil >12 peut être utilisé si l'on veut favoriser la sensibilité. C'est une étude de niveau de preuve 3.

► Conclusion sur le *Beck Depression Inventory*

Synthèse d'après les données de la littérature

Dans les trois recommandations sélectionnées (11, 26, 37), le *Beck Depression Inventory* est cité comme exemple d'outil qui peut être une aide pour identifier une dépression caractérisée.

Des outils de dépistage doivent être utilisés pour améliorer, mais pas pour remplacer l'entretien clinique.

Une étude rapporte que :

- un seuil >13 est le seuil qui définit la présence d'une dépression. Ce seuil donne une sensibilité de 92,3 % et une spécificité de 86,2 % ;
- un seuil >15 obtient une précision diagnostique optimale. Il donne une sensibilité de 88,4 % et une spécificité de 91,2 % (niveau de preuve 3) (49).

Conclusion du groupe de travail

Le *Beck Depression Inventory* peut être une aide pour identifier une dépression caractérisée mais en aucun cas elle ne doit remplacer l'entretien clinique.

1.2.3 *Center for Epidemiologic Studies Depression Scale* (CES-D)

► Introduction

Pour répondre à cette question ont été sélectionnées :

- les recommandations canadiennes du *Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments* (CANMAT) de 2009 (26) ;
- deux études cas-témoins :
- Morin *et al.* de 2011 (52) ;
- Radloff de 1977 (53) ;
- une étude de validation de la *Center for Epidemiologic Studies Depression Scale* en français de Furher et Rouillon de 1989 (54).

La *Center for Epidemiologic Studies Depression Scale* (53) a été développée par le *Center for Epidemiological Studies* (CES) du *National Institute of Mental Health* (NIMH), à partir de plusieurs échelles de la dépression validées. Elle a été développée pour être utilisée dans des études épidémiologiques concernant la symptomatologie dépressive en population générale.

Ce questionnaire est constitué de 20 items, qui peuvent être regroupés en quatre sous-échelles distinctes, que sont l'humeur dépressive, les affects positifs, les plaintes somatiques et les relations interpersonnelles.

Il s'agit d'un auto-questionnaire. L'âge de la population cible est ≥ 18 ans.

Dans ce questionnaire, qui concerne la semaine écoulée, le sujet évalue à quelle fréquence il a ressenti des symptômes ou des comportements souvent associés à la dépression.

Concernant le principe de cotation du questionnaire :

Pour chaque item, le sujet a le choix entre quatre fréquences :

- jamais ou rarement (moins de 1 jour) ;
- occasionnellement (1 à 2 jours) ;
- assez souvent (3 à 4 jours) ;
- ou fréquemment, tout le temps (5 à 7 jours).

Pour 16 items ces réponses correspondent respectivement à une cotation de 0, 1, 2 ou 3.
Pour quatre items la cotation est inversée. La réponse « jamais ou rarement » est cotée 3 et la réponse « fréquemment » est cotée 0.

Le score de la *Center for Epidemiologic Studies Depression Scale* est la somme de toutes ces cotations et varie de 0 à 60.

Si le sujet ne fournit pas de réponse pour plus de quatre items, la *Center for Epidemiologic Studies Depression Scale e*st considérée comme non remplie.

Les seuils du questionnaire :

Plus le score est élevé, plus la symptomatologie dépressive est importante.

Un score ≥ 16 indique une symptomatologie dépressive élevée (53).

Le temps de remplissage est d'environ dix minutes selon la référence de Langevin *et al.* (55).

► Recommandation

Les recommandations canadiennes du *Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments* (CANMAT) (26). Les recommandations indiquent en 2009 :
Dans les situations où le clinicien choisit d'utiliser un outil de mesure pour la recherche de cas, le dépistage de la dépression caractérisée, de nombreux outils sont disponibles. Par exemple, la *Center for Epidemiologic Studies Depression Scale.*

► Études

Étude de Radloff de 1977 (53)

La publication originale de la *Center for Epidemiologic Studies Depression Scale* est basée sur une étude cas-témoins incluant 3 644 sujets, publiée en 1977 par Radloff (53), et rapporte les paramètres de la distribution du score du CES-D.

Méthode

Les 3 574 témoins sont recrutés en population générale lors de deux périodes d'inclusion. Les 70 cas sont recrutés sans autre critère de sélection que de résider dans un établissement de soins psychiatriques. Tous les participants ont eu un entretien comportant d'autres échelles évaluant notamment l'humeur dépressive, les symptômes psychologiques, le bien-être.

Résultats

Le score de la *Center for Epidemiologic Studies Depression Scale* est en moyenne de 9,25 ± 8,58 chez 2 514 témoins, de 8,17±8,23 chez 1 060 autres témoins et de 24,42 ± 13,51 chez les 70 cas.

L'auteur indique que la proportion de sujets qui ont un score de CES-D ≥16 est de 70 % chez les 70 cas, de 19 % et 15 % respectivement dans les deux groupes de témoins.

L'auteur indique que le choix de ce seuil ≥16 est arbitraire.

Conclusion

La *Center for Epidemiologic Studies Depression Scale* ne doit pas être prise comme un outil de diagnostic clinique et son interprétation à l'échelle individuelle ne doit pas être faite.

Les moyennes dans les groupes de sujets doivent être interprétées en termes de niveau des symptômes qui accompagnent une dépression, et non en termes de taux de la pathologie. Des scores seuils pour le dépistage clinique restent encore à être validés. C'est une étude de niveau de preuve 4.

Étude de Morin *et al.* de 2011 (52).

Une étude cas-témoins, incluant 469 sujets, a été réalisée en France. Elle a été publiée en 2011, par Morin *et al.* Elle évalue les propriétés de dépistage de la *Center for Epidemiologic Studies Depression Scale* en utilisant plusieurs valeurs seuils de son score.

Méthode

Les 163 cas (âge moyen=50,6±15,1) sont recrutés dans des services de psychiatrie et ont une dépression caractérisée sans dépendance à l'alcool, ni troubles psychotiques.

Les 306 témoins (âge moyen=35,4±14,3) sont recrutés en population générale.

Le diagnostic de référence de dépression caractérisée selon les critères du DSM-IV et de la CIM-10 est établi à l'aide *du Mini International Neuropsychiatric Interview* (MINI).

Résultats

Dans l'échantillon des 469 sujets, l'aire sous la courbe ROC de la *Center for Epidemiologic Studies Depression Scale* est de 0,933 (IC95 %=0,910-0,957). Le seuil de 20 est celui qui permet une précision diagnostique optimale avec une sensibilité de 85,3 % et une spécificité de 85,9 %.

Les auteurs font des analyses stratifiées selon le sexe.

Chez les femmes (n=308), l'aire sous la courbe ROC est de 0,977 (intervalle de confiance à 95 %=0,898-0,955).

C'est le seuil de 20 qui permet une précision diagnostique optimale. Il donne une sensibilité de 84,1 % et une spécificité de 85,2 %.

Chez les hommes (n=161), l'aire sous la courbe ROC est de 0,929 (intervalle de confiance à 95 %=0,875-0,984).

C'est le seuil de 16 qui permet une précision diagnostique optimale. Il donne une sensibilité de 86,5 % et une spécificité de 87,1 %.

Les tableaux ci-dessous présentent la sensibilité et la spécificité des différents seuils du CES-D.

Tableau 17. Sensibilité et spécificité de la *Center for Epidemiologic Studies Depression* Scale à différents scores seuils chez 469 sujets d'après Morin *et al.*, 2011 (52)

Seuil CES-D	Vrai Positifs	Vrais Négatifs	Faux Positifs	Faux Négatifs	Sensibilité	Spécificité
15	149	230	76	14	91,4	75,2
16	148	243	63	15	90,8	79,4
17	145	251	55	18	89,0	82,0
18	142	256	50	21	87,1	83,7
19*	139	263	43	24	85,3	85,9
20	135	270	36	28	82,8	88,2
21	134	277	29	29	82,2	90,5
22	128	281	25	35	78,5	91,8

* seuil recommandé pour une précision diagnostique optimale.

Tableau 18. Sensibilité et spécificité de la *Center for Epidemiologic Studies Depression Scale* à différents scores seuils chez 308 femmes d'après Morin *et al.*, 2011 (52)

Seuil CES-D	Vrai Positifs	Vrais Négatifs	Faux Positifs	Faux Négatifs	Sensibilité	Spécificité
15	116	127	55	10	92,1	69,8
16	116	135	47	10	92,1	74,2
17	114	142	40	12	90,5	78,0
18	111	144	38	15	88,1	79,1
19	109	149	33	17	86,5	81,9
20*	106	155	27	20	84,1	85,2
21	105	159	21	21	83,3	87,4
22	100	163	26	26	79,4	89,6

* seuil recommandé pour une précision diagnostique optimale.

Tableau 19. Sensibilité et spécificité de la CES-d à différents scores seuils chez 161 hommes d'après Morin *et al.*, 2011 (52)

Seuil CES-D	Vrai Positifs	Vrai Négatifs	Faux Positifs	Faux Négatifs	Sensibilité	Spécificité
15	33	103	21	4	89,2	83,1
16*	32	108	16	5	86,5	87,1
17	31	109	15	6	83,8	87,9
18	31	112	12	6	83,8	90,3
19	30	114	10	7	81,1	91,9
20	29	115	9	8	78,4	92,7
21	29	118	6	8	78,4	95,2
22	28	118	6	9	75,7	95,2

* seuil recommandé pour une précision diagnostique optimale.

Conclusion

La *Center for Epidemiologic Studies Depression Scale* peut être utile pour dépister les troubles dépressifs majeurs dans le contexte d'études épidémiologiques ou en pratique clinique française ciblant des sujets dépressifs (niveau de preuve 3).

- Le seuil est de 16 chez les hommes et donne une sensibilité de 86,5 % et une spécificité de 87,1 %. Le seuil est de 20 chez les femmes et donne une sensibilité de 84,1 % et une spécificité de 85,2 %. Le seuil de 16, qui est celui préconisé par l'auteur du CES-D, donne chez les femmes une sensibilité de 92,1 % et une spécificité de 74,2 %.
- Si on ne souhaite pas appliquer de seuil différent pour une précision diagnostique optimale selon le sexe, le seuil est de 19.
- Pour une précision diagnostique optimale, il est préférable d'utiliser le seuil de 16 chez les hommes et le seuil de 20 chez les femmes.

Morin *et al.* relèvent que ces seuils sont différents de ceux de Furher et Rouillon (17 chez les hommes et 23 chez les femmes).

Étude de Furher et Rouillon de 1989 (54)

Une étude de validation de l'échelle en français par Furher et Rouillon, non randomisée, incluant 5 671 sujets, a été réalisée en France et publiée en 1989 (54). Cette étude présente la version française de la *Center for Epidemiologic Studies Depression Scale.*

Méthode

Les participants sont recrutés :

- en hospitalisation de psychiatrie (n=333) ;
- en consultation de psychiatrie (n=112) ;
- ou en consultation de médecine générale : 5 226 patients consultant 367 médecins généralistes).

Les patients hospitalisés et consultant en milieu spécialisé sont recrutés parmi la clientèle des psychiatres des services hospitalo-universitaires participants.

En médecine générale, les consultants tout venants durant la période de l'étude ont été inclus. Les références sont le diagnostic en ouvert du médecin et les critères d'un épisode dépressif caractérisé selon le DSM-III (56).

En psychiatrie, les références sont basées sur la *Montgomery Asberg Depression Rating Scale* (MADRS) (57), les critères du DSM-III (56) et le diagnostic du clinicien codé selon la Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent (58) et la Classification internationale des maladies 9e édition (59).

Résultats

Les auteurs rapportent qu'ils ont déterminé que le seuil pour une précision diagnostique optimale en France est de 17 pour les hommes et de 23 pour les femmes. Avec ces seuils, les auteurs obtiennent une sensibilité de 76 % et une spécificité de 71 %.

Conclusion

Les auteurs soulignent que la valeur prédictive de cet instrument pour un sujet individuel n'a pu être encore évaluée.

La *Center for Epidemiologic Studies Depression Scale* ne devrait pas être utilisée dans des situations cliniques comme moyen d'aide au diagnostic tant qu'aucun travail n'a établit sa valeur prédictive pour des cas individuels (niveau de preuve 4).

► Conclusion sur la *Center for Epidemiologic Studies Depression Scale*

Synthèse d'après les données de la littérature

Une recommandation (26) cite la *Center for Epidemiologic Studies Depression Scale* comme un exemple d'outil qui peut être choisi par le clinicien comme une aide pour la recherche de cas, le dépistage de dépression caractérisée.

Une étude montre que la sensibilité et la spécificité obtenues pour un même seuil de CES-D sont différentes selon le sexe.

Pour une précision diagnostique optimale, il est préférable d'utiliser le seuil de 16 chez les hommes et le seuil de 20 chez les femmes. Si on ne souhaite pas appliquer de seuil différent selon le sexe, le seuil est de 19 (niveau de preuve 3).

La *Center for Epidemiologic Studies Depression Scale* ne doit pas être prise comme un outil de diagnostic clinique et son interprétation à l'échelle individuelle ne doit pas être faite (niveau de preuve 4). Des scores seuils pour le dépistage clinique restent encore à être validés (53).

La *Center for Epidemiologic Studies Depression Scale* ne devrait pas être utilisée dans des situations cliniques comme moyen d'aide au diagnostic tant qu'aucun travail n'a établi sa valeur prédictive pour des cas individuels (niveau de preuve 4) (54).

Conclusion du groupe de travail

Les données sont insuffisantes à ce jour pour recommander l'utilisation de cette échelle comme aide diagnostic en clinique.

1.2.4 *Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)*

► Introduction

Pour répondre à cette question ont été sélectionnées

- Trois recommandations :
  - du *National Health Service* (NHS) Choices en 2014 (11) ;
  - de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (Anaes) en 2001 (60) ;
  - de la Haute Autorité de Santé (HAS) en 2014 (61)
- Deux études :
  - Zigmond et Snaith de 1983 (62) ;
  - Roberge *et al.* de 2013 (63).

Les publications suivantes n'ont pas été retenues dans l'argumentaire pour les raisons suivantes :

- deux études ayant inclus un trop faible nombre de patients dépressifs (64, 65) ;
- une étude évaluant un traitement antidépresseur (66) ;
- neuf études dont le déroulement clinique ne concerne pas le thème de la question traitée (67-75).

La *Hospital Anxiety and Depression Scale* (62) comporte 14 items répartis en une sous-échelle dépression (HADS-D) et une sous-échelle anxiété (HADS-A).

Les items de dépression et d'anxiété sont présentés successivement de façon alternée, mais peuvent être analysés de façon indépendante.

La *Hospital Anxiety and Depression Scale-D* comporte sept items qui concernent la dysphorie, le ralentissement et l'anhédonie. La *Hospital Anxiety and Depression Scale* ne comporte pas d'items concernant une symptomatologie somatique.

Il s'agit d'un auto-questionnaire qui concerne la semaine écoulée. L'âge de la population cible est ≥ 16 ans et ≤ 65 ans. Concernant le principe de cotation du questionnaire, chaque item est coté : 0, 1, 2 ou 3.

Le score de la *Hospital Anxiety and Depression Scale-D* est la somme des cotations. Il varie de 0 à 21.

Les seuils du questionnaire sont :

- 0 à 7 : absence de troubles dépressifs ;
- 8 à 10 : troubles dépressifs suspectés ;
- 11 à 21 : troubles dépressifs avérés.

Le temps de remplissage est de deux à six minutes selon la référence de Langevin *et al.* (55).

► Recommandations

Les recommandations britanniques du *National Health Service* (NHS) ***Choices*** (11) indiquent en 2014 :
Envisager l'utilisation de questionnaire tel que la *Hospital Anxiety and Depression Scale* pour détecter la dépression.

Les recommandations françaises de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (Anaes) (60). Les recommandations indiquent en 2001 :

Échelle d'anxiété-dépression utilisée à l'hôpital.

L'échelle HAD (*Hospital Anxiety and Depression Scale*) est un autoquestionnaire de 14 items destiné à dépister rapidement, en médecine générale ambulatoire, les troubles psychopathologiques courants. Les études de validation de la version française ont été réalisées chez des patients hospitalisés en médecine interne.

Des corrélations de 0,65 et 0,44 ont été retrouvées respectivement avec l'échelle de Covi et l'échelle d'anxiété d'Hamilton. Un score seuil de 8 pour le dépistage de l'anxiété confère à la sous-échelle d'anxiété une sensibilité de 0,82 et une spécificité de 0,94. Cette échelle est plus destinée à quantifier les symptômes qu'à poser un diagnostic.

Au total, quelques échelles et questionnaires, utilisés surtout en recherche clinique, sont proposés pour mesurer l'anxiété-état et/ou trait.

L'échelle d'Hamilton qui mesure l'anxiété-état est la plus utilisée dans le cadre de la recherche clinique. Ces outils, en particulier l'échelle de Covi et l'échelle d'anxiété-dépression utilisée à l'hôpital, pourraient constituer une aide en pratique courante.

Les recommandations françaises de la Haute Autorité de Santé (HAS) (61). Ces recommandations indiquent en 2014 :

L'évaluation des comorbidités psychiatriques et de leur évolution peut être aidée par l'utilisation d'autoquestionnaires :

- *Hospital Anxiety-Depression Scale 4* (HAD), inclus dans le dossier de consultation de tabacologie de de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) ;
- Beck Anxiety Inventory (BAI) ;
- Beck Depression Inventory (BDI).

► Études de cohortes

Étude de Zigmond et Snaith de 1983 (62)

La publication originale de la *Hospital Anxiety and Depression Scale* est basée sur une étude de cohorte non randomisée, transversale prospective incluant 100 sujets et publiée en 1983 par Zigmond et Snaith (62).

Méthode

Les participants, âgés de 16 à 65 ans, sont recrutés en consultation de médecine générale.

Le diagnostic de dépression selon la *Hospital Anxiety and Depression Scale -D* est comparé à un diagnostic de référence de dépression établi en aveugle du HADS-D. Le diagnostic de dépression de référence est considéré en trois catégories : absence de dépression, troubles dépressifs suspectés et dépression avérée.

Résultats

Dans un sous échantillon de 50 sujets, les auteurs rapportent que pour discriminer les 3 catégories du diagnostic de référence avec la *Hospital Anxiety and Depression Scale -D* les meilleurs résultats sont obtenus avec les seuils suivants :

- un score de la *Hospital Anxiety and Depression Scale -D* de 0 à 7 correspond à l'absence de troubles dépressifs ;
- un score de 8 à 10 correspond à une suspicion de troubles dépressifs ;
- et un score de 11 à 21 correspond à des troubles dépressifs avérés.

Avec ces seuils de score de la *Hospital Anxiety and Depression Scale -D*, il y a :

- un cas de faux positif, pas de faux négatif ;
- cinq cas de la *Hospital Anxiety and Depression Scale -D* avec un score compris entre 8 et 10 parmi les sujets sans dépression ;
- un cas de la *Hospital Anxiety and Depression Scale -D* avec un score compris entre 8 et 10 parmi les sujets avec une dépression.

Les auteurs rapportent que lorsque ces seuils de la *Hospital Anxiety and Depression Scale -D* sont appliqués aux 50 autres sujets, les résultats sont similaires.

Ils présentent les résultats de ces scores dans l'échantillon des 100 sujets dans le tableau 20 ci-dessous et relèvent qu'il y a 1 % de faux positif et 1 % de faux négatif.

Tableau 20. Nombre de patients dans chaque catégorie selon le score de la sous-échelle dépression du HADS d'après Zigmond et Snaith, 1983 (62)

	Dépression		
Score HAD	**Non cas**	**Cas douteux**	**Cas**
0 à 7	57	11	1
8 à 10	8	7	3
11 à 21	1	4	8

Conclusion

Selon les auteurs, dans la construction de cette échelle d'auto-évaluation pour un usage en consultation de médecine générale, les concepts d'affection émotionnelle et somatique sont séparés.

Les scores de cette échelle ne sont pas influencés par les affections somatiques. Pour la pratique clinique ordinaire, l'inclusion d'une catégorie de « scores limites » est en accord avec l'expérience clinique.

Étude de cohorte de Roberge *et al.* de 2013 (63)

Une étude de cohorte prospective non randomisée, incluant 660 sujets et publiée en 2013 par Roberge *et al.* (63), a pour objectif d'évaluer la validité discriminante de la *Hospital Anxiety and Depression Scale* en fonction de l'existence de comorbidités.

Méthode

Il s'agit d'une analyse des données à l'inclusion d'une cohorte canadienne qui a pour objectif d'examiner les facteurs contextuels et organisationnels influençant la qualité des services de santé mentale fournis en soins de premier recours au Québec.

Les participants d'âge ≥ 18 ans sont recrutés dans 64 structures. Au total, 14 298 sujets ont rempli la version française de la *Hospital Anxiety and Depression Scale.*

Deux à quatre semaines plus tard, chez 3 291 sujets le diagnostic de référence de dépression caractérisée, défini selon la DSM-IV, est établi (1 894 cas de dépression caractérisée isolée ou associée à une autre pathologie psychiatrique) en se basant sur la *Composite International Diagnostic Interview-Simplified.*

Résultats

Si l'on ne tient pas compte de l'existence de comorbidité, un score de HADS-D ≥ 8 a une sensibilité de 56 % et une spécificité de 80 %.

- Le seuil ≥ 7 est celui qui permet une précision diagnostique optimale avec une sensibilité de 65 % et une spécificité de 75 %.
- Chez les sujets qui ont des comorbidités multiples (nombre d'affection chronique ≥ 2), un score ≥ 7 a une sensibilité de 69 %.
- Chez les sujets qui n'ont pas de comorbidités multiples, une sensibilité de 68 % est obtenue avec un seuil ≥ 6.

Le tableau ci-dessous présente d'autres indicateurs de la validité discriminante de la HADS-D, en tenant compte de l'existence de comorbidités.

Tableau 21. Performances de la sous-échelle dépression de la *Hospital Anxiety and Depression Scale* comme un outil de recherche de cas pour différents groupes de patients d'après Roberge *et al.*, 2013 (63)

Diagnostic	N	seuil	Se	Sp	VPP	VPN	AUC
Dépression caractérisée	660	≥ 8[a]	56	80	41	88	0,75
		≥ 7[b]	65	75	39	89	
Dépression caractérisée sans comorbidité	293	≥ 6[b]	68	74	42	89	0,77
Dépression caractérisée avec comorbidité	367	≥ 7[b]	69	70	36	90	0,74

N : taille de l'échantillon ; Se : sensibilité ; Sp : spécificité ; VPP : valeur prédictive positive ; VPN : valeur prédictive négative ; AUC : aire sous la courbe ROC ; [a] : seuil usuel ; [b] : seuil pour une précision diagnostique optimale.

Conclusion

Dans cette étude de niveau de preuve 3, le seuil optimal pour la recherche de cas de dépression est inférieur à celui recommandé par les auteurs de l'échelle.

Pour une précision diagnostique optimale, le seuil à utiliser est fonction de l'existence ou non de comorbidités somatiques (moins de 2 vs).

En tenant compte de la présence ou non de comorbidités, la sensibilité est inférieure à 70 %. On note qu'aux seuils pour lesquels la précision diagnostique est optimale, la spécificité est inférieure ou égale à 80 %.

► Conclusion sur la *Hospital Anxiety and Depression Scale*

Synthèse d'après les données de la littérature

Une recommandation cite la *Hospital Anxiety and Depression Scale* (11) comme un exemple de questionnaire dont on peut envisager l'utilisation pour détecter une dépression.

Pour une précision diagnostique optimale, le seuil à utiliser est fonction de l'existence ou non de comorbidités somatiques.

Une recommandation indique que la *Hospital Anxiety and Depression Scale* est destinée à dépister rapidement en médecine générale ambulatoire les troubles psychopathologiques courants (60).

- Une recommandation indique que l'évaluation des comorbidités psychiatriques et de leur évolution peut être aidée par l'utilisation d'auto-questionnaires telle que la *Hospital Anxiety and Depression Scale* (61).

En tenant compte de la présence ou non de comorbidité, la sensibilité est inférieure à 70 %, la spécificité est inférieure ou égale à 80 % (63) (niveau de preuve 3).

Cette échelle peut s'avérer être un outil utile pour évaluer la présence ou l'absence de dépression cliniquement significative (niveau de preuve 4) (62).

Conclusion du groupe de travail

Cette échelle, conçue pour un usage en médecine générale, a l'intérêt d'évaluer la dépression et l'anxiété. Néanmoins, peu d'études disponibles en évaluent l'intérêt diagnostique pour la dépression.

Cette échelle peut présenter un intérêt chez les patients qui ont des comorbidités somatiques.

1.2.5 *Hamilton Depression Rating Scale* (HDRS)

► Introduction

Pour répondre à cette question ont été sélectionnées :

- quatre recommandations :
  - de l'*Institute for Clinical Systems Improvement* (ICSI) en 2012 (37),
  - du *British Columbia Ministry of Health* (BCMoH) en 2008 (76),
  - du *Department of Veterans Affairs* (DVA) en 2009 (18),
  - de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (Anaes) en 2001 (60) ;
- deux études contrôlées non randomisées :
  - une étude de Hamilton de 1960 (77) et de Zimmerman *et al.* de 2013 (78),
  - une étude de Furukawa de 2010 (49) ;
- une revue de la littérature de Williams de 1988 (79) et la référence d'origine de Bech *et al.* de 1984 (80) ;
- un ouvrage de Bouvard et Cottraux de 2010 (50).

La *Hamilton Depression Rating Scale* est développée et utilisée vers la fin des années 1950 pour, initialement, évaluer l'efficacité de la 1re génération des traitements antidépresseurs, dans les essais cliniques.

Publié en 1960, la *Hamilton Depression Rating Scale* a été conçue pour être utilisée uniquement chez des sujets chez lesquels le diagnostic d'un trouble dépressif est établi.

Il est utilisé pour quantifier le résultat d'un entretien.

Cette échelle remplit l'objectif de procurer un outil simple pour évaluer la sévérité quantitativement et pour montrer les changements de la maladie.

Elle ne doit pas être utilisée dans un but de diagnostic (77).

La *Hamilton Depression Rating Scale* comporte 21 items (*Hamilton Depression Rating Scale-21*) qui évaluent :

- l'humeur dépressive ;
- les sentiments de culpabilité ;
- le suicide ;
- l'insomnie d'endormissement ;
- l'insomnie du milieu de la nuit ;
- le travail et les activités ;
- le ralentissement psychomoteur ;
- l'agitation ;
- l'anxiété psychique ;
- l'anxiété somatique ;
- les symptômes somatiques gastro-intestinaux ;
- les symptômes somatiques généraux ;
- les symptômes génitaux ;
- l'hypochondrie ;
- la perte de poids ;
- la prise de conscience de l'état dépressif ;
- la variation nycthémérale des symptômes ;
- la dépersonnalisation ;
- les symptômes délirants et les symptômes obsessionnels et compulsionnels.

Il s'agit d'un hétéro-questionnaire qui concerne la semaine écoulée. L'âge de la population cible est ≥ 16 ans.

L'échelle est remplie par un évaluateur (ou un professionnel) après un entretien avec le patient. Un guide est proposé pour aider l'évaluateur à mener cet entretien. L'évaluateur est guidé pour chacun des 21 items.

Concernant le principe de cotation du questionnaire :

Neuf items sont cotés sur une échelle de 5 points (0, 1, 2, 3 ou 4) correspondant à des symptômes considérés respectivement comme absents, douteux ou non significatifs, légers, moyens, importants.

Huit items sont cotés sur une échelle de 3 points (0, 1, 2) correspondant à des symptômes considérés comme absents, douteux ou légers, moyens ou importants.

L'item concernant la perte de poids peut être coté de façon subjective (dires du patient) ou objective (pesée), mais une seule de ces deux cotations est comptabilisée pour le score total au HRSD.

Ce score total est la somme de cotation des 17 premiers items et varie de 0 à 52.

Remarque

La cotation de quatre items (items 18, 19, 20 et 21) n'est pas prise en compte pour le calcul du score total obtenu, si bien que certains auteurs désignent la *Hamilton Depression Rating Scale*-21 par le terme de *Hamilton Depression Rating Scale-17* (50).

Seuils

Un score < 7 correspond à l'absence de dépression (50, 79).

► Recommandations

Les recommandations nord-américaines de l'*Institute for Clinical Systems Improvement* (ICSI) (37). Ces recommandations indiquent en 2012 :

Des outils valides et fiables peuvent aider le clinicien à identifier une dépression caractérisée. Des outils de dépistage doivent être utilisés pour améliorer, mais pas pour remplacer l'entretien clinique.

La *Hamilton Depression Rating Scale* est un exemple d'outil reconnu et validé.

La *Hamilton Depression Rating Scale* est recommandée pour le suivi des patients dans les recommandations canadiennes du *British Columbia Ministry of Health* (BCMoH) en 2008 (76) et dans les recommandations nord américaines du *Department of Veterans Affairs* (DVA) en 2009 (18).

Les recommandations françaises de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (Anaes) (60).

Ces recommandations indiquent en 2001 :

De nombreuses échelles et des questionnaires dont la version française est plus ou moins validée sont proposés pour mesurer l'anxiété. Ces outils, en particulier l'échelle d'Hamilton, sont surtout utilisés en recherche clinique.

L'échelle d'anxiété et de dépression utilisée à l'hôpital (échelle HAD) ou l'échelle de Covi peuvent aider en pratique courante.

L'argumentaire de ces recommandations cite peu de références pour la *Hospital Anxiety and Depression Scale*, notamment l'article de Zigmond et Snaith (62) et un article de Lépine *et al.* qui concernent des patients hospitalisés en médecine interne (81).

► Études

L'étude de Zimmerman *et al.* de 2013 (78).

Une étude contrôlée non randomisée incluant 627 patients publiée en 2013 (78) établit des seuils de la *Hamilton Depression Rating Scale* pour définir la sévérité d'une dépression.

Les sujets, chez lesquels le diagnostic de dépression caractérisée est déjà établi, sont évalués par le *Clinical Global Impression Severity Scale* (CGI-S).

Des courbes ROC (*Receiving Operating Curves*) sont utilisées pour identifier les seuils de la *Hamilton Depression Rating Scale* qui permettent de discriminer de façon optimale une dépression légère *versus* une dépression modérée et une dépression modérée *versus* une dépression sévère.

Les auteurs concluent que les seuils de score de la *Hamilton Depression Rating Scale* recommandés sont les suivants :

- 0 à 7 : pas de dépression ;
- 8 à 16 : dépression légère ;
- 17 à 23 : dépression modérée ;
- et ≥ à 24 : dépression sévère.

L'étude de Furukawa de 2010 (49) rapporte qu'une analyse *post-hoc* de sept essais cliniques randomisés concernant la dépression caractérisée, incluant un total de 1 927 sujets, basée sur une corrélation entre le score de la *Hamilton Depression Rating Scale* et le score du *Clinical Global Impression Severity Scale, a* établi les recommandations d'interprétation suivantes pour les scores suivants :

- 0-3 : normal, pas du tout malade ;
- 4-7 : limite malade (8-15 : légèrement malade) ;

- 16-26 : modérément malade ;
- 27 : sévèrement malade.

L'étude de Williams de 1988 (79). Les scores pour les différents seuils de sévérité de la *Hamilton Depression Rating Scale* sont :

- 0-7 : pas de dépression ;
- 8-17 : dépression légère ;
- 18-25 : dépression modérée ;
- 26-52 : dépression sévère.

► Conclusion sur la *Hamilton Depression Rating Scale*

Synthèse d'après les données de la littérature

L'auteur de la *Hamilton Depression Rating Scale* mentionne explicitement qu'il est conçu pour être utilisé chez des sujets chez lesquels le diagnostic de dépression est établi (77).

La *Hamilton Depression Rating Scale* est citée dans une recommandation comme un outil qui peut aider le clinicien à identifier une dépression caractérisée (37).

La *Hamilton Depression Rating Scale* est recommandée pour le suivi de la dépression par deux recommandations (18, 76).

Cette échelle n'est pas adaptée au diagnostic de premier recours de la dépression (49, 50, 77).

La *Hamilton Depression Rating Scale* est préconisée pour évaluer la sévérité d'un épisode dépressif (49, 78).

Conclusion du groupe de travail

La *Hamilton Depression Rating Scale* est un exemple d'outil reconnu et validé. Elle explore toutes les facettes de la dépression.

Elle nécessite un apprentissage, pour être pertinente.

La *Hamilton Depression Rating Scale* a été conçue pour être utilisée uniquement chez des sujets chez lesquels le diagnostic d'un trouble dépressif est établi.

Cet hétéro-questionnaire permet d'évaluer la sévérité et assurer le suivi.

1.2.6 *Montgomery and Asberg Depression Rating Scale* (MADRS)

► Introduction

Pour répondre à cette question ont été sélectionnées :

- une recommandation du *Singapore Ministry of Health* (SMoH) de 2011 (13) ;
- une étude de Bondolfi *et al.* de 2010 (82).

Les publications suivantes n'ont pas été retenues dans l'argumentaire pour les raisons suivantes :

- les études concernent les patients hospitalisés et non vus en ambulatoire (83-86) ;
- les études ayant inclus un nombre trop faible de patients dépressifs (87, 88) ;
- les études dont le déroulement clinique ne concerne pas le thème de la question traitée (72, 89-96) ;
- les études évaluant un traitement antidépresseur (57, 97-104) ;
- une revue de la littérature (105).

La *Montgomery Asberg Depression Rating Scale*, selon Montgomery et Asberg (57), est issu du *Comprehensive Psychopathology Rating Scale*. Il est conçu pour fournir une mesure sensible

au changement de la sévérité de l'état dépressif, principalement durant un traitement pharmacologique antidépresseur.

Il comporte dix items qui évalue successivement : la tristesse apparente, la tristesse exprimée, la tension intérieure, la réduction de sommeil, la réduction de l'appétit, les difficultés de concentration, la lassitude, l'incapacité à ressentir, les pensées pessimistes et les idées suicidaires.

Il s'agit d'un hétéro-questionnaire qui concerne les sept jours précédents.

L'âge de la population cible est ≥18 ans.

Le temps de remplissage est d'environ 15 minutes selon la référence de Furukawa (49).

Concernant le principe de cotation du questionnaire

Chaque item du MADRS est coté de 0 à 6. Seules les valeurs paires sont définies. Le médecin doit décider si l'item doit être coté avec les points définis (0, 2, 4, 6) ou avec des points intermédiaires (1, 3, 5) pour lesquels il n'y a pas de définition.

Le résultat au MADRS est un score qui est la somme des cotations des dix items. Ce score varie de 0 à 60.

Les seuils du questionnaire : le score seuil de dépression est de 15. La note d'inclusion pour les essais médicamenteux est classiquement de 21 (50).

La *Montgomery-Asberg Depression Rating Scale-self assessment*, selon Svanborg et Asberg (106), est la version auto-administrée du *Montgomery-Asberg Depression Rating Scale*. Il concerne les trois jours précédents.

Il comporte neuf des dix items du MADRS. Chaque item est coté de 0 à 3 avec la possibilité de demi-points (0,5 ; 1,5 ; 2,5). Le score est la somme des cotations et varie de 0 à 27.

► Recommandation

Les recommandations du *Singapore Ministry of Health* (SMoH) (13). Ces recommandations indiquent, en 2011, dans une annexe mentionnant des outils de dépistage de troubles dépressifs : la *Montgomery and Asberg Depression Rating Scale* (MADRS) est une échelle cotée par le clinicien qui inclut des symptômes somatiques. Il est utilisé pour mesurer la sévérité des épisodes dépressifs.

► Étude de validation

Étude de Bondolfi *et al.* de 2010 (82).

Bondolfi *et al.* publient en 2010 une étude qu'ils qualifient être la 1re étude de validation en langue française de la *Montgomery and Asberg Depression Rating Scale (*MADRS-S). Cette étude inclut 63 adultes déprimés.

Elle a pour objectif d'évaluer les propriétés psychométriques (consistance interne, dimensionnalité, validité concurrente et sensibilité au changement) et de déterminer si la *Montgomery and Asberg Depression Rating Scales-self assessment* peut être un complément de la *Montgomery and Asberg Depression Rating Scale* pour évaluer la sévérité de la dépression et son changement au cours du temps en pratique clinique de routine.

Méthode

Les patients recrutés dans deux centres de santé mentale en Suisse, ont selon la 10e édition de la Classification internationale des maladies (CIM-10) (2) :

- une dépression récurrente (n=31) ;
- un épisode dépressif actuel (n=27) ;
- un trouble bipolaire (n=3) ;

- et un trouble schizoaffectif (n=2).

La *Montgomery and Asberg Depression Rating Scale* et la *Montgomery and Asberg Depression Rating Scale-self assessment* sont administrées deux fois à quatre semaines d'intervalle (temps 1 et temps 2).

Résultats

La consistance interne : le coefficient alpha de Cronbach est de 0,85 (temps 1) et de 0,94 (temps 2) pour la *Montgomery and Asberg Depression Rating Scales-self assessment* et respectivement de 0,84 et 0,91 pour la *Montgomery and Asberg Depression Rating Scale*.

La structure factorielle est en faveur d'une dimension (47 % de sa variabilité expliquée par une dimension au temps 1 *versus* 68,8 % au temps 2).

La validité concurrente de la *Montgomery and Asberg Depression Rating Scales-self assessment* et de la *Montgomery and Asberg Depression Rating Scale* : le coefficient de corrélation de Pearson est de 0,81 au temps 1 et de 0,91 au temps 2.

La sensibilité au changement : le pourcentage de changement de la *Montgomery and Asberg Depression Rating Scales-self assessment* varie de -90,9 % (amélioration) à +77,3 % (aggravation), avec une valeur médiane de -7,7 %.

Pour la *Montgomery and Asberg Depression Rating Scale*, ces valeurs sont respectivement de -84,4 % et +114,3 % (médiane de -15,4 %).

Le coefficient de corrélation entre les changements de score des deux questionnaires est de 0,71 (p<0,001).

L'accord entre la cotation du patient et celle du clinicien est de 0,69 (coefficient kappa).

Au final :

- neuf des 12 répondeurs (baisse de ≥ 50 %), selon la Montgomery and Asberg Depression Rating Scale, sont répondeurs selon la Montgomery and Asberg Depression Rating Scales-self assessment (sensibilité de 75 %) ;
- et 48 des 51 non répondeurs à la Montgomery and Asberg Depression Rating Scale sont également non répondeurs à la Montgomery and Asberg Depression Rating Scales-self assessment (spécificité de 94,1 %).

Conclusion

Les auteurs concluent que les propriétés psychométriques du MADRS-S sont satisfaisantes et que ces résultats suggèrent que la *Montgomery and Asberg Depression Rating Scales-self assessment* pourrait être un complément valide de la *Montgomery and Asberg Depression Rating Scale* en activité de recherche et de pratique clinique.

► Conclusion sur la *Montgomery and Asberg Depression Rating Scale*

Synthèse d'après les données de la littérature

La *Montgomery and Asberg Depression Rating Scale* est mentionnée dans une recommandation comme un outil de dépistage de troubles dépressifs utilisé pour mesurer la sévérité des épisodes dépressifs.

Une étude de niveau de preuve 4 conclut que les propriétés psychométriques de la *Montgomery and Asberg Depression Rating Scales-self assessment* sont satisfaisantes et que cet outil pourrait être un complément valide de la *Montgomery and Asberg Depression Rating Scale* en pratique clinique. Cette conclusion repose sur un niveau de preuve très faible (notamment un échantillon très faible de patients dépressifs).

Conclusion du groupe de travail

La *Montgomery and Asberg Depression Rating Scale* est utilisée largement par les psychiatres et les médecins généralistes.

Cette échelle est utilisée très régulièrement dans les essais cliniques médicamenteux.

1.3 Les outils d'aide au diagnostic chez le sujet âgé

1.3.1 Introduction

Pour répondre à cette question ont été sélectionnés :

- cinq recommandations (11, 37, 38, 107-109) ;
- trois études (110-112) ;
- une méta-analyse (113) ;
- six revues de la littérature (24, 50, 114-117) ;
- un avis d'expert (118) ;
- un livre (119-121).

► Recommandations

Les recommandations britanniques du *National Health Service* (NHS) ***Choices*** (11). Ces recommandations indiquent en 2014 :

Une méta-analyse de la *Geriartric Depression Scale* (GDS) recommande d'utiliser la version à 15 items et de ne pas utiliser la version à 30 items pour le diagnostic d'une dépression du sujet agé en soins primaires.

Les recommandations nord-américaines de l'*Institute for Clinical Systems Improvement* (ICSI) (37, 107). Ces recommandations indiquent en 2013 et 2012 :
Le sujet âgé avec des troubles cognitifs peut ne peut pas répondre de façon fiable aux questions du PHQ-9. La *Cornell Scale for Depression in Dementia* comportant 19 items a l'une des meilleures sensibilités (93 %) et spécificités (97 %) avec un score ≥6.

En annexe de ces recommandations, figurent la *Cornell Scale for Depression in Dementia* et la *Geriatric Depression Scale* (GDS).

- **Les recommandations de Flood et Buckwalter** (108) indiquent en 2009 :

Plusieurs outils, facilement accessibles, sont disponibles pour dépister une dépression chez le sujet âgé. La *Geriatric Depression Scale* (GDS) et le PHQ-9 en font partie.

- **Les recommandations néozélandaises du *New Zealand Guidelines Group*** (NZGG) (38) indiquent en 2008 :

Des outils concis sont des aides optionnelles pour un usage par les médecins de soins de premier recours comme un complément à l'évaluation clinique.

La *Geriatric Depression Scale* (GDS) et le PHQ-9 sont des exemples de ces outils concis.

► Revues de littérature

Ellison *et al.* (114), dans une revue de la littérature sur la dépression du sujet âgé, publiée en 2012 rapportent :

Des échelles validées dans des populations de sujets âgés peuvent être une aide à l'évaluation. Ces échelles incluent :

- *Geriatric Depression Scale* (formes à 15 et à 30 items) ;
- Cornell Scale for Depression in Dementia (CSDD) ;

- Patient Health Questionnaire (PHQ) ;
- Hamilton Depression Rating Scale (HDRS) ;
- Beck Depression Inventory (BDI).

Rodda *et al.* (24), dans une revue de la littérature sur la dépression du sujet âgé publiée en 2011, rapportent :

Plusieurs échelles sont communément utilisées pour évaluer la dépression. Ils citent :

- Geriatric Depression Scale (GDS-15) ;
- Cornell Scale For Depression In Dementia (CSDD);
- Patient Health Questionnaire (PHQ) ;
- Beck Depression Inventory (BDI) ;
- Hospital Anxiety And Depression Scale (HADS) ;
- Montgomery and Asberg Depression Rating Scale (MADRS).

Parmi les échelles citées ci-dessus, peu sont bien validées chez le sujet âgé. Ils citent :

- Geriatric Depression Scale (GDS-15) ;
- Cornell Scale For Depression In Dementia (CSDD) ;
- Patient Health Questionnaire (PHQ) ;
- Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS).

Colasanti *et al.* (115), dans une revue de la littérature sur les tests pour l'évaluation de la dépression chez le sujet âgé publiée en 2010, rapportent :

Les échelles d'hétéro-évaluation de la dépression chez le sujet âgé sont :

- Hamilton Depression Rating Scale (HDRS) ;
- Cornell Scale for Depression in Dementia (CSDD) ;
- Depressive Signs Scale (DSS) ;
- Montgomery and Asberg Depression Rating Scale (MADRS) ;
- Retardation Rating Scale (RR).

Les auto-questionnaires pour l'évaluation de la dépression chez le patient gériatrique sont :

- Beck Depression Inventory (BDI) ;
- Zung Self-Rating Depression Scale (SDS) ;
- Geriatric Depression Scale (GDS) ;
- Center for Epidemiological Study Depression (CES-D).

Lacoste et Trivalle (116) présentent succinctement les échelles d'évaluation de la dépression suivantes comme pouvant être utilisées en consultation de gérontologie :

- *Geriatric Depression Scale* (versions à 30 items, 15 items et 4 items) ;
- QD2A de Pichot ;
- Beck Depression Inventory ;
- Cornell Scale for Depression in Dementia ;
- Neuropsychiatric Inventory (NPI).

L'avis de Hugonot-Diener en 2014 (118) :

Les états dépressifs sont très fréquents chez les sujets âgés, il faut savoir les reconnaître pour les traiter. Ils peuvent prendre le masque d'une détérioration intellectuelle. Deux échelles d'auto-évaluation peuvent être utilisées au choix pour ce « dépistage » : l'échelle de dépression gériatrique (GDS) de Yesavage et l'échelle le QDDSTA.

Une détérioration intellectuelle rend l'auto-évaluation non valide, il faut alors utiliser l'échelle de dépression de Raskin ou celle de Cornell.

Parmi les échelles très utilisées dans les essais cliniques, dans la dépression du sujet âgé, il y a l'échelle de dépression de Montgomery et Asberg.

L'échelle de dépression de *Hamilton-D 17 items* est utilisée chez l'adulte jeune, mais elle est moins pertinente à cet âge, car quelques items sont parfois non applicables, ce qui en réduit la sensibilité, il existe maintenant une forme abrégée en six items.

L'échelle de dépression de Montgomery et Asberg (MADRS) est plus longue à coter que les échelles que nous avons retenues pour une évaluation gérontologique standardisée (118).

1.3.2 La *Geriatric Depression Scale* (échelle de dépression gériatrique) (GDS) et le *Patient Health Questionnaire* (PHQ)

► Présentation

Le PHQ est présenté au début du chapitre « outils diagnostics » de cet argumentaire.

La *Geriatric Depression Scale*

Objectif et principe

La *Geriatric Depression Scale* (GDS) de Yesavage ou échelle de dépression gériatrique (50) a été conçue pour être un outil simple à administrer au sujet âgé et ne comporte pas d'items concernant la pathologie somatique.

Elle a quatre versions dont trois sont disponibles en français. Ces versions comportent 30 items (la version initiale), 15 items, quatre items ou cinq items (non disponibles en français)

La passation se fait en auto-questionnaire ou en hétéro-questionnaire. L'évaluation concerne la semaine écoulée.

Cette échelle a pour objectif de mesurer les syndromes dépressifs du sujet âgé. Trois versions existent, une version de 30 questions, une version abrégée de 15 questions et une forme très courte de quatre questions. C'est la version à 15 items que l'on peut utiliser pour aider le clinicien à faire un dépistage mais aussi un suivi de dépression dont il conviendra de confirmer diagnostic (cf. annexe 6) (118).

Concernant le principe de cotation du questionnaire et l'interprétation :

Pour la version à 30 items : compter 1 si la réponse est « non » aux questions 1, 5, 7, 9, 15, 19, 21, 27, 29 et 30 et « oui » aux autres.

Pour la version à 15 items : compter 1 si la réponse est « non » aux questions 1, 5, 7, 9, 13, et « oui » aux autres.

Le score total est la somme des cotations, il varie de 0 à 30.

Les seuils du questionnaire sont :

Pour la version à 30 items :

- 0 à 10 : absence de dépression ;
- à partir de 11 : probabilité d'une dépression (50)

Compter 1 si la réponse est « non » aux questions : 1, 5, 7, 9,15, 19, 21, 27, 30 et « oui » aux autres :

- Score normal = 5 ± 4 ;
- Moyennement déprimé = 15 ± 6 ;
- Très déprimé = 23 ± 5 (121).

Pour la version à 15 items (cf. annexe 6) :

- 0 à 5 : absence de dépression :

- à partir de 6 : probabilité d'une dépression (50)

Compter 1 si la réponse est « non » aux questions : 1, 5, 7, 11, 13, et « oui » aux autres :

- score normal = 3 ± 2 ;
- moyennement déprimé = 7 ± 3 ;
- très déprimé = 12 ± 2 (118, 121).

Pour la version du Mini GDS :

- si le score est supérieur ou égal à 1, il y a une très forte probabilité de dépression ;
- si le score est égal à 0, il y a une très forte probabilité d'absence de dépression.

La durée de passation est de cinq minutes à dix minutes selon la version utilisée.

Il n'est pas possible de faire un diagnostic d'état dépressif avec cette échelle. Ce sont seulement les critères diagnostiques (DSM-IV-TR ou ICD-10) qui permettront d'affirmer une dépression et de la caractériser.

Cette échelle n'est pas adaptée aux sujets présentant une détérioration cognitive. Le patient doit être jugé apte à répondre aux questions sans anosognosie.

Une étude a montré que les patients avec un diagnostic d'Alzheimer ou d'une autre démence n'étaient plus capables de s'autoévaluer (en dessous d'un score total de 22 au *Mini Mental State Examination*) (50).

La passation peut se faire par auto-évaluation, le patient répondant lui-même aux questions (validées pour les patients aptes à répondre : *Mini Mental State Examination* > 22/30), ou par hétéro-évaluation, un médecin ou un infirmier posant ces questions au patient.

Cette échelle a été validée dans sa version longue pour être administrée par téléphone.

Cet outil ne permet pas de porter un diagnostic de dépression.

► Méta-analyse de Mitchell *et al.* de 2010 (113)

Cette méta-analyse, incluant 17 études et publiée en 2010 par Mitchell *et al*. (113), a pour objectif d'évaluer :

- (i) la précision et l'utilité clinique du *Geriatric Depression Scale* (GDS) pour la détection d'une dépression définie de manière fiable en soins de premier recours ;
- (ii) la valeur ajoutée du GDS lorsqu'il est comparé au diagnostic clinique de routine effectué par les médecins généralistes.

<u>Méthode</u>

La recherche de la littérature est faite dans *Medline/Pubmed* (période de 1966 à mai 2009) et *EMBASE* (période1980 à mai 2009).

Les critères d'inclusion des études sont :

- évaluer la validité diagnostique du GDS dans la détection de la dépression chez le sujet âgé en soins primaires (les auteurs considèrent une dépression du sujet agé toute dépression survenant à un âge ≥ 55 ans) ;
- diagnostic de référence de dépression basé sur un entretien psychiatrique semi-structuré ;
- rapporter le diagnostic de dépression établi par le médecin sans outil diagnostic.

Les auteurs évaluent la précision diagnostique en :

- (i) examinant la valeur discriminatoire du GDS au seuil optimal (lorsqu'ils disposent d'une courbe ROC) ou globalement en utilisant les seuils rapportés dans les études ;
- (ii) estimant la proportion de sujets correctement classés (adéquate si > 60 % et bonne si > 80 %).

Ils évaluent l'utilité clinique par les index d'utilité (UI) positive et négative qui sont jugés excellent si ≥ 0,81, bon si ≥0,64, satisfaisant si ≥0,49 ou faible <0,49.

Ils font une méta-analyse bayésienne pondérée sur la taille des échantillons pour estimer la sensibilité, spécificité, valeur prédictive positive et valeur prédictive négative par une méta-analyse bayésienne pondérée sur la taille des échantillons.

Résultats

À partir de 1 080 citations, 69 études sont identifiées et 17 études réalisées en soins de premier recours sont retenues. Elles incluent au total 4 869 participants (17,1 % de diagnostic de référence de dépression).

- Les dix études, qui concernent la GD-15, incluent au total 3 112 patients, le score seuil du GDS-15 pour le diagnostic de dépression varie de 3 à 7, cette dépression est de type caractérisée (quatre études) ou de tout type (six études).
- Les sept études, qui concernent GDS-30, incluent au total 1 556 patients, le score seuil du GDS-15 pour le diagnostic de dépression varie de 7 à 10, cette dépression est de type caractérisée (quatre études) ou de tout type (trois études).

Précision diagnostique et utilité clinique du GDS

Le GDS-30 (sept études) identifie correctement 272 des 360 cas de dépression et 928 des 1 326 cas d'absence de dépression. A la méta-analyse, la sensibilité est de 77,4 % (IC95 %= 66,3-86,8) et la spécificité est de 65,4 % (IC95 %=44,2-83,8).

Le GDS15 (dix études) identifie correctement 386 des 473 cas de dépression et 2 085 des 2 710 cas d'absence de dépression. A la méta-analyse, la sensibilité est de 81,3 % (IC95 %= 77,2-85,2) et la spécificité est de 78,4 % (IC95 %=71,2-84,8).

La fraction de sujets correctement identifiés avec la GDS-15 est significativement supérieure à celle avec la GDS-30 (77,6 % ; IC95 %=77,5-80,4 *vs* 71,2 % ; IC 95 %=68,9-73,3 ; p<0,0001).

L'utilité clinique de la GDS-30 est faible pour le diagnostic (UI positive= 0,29) mais adéquate pour la détection (UI négative = 0,60).

L'utilité clinique de la GDS15 pour le diagnostic est également faible (UI positive=0,32) mais bonne pour la détection (UI négative= 0,75).

Diagnostic de routine du médecin généraliste

La méta-analyse (six études) donne une sensibilité de 56,3 % (IC95 %=40,0- 72,0) et une spécificité de 72,3 % (IC95 %= 71,7-75,5).

Ce diagnostic est faible pour le diagnostic (UI positive=0,13) mais bon pour le dépistage (UI négative= 0,68) de dépression chez le sujet âgé.

Analyse Bayésienne

- Pour le diagnostic

La GDS-15 est optimale avec une aire sous la courbe bayésienne positive significativement plus élevée que celle du GDS30 (0,7153 ; IC95 %= 0,688-0,743 *vs* 0,631 ; IC95 %=0,597-0,665).

La GDS-30 et la GDS-15 sont meilleures pour le diagnostic que les compétences cliniques (aire sous la courbe bayésienne positive de 0,623 (IC95 %=0,607-0,640).

Il n'y a pas d'avantage pour la GDS30 sur les compétences cliniques seules.

- Pour le dépistage :

La GDS-15 est optimale avec une aire sous la courbe bayésienne négative significativement plus élevée que celle du GDS-30 (0,873 ; IC95 %=0,852-0,894 *vs* 0,779 ; IC95 %=0,749-0,809) et des compétences cliniques seules = 0,624 (IC95 %=0,608-0,640).

Cependant, dans ce cas, la GDS-30 est également supérieure aux compétences cliniques seules.

Valeur ajoutée du GDS

En considérant une prévalence de dépression du sujet âgé à 15 % parmi 100 sujet âgés consécutifs vus en soins primaires, le médecin généraliste identifieraient correctement huit cas de dépression, manqueraient sept cas sans assistance. Parmi les 85 sujets non déprimés, le médecin généraliste identifierait 63 vrais négatifs mais au prix de 22 faux positifs. Au total, 71 sujets seraient correctement identifiés et 29 seraient mal identifiés.

Par comparaison, utiliser la GDS-30 permettrait d'identifier correctement 12 vrais positifs et trois faux négatifs, 56 vrais négatifs et 29 faux positifs. Au total, 67 sujets seraient correctement identifiés.

Par conséquence, une valeur ajoutée peut être attendue avec seulement la GDS-15. Cette valeur ajoutée serait un gain de 8 % de sujets correctement identifiés par rapport à la détection du médecin.

Conclusion

Les auteurs concluent que :

La GDS30 a une sensibilité (77,4 %), une spécificité (65,4 %), une utilité clinique modestes et un bénéfice limité par rapport au diagnostic que le médecin établi sans aide.

La GDS-15 a une sensibilité (81,3 %) et une spécificité (78,4 %) adéquates ; elle est significativement plus précise que le GDS-30 et a une bonne utilité clinique comme outil de dépistage. De plus, elle est potentiellement bénéfique pour les cliniciens avec un gain de 8 % de détection par rapport à un diagnostic de dépression établi sans outil diagnostic. Cependant, la GDS-15 n'est pas parfaite avec 2,8 % de faux négatifs et 18,4 % de faux positifs.

Commentaires

Cette méta-analyse est de niveau de preuve 4. Les indicateurs estimés dans les études sont pertinents mais ces résultats sont limités par de nombreux biais. La qualité, l'hétérogénéité des études ni l'existence d'un possible biais de publication ne sont évalués. Les résultats sont présentés selon le type de dépression (caractérisée *versus* autre type de dépression). Dans une des études rapportées comme portant sur une dépression caractérisée, le diagnostic est plutôt celui d'un trouble de l'humeur.

► Études non randomisées

Étude de Friedman *et al.* de 2005 (110)

Cette étude transversale, incluant 960 sujets d'âge≥64 ans et publiée en 2005 par Friedman *et al.* (110), a pour objectif d'évaluer la validité discriminante de la GDS-15.

Méthode

Ces 960 patients participent à une étude randomisée comportant au total 1 063 et évaluant une approche médicale pour la délivrance de soins primaires.

Les critères d'inclusion dans cette étude randomisée sont : âge ≥ 65 ans, avoir une altération fonctionnelle importante (aide pour au moins deux activités de la vie quotidienne ou trois activités instrumentales de la vie quotidienne), avoir eu au cours des six mois écoulés une prise en charge médicale significative (exemple : hospitalisation, maison de convalescence).

La présence d'une altération cognitive est le critère d'exclusion pour cette analyse, concernant la GDS-15.

Le diagnostic de référence de dépression caractérisée est établi selon les critères du DSM-IV et de la GDS-15, en se basant sur le *Mini-International Neuropsychiatric Interview Major Depressive Episode Module* (MINI-MDE).

Résultats

Les 960 patients ont en moyenne : un âge = 79,3±7,4 ans, une dépendance pour les activités de vie quotidienne de 1,8±1,5 (score maximal possible = 6), une dépendance pour les activités instrumentales de la vie quotidienne de 2,8 ±1,6 (score maximal possible =6).

Une dépression caractérisée est présente chez 124 patients (12,9 %) selon le DSM-IV, et chez 307 patients (31,9 %) selon la GDS-15.

La GDS-15 a une sensibilité de 81,6 %, une spécificité de 75,3 %, une valeur prédictive positive de 33,1 %, une valeur prédictive négative de 96,5 % en considérant un score≥6 pour discriminer les patients déprimés des non déprimés. L'aire sous la courbe ROC est de 0,858.

Conclusion

Les auteurs concluent que l'échelle de dépression gériatrique -15 est un outil bref qui a une bonne validité pour dépister une dépression en soins primaires chez des sujets qui ont une incapacité fonctionnelle.

Cette étude, de niveau de preuve 3, a des circonstances particulières (sujet avec une altération fonctionnelle évalué à domicile, dans les suites d'un événement de santé significatif) devant être pris en compte. Ces résultats sont limités par des imprécisions (diagnostics de référence de dépression et du GDS-15 en aveugle intervalle de confiance des indicateurs non estimés).

Étude de Robison *et al.* de 2002 (111)

Cette étude transversale, nord-américaine incluant 303 patients d'âge≥50 ans et publiée en 2002 par Robison *et al.* (111), a pour objectif de comparer le *PRIME MD-2 questions*, GDS-30, GDS-15 et CES-D pour identifier le meilleur outil pour le dépistage d'une dépression en soins primaires.

Méthode

Les patients sont recrutés sur les critères d'inclusion suivant : âge≥ 50 ans, un score de *Mini Mental State Examination* test ≥22.

Le diagnostic de référence de dépression caractérisée est établi selon les critères du DSM-IV et de la CIM-10 en se basant sur le *Composite International Diagnosis Interview* (CIDI).

Résultats

Au total, 535 patients sélectionnées, 303 sont inclus dans l'étude (âge moyen de 61 ans, extrêmes 50 et 86 ans ; prévalence de la dépression caractérisée de 12 %).

Le tableau ci-dessous montre que le PRIME-MD 2 a la sensibilité la plus élevée (98 %) et la spécificité la plus faible (42 %).

Les seuils recommandés par les auteurs améliorent la spécificité du GDS-30 tout en ayant moins d'effet sur sa sensibilité. Pour le CES-D, ces seuils améliorent la sensibilité.

Tableau 22. Dépistage de la dépression selon Robison *et al.*, 2002 (111)

	Seuil	Sensibilité (IC95 %)	Spécificité (IC95 %)	RVP	RVN	AUC
Yale 1 question	1	86 % (70-95)	42 % (40-44)	1,5	0,34	Non applicable
Prime-MD2	1	92 % (78-98)	44 % (42-45)	1,6	0,18	0,68 (0,61-0,76)
GDS-30 items	9	84 %(68-93)	53 % (51-55)	1,8	0,30	0,75 (0,61-0,76)
GDS-15 items	6	76 %(60-87)	64 % (62-66)	2,1	0,38	0,76 (0,67-0,82)
CES-D 20 items	21	73 % (57-85)	72 % (70-74)	2,6	0,38	0,77 (0,69-0,84)
CES-D 10 items	4	76 % (60-87)	70 % (68-71)	2,5	0,35	0,77 (0,69-0,85)
GDS-30 items	13*	81 % (65-91)	65 % (63-66)	2,3	0,29	
GDS-15 items	7*	73 % (57-85)	71 % (69-73)	2,5	0,38	
CES-D 20 items	20*	81 % (65-91)	70 % (68-72)	2,7	0,27	
CES-D 10 items	3*	84 % (68-93)	64 % (62-66)	2,4	0,25	

*seuils recommandés par les auteurs.

Conclusion

Les auteurs concluent qu'avec une prévalence de dépression caractérisée de 12 %, le CES-D à dix items est le meilleur de ces outils pour identifier une dépression majeure. Ils recommandent le seuil de 3 (au lieu de celui de 4 qu'ils rapportent être le seuil conventionnel) pour avoir une sensibilité et une spécificité optimale avec le CES-D.

Remarque

Cette étude est de niveau de preuve 4 (les échelles évaluées sont complétées en hétéro-questionnaire par le même évaluateur, on n'a pas la certitude que le diagnostic de référence est établi en aveugle de ces échelles, les résultats obtenus avec d'autres seuils qui pourraient argumenter les seuils recommandés ne sont pas présentés).

1.3.3 Questionnaire de dépistage de dépression des sujets très âgés (QDDSTA) ou DEP-GER

Objectif et principe

La reconnaissance d'épisode dépressif caractérisé chez les patients très âgés est rendue difficile par leur présentation clinique particulière, dominée par l'anxiété et les plaintes somatiques. Comme il n'existait pas de questionnaire spécifique à cette population et validé en français, une échelle a été réalisée par un groupe d'experts cliniciens en psycho-gériatrie français pour repérer et dépister la dépression à traiter ou l'état dépressif majeur par rapport à la simple tristesse fréquente chez les sujets très âgés (≥75 ans).

Ce questionnaire d'auto-évaluation a été construit et validé pour dépister les dépressions des sujets âgés et très âgés, méritant d'être qualifiées d'état dépressif majeur et passant souvent inaperçues. Le diagnostic est ensuite à affirmer sur des critères diagnostiques (120).

C'est un auto-questionnaire de dix items. Les questions peuvent être posées oralement au patient qui doit répondre oui ou non :

- j'ai mauvais moral ;
- je pleure souvent seul ;
- je me sens souvent triste et découragé ;
- je n'ai plus plaisir à ce que j'aimais faire avant ;
- je me fais tout le temps des reproches ;
- je n'arrive pas à prendre des décisions ;
- j'ai la sensation de tête vide ;

- je broie souvent du noir ;
- je suis en permanence angoissé ;
- je pense que je suis déprimé.

Étude de validation du questionnaire

Une étude de cas témoins a permis de construire et de valider le questionnaire qui est issu d'une liste de 38 questions sélectionnées après une revue de littérature en se basant sur des questionnaires existants et la pratique clinique.

Cette étude prospective de validation a été réalisée en médecine générale, chez 369 sujets recrutés par 121 médecins avec les critères d'inclusion suivants : âge ≥ 75 ans, sans perte d'autonomie *(Instrumental Activities Daily Live* à 4,2 au minimum) ni traitement antidépresseur en cours.

Le diagnostic d'épisode dépressif caractérisé est fait avec le MINI en se basant sur les critères du DSM-IV et les médecins doivent dire si la réponse positive à une question est due ou non à une affection somatique concomitante (exemple : ne veut pas sortir car il ne peut pas marcher).

Les patients et les témoins sont comparables (voir le tableau ci-dessous).

Tableau 23. Caractéristiques des sujets déprimés et des témoins selon Hugonot-Diener et Clément, 2009 (120)

	Dépressifs (n=190)	Témoins (n=179)	p
Age en année : moyenne (ET)	82,2 (5,2)	82,2 (5,4)	NS
Sexe Masculin (%)	26,4	34,7	NS
% vivant à domicile	79	81	NS
% antécédent d'épisode dépressif caractérisé	31,7	9,3	<0,01
% prescription d'anxiolytique	53,8	23,6	<0,01
IADL (score moyen)	4,2	4,7	NS

Validité de construction : la sélection des dix items résulte d'une analyse en composante principale puis d'une régression logistique.

Validité interne : le coefficient alpha de Cronbach est de 0,91.

Cotation

Le score total est la somme des items auxquels le patient a répondu positivement.

Les scores suivants ont été validés pour le dépistage (spécificité de 98 %) :

- score de 0 à 3 : dépression peu probable ;
- score = 4 : avis spécialiste conseillé ;
- score entre 5 à 10 : haut risque de dépression.

Chaque item positif doit être attribué, ou non, à une dépression.

Intérêt et limites

C'est un questionnaire très court de dépistage de la dépression, validé chez des sujets très âgés et utilisable en médecine générale et en EHPAD pour les sujets ayant une atteinte cognitive légère et modérée et qui ne sont pas anosognosiques (niveau de preuve 4).

Ce questionnaire ne peut pas faire un diagnostic d'épisode dépressif caractérisé. S'il est positif, il doit être complété à un entretien classique du patient et de son entourage. Le diagnostic est ensuite à affirmer sur des critères diagnostiques. Les sujets ayant un *Mini Mental State Examination Test* inférieur à 22 ne sont plus capables de s'autoévaluer.

1.3.4 Échelle de Cornell de dépression dans la démence ou CSDD

Objectif et principe

Il s'agit d'une échelle d'hétéro-évaluation courte en 19 items et facile à utiliser (117). Elle a été initialement développée chez les patients en institution, puis également pour les patients vus en ambulatoire.

Cette échelle présente l'avantage d'être peu sensible à la détérioration cognitive, et elle a donc, de ce fait, une bonne sensibilité dans la démence modérée à sévère.

Les 19 items de l'échelle ont été sélectionnés à partir de la littérature sur la dépression et des réponses faites par 11 psychiatres exerçant en gériatrie et par un panel d'experts extérieurs. La version finale comporte cinq domaines :

- symptômes relatifs à l'humeur ;
- troubles du comportement ; symptômes somatiques ;
- fonctions cycliques ;
- troubles idéatoires ;
- mode de passation.

C'est une échelle qui demande une formation du médecin.

En termes d'administration, l'échelle est conçue pour être utilisée par des cliniciens formés et expérimentés en psychiatrie et/ou en psychologie, même si un glossaire utile est fourni en référence.

Cotation et interprétation

Il faut coter chaque item et en faire l'addition selon le score suivant :

- a = impossible à évaluer ;
- 0 = absent ;
- 1 = modéré ou intermittent ;
- 2 = sévère.

Les évaluations doivent être basées sur les symptômes et les signes présents pendant la semaine précédant l'entretien. Aucun point ne devra être attribué si les symptômes sont secondaires à une infirmité ou à une maladie somatique. L'investigateur doit coter selon ce qu'il connaît du sujet et compléter, si besoin, les items qu'il ne peut évaluer en consultant l'aidant habituel du patient.

Le temps de passation est de 10 minutes avec le patient et 20 minutes avec le soignant.

Intérêt et limites

Cette échelle est utile chez les patients souffrant de démence qui ne sont plus capable de s'autoévaluer (MMSE <22).

La cotation de l'échelle nécessite un informant qui connaisse bien le patient, le temps de passation est assez long, réservant sa principale utilisation comme instrument de recherche (112).

Aucune étude de validation n'a pu être sélectionnée en raison de l'absence de données de sensibilité, spécificité et /ou d'un nombre trop faible de patients. Le groupe de travail souhaite qu'une étude évaluant la spécificité et la sensibilité de cette échelle soit réalisée.

1.3.5 Échelle de dépression de Raskin

Aucune étude de validation de cette échelle n'a pu être sélectionnée en raison de l'absence de données de sensibilité, spécificité et/ou d'un nombre trop faible de patients.

Objectif et principe

L'échelle de Raskin *et al.* (1969) (122), avec seulement trois items, se veut intermédiaire entre ces deux positions. Le discours, le comportement et les plaintes du sujet sont explorés. Le jugement

du cotateur est, pour ces niveaux d'observation, très global. Le choix de ces trois domaines et le contenu de chacun ont été faits à partir de travaux antérieurs du même groupe où chaque domaine était exploré grâce à des instruments indépendants.

Cotation et interprétation

L'échelle de dépression de Raskin est cotée par le clinicien après un entretien concernant :

- les plaintes rapportées par le malade ;
- le comportement observé ;
- les symptômes dits « secondaires » des états dépressifs.

Différents symptômes sont cités dans chacun des trois domaines. Les passations peuvent être fréquentes puisqu'il s'agit d'une évaluation « instantanée ». Cependant, certains symptômes cités ne peuvent être correctement évalués qu'en faisant référence à des temps supérieurs à une journée. La gamme de scores possibles est de 0 à 12.

Les scores supérieurs ou égaux à 6 sont, en général, considérés comme suffisants pour nécessiter un traitement antidépresseur.

Les dépressions dont les scores sont supérieurs ou égaux à 9 sont considérées comme sévères.

Intérêt et limites

Selon l'avis de l'auteur Huguenot-Diener (118), c'est une échelle simple d'hétéro-évaluation de passation rapide. Il s'agit d'une évaluation globale qui évalue le changement. Elle est adaptée en clinique, lorsqu'une hétéro-évaluation s'impose, et aux protocoles de recherche.

Elle est utilisée au niveau international. L'utilisation de la version française n'a pas donné lieu à une validation spécifique.

Elle peut tenir compte de la gravité d'une anxiété pauci-symptomatique ou, à l'inverse, ne pas considérer comme « dépression sévère » un état anxio-dépressif dans lequel l'anxiété augmente le score. Les populations cibles sont les états dépressifs et les syndromes anxio-dépressifs.

1.3.6 Questionnaire de Pichot

Aucune étude de validation n'a pu être sélectionnée en raison de l'absence de données de sensibilité, spécificité et /ou d'un nombre trop faible de patients.

Les recommandations de la Société de formation thérapeutique du généraliste (SFTG) (109) indiquent en 2006 :

Divers auto-questionnaires ou échelles analogiques peuvent être utilisés, sans pour autant dispenser de l'approche clinique, pour repérer des troubles anxieux et dépressifs (responsables de la majorité des insomnies chroniques) : questionnaire QD2A de Pichot (détection de la dépression).

L'argumentaire de ces recommandations mentionne ce paragraphe ci-dessus et présente dans une annexe le QD2A de Pichot, comme suit :

Présentation, intérêt et limites

Cet instrument est un questionnaire simple et maniable d'auto-évaluation de la dépression, qui comporte 13 items appelant une réponse dichotomique par vrai ou faux.

Ces items sont classés par valeur discriminatoire décroissante.

Le QD2A peut être utilisé dans quatre circonstances :

- détection de sujets déprimés dans une population générale ;
- discrimination entre malades somatiques déprimés et non déprimés ;
- discrimination entre malades psychiatriques déprimés et non déprimés ;

- appréciation de l'intensité de la dépression évaluée cliniquement.

Le QD2A ne saurait avoir pour but d'apporter des précisions supplémentaires sur le type d'état dépressif présenté par le patient. La version française est validée.

Mode de passation

Il est recommandé de dactylographier chacun des 13 items sur une fiche de bristol et de présenter ces fiches au sujet dans un ordre quelconque.

On dispose en face du sujet deux cartes portant les inscriptions VRAI et FAUX et on lui demande de placer chacune des fiches supportant les items en face de la carte qui correspond à ce qu'il ressent actuellement.

Aucun commentaire ne doit être fait. Si nécessaire, on peut stimuler le sujet en insistant sur le fait qu'il doit classer chaque item obligatoirement dans l'une des deux piles.

Les 13 items sont les suivants :

- en ce moment, ma vie me semble vide ;
- j'ai du mal à me débarrasser de mauvaises pensées qui me passent par la tête ;
- je suis sans énergie ;
- je me sens bloqué(e) ou empêché(e) devant la moindre chose ;
- je suis déçu(e) et dégouté(e) par moi-même ;
- je suis obligé(e) de me forcer pour faire quoi que ce soit ;
- j'ai du mal à faire les choses que j'avais l'habitude de faire ;
- en ce moment, je suis triste ;
- j'ai l'esprit moins clair que d'habitude ;
- j'aime moins qu'avant faire les choses qui me plaisent ou m'intéressent ;
- ma mémoire me semble moins bonne que d'habitude ;
- je suis sans espoir pour l'avenir ;
- en ce moment, je me sens moins heureux (se) que la plupart des gens.

Cotation

La note est le nombre de propositions classées : VRAI. Elle varie donc de 0 à 13. En population générale, une note strictement supérieure à 6 est fortement corrélée au diagnostic clinique d'état dépressif. Au sein d'une population psychiatrique, la puissance de discrimination semble plus limitée.

1.3.7 Synthèse d'après les données de la littérature sur les outils diagnostics du sujet âgé

Les recommandations indiquent pour la *Geriatric Depression Scale* (GDS) d'utiliser la version à 15 items et de ne pas utiliser la version à 30 items pour le diagnostic d'une dépression du sujet âgé en soins primaires.

Trois de ces échelles sont citées dans des recommandations récentes : il s'agit de l'échelle de dépression gériatrique (GDS), la PHQ et la Cornell (en cas de troubles cognitifs).

Une méta-analyse de niveau de preuve 4 (113) qui compare le GDS-15 au GDS-30 en soins primaires conclut que :

- (i) la GDS-15 est significativement plus précise que la GDS-30 avec une sensibilité de 81,3 % *versus* 77,4 % et une spécificité de 78,4 % *versus* 65,4 % ;
- (ii) seule la GDS-15 aurait eu une valeur ajoutée par rapport au diagnostic de dépression caractérisée établi sans outil diagnostic. La GDS-15 permettrait une détection de 8 % supplémentaire de patients correctement diagnostiqués (vrais positifs, vrais négatifs).

Une étude non randomisée de niveau de preuve 3 incluant 960 sujets âgés en moyenne de 79,3±7,4 ans avec une altération fonctionnelle (110) montre que le GDS-15 a :

- une aire sous la courbe du GDS-15 est de 0,858 ;
- une sensibilité de 81,6 %, une spécificité de 75,3 %, une valeur prédictive positive de 33,1 % et une valeur prédictive négative de 96,5 % en considérant un score seuil ≥6.

Une étude non randomisée de niveau de preuve 4 incluant 303 sujets (111) qui compare les deux questions du PRIME-MD (échelle dont est issue le PHQ), le GDS-15, GDS-30 et la CES-D montrent que le GDS-30 est plus sensible (et moins spécifique que la GDS-30).

Un avis d'auteur (118) indique que l'échelle de dépression gériatrique ou GDS de Yesavage à 15 items peut être utilisée pour aider le clinicien à faire un dépistage mais aussi un suivi de la dépression dont il conviendra de confirmer le diagnostic.

Cette échelle n'est pas adaptée aux sujets présentant une détérioration cognitive. Le patient doit être jugé apte à répondre aux questions sans anosognosie

Une étude de niveau de preuve 4 (120) suggère que le Questionnaire de dépistage de dépression des sujets très âgés (QDDSTA) ou DEP-GER est utilisable en médecine générale pour le dépistage en médecine générale et en EHPAD d'un état dépressif pour les sujets ayant une atteinte cognitive légère et modérée et qui ne sont pas anosognosiques.

Ce questionnaire ne peut pas faire un diagnostic d'épisode dépressif caractérisé. S'il est positif, il doit être complété à un entretien classique du patient et de son entourage. Le diagnostic est ensuite à affirmer sur des critères diagnostiques. Les sujets ayant un *Mini Mental State Examination Test* inférieur à 22 ne sont plus capables de s'autoévaluer.

Un avis d'auteur (118) indique que l'échelle de Cornell de dépression dans la démence est utile chez les patients souffrant de démence qui ne sont plus capables de s'autoévaluer (MMSE <22). Cette échelle comporte des limites, selon l'auteur de cette revue, la cotation de l'échelle nécessite la présence d'un aidant qui connaisse bien le patient, le temps de passation est assez long, réservant sa principale utilisation comme instrument de recherche.

Un avis d'auteur (118) indique que l'échelle de dépression de Raskin est une échelle d'évaluation globale des états dépressifs et des syndromes anxio-dépressifs, adaptée en clinique, lorsqu'une hétéro-évaluation s'impose, et aux protocoles de recherche.
Il est à noter que la version française de cette échelle n'a pas donné lieu à une validation spécifique.

Une recommandation de la Société de formation thérapeutique du généraliste (SFTG) de 2006 (109) indique que le questionnaire QD2A de Pichot peut être utilisé pour la détection de la dépression comme d'autres auto-questionnaires ou échelles analogiques sans pour autant dispenser de l'approche clinique, pour repérer des troubles anxieux et dépressifs (responsables de la majorité des insomnies chroniques).

Le QD2A peut être utilisé dans quatre circonstances :

- détection de sujets déprimés dans une population générale ;
- discrimination entre malades somatiques déprimés et non déprimés ;
- discrimination entre malades psychiatriques déprimés et non déprimés ;
- appréciation de l'intensité de la dépression évaluée cliniquement.

Le QD2A ne saurait avoir pour but d'apporter des précisions supplémentaires sur le type d'état dépressif présenté par le patient. La version française est validée.

Deux enquêtes anglaises d'opinions des médecins et des patients sur les questionnaires de la dépression sont synthétisées dans l'annexe 7.

1.3.8 Conclusion générale sur les outils diagnostiques

Dès lors que la question d'une dépression se pose, le médecin se doit d'évaluer cliniquement les signes de la dépression et peut s'aider d'échelles d'évaluation, notamment le PHQ-2, le PHQ-9, le BDI-II chez l'adulte, et le GDS-15 chez le sujet âgé.

Une détérioration intellectuelle rend l'auto-évaluation non valide. On peut alors utiliser l'échelle de dépression de Raskin ou celle de Cornell (on ne dispose pas, à ce jour, de données publiées de sensibilité et spécificité pour ces échelles).

Des manuels d'utilisation des hétéro-questionnaires sont disponibles.

L'utilisation d'une échelle comme le *Hamilton Depression Rating Scale* peut, de par sa répétition dans le temps, être envisagée comme outil de réévaluation et éventuellement d'aide à l'observance thérapeutique.

Le diagnostic de d'épisode dépressif caractérisé est avant tout clinique conformement aux critères diagnostiques des classifications internationales. Les outils d'évaluation standardisés sont des aides au diagnostic qui doivent etre soumis au jugement du clinicien.

L'entretien clinique reste donc l'outil essentiel.

<u>Conclusion du groupe de travail sur les outils diagnostiques chez le sujet âgé</u>

Peu d'études ont été réalisées chez le sujet âgé.

La part de l'iatrogénie, le taux de comorbidités chez le sujet âgé sont importants : il est nécessaire de les prendre en compte.

Il semble judicieux de faire un *Mini Mental State Examination Test* pour explorer au préalable les capacités cognitives du sujet âgé.

Le GDS-15 est l'échelle la plus consensuelle malgré son faible niveau de preuve.

1.4 Diagnostic différentiel de l'épisode dépressif caractérisé

► Introduction

Pour répondre à cette question ont été sélectionnées 14 recommandations :

- du *National Health Service* (NHS) *Choices* en 2014 (11) ;
- de la Haute Autorité de Santé (HAS) en 2014 (10) ;
- du *Guidelines and Protocols Advisory Committee* (GPAC) en 2013 (34) ;
- de l'*Institute for Clinical Systems Improvement* (ICSI) en 2013 (107) ;
- du *Singapore Ministry of Health* (SMoH) en 2011 (13) ;
- du *Department of Veterans Affairs* (DVA) en 2009 (18) ;
- de l'*International Consensus Group on Depression* (ICGP) en 2010 (19) ;
- du *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE) en 2014 (123) ;
- du *Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments* (CANMAT) en 2009 (124) ;
- de l'*International Society for Bipolar Disorders* (ISBD) en 2008 (125) ;
- de la *World Federation of Societies of Biological Psychiatry* (WFSBP) en 2010 (126) ;
- des recommandations formalisées d'experts de Llorca *et al.* en 2010 (127) ;
- du *Royal College of General Practitioners* (RCGP) en 2014 (22) ;
- de l'*Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ) en 2009 (25) ;
-
- le guide médecin de la Haute Autorité de Santé (HAS) de 2009 (128) ;
- la fiche mémo de la Haute Autorité de Santé (HAS) de 2015 (129) ;
- la recommandation de la Haute Autorité de Santé (HAS) de 2014 (61) ;
- la classification du DSM-5 de l'*American Psychiatric Association* (APA) de 2013 (4) ;

- une revue publiée par l'*American Psychiatric Association* (APA) de 2013 (27) ;
- la revue de la littérature de Hättenschwiler *et al.* de 2009 (130) ;
- la revue de la littérature de Conus *et al.* de 2008 (131).

► Les recommandations

Les recommandations britanniques du *National Health Service* (NHS) ***Choices*** (11). Ces recommandations, en 2014, indiquent, concernant le diagnostic différentiel :

Avant de diagnostiquer une dépression, envisager d'autres explications (avis d'experts).

Le tableau ci-dessous présente le diagnostic différentiel à envisager selon le *NHS Choices*.

Tableau 24. Troubles psychiatriques, substances, médicaments et maladies concomitantes d'après le *NHS Choices*, 2014 (11)

Troubles psychiatriques	Troubles non-psychiatriques	
	Substances et médicaments	**Maladies concomitantes**
-Troubles bipolaires. - Trouble anxieux généralisé, état de stress post-traumatique phobie sociale, trouble panique. - Trouble obsessionnel compulsif. - Trouble de la personnalité. - Troubles psychotiques. - Troubles de l'adaptation. - Deuil. - Démence.	- Alcool, substances illicites : - stéroïdes anabolisants, - cannabis, - cocaïne, -stupéfiants. **• Consécutifs à des effets secondaires de :** - antihypertenseurs à l'action centrale, - bétabloquants liposolubles, - dépresseurs du système nerveux central, - analgésiques opiacés, - isotrétinoïne, - benzodiazépine, - corticostéroïdes, - antagoniste du récepteur H2, - agents chimiothérapeutiques (vincristine, vinblastine, procarbazine, L-asparaginase), - lévodopa, - anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS), - hypocholestérolémiants, - bêtabloquants, - contraceptifs oraux.	- Endocrines telles que : - hypothyroïdie, - maladie de Cushing, - insuffisance surrénale, - hyper para-thyroïdie, - cancer, par exemple tumeur cérébrale, - diabète, - maladies cardiaques, - maladie de Parkinson, - maladies cérébro-vasculaires telles que : - AVC, - hémorragie sous-arachnoïdienne, - infarctus du myocarde, - maladies auto-immunes, - syndrome post-polio, - infection par le Virus de l'Immunodéficience Humaine.

Remarque du groupe de travail : ce tableau ne hiérarchise pas l'importance respective des différents facteurs cités. Il est recommandé de se référer au site de l'ANSM pour l'imputabilité des médicaments.

Les recommandations françaises de la Haute Autorité de Santé (HAS) (10). Ces recommandations indiquent en 2014 :

La symptomatologie dépressive peut s'intégrer dans un diagnostic différentiel :

- d'un autre trouble de l'humeur : trouble bipolaire, trouble dépressif persistant (dysthymie ou dépression chronique) ;
- d'un trouble de l'humeur induit par une affection médicale générale ou une prise de substance ;

- d'un trouble du spectre psychotique ou encore un « trouble de l'adaptation ».

Le DSM-IV (contrairement au DSM-5) précise que les manifestations du registre de la dépression ne doivent pas être considérées comme pathologiques dans un contexte de deuil.

Les recommandations de la HAS en 2014 (10) proposent des définitions pour certains troubles psychiatriques qui appartiennent au diagnostic différentiel.

Épisode mixte

Dans l'épisode mixte sont réunis à la fois les critères pour un épisode dépressif caractérisé (en dehors des critères de durée) et les critères pour un épisode maniaque, et cela presque tous les jours pendant au moins une semaine.

Le trouble bipolaire

L'EDC peut s'intégrer dans un trouble bipolaire. Cependant, celui-ci ne sera parfois diagnostiqué que quelques mois ou quelques années plus tard lorsque surviendra un premier épisode mixte, hypomaniaque ou maniaque.

La vigilance doit être particulièrement aigue lorsqu'il existe :

- une installation aigue de la dépression ;
- une histoire de symptômes dépressifs ;
- des symptômes psychotiques durant l'épisode dépressif ;
- une hypomanie induite par les antidépresseurs ;
- ou des traits mixtes en quantité insuffisante pour constituer un épisode mixte.

Le trouble dépressif persistant (dysthymie, dépression chronique)

Dans le DSM-5, la dysthymie et la dépression chronique sont regroupées sous la catégorie « trouble dépressif persistant »

Selon le DSM, la dysthymie est un trouble caractérisé par :

- un affaissement de l'humeur, une dysphorie ou une irritabilité, comme dans l'épisode dépressif caractérisé ;
- mais marqué d'un côté par une sévérité insuffisante pour compléter les critères de l'épisode dépressif caractérisé (entre deux et six signes en dehors des idées suicidaires et du sentiment de culpabilité) ;
- et d'un autre côté par une chronicité : au moins un an (deux ans selon la CIM-10) ;
- l'auto-dévalorisation et l'irritabilité sont souvent présentes.

Comparativement à l'EDC, la dysthymie s'associe moins souvent aux symptômes suivants :

- anhédonie ;
- retrait social ;
- sentiment de culpabilité ;
- préoccupations morbides ;
- troubles de la concentration et troubles du sommeil.

Les critères du DSM-IV pour le diagnostic de la dysthymie :

- A) humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, plus d'un jour sur deux pendant au moins deux ans ;
- B) quand la personne est déprimée, elle présente au moins deux des symptômes suivants :
    - [1] perte d'appétit ou hyperphagie,
    - [2] insomnie ou hypersomnie,
    - [3] baisse d'énergie ou fatigue,
    - [4] faible estime de soi,
    - [5] difficultés de concentration ou difficultés à prendre des décisions,

    - [6] sentiments de perte d'espoir ;

- C) au cours de la période de deux ans de perturbation de l'humeur, la personne n'a jamais eu de périodes de plus de deux mois consécutifs sans présenter les symptômes des critères A. et B ;
- D) au cours des deux premières années de la perturbation de l'humeur, aucun épisode de dépression majeure n'a été présent, c'est-à-dire que la perturbation de l'humeur n'est pas mieux expliquée par une dépression majeure chronique ou une dépression majeure en rémission partielle.

Trouble de l'adaptation de type dépressif ou anxio-dépressif et autres troubles psychiatriques :

Les réactions à un facteur stressant, entrant dans le cadre diagnostique du « trouble de l'adaptation avec humeur dépressive » ou « avec anxiété et humeur dépressive » :

- survenant dans les trois mois suivant l'exposition au stress ;
- marquées par une humeur dépressive ou une symptomatologie anxio-dépressive excessive comparativement à une réaction « normale » ;
- associées à une altération du fonctionnement ;
- mais ne présentant ni l'intensité ni suffisamment de critères pour constituer un EDC.

Le tableau, ci-dessous, présente les principales affections médicales et substances à rechercher comme de possibles diagnostics différentiels.

Tableau 25. Principales affections médicales et substances à rechercher comme de possibles diagnostics différentiels d'après la Haute Autorité de Santé, 2014 (10)

Affections médicales	Médicaments	Substances psychoactives
Métaboliques : anémie, dysthyroïdie, maladie d'Addison, diabète, déficit en vitamines B12 Neurologiques : traumatisme crânien, épilepsie, décalage de phase de sommeil Auto-immunes : Lupus Infectieuses : hépatite, mononucléose, HIV	Neuropsychiatrie : piracétam antiépileptiques, neuroleptiques, psychostimulants, baclofène, tétrabénazine, rasagiline, sélégiline, anticholinestérasiques : donépézil, rivastigmine, galantamine, indoramine, flunarizine, varénicline, atomoxétine, interféron bêta, antabuse (disulfirame), maintien abstinence : acamprosate, naltrexone Anti-infectieux : fluoroquinolones, interféron alfa, ribavirine, enfuvirtide, efavirenz, rilpivirine, autres antirétroviraux : chloroquine, méfloquine, cyclosérine) Urologie : finastéride, dutastéride, flutamide, nilutamide, bicalutamide, diéthylstilbestrol Cardio-vasculaire : bêtabloquants : nifédipine, diltiazem, clonidine, moxonidine, guanfacine, rilménidine, méthyldopa, disopyramide, flécaïnide. Endocrinologie : contraceptifs oraux : exémestane, tibolone, raloxifène, tamoxifène, tériparatide, hormone parathyroïdienne recombinante, hypoglycémiant (sitagliptine) AINS, Corticoïdes, Pneumologie : asthme (montélukast), BPCO (roflumilast), rétinoïdes (isorétinoïdes, alitrétinoïdes) Diurétique : acétazolamide	Alcool Cocaïne Opiacés Amphétamines Cannabis

Les recommandations canadiennes du *Guidelines and Protocols Advisory Committee* (GPAC) (34). Ces recommandations indiquent en 2013 :

L'évaluation détaillée d'un épisode dépressif comprend la prise en compte

- du diagnostic différentiel, en particulier le trouble bipolaire de type I et II ;
- de toute affection médicale associée à la dépression (par exemple, bronchopneumopathie chronique obstructive, migraine, sclérose en plaques, problèmes de dos, cancer, épilepsie, asthme, AVC, maladie thyroïdienne, diabètes et maladie cardiaque).

Au moment d'établir le diagnostic différentiel, la BC recommande de :

- éliminer du diagnostic différentiel les maladies qui nécessitent de pratiquer des tests de laboratoire par exemple : thyrotropine (TSH), vitamine B 12 ;
- envisager d'autres syndromes psychiatriques, par exemple : trouble d'adaptation, troubles anxieux, trouble bipolaire I ou II, abus d'alcool et/ou de substances ;

- rechercher les médicaments qui peuvent reproduire des troubles de l'humeur, dont une liste est présentée dans le tableau ci-dessous.

Tableau 26. Médicaments dont les propriétés imitent les troubles de l'humeur d'après le *Guidelines and Protocols Advisory Committee*, 2013 (34)

Classe	Agents	Principes actifs
Médicaments du système nerveux central	Anticonvulsifs	Barbituriques, vigabatrine, topiramate
	Antiparkinsoniens	Lévodopa, amantadine
	Anti-migraineux	Flunarizine
	Bétabloquants	Surtout le propranolol et le métoprolol
	Antihypertenseurs à action centrale	Clonidine, méthyldopa
	Vasodilatateurs	Hydralazine
	Antiarhythmiques	Amiodarone, digoxine
Agents hormonaux	Corticosteroïdes	
	Agonistes de la libération de Gonadotrophine	Leuprolide, gosereline
	Antirétroviraux	Efavirenz
	Interféron-α	
	Antipaludéens	Méfloquine
Divers	Isotrétinoïne Citrate de clomiphène	

Les recommandations nord-américaines de l'*Institute for Clinical Systems Improvement* (ICSI) (107). Ces recommandations, en 2013, indiquent qu'il est nécessaire de rechercher des diagnostics différentiels.

<u>Rechercher une anxiété ou des troubles somatiques</u>

Une présentation symptomatique particulière peut suggérer une anxiété ou des troubles somato-formes, par exemple une douleur de type :

- cardiaque (douleur ou douleur atypique au niveau de la poitrine, palpitations, respiration rapide, hyperventilation) ;
- gastro-intestinal (nausées chroniques provoquant une souffrance, vomissements associé à un météorisme) ;
- neurologique (maux de tête, paresthésie, vertiges), pseudo crises d'épilepsie, aphonie, paralysies, cécité ;
- trouble de la sexualité ou de la reproduction (non liés à une douleur) ;
- une attaque de panique.

Le texte de la cinquième édition du DSM comporte sept symptômes somatiques spécifiques et troubles connexes qui sont :

- le trouble de symptôme somatique ;
- le trouble de l'anxiété lié à la maladie ;
- le trouble de symptôme neurologique fonctionnel ;
- les facteurs psychologiques affectant d'autres maladies ;
- le trouble factice ;
- d'autres symptômes somatiques et troubles connexes spécifiés ;
- d'autres symptômes somatiques et troubles connexes non spécifiés.

L'*Institute for Clinical Systems Improvement* recommande de se référer au DSM-5 pour la description complète de ces symptômes somatiques et des troubles associés (107).

Remarque : le trouble de symptôme neurologique fonctionnel remplace le trouble de conversion dans le DSM-IV.

Rechercher les troubles de l'adaptation

Selon les recommandations de l'*Institute for Clinical Systems Improvement* (107), le trouble de l'adaptation est le développement de symptômes dans les registres émotionnels et comportementaux, en réaction à un ou plusieurs facteur(s) de stress identifiable(s). Les symptômes surviennent dans les trois mois suivant la survenue du ou des facteur(s) de stress et durent moins de six mois après la fin du ou des facteurs de stress.

Remarque : Selon le DSM-IV, la durée du trouble de l'adaptation était limitée au cours des trois mois suivant la survenue du ou des facteur(s) de stress.

Ces symptômes ou comportements sont plus importants qu'il n'était attendu en réaction à ce ou à ces facteurs de stress. Ils entraînent une altération significative du fonctionnement social ou professionnel.

Les symptômes du trouble de l'adaptation liés à une humeur dépressive ont des symptômes prédominants tels que des sentiments de désespoir, des pleurs faciles.

Rechercher un trouble bipolaire

De nombreux patients avec un trouble bipolaire ont un épisode maniaque ou hypomaniaque avant leur premier épisode dépressif caractérisé.

Le traitement du trouble bipolaire étant différent du traitement de la dépression unipolaire, lorsqu'on on envisage de diagnostiquer un trouble unipolaire caractérisé, on doit rechercher un épisode antérieur d'hypomanie ou de manie en utilisant les critères du DSM-5.

Un épisode maniaque se définit par une période nettement délimitée d'élévation de l'humeur ou d'humeur expansive ou irritable ou d'une augmentation de l'activité ou de l'énergie orientée vers un but. Cette période dure au moins une semaine, est présente tout le long de la journée, presque tous les jours ou moins si une hospitalisation est nécessaire.

Durant cette période de trouble de l'humeur, au moins trois des symptômes suivants doivent être présents à un degré significatif et constituent un changement notable du comportement habituel (quatre symptômes si l'humeur est seulement irritable).

- augmentation de l'estime de soi ou idées de grandeur ;
- réduction du besoin de sommeil (se sentir reposé après seulement trois heures de sommeil) ;
- plus grande communicabilité que l'habitude ou le désir de parler constamment ;
- fuite des idées ou sensations subjectives que les pensées défilent ;
- distractibilité (l'attention est trop facilement attirée par des stimuli extérieurs sans importance ou insignifiants) ;

- augmentation de l'activité orientée vers un but (social, professionnel, scolaire ou sexuel) ou agitation psychomotrice ;
- engagement excessif dans les activités agréables mais à potentiel élevé de conséquences dommageables (par exemple, la personne se lance sans retenue dans des achats inconsidérés, des conduites sexuelles inconséquentes ou des investissements commerciaux déraisonnables).

La perturbation de l'humeur est suffisamment sévère pour entraîner une altération marquée du fonctionnement professionnel, des activités sociales, ou des relations interpersonnelles, ou pour nécessiter l'hospitalisation afin de prévenir les conséquences dommageables pour le sujet, ou pour autrui, ou bien, s'il existe des caractéristiques psychotiques.

Les symptômes ne sont pas dus aux effets physiologiques directs d'une substance (donnant lieu à un abus, à un médicament) ou d'une affection médicale généralisée (hyperthyroïdie).

Note : un épisode complet maniaque qui survient durant un traitement par antidépresseur (par exemple, des médicaments, une thérapie électro-convulsive) mais persiste comme un niveau complet de syndrome au-delà de l'effet physiologique du traitement lié au traitement est une preuve suffisante pour un épisode maniaque.

Les critères A à D constitue un épisode maniaque. La présence d'au moins un épisode maniaque est nécessaire pour le diagnostic d'un épisode bipolaire de type I.

En plus, de rechercher un épisode maniaque ou hypomaniaque, envisager les éléments suivants concernant les antécédents du patient qui sont davantage susceptibles de se dérouler dans un épisode dépressif lié à un trouble bipolaire :

- un antécédent familial de trouble bipolaire ;
- le début des épisodes dépressifs avant l'âge de 25 ans ;
- des épisodes dépressifs fréquents de durée courte ;
- l'hypersomnie et l'hyperphagie sont ses caractéristiques plus fréquentes de l'épisode dépressif du trouble bipolaire que le réveil précoce et la perte d'appétit qui sont plus spécifiques de l'épisode dépressif caractérisé.

Le *Mood Questionnaire Disorder* constitue un outil de dépistage pour évaluer un trouble bipolaire.

Les recommandations du *Singapore Ministry of Health* (SMoH) (13) indiquent, en 2011, qu'il est important de considérer :

- un trouble bipolaire, caractérisé par un ou plusieurs épisode(s) d'humeur significativement élevée (hypomanie, manie, etc.) ;
- un trouble de l'humeur secondaire : symptômes dépressifs induits par un usage de substance, une affection médicale ou un traitement médicamenteux ;
- une réaction à un deuil : une humeur dépressive consécutive à un deuil. Celle-ci ne comprend pas tous les éléments d'un épisode dépressif caractérisé et elle est reliée à une perte.

Les recommandations nord-américaines du *Department of Veterans Affairs* (DVA) (18). Ces recommandations de 2009 indiquent :

Le diagnostic doit comporter une revue de tous les médicaments susceptibles d'entraîner des symptômes dépressifs pris par le patient, y compris pour les médicaments pris en automédication et les produits de médecine alternative.

Bien que l'on dispose de peu d'informations publiées sur les produits des médecines alternatives, on doit prendre en compte les produits de phytothérapie, les vitamines, les suppléments alimentaires, dont ceux pour les culturistes, et ce, particulièrement, dans les cas où ces produits sont consommés en grande quantité.

Selon les recommandations du *Department of Veterans Affairs*, les médicaments communs qui peuvent contribuer ou entraîner des symptômes dépressifs sont présentés dans le tableau ci-dessous (18).

Tableau 27. Médicaments à rechercher pour le diagnostic différentiel d'une dépression ou de symptômes dépressifs d'après le *Department of Veterans Affairs*, 2009 (18)

Médicaments / Classe
Béta-bloquants
Inhibiteur des canaux calciques
Inhibiteurs de l'enzyme de conversion (IEC)
Agents hypolipémiants
Réserpine, clonidine, méthyldopa
Corticostéroïdes
Modulateur sélectif des récepteurs œstrogéniques (SERM)
Anti-inflammatoires non stéroïdiens
Antagonistes des récepteurs H2
Benzodiazépines, barbituriques
Topiramate
Implants progesterogéniques
Interféron-β, interféron-α
Interleukine-2
Isotrétinoine
Varénicline

Rechercher une maladie associée à des symptômes dépressifs

Une dépression caractérisée peut être associée à une autre maladie ou à la perception du patient de sa maladie. Les symptômes dépressifs peuvent constituer la manifestation d'une maladie émergente telle qu'un lupus érythémateux. Il est nécessaire d'effectuer un examen clinique pour évaluer ces maladies émergentes.

La dépression peut être provoquée par certaines maladies, par exemple : une hypothyroïdie. Dans ce cas, la dépression peut répondre au traitement de cette maladie. Plus souvent, les maladies et les troubles dépressifs coexistent.

Le *Department of Veterans Affairs* (18) recommande d'identifier les patients qui peuvent ressentir des symptômes dépressifs dont la cause est une maladie sous-jacente.

Le diagnostic doit inclure une recherche des maladies existantes ou émergeantes qui peuvent exacerber une dépression.

Le *Department of Veterans Affairs* (18) propose des exemples de ces maladies les plus fréquemment associées à une dépression. Se référer au tableau ci-dessous :

Tableau 28. Maladies les plus fréquemment associées à une dépression d'après le *Department of Veterans Affairs*, 2009 (18)

Type de pathologies	Maladies
Maladies cardiovasculaires	Maladies coronariennes, insuffisance cardiaque congestive, AVC, démence vasculaire
Douleur chronique	Syndrome de Fibromyalgie, la dystrophie sympathique réflexe, douleurs lombaires, douleurs chroniques

Type de pathologies	Maladies
	pelviennes, maladies des os
Maladies dégénératives	Perte d'audition, maladie d'Alzheimer, maladie de Parkinson, maladie de Huntington, autres maladies neuro-dégénératives
Désordres immunologiques	HIV, sclérose en plaque, lupus érythémateux systémique, sarcoïdose
Maladies métaboliques /endocrines (incluant les maladies rénales et pulmonaires	Malnutrition, déficit en vitamines, hypo/hyperthyroïdisme, maladie d'Addison Diabète, maladie hépatique (cirrhose), bronchopathie chronique obstructive, asthme, maladie des reins
Cancers	Pour tous les types de cancers, spécialement les cancers pancréatiques et ceux du système nerveux central
Traumatisme	Lésion cérébrale traumatique, lésions d'amputation, des lésions de brulure.

Rechercher une maladie psychiatrique concomitante

Les caractéristiques et les symptômes qui doivent amener le médecin à évoquer ou à suspecter la présence d'une maladie psychiatrique concomitante et à envoyer le patient consulter pour un avis spécialisé :

- une perte de poids extrême suggérant une anorexie ;
- un antécédent d'un abus prolongé dans l'enfance, les liens avec les proches brisés ou instables, un comportement criminel débutant avant ou pendant l'adolescence, peuvent suggérer la présence d'un trouble de la personnalité ;
- un mode de comportement boulimique (consommation rapide et excessive de nourriture) et ou de purge (utilisation de vomissements auto induits, de laxatifs, ou de diurétiques) pour contrôler le poids qui peut suggérer une boulimie ;
- des cauchemars fréquents et invalidants ou des flashbacks suggérant un trouble de stress post traumatique ;
- d'autres troubles mentaux sévères par exemple une schizophrénie ou un trouble bipolaire ;
- des symptômes physiques inexpliqués associés à une dépression peuvent faire suspecter un trouble somatoforme.

Rechercher un trouble bipolaire

Le *Department of Veterans Affairs* (18) recommande d'évaluer la présence d'un trouble bipolaire chez les patients présentant un épisode dépressif caractérisé, en réalisant une interview clinique et un questionnaire (18).

Selon le DSM IV, un épisode maniaque ou hypomaniaque est constitué d'une période nettement délimitée d'élévation de l'humeur ou d'humeur expansive ou irritable durant au moins quatre jours (épisode hypomaniaque) ou au moins d'une semaine pour l'épisode maniaque, et qui constitue un changement notable de l'humeur habituelle non déprimée, et est observable par les autres.

Durant cette période de l'humeur anormale, au moins trois des symptômes suivants doivent être présents et persister à un niveau significatif :

- augmentation de l'estime de soi ou idées de grandeur ;
- réduction du besoin de sommeil ;
- désir de parler constamment ;
- fuite des idées ou sensations subjectives que les pensées défilent ;
- distractibilité ;
- augmentation de l'activité orientée vers un but ou agitation psychomotrice ;
- engagement excessif dans les activités agréables mais à potentiel élevé de conséquences dommageables.

Ces symptômes sont suffisamment sévères pour entraîner une altération marquée du fonctionnement professionnel, des activités sociales ou pour nécessiter l'hospitalisation.

Le médecin doit également déterminer si ces symptômes ne sont pas secondaires aux effets d'une substance donnant lieu à un abus ou d'une affection médicale généralisée.

L'épisode hypomaniaque est caractérisé par un épisode maniaque n'entraînant pas de handicap et sans caractéristique psychotique.

Selon le *Department of Veterans Affairs*, une alternative à l'entretien clinique est d'utiliser un questionnaire structuré (le *Mood Disorders questionnaire*) (18).

Rechercher un trouble dépressif non spécifié

Les patients avec des symptômes dépressifs qui ne complètent pas les critères d'un épisode dépressif caractérisé (moins de cinq symptômes et d'une durée de moins de deux semaines) doivent être diagnostiqués en tant que trouble dépressif non spécifié.

Rechercher une dysthymie

Le diagnostic de la dysthymie doit être envisagé pour les patients qui présentent, pendant deux ans, la plupart des jours et, pratiquement toute la journée, une humeur dépressive avec au moins deux des symptômes suivants :

- perte d'appétit ou hyperphagie ;
- insomnie ou hypersomnie ;
- baisse d'énergie ou fatigue ;
- faible estime de soi ;
- difficultés de concentration ou difficultés à prendre des décisions ;
- sentiments de perte d'espoir.

Les symptômes dysthymiques sont généralement les mêmes que pour l'épisode dépressif caractérisé avec en plus la présence de sentiments de désespoir et l'absence d'idées de suicide.

Les recommandations de l'*International Consensus Group on Depression* (ICGD) (19). Ces recommandations indiquent en 2010 :

Les médecins doivent toujours rechercher les maladies psychiatriques et d'autres types de maladies qui peuvent être prises par erreur pour un épisode dépressif caractérisé :

Les troubles de l'adaptation

Les troubles de l'adaptation sont souvent diagnostiqués, par erreur, comme une dépression, car les patients présentent des symptômes dépressifs tels que :

- une humeur dépressive ;
- une tendance à pleurer ;
- ou une sensation de désespoir.

Le trouble de l'adaptation est une réponse à un facteur de stress qui est clairement identifié dans les trois mois après sa survenue. Les symptômes ne répondent pas aux critères d'une autre pathologie psychiatrique.

De la même manière, le trouble de l'adaptation n'est pas le diagnostic correct à poser même si un facteur de stress existe pour un patient ayant perdu son emploi et qui présente un épisode dépressif caractérisé.

Tableau 29. Critères pour un épisode dépressif caractérisé et pour le trouble de l'adaptation, selon le DSM-IV TR d'après l'*International Consensus Group on Depression*, 2010 (19)

Épisode dépressif caractérisé	Trouble de l'adaptation
A) Présence d'un seul épisode dépressif caractérisé comprenant les symptômes suivants qui se déroulent la majeure partie de la journée pendant une période de deux semaines : 1) **au moins un des symptômes** est une humeur dépressive ou la perte d'intérêt ou de plaisir de toute ou la plupart des activités, 2) **et quatre des symptômes suivants** : perte ou gain de poids significatif, insomnie ou hypersomnie, agitation ou ralentissement psychomoteur, fatigue ou perte d'énergie, sentiments de dévalorisation ou de culpabilité excessive, difficultés à se concentrer ou indécision, pensées récurrentes de mort ou idées suicidaires. B) L'occurrence de l'épisode dépressif caractérisé n'est pas mieux expliquée par un trouble schizoaffectif, une schizophrénie, un trouble schizophréniforme, un trouble délirant ou un autre trouble psychotique non spécifié. C) Il n'y a jamais eu d'épisode maniaque ou hypomaniaque, ou mixte.	A) Le développement de symptômes dans les registres émotionnels ou comportementaux doivent apparaître au cours des trois mois suivant la survenue d'un facteur de stress identifié. B) Les symptômes sont cliniquement significatifs. C'est soit une souffrance marquée, plus importante que celle qui était attendue, compte tenu de la nature du facteur de stress, soit une altération significative du fonctionnement social ou professionnel ou scolaire. C) Les troubles de l'adaptation induits par le stress ne répondent pas aux critères d'un autre trouble de l'Axe I[1] et ne constituent pas non plus une exacerbation d'un trouble préexistant de l'Axe I ou II. D) On ne doit pas porter le diagnostic de trouble de l'adaptation si les symptômes sont l'expression d'un deuil. E) Un trouble de l'adaptation ne dure pas plus de six mois une fois que le facteur de stress (ou ses conséquences) a disparu.

<u>Trouble bipolaire</u>

Le trouble bipolaire est fréquemment la cause d'une erreur de diagnostic d'un épisode dépressif caractérisé.

Les patients ayant un trouble bipolaire ont davantage d'épisodes dépressifs que d'épisodes hypomaniaques ou maniaques. Ils ont tendance à se présenter en consultation face à un médecin avec des épisodes dépressifs prédominants.

La présence d'un épisode maniaque ou hypomaniaque dans les antécédents du patient permet de poser le diagnostic de troubles bipolaires et constitue le facteur clef qui permet de différencier un épisode dépressif caractérisé d'un trouble bipolaire.

Face à un épisode caractérisé suspecté, les médecins doivent toujours interroger les patients sur les symptômes suivants :

- augmentation persistante de l'humeur ou de l'humeur irritable ;
- augmentation de l'estime de soi ou idées de grandeur ;
- réduction du besoin de sommeil ;
- désir de parler constamment ;
- fuite des idées ou sensations subjectives que les pensées défilent ;
- distractibilité ;
- augmentation de l'activité orientée vers un but ou agitation psychomotrice ;
- engagement excessif dans les activités agréables.

[1] Remarque : le DSM-IV-TR comprend cinq axes dont l'Axe I qui comprend les troubles majeurs cliniques et l'Axe II qui comprend les troubles de la personnalité et le retard mental.

Psychoses, prises de substances, ou de médicaments et maladies concomitantes

Les autres maladies que l'on doit évaluer avant de poser le diagnostic d'épisode dépressif caractérisé sont :

- les psychoses ;
- la consommation abusive ou impropre de substances psychoactives ;
- les autres maladies en particulier les troubles de la thyroïde.

Les recommandations traitant du diagnostic différentiel du trouble bipolaire

Les recommandations britanniques du *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE) (123). Ces recommandations de 2014 indiquent que les patients adultes se présentant en soins de premier recours avec une dépression doivent être interrogés sur leurs épisodes passés de période d'hyperactivité ou de comportement désinhibé. Si l'hyperactivité ou le comportement désinhibé a duré au moins quatre jours ou plus : envisager d'adresser le patient à un spécialiste en santé mentale pour une évaluation.

Les recommandations canadiennes du *Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments* (CANMAT) (124). Ces recommandations indiquent en 2009 :

Plusieurs études ont montré que les troubles bipolaires comparativement à un épisode dépressif caractérisé sont associés à :

- un âge de survenue significativement précoce ;
- des récidives nombreuses ;
- des dépressions mixtes ou atypiques ;
- des antécédents familiaux de trouble bipolaire ou de suicide avéré.

Les recommandations du *Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments* (124), pour le trouble bipolaire de type I, suggèrent que le critère DSM-IV pour l'épisode maniaque demeure inchangé mais que le critère pour la dépression bipolaire inclut une approche probalistique. Cette approche prend en compte la présence :

- de symptômes dépressifs atypiques (hypersomnie, hyperphagie, ou paralysie de plomb) ;
- un trouble psychomoteur ;
- des signes psychotiques ou d'une culpabilité pathologique ;
- et le signe d'un antécédent familial positif de trouble bipolaire.

Les recommandations de l'*International Society for Bipolar Disorders* (ISBD) (125) indiquent, en 2008, qu'une attention spéciale doit être apportée face aux critères suivants :

- des symptômes dépressifs atypiques (hypersomnie, hyperphagie ou paralysie de plomb ;
- des troubles psychomoteurs ;
- des caractéristiques psychotiques ou une sensation de culpabilité pathologique ;
- la présence d'un antécédent familial d'un trouble bipolaire.

Les recommandations de l'ISBD citent :

Certains critères sont caractéristiques des troubles bipolaires en opposé à la dépression unipolaire :

- une augmentation du besoin de sommeil et ou de l'appétit ;
- un ralentissement psychomoteur prononcé ;
- des caractéristiques psychotiques ;
- une humeur labile ;
- un âge précoce de début de dépression (< 20 ans) ;
- des récidives extrêmement fréquentes (> 5 épisodes) ;
- des troubles psychomoteurs ;
- des épisodes dépressifs de durée brève (< 3 mois en durée) ;

- un déroulement à cycles rapides ;
- un antécédent familial positif de trouble bipolaire.

Les recommandations de la *World Federation of Societies of Biological Psychiatry* (WFSBP) (126) préconisent en 2010 :

- Interroger avec soin, les sujets qui présentent un épisode dépressif caractérisé sur les antécédents d'état maniaque et hypomaniaque, est d'une importance capitale, car les professionnels de santé sont moins sensibilisés à détecter :
  - un antécédent d'épisode hypomaniaque spontané ;
  - ou un antécédent de traitement associé à un épisode hypomaniaque.

Certains symptômes ont été rapportés comme étant plus fréquents dans la dépression bipolaire tels que :

- l'hypersomnie ;
- ou l'augmentation de l'appétit.

D'autres critères peuvent constituer une indication d'une évolution sous-jacente d'un trouble bipolaire tels que :

- la survenue précoce de la maladie, des symptômes ;
- ou un antécédent familial d'un trouble bipolaire ;
- un épisode dépressif unipolaire caractérisé agité.

La *World Federation of Societies of Biological Psychiatry* (126) propose une approche probabiliste pour différencier un épisode dépressif de la dépression unipolaire *versus* un épisode dépressif du trouble bipolaire. Elle est présentée dans le tableau ci-dessous.

Tableau 30. Extrait de l'approche probabiliste pour différencier un épisode dépressif de la dépression unipolaire *versus* un épisode dépressif du trouble bipolaire d'après la *World Federation of Societies of Biological Psychiatry*, 2010 (126)

La plus grande de probabilité pour le diagnostic de dépression bipolaire I doit être envisagée si 5 des caractéristiques suivantes sont présentes (a)	La plus grande de probabilité pour le diagnostic de dépression unipolaire doit être envisagée si 4 des caractéristiques suivantes sont présentes (a)
Symptomatologie et signes de l'état mental	
Hypersomnie et/ou augmentation des siestes dans la journée	Insomnie initiale/manque de sommeil
Hyperphagie et/ou augmentation du poids	Perte d'appétit et/ou de poids
Présence d'autres symptômes atypiques dépressifs	
Retard psychomoteur.	Niveau d'activité normale or ou augmentée
Caractéristiques psychotiques et/ou culpabilités pathologiques	Plaintes Somatiques
Labilité de l'humeur/symptômes maniaques	
Évolution de la maladie	
Survenue précoce de la première dépression (< 25 ans) (a)	Survenue tardive la première dépression (> 25 ans) (a)
Nombreux épisodes antérieurs de dépression (≥ 5 épisodes) (a)	durée prolongée de l'épisode dépressif en cours (>6 mois) a
Antécédents familiaux	
Présence d'antécédent familial d'un trouble bipolaire	Absence d'antécédent familial d'un trouble bipolaire

Sur l'approche probabiliste proposée par la *World Federation of Societies of Biological Psychiatry* (126) dans les cas individuels, la présence ou l'absence de chaque critère peut ne pas contribuer à le diagnostiquer avec certitude.

La confirmation des critères spécifiques qui doivent être utilisés nécessitent une réflexion et la réalisation d'études futures.

Les recommandations formalisées d'experts de Llorca *et al.* en 2010 (127). Les signes qui doivent faire évoquer un trouble bipolaire chez un sujet déprimé sont :

- un âge de début précoce ;
- des caractéristiques mélancoliques ;
- une dépression agitée ;
- une histoire de conduite suicidaire grave ;
- un épisode dépressif majeur du post-partum.

Les recommandations britanniques du *Royal College of General Practitioners* (RCGP) (22). Ces recommandations indiquent en 2014 :

Chez les patients âgés, exclure une cause organique : les symptômes dépressifs peuvent être causés par une anémie, une maladie du foie, du rein ou un diabète.

Les comorbidités constituent la norme chez les patients âgés. En raison des comorbidités complexes psychiatriques et somatiques enchevêtrées chez les patients âgés, une maladie somatique est associée à un risque élevé de dépression (22).

La dépression est trois fois plus présente chez les patients ayant une insuffisance rénale, un bronchopathie chronique obstructive ou une maladie cardiovasculaire.

La revue systématique de l'*Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ) en 2009. La dépression peut être particulièrement difficile à identifier chez les patients âgés.

Le diagnostic est compliqué en raison des maladies associées et de la prise de médicaments concomitants qui peuvent entrainer des symptômes dépression tels que :

- perte d'appétit ou perte de poids ;
- perte d'énergie ou fatigue ;
- retard psychomoteur ;
- insomnie ou hypersomnie ;
- difficulté à se concentrer.

La dépression chez la personne âgée est d'autant plus compliquée à diagnostiquer en raison de la fréquence élevée de comorbidité de maladies, incluant le cancer, des maladies cardio-vasculaires, des troubles neurologiques, des perturbations métaboliques, l'arthrite et des pertes de sensibilité.

► Guide médecin

Le guide médecin de la Haute Autorité de Santé (HAS) (128).

Ce guide recommande en 2009 de :

- rechercher chez le sujet dépressif une bipolarité qui serait passée inaperçue et qui renverrait à un autre type de traitement ;
- et de s'enquérir des antécédents personnels et familiaux.

Les signes d'appel qui doivent faire rechercher une bipolarité devant des épisodes dépressifs sont les suivants :

- la présence d'au moins trois épisodes dépressifs récurrents ;
- la notion d'hypomanie même brève, y compris un épisode déclenché par un antidépresseur ;
- le début d'un épisode (maniaque, mixte, ou psychotique) durant le post-partum ;
- le début des épisodes dépressifs récurrents avant l'âge de 25 ans ;

- la présence d'antécédents familiaux de troubles bipolaires ou de suicide ;
- les antécédents personnels de tentative de suicide ;
- une réponse atypique à un traitement antidépresseur (non-réponse thérapeutique, aggravation des symptômes, apparition d'une agitation, symptômes d'hypomanie).

Le guide médecin (128) propose une définition du trouble dépressif récidivant :

Pour la CIM-10, le trouble dépressif récidivant ou récurrent correspond à un trouble caractérisé par la survenue répétée d'épisodes dépressifs correspondant à la description d'un tel épisode, en l'absence de tout antécédent d'épisodes indépendants d'exaltation de l'humeur et d'augmentation de l'énergie (manie).

Le trouble peut toutefois comporter de brefs épisodes caractérisés par une légère élévation de l'humeur et une augmentation de l'activité (hypomanie), succédant immédiatement à un épisode dépressif, et parfois déclenchés par un traitement antidépresseur. Le risque de survenue d'un épisode maniaque ne peut jamais être complètement écarté chez un patient présentant un trouble dépressif récidivant, quel que soit le nombre d'épisodes dépressifs déjà survenus.

Si un tel épisode maniaque se produit, le diagnostic doit être changé pour celui de « trouble affectif bipolaire ».

Ce trouble dépressif récurrent comprend les épisodes récurrents de dépression :

- psychogène ;
- réactionnelle ;
- réaction dépressive ;
- trouble dépressif saisonnier ;
- à l'exclusion des épisodes dépressifs récurrents de courte durée (F38.1).

Pour le DSM-IV TR, le trouble dépressif caractérisé récidivant nécessite la présence des critères suivants :

- au moins deux épisodes dépressifs caractérisés qui seront considérés comme distincts s'ils sont séparés par une période d'au moins deux mois consécutifs pendant laquelle les critères d'un épisode dépressif caractérisé ne sont pas remplis ;
- les épisodes dépressifs caractérisés ne sont pas mieux expliqués par un trouble schizo-affectif et ne sont pas surajoutés à une schizophrénie, à un trouble schizophréniforme, à un trouble délirant, ou à un trouble psychotique non spécifié ;
- il n'y a jamais eu d'épisode maniaque, mixte ou hypomaniaque.

L'épisode dépressif caractérisé saisonnier se définit selon le DSM-IV TR par les caractéristiques suivantes

- A. Il existe une relation temporelle régulière entre la survenue des épisodes dépressifs caractérisés (…) et une période particulière de l'année.
- B. Présence d'au moins deux épisodes dépressifs caractérisés au cours des deux dernières années, confirmant la présence d'une relation temporelle saisonnière selon la définition des critères A et B. Aucun épisode dépressif caractérisé de caractère non saisonnier n'est survenu au cours de cette période.
- C. Au cours de la vie entière du sujet, les épisodes dépressifs caractérisés saisonniers sont nettement plus nombreux que les épisodes dépressifs caractérisés non saisonniers.

La dépression chronique, selon le DSM-IV TR, se définit par un épisode dépressif correspondant aux critères d'un épisode dépressif caractérisé dont la symptomatologie persiste continuellement pendant une durée de deux ans au moins.

La fiche mémo de la Haute Autorité de Santé (HAS) en 2015 (129).

Selon la fiche mémo, face à un épisode dépressif, il est recommandé de rechercher des arguments en faveur d'un trouble bipolaire. Il est important de différencier les troubles bipolaires

d'un épisode dépressif caractérisé isolé ou récurrent car le traitement et la prise en charge ne sont pas les mêmes.

Il est recommandé de rechercher les indicateurs permettant de suspecter une évolution possible vers une bipolarité.

Les indicateurs de bipolarité en premier lieu sont :

- une survenue précoce de dépression avant 25 ans ;
- des antécédents d'épisodes dépressifs et multiples (trois ou plus) ;
- des antécédents familiaux connus de trouble bipolaire ;
- un épisode dépressif avec ou sans caractéristique psychotique, survenant dans le post-partum ;
- des caractéristiques atypiques de l'épisode dépressif telles qu'une hyperphagie, une hypersomnie ;
- des caractéristiques psychotiques congruentes avec l'humeur ;
- une réponse atypique à un traitement antidépresseur (non-réponse thérapeutique ; aggravation des symptômes ; apparition d'une agitation ; apparition de notion d'hypomanie même brève) ;
- un épisode de manie ou un virage maniaque sous traitement par antidépresseur, qui suffisent pour diagnostiquer un trouble bipolaire.

Les indicateurs de bipolarité en deuxième lieu sont :

- certaines particularités de l'épisode dépressif : agitation, hyperréactivité émotionnelle, irritabilité, avec des débuts et des fins abrupts, sans facteur déclenchant identifié ;
- une suicidalité (passage répété à l'acte suicidaire par des moyens violents) ;
- des passages à l'acte délictueux, des conduites sexuelles à risque.

Les recommandations françaises de la Haute Autorité de Santé (HAS) (61). Ces recommandations indiquent en 2013 :

Bien que le lien physiopathologique entre ces troubles reste encore l'objet de débats, il semble établi que les fumeurs qui ont présenté dans le passé ou qui présentent, lors de leur tentative d'arrêt, des troubles anxieux ou dépressifs aient plus de difficultés à s'arrêter de fumer. Cette difficulté accrue à s'arrêter de fumer peut résulter de nombreux facteurs.

Une dépendance plus forte chez ces sujets, moins de soutien social ou moins d'habileté personnelle à gérer le sevrage chez ces patients. De surcroît, l'arrêt du tabac induit, chez certains patients, une recrudescence de leurs troubles anxieux ou dépressifs.

Le risque d'apparition d'épisode dépressif majeur est augmenté pendant les six mois après arrêt du tabac. Les fumeurs qui présentent un trouble dépressif induit par le sevrage ont plus de difficultés à s'arrêter de fumer.

Les troubles anxio-dépressifs induits par le sevrage durent, en général, quelques semaines et ne nécessitent, en général, pas de prise en charge pharmacologique spécifique. Un soutien dans le cadre de la consultation est néanmoins nécessaire. Si les troubles persistent, il est utile d'envisager une prise en charge spécifique. Il est utile de rechercher ces troubles par l'interrogatoire avant la mise en route du traitement. Les antécédents personnels et familiaux doivent être recherchés.

Il est recommandé de repérer l'anxiété et la dépression éventuelles, antérieures ou concomitantes au tabagisme, et de suivre l'évolution de ces troubles durant le sevrage tabagique. Il est recommandé de questionner le patient sur les éventuels symptômes anxieux et dépressifs survenus lors des précédentes tentatives d'arrêt (avec ou sans traitement). L'évaluation des comorbidités psychiatriques et de leur évolution peut être aidée par l'utilisation d'auto-questionnaires : *Hospital Anxiety-Depression scale-15* (HAD), inclus dans le dossier de consultation de tabacologie de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) ; *Beck Anxiety Inventory* (BAI) ; *Beck Depression Inventory* (BDI).

► Les revues de la littérature

La revue de l'*American Psychiatric Association* (APA) (4), en 2013, sur la classification du DSM-5 précise : le diagnostic différentiel est suggéré dans les critères de l'APA dans le DSM-5 définissant l'EDC. En effet, les critères B, C, D et E sont des critères d'exclusion. Ils concernent :

- l'épisode mixte (B) ;
- les symptômes dépressifs induits par des substances ou une autre maladie somatique (C) ;
- un trouble schizo-affectif, une schizophrénie, un trouble schizophréniforme (symptômes psychotiques d'une durée inférieure à six mois), un trouble délirant, ou un autre trouble du spectre schizophrénique spécifiés ou non, ou un autre trouble psychotique (D) ;
- un épisode maniaque ou hypomaniaque (E).

Dans le DSM-IV, le deuil est également un critère d'exclusion :

- Les symptômes ne sont pas mieux expliqués par un deuil, c'est-à-dire après la mort d'un être cher, les symptômes persistent pendant plus de deux mois ou s'accompagnent d'une altération marquée du fonctionnement, de préoccupations morbides de dévalorisation, d'idées suicidaires, de symptômes psychotiques ou d'un ralentissement psychomoteur.

La revue publiée par l'*American Psychiatric Association* (APA) en 2013 (27) au sujet des points marquants concernant les modifications apportées par le DSM-5 indique :

<u>Dysthymie</u>

Ce qui était défini comme une dysthymie par le DSM-IV rentre désormais dans la catégorie du trouble dépressif persistant, qui inclut à la fois la dépression chronique et l'ancien trouble dysthymique.

Étant donné qu'il était impossible de trouver des différences scientifiques significatives entre ces deux affections, elles ont été combinées tout en gardant des traits spécifiques afin d'identifier les différentes marches à suivre pour le diagnostic et assurer une continuité avec le DSM-IV.

La revue de la littérature de Hättenschwiler *et al.* de 2009 (130) indique que plus de la moitié des troubles bipolaires commencent par une dépression.

La CIM-10 indique comme symptômes :

- humeur abaissée ;
- manque d'intérêt ;
- perte d'élan vital comme grands symptômes dépressifs ;
- humeur euphorique et excitabilité comme symptômes maniaques.

La dépression bipolaire, avec une souffrance profonde, un risque suicidaire accru, et le fait que les patients bipolaires passent en moyenne beaucoup plus de temps en épisodes dépressifs que les maniaques (bipolaires I : 31 %, bipolaires II jusqu'à 51 % de leur existence), constitue un défi important aussi bien pour le médecin que pour le patient.

Dans la dépression atypique, des événements positifs (bonnes nouvelles, visites, contacts, discussions) peuvent rehausser momentanément l'humeur.

Dans cette forme, qui totalise 30-40 % des cas :

- Les patients ont un besoin de sommeil exagérément augmenté, sont fatigués malgré un sommeil suffisant et rapidement épuisés.
- Leur appétit est augmenté (surtout pour les douceurs, fringale d'hydrates de carbone), ils prennent du poids et réagissent de manière hypersensible au rejet.
- Les symptômes maniaques tels que surestime de soi, hyperactivité et désinhibition peuvent acculer les patients à la ruine personnelle et/ou financière et fortement perturber leur entourage. L'humeur est typiquement euphorique, souvent dysphorique (manie irritable).

- Les symptômes psychotiques, sous forme de délires, sont présents jusqu'à 20 % dans les phases dépressives (délire de péché, de responsabilité, d'appauvrissement et hypochondriaque) et sont présents dans 50 % environ des épisodes maniaques (folie des grandeurs).
- Ces délires sont synthymiques à la phase correspondante de la maladie. Jusqu'à 60 % des patients bipolaires aggravent encore leur situation par la consommation d'alcool et de drogues.
- Dans une hypomanie ou au début d'une phase maniaque, les patients ont souvent l'impression d'avoir vaincu leur vague à l'âme et interrompent leur traitement.
- Les nouveaux symptômes n'apparaissent que plus tard, ce qui fait que la relation causale entre l'arrêt des médicaments et la récidive n'est pas souvent établie.

Il n'y a malheureusement aucun critère bien établi permettant de faire la distinction entre dépression unipolaire et bipolaire (130). Le syndrome dépressif est pratiquement le même dans les deux types de dépression. Seuls quelques signes bipolaires discrets peuvent orienter vers une dépression bipolaire :

- une manifestation précoce de la première dépression (<25 ans) ;
- un tempérament hyperthymique ou cyclothymique ;
- une anamnèse familiale positive de troubles bipolaires ;
- une induction d'une hypomanie par les antidépresseurs ;
- des épisodes dépressifs avec début et fin abrupts ;
- une dépression atypique avec hypersomnie ;
- une augmentation de l'appétit et une inhibition psychomotrice marquée.

La revue de la littérature de Conus *et al.* de 2008 (131) indique que la dépression est la manifestation initiale la plus fréquente des troubles bipolaires, et les patients passent environ trois fois plus de temps en phase dépressive qu'en phase maniaque. Face à un patient déprimé, il est difficile de savoir s'il souffre d'un trouble dépressif unipolaire ou s'il va par la suite développer un trouble bipolaire.

La publication récente de la *Bipolar Depression Rating Scale*, basée sur l'observation de certaines caractéristiques de la dépression chez des patients souffrant d'un trouble bipolaire, devrait contribuer à la résolution de ce problème :

- un âge de début précoce ;
- un début et une fin abrupts ;
- un ralentissement psychomoteur ;
- des symptômes mélancoliques ;
- une hypersomnie ;
- une hyperphagie ;
- une irritabilité ;
- des états mixtes ;
- une labilité émotionnelle ;
- un taux élevé de récidive.

► Conclusion générale sur le diagnostic différentiel

Selon les recommandations, il est préconisé pour établir le diagnostic différentiel d'un épisode dépressif caractérisé de rechercher :

D'autres maladies somatiques notamment : hypothyroidie, démences.

Et d'autres troubles psychiatriques :

- les troubles de l'humeur dont :
  - le trouble bipolaire,

- le trouble dépressif persistant (par exemple la dysthymie[2]), ou récurrent (par exemple : un épisode dépressif saisonnier), un trouble dépressif non spécifié,
- les troubles de l'adaptation[3],
- les troubles anxieux (le trouble anxieux généralisé, un état de stress post-traumatique par exemple),
- les troubles schizophréniques (dont le trouble schizo-affectif, le trouble schizophréniforme), les troubles délirants ;

- les troubles somatoformes, les troubles de conduite alimentaire :
  - les troubles de la personnalité.
- Remarque du groupe de travail :

Le groupe de travail rappelle que l'état de deuil est une réaction d'adaptation à une perte significative qui ne doit pas être médicalisé en l'absence de complications.

Néanmoins, certains deuils peuvent évoluer vers une pathologie dépressive et comportent un risque suicidaire.

Il est recommandé d'évoquer la possibilité d'un trouble bipolaire pour tout patient diagnostiqué comme ayant ou suspecté d'avoir un épisode dépressif caractérisé, en recherchant dans les antécédents du patient un épisode maniaque ou hypomaniaque (18, 107, 123, 126, 128, 130, 131).

Les patients ayant un trouble bipolaire ont davantage d'épisodes dépressifs que d'épisodes hypomaniaques ou maniaques (19).

La présence d'un épisode maniaque ou hypomaniaque dans les antécédents du patient permet de poser le diagnostic de trouble bipolaire.

Il est recommandé de rechercher des critères suivants en faveur d'un trouble bipolaire :

- une survenue précoce de dépression avant 25 ans ;
- des antécédents d'épisodes dépressifs et multiples (trois ou plus) ;
- des antécédents familiaux de trouble bipolaire ;
- un épisode dépressif avec ou sans caractéristique psychotique, survenant dans le post-partum ;
- une hyperphagie, une hypersomnie ;
- certaines particularités de l'épisode dépressif : agitation, hyperréactivité émotionnelle, irritabilité, avec des débuts et des fins abrupts, sans facteur déclenchant identifié ;
- une suicidalité (passage répété à l'acte suicidaire par des moyens violents) ;
- des passages à l'acte délictueux, des conduites sexuelles à risque (124-126, 128, 130, 131).

Il est possible d'utiliser le questionnaire « Trouble de l'humeur » (*Mood Disorder Questionnaire*), qui est un outil de repérage des hypomanies (18).

Selon la majorité des recommandations traitant du diagnostic, il convient également de rechercher systématiquement :

- les maladies associées notamment : les maladies entraînant un handicap, les douleurs chroniques, les cancers, les addictions, etc. Chez les sujets agés, les comorbidités et la polymédication sont particulièrement fréquentes ;

[2] Caractérisée par un affaissement de l'humeur, une dysphorie est marquée par une chronicité d'au moins un an ou deux ans et par une sévérité insuffisante pour compléter les critères de l'épisode dépressif caractérisé (entre deux et six signes en dehors des idées suicidaires et du sentiment de culpabilité).

[3] Survenant dans les trois mois suivant l'exposition à un stress, marqué par une humeur dépressive ou une symptomatologie anxio-dépressive excessive comparativement à une réaction « normale » associée à une altération du fonctionnement, mais ne présentant ni l'intensité ni suffisamment de critères pour constituer un épisode dépressif caractérisé.

- la prise concomitante de médicaments, y compris par automédication (par exemple : les rétinoides, l'interféron, méfloquine, etc.), de produits de phytothérapie, y compris par automédication de produits de phytothérapie (par exemple : le millepertuis, le griffonia, sources de L-5-hydroxytryptophane présentées également sous forme de compléments alimentaires) ;
- la prise concomitante de substances psychoactives (notamment : alcool, cannabis et cocaïne, etc.) :
  - l'abus, la dépendance, le sevrage de substances psychoactives (incluant le sevrage du tabac : peuvent induire des symptômes dépressifs,
  - concernant les abus et les dépendances de substances psychoactives il peut s'agir à la fois d'un diagnostic différentiel ou d'une comorbidité,
  - dans ces situations, il convient d'être prudent avant d'infirmer ou de confirmer le diagnostic.

Il est recommandé de se referer au site de l'ANSM pour l'imputabilité des médicaments.

Après une discussion du groupe de travail, il a été décidé d'évoquer le burn out en tant que risque psycho-social dans le chapitre du bilan initial.

2. Reconnaître les risques

La reconnaissance de la sévérité et du risque suicidaire vont permettre d'établir une conduite à tenir pour la prise en charge optimale.

2.1 Évaluation de la sévérité

2.1.1 Définition de la sévérité

Ont été sélectionnés pour rédiger cette question :

- Dix recommandations :
  - de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (Anaes) en 2002 (1) ;
  - de la Haute Autorité de Santé (HAS) en 2014 (10) ;
  - de l'*Institute for Clinical Systems Improvement* (ICSI) en 2013 (107) ;
  - du *National Health Service* (NHS) *Choices* en 2014 (11) ;
  - de l'*Institute for Clinical Systems Improvement* (ICSI) en 2012 (37) ;
  - du *Singapore Ministry of Health* (SMoH) en 2011 (13) ;
  - de Härter *et al.* en 2010 (15) ;
  - du *Department of Veterans Affairs* (DVA) en 2009 (18) ,
  - du *New Zealand Guidelines Group* (NZGG) en 2008 (38) ;
  - du *Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists* (RANZCP) en 2004 (14).
- Deux publications d'épidémiologie :
  - de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) en 2013 (132) ;
  - de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) en 2012 (133).

► Prévalence des trois niveaux de sévérité

L'enquête de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes), publiée en 2012 (133), a utilisé les données provenant du Baromètre santé en 2010. Les Baromètres santé sont des enquêtes quinquennales réalisées par téléphone. Elles interrogent la population française sur ses attitudes, comportements, connaissances et opinions en matière de santé.

<u>Méthode</u>

Ces enquêtes téléphoniques de type déclaratif utilisent la technique du sondage aléatoire. En 2010, l'échantillon comprend 27 653 individus.

L'étude porte sur les personnes ayant été identifiées comme ayant eu un épisode dépressif caractérisé par le CIDI-SF au cours des douze mois précédant l'enquête, ainsi que sur celles d'entre elles n'ayant pas eu de recours aux soins tels que définis :

- 1) utilisation des services d'un organisme : hôpital, association, centre, ligne téléphonique, site internet ou autre ;
- 2) consultation d'un professionnel : psychiatre, psychologue, médecin généraliste ou spécialiste, thérapeute, infirmière, assistante sociale ou autre ;
- 3) recours à une psychothérapie.

Le questionnaire *Composite International Diagnostic Interview-Short Form* (CIDI-SF), recommandé par l'OMS, a été utilisé dans le Baromètre santé.

Le *Composite International Diagnostic Interview-Short Form* (CIDI-SF) est conçu pour être administré par des non spécialistes en un temps réduit, permettant ainsi son utilisation dans des enquêtes portant sur des échantillons importants. Le principe du CIDI-SF est de transposer les

symptômes caractéristiques de l'EDM définis par le DSM-IV en questions, et d'en déduire une classification diagnostique. Les symptômes sont auto-évalués rétrospectivement sur une période donnée, les 12 mois précédant l'enquête.

Définition de l'épisode dépressif caractérisé d'après le CIDI-SF :

Les symptômes principaux sont :

- vivre une période d'au moins deux semaines consécutives en se sentant triste, déprimé ou sans espoir, pratiquement toute la journée, presque tous les jours ;
- vivre une période d'au moins deux semaines consécutives en ayant perdu intérêt pour la plupart des choses, pratiquement toute la journée, presque tous les jours.

Les symptômes secondaires sont :

- se sentir épuisé ou manquer d'énergie plus que d'habitude ;
- avoir pris ou perdu au moins cinq kilos ;
- avoir plus que d'habitude des difficultés à dormir ;
- avoir beaucoup plus de mal que d'habitude à se concentrer ;
- avoir beaucoup pensé à la mort ;
- avoir perdu intérêt pour la plupart des choses comme les loisirs, le travail ou les activités qui donnent habituellement du plaisir.

Les épisodes dépressifs caractérisés peuvent être classés en trois types selon qu'ils sont légers, moyens ou sévères, en fonction du nombre de symptômes déclarés et de l'intensité du retentissement :

- épisode dépressif caractérisé : au moins quatre symptômes (dont au moins un symptôme principal) et ses activités habituelles perturbées par ces problèmes ;
- épisode dépressif caractérisé léger : un maximum de cinq symptômes et ses activités légèrement perturbées ;
- épisode dépressif caractérisé sévère : un minimum de six symptômes et ses activités beaucoup perturbées ;
- épisode dépressif caractérisé : tous les cas entre légers et sévères.

Résultats

Selon l'enquête de l'Inpes (133), la prévalence de l'épisode dépressif caractérisé (EDC) au cours des douze derniers mois, telle que mesurée par le CIDI-SF dans le cadre du Baromètre santé de l'Inpes, s'élève en France, en 2010, à 7,5 % parmi les 15-85 ans.

En 2010, 2,8 % des personnes âgées de 15 à 75 ans ont subi dans les douze derniers mois un épisode dépressif caractérisé sévère, 4,3 % un épisode dépressif caractérisé d'intensité moyenne et 0,7 % un épisode dépressif caractérisé léger. Ces chiffres s'avèrent également stables par rapport à 2005 (respectivement 3,0 %, 3,9 % et 0,9 %) (133).

Le rapport de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) (132) indique en 2013 que plus d'1,5 million d'adultes ont été suivis en psychiatrie, en 2011, dans les établissements de santé français (Drees, SAE 2011). Les épisodes et troubles dépressifs représentent le diagnostic le plus fréquemment rencontré parmi les personnes prises en charge en psychiatrie dans un établissement de santé en 2011.

Méthode

Le Recueil d'informations médicalisées en psychiatrie (Rim-P), mis en place en 2007, a été utilisé, et permet d'apporter un premier éclairage national sur le sujet. La connaissance de l'activité médicale dans le cadre du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) du champ d'activité de psychiatrie public et privé repose sur le recueil systématique de données administratives et médicales normalisées. Ce recueil, nommé recueil d'informations médicalisé en psychiatrie (RIM-P) comporte deux supports :

- le Résumé par séquence (RPS), pour les patients admis en hospitalisation, avec ou sans hébergement ; le RPS est commun à tous les établissements publics et privés ;
- le Résumé d'activité ambulatoire (RAA) pour les consultations et soins externes, réservé aux établissements financés par dotation annuelle de financement (DAF)[4].

Dans cette enquête, l'épisode dépressif caractérisé (EDC) est défini selon le CIDI-SF (*Composite International Diagnostic Interview-Short Form*) et le DSM-IV (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* 4e édition). Il est identifié par la présence d'au moins quatre symptômes (ex. vivre une période d'au moins deux semaines consécutives en se sentant triste, avoir pris ou perdu au moins 5 kg, avoir beaucoup plus de mal que d'habitude à se concentrer, etc.) dont au moins un important, et la perturbation des activités habituelles du patient.

La classification internationale des maladies (CIM 10e révision) qualifie les épisodes et troubles dépressifs en légers, moyens, sévères (2).

Résultats

D'après la publication de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, près de 283 0002 patients adultes (de 16 ans et plus) ont été suivis pour un épisode ou un trouble dépressif en 2011, soit près de 18 % de la file active totale, dont 75 % ont eu exclusivement une prise en charge ambulatoire sous forme de consultations avec des professionnels de santé, interventions aux urgences, soins à domicile. La dépression constitue le premier motif de recours en psychiatrie dans les établissements de santé métropolitains.

Parmi les patients suivis en établissement de santé en 2011 pour dépression, 37 % le sont pour un épisode ou trouble sévère, 35 % pour un épisode ou trouble qualifié d'intensité moyenne, 14 % pour un épisode ou trouble léger et autant pour des épisodes ou troubles dépressifs autres non définis en termes de sévérité.

Remarque

À la demande du groupe de travail, les données publiées de l'étude **Ecogen** sur le site Internet de cette étude ont été recherchées par le service de documentation de la HAS. Sur le site de cette étude, il n'est fait mention que d'une thèse dont le contenu après examen ne comporte aucune donnée sur la sévérité de la dépression. Cette étude n'est donc pas retenue pour ce chapitre.

Concernant l'étude **CONSTANCE**, les données de sévérité de la dépression issues de cette cohorte n'ont pas été trouvées sur le site indiqué par le service de documentation de la HAS. Les résultats concernant la dépression semblent ne pas avoir été publiés.

Aucune publication n'est citée dans la liste des publications disponible sur ce site. Une recherche, réalisée dans pubMed avec les noms des responsables des projets, sur la dépression de la cohorte, n'a donné lieu à aucune publication à ce jour.

Le bulletin de la *World Health Organization* en 2005 (134) indique que dans le cadre d'une étude réalisée en Hollande et publiée en 1998, la prévalence pour un épisode dépressif léger était de 26,7 %, pour un épisode dépressif modéré à sévère de 61,9 % et pour un épisode sévère avec des épisodes psychotiques de 11,4 %.

► Les recommandations

Les recommandations françaises de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (Anaes) (1) indiquent pour la sévérité en 2002 :

La CIM-10 (2) et le DSM-IV-TR (20) qualifient l'épisode dépressif selon la sévérité des symptômes de :

[4] http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bos/2015/sts_20150004_0001_p000.pdf

- « léger » lorsqu'il y a peu ou pas de symptômes supplémentaires par rapport au nombre nécessaire pour répondre au diagnostic ; l'altération des activités professionnelles, des activités sociales courantes, ou des relations avec les autres, est seulement mineure ;
- « sévère sans caractéristiques psychotiques » lorsque plusieurs symptômes supplémentaires par rapport au nombre nécessaire pour répondre au diagnostic sont présents, et que les symptômes perturbent nettement les activités professionnelles, les activités sociales courantes ou les relations avec les autres ;
- « sévère avec caractéristiques psychotiques » lorsque s'ajoutent aux symptômes typiques de l'épisode dépressif sévère des idées délirantes ou des hallucinations, concordant ou non avec le trouble de l'humeur ;
- « modéré » lorsque les symptômes et altérations des activités professionnelles, des activités sociales courantes, ou des relations avec les autres, sont comprises entre ces deux extrêmes.
-

Les recommandations françaises de la Haute Autorité de Santé (HAS) (10) indiquent en 2014 :
Selon la CIM-10, les ED sont individualisés et distingués sur la base de :

- 1) leur intensité ;
- 2) leurs caractéristiques symptomatiques (épisode dépressif léger F32.0, moyen F32.1, sévère sans symptômes psychotiques F32.2, sévère avec symptômes psychotiques F32.3).

Selon le DSM-5, l'épisode dépressif caractérisé est spécifié en fonction de son intensité. Il est dit léger, moyen ou sévère.

L'épisode dépressif caractérisé léger est défini par peu ou pas de présence de critères supplémentaires par rapport au nombre nécessaire pour atteindre le diagnostic.

L'épisode dépressif caractérisé est sévère sans caractéristique psychotique s'il présente plusieurs symptômes supplémentaires par rapport au nombre nécessaire pour répondre au diagnostic, et si les symptômes perturbent nettement les activités professionnelles.

Mesurer la sévérité de l'épisode dépressif selon le DSM- 5		
Épisode dépressif caractérisé léger	**Épisode dépressif caractérisé modéré**	**Épisode dépressif caractérisé sévère**
- Les symptômes sont présents en nombre minimum pour poser le diagnostic (cinq symptômes dont au moins un symptôme majeur). - Retentissement léger sur le fonctionnement (perturbé par les symptômes, quelques difficultés à poursuivre les activités ordinaires et les activités sociales, mais celles-ci peuvent être réalisées avec un effort supplémentaire).	- Six ou sept symptômes (dont au moins un symptôme majeur). - Difficultés considérables à mener le travail scolaire, les activités familiales et sociales (intermédiaire entre léger et sévère).	- Plus de sept symptômes dépressifs. - L'intensité des symptômes est sévère (notamment symptômes psychotiques, etc.). - Dysfonctionnement sévère dans plusieurs domaines (école, famille, social).

Selon le DSM-5, La spécification mélancolique correspond à une forme particulière d'EDC sévère avec un des deux éléments suivants (critère A) :

- [1] perte du plaisir pour toute, ou presque, les activités ;
- et [2] absence de réactivité aux stimuli agréables.

Par ailleurs, trois éléments au moins parmi les suivants (critère B) :

- [1] humeur dépressive particulière, marquée par un sentiment profond d'abattement, de désespoir et/ou de vide ;
- [2] dépression régulièrement plus marquée le matin ;

- [3] réveil matinal précoce (au moins deux heures avant l'heure habituelle du réveil) ;
- [4] agitation ou ralentissement psychomoteur marqué ;
- [5] anorexie ou perte de poids significative ;
- [6] culpabilité excessive ou inappropriée.

Les caractéristiques psychotiques sont des idées délirantes ou des hallucinations.

Ces délires sont plus fréquemment congruents à l'humeur (thèmes de culpabilité, de punition méritée, de nihilisme, somatique, de ruine, hallucinations auditives réprimant le sujet pour ses fautes).

Plus rarement, ces caractéristiques ne sont plus congruentes à l'humeur : délire de persécution sans idée dépressive justifiant que le sujet mérite cette persécution, pensées imposées, diffusion de pensées.

Les recommandations nord-américaines de l'*Institute for Clinical Systems Improvement* (ICSI) (107) indique en 2013 :

Selon la CIM 10 et le DSM-5 :

La sévérité est basée sur le nombre de critères, l'intensité de ces symptômes et sur le degré de handicap fonctionnel :

- épisode léger 296.21 (F32.0) : lorsqu'il y a peu ou pas de symptômes supplémentaires par rapport au nombre nécessaire pour répondre au diagnostic. L'intensité des symptômes est éprouvante mais elle est contrôlable et les symptômes perturbent peu les activités professionnelles, ou sociales ;
- épisode modéré (F32.1) : le nombre des symptômes, l'intensité des symptômes et le degré de handicap fonctionnel se situe entre ceux précisés pour l'épisode léger et l'épisode sévère ;
- épisode sévère (F32.2) : plusieurs symptômes supplémentaires sont présents par rapport au nombre nécessaire pour répondre au diagnostic. L'intensité des symptômes est très éprouvante et incontrôlable, les symptômes perturbent nettement les activités sociales ou professionnelles.

L'ICSI recommande de classer la sévérité des symptômes et de degré de dysfonctionnement pour les activités comme suit :

- épisode léger : lorsqu'il y a peu ou pas de symptômes supplémentaires par rapport au nombre nécessaire pour répondre au diagnostic et seulement dans le cas d'un dysfonctionnement léger pour les activités professionnelles ou sociales ;
- épisode modéré : les symptômes ou le dysfonctionnement pour les activités se situe entre ceux précisés pour l'épisode léger et l'épisode sévère ;
- épisode sévère : plusieurs symptômes supplémentaires sont présents par rapport au nombre nécessaire pour répondre au diagnostic. Les symptômes perturbent nettement les activités sociales ou professionnelles.

Les recommandations britanniques du *National Health Service* (NHS) ***Choices*** (11). Ces recommandations indiquant, en 2014, les caractéristiques de la sévérité d'un d'épisode dépressif caractérisé sont présentées dans le tableau ci-dessous.

Tableau 31. Caractéristiques de la sévérité d'un d'épisode dépressif caractérisé d'après le *NHS Choices*, 2014 (11)

Sévérité de la dépression
La sévérité de la dépression peut être définie de la manière suivante : • Dépression infraliminaire (sous-seuil) : symptômes significatifs de la dépression en dessous du seuil défini par les critères du DSM-IV. • Dépression légère : les symptômes sont présents en nombre minimum pour poser le diagnostic et il existe un léger retentissement sur le fonctionnement. • Dépression moyenne : le nombre des symptômes présents est un peu supérieur au nombre requis pour établir le diagnostic et il existe un dysfonctionnement modéré pour les activités. • Dépression sévère : la plupart des symptômes sont présents. le dysfonctionnement pour les activités est très prononcé. Dans les dépressions sévères, les patients peuvent développer des symptômes psychotiques, par exemple : des hallucinations, des délires. Il faut noter qu'une évaluation complète d'un épisode dépressif ne se limite pas simplement à compter le nombre de symptômes. Cette évaluation doit prendre en compte le degré de dysfonctionnement et/ou du handicap associé avec le diagnostic envisagé de dépression, et la durée de l'épisode.

Les recommandations nord-américaines de l'*Institute for Clinical Systems Improvement* (ICSI) (37). Ces recommandations indiquent en 2012 :

Les patients diagnostiqués avec une dépression caractérisée ont une évolution hétérogène allant de la guérison spontanée à la mise en jeu du pronostic vital.

L'ICSI recommande de classer la sévérité des symptômes et degré de dysfonctionnement comme suit :

- épisode léger : les symptômes sont présents en nombre minimum pour poser le diagnostic et il existe un léger retentissement sur le fonctionnement des activités professionnelles et/ou sociales ;
- épisode modéré : les symptômes ou le dysfonctionnement sur les activités sont situés entre les épisodes légers et sévères ;
- épisode sévère : la plupart des symptômes sont présents. Le dysfonctionnement pour les activités professionnelles et/ou sociales est prononcé.

Les recommandations du *Singapore Ministry of Health* (SMoH) (13).

Ces recommandations indiquent en 2011 :

Un épisode dépressif peut être classé en épisode léger modéré ou sévère selon :

- le nombre et le type de symptômes présents durant l'épisode et également ;
- le degré du dysfonctionnement dans les activités sociales/professionnelles résultant de la dépression.

Les patients ayant un épisode léger conservent la capacité de travailler ce qui requiert de leur part des efforts importants et ont normalement cinq ou six symptômes.

Les épisodes modérés ont une intensité intermédiaire qui est comprise entre l'intensité des épisodes légers à sévères.

Les épisodes sévères sont définis par la présence de la plupart des symptômes dépressifs et d'un handicap avéré (incapacité à travailler par exemple). La présence de symptômes psychotiques qualifie l'épisode en tant qu'épisode dépressif sévère psychotique.

Les recommandations allemandes de Härter *et al.* (15) précisent en 2010 les symptômes et les critères de sévérité des épisodes dépressifs.

- Les symptômes et les critères de sévérité des épisodes dépressifs sont présentés dans les tableaux ci-dessous.

Tableau 32. Sévérité des symptômes dépressifs selon la CIM-10 d'après Härter *et al.*, 2010 (15)

Symptômes présents au minimum deux semaines	Épisode dépressif léger	Épisode dépressif modéré	Épisode dépressif sévère
Symptômes dépressif principaux. Au moins deux symptômes **principaux** : • humeur dépressive ; • perte d'intérêt, abattement ; • perte d'énergie, augmentation de la fatigabilité.	2	2	3
Autres symptômes dépressifs. Au moins deux des autres symptômes : • concentration et attention réduite ; • diminution de l'estime de soi et de la confiance en soi ; • sentiment de culpabilité et d'inutilité ; • perspectives négatives et pessimistes pour le futur ; • idées et comportement suicidaires ; • troubles du sommeil ; • perte d'appétit.	2	3 à 4	Au moins 4
• Symptômes psychotiques.	Non	Non	Oui / Non

Les recommandations nord-américaines du *Department of Veterans Affairs* (DVA) (18).

L'intensité des symptômes d'un épisode dépressif doit être déterminée à l'aide du score déterminé par le PHQ 9. Le niveau de dysfonctionnement doit être établi lors de l'interview clinique psychiatrique.

Les symptômes clefs qui peuvent avoir un impact sur le dysfonctionnement du patient doivent être pris en compte et peuvent indiquer un plus haut niveau de sévérité que celui déterminé à l'aide du PHQ 9

Les patients ayant une dépression sévère peuvent développer des symptômes psychotiques (hallucinations et ou délires) qui peuvent être congruents, ou non, avec l'humeur du patient. Les symptômes psychotiques congruents à l'humeur peuvent être difficiles à distinguer de ceux qui surviennent dans les autres psychoses telles que la schizophrénie.

Un patient ayant un épisode dépressif caractérisé sévère peut présenter :

- des idées suicidaires actives avec une intention ou une planification ou une tentative de suicide ;
- des idées actives d'homicide ;
- des symptômes psychotiques ;
- des symptômes d'une anorexie sévère (incluant une perte de poids qui constitue un risque pour la santé) ;

- l'incapacité de maintenir les activités de la vie quotidienne, par exemple pour l'hygiène corporelle, l'alimentation ou une catatonie.

Tableau 33. Classification de l'intensité d'un épisode caractérisé dépressif d'après le *Department of Veterans Affairs*, 2009 (18)

Niveau de Sévérité	*Patient Health Questionnaire* (PHQ-9) Score Total	Dysfonctionnement
Léger	10-14	Léger
Modéré	15-19	Modéré
Sévère	≥ 20	Sévère

Les recommandations néozélandaises du *New Zealand Guidelines Group* (NZGG) (38). Ces recommandations indiquent en 2008 :

Lorsque l'on évalue l'intensité d'une dépression chez un adulte, les médecins doivent prendre en compte la sévérité, la persistance des symptômes, le handicap fonctionnel, la réponse à toute intervention thérapeutique antérieure, le contexte psychosocial élargi, identifier les facteurs qui peuvent avoir un impact positif ou négatif sur l'issu de la pathologie.

Un patient adulte avec un épisode dépressif léger est, en général, perturbé mais a la capacité d'effectuer les activités normales.

Un patient adulte avec un épisode dépressif modéré peut avoir des difficultés significatives à poursuivre des activités normales alors qu'un adulte avec un épisode dépressif sévère aura un dysfonctionnement très marqué, sentiments d'inutilité et de culpabilité et/ou des pensées suicidaires.

Les recommandations conjointes australiennes et néozélandaises du *Royal Australian and New-Zealand College of Psychiatrists* (RANZCP) (14) définissent, en 2004, la sévérité de l'épisode caractérisé et les sous-types de la dépression selon le DSM-IV :

Un épisode dépressif caractérisé peut être léger, modéré ou sévère.

Un épisode dépressif **léger** est défini par des symptômes qui sont présents au nombre minimum requis pour poser le diagnostic. Il existe un léger retentissement sur le fonctionnement.

Un épisode dépressif **modéré** est défini par un nombre supérieur de symptômes au nombre minimum de critères de dépression remplis pour le diagnostic, et par un dysfonctionnement plus important.

Un épisode dépressif **sévère** est défini par :

- la présence de la plupart des critères requis pour le diagnostic sont présents ;
- il existe une interférence prononcée dans les activités sociales, professionnelles, entraînant un dysfonctionnement évident (par exemple : une incapacité à travailler ou à s'occuper de ses enfants) ;
- à l'extrême, les personnes concernées peuvent être totalement incapables de fonctionner socialement ou professionnellement, voire même de s'alimenter, de se vêtir ou de maintenir une hygiène corporelle minimale ;
- les caractéristiques des symptômes (par exemple, idées ou comportements suicidaires) doivent être prises également en compte dans l'évaluation de la sévérité.

Les recommandations conjointes du *Royal Australian and New-Zealand College of Psychiatrists* (14) citent en 2004 :

Selon le DSM-IV, l'épisode dépressif sévère peut avoir des caractéristiques psychotiques.

La dépression peut être accompagnée d'hallucinations et ou de délires, qui sont en général, mais pas toujours, congruents à l'humeur.

Il est très important de faire une distinction entre le caractère durable des phénomènes psychotiques dans la dépression caractérisée et les idéations paranoïaques transitoires, vu l'instabilité de l'humeur du trouble borderline de la personnalité.

► Conclusion générale sur l'évaluation de la sévérité

Conclusion selon les données de la littérature

La majorité des recommandations pour la définition citent les critères diagnostiques du CIM-10, du DSM-IV, du DSM-5, et proposent pour l'épisode dépressif caractérisé trois niveaux de sévérité, légère moyenne ou sévère, selon :

- le nombre et l'intensité des symptômes ;
- le degré de dysfonctionnement du patient dans les activités sociales, professionnelles résultant de l'épisode dépressif.

Tableau 34. Critères définissant un épisode dépressif caractérisé léger modéré et sévère

Épisode dépressif caractérisé	Léger	Modéré	Sévère
Nombre de symptômes (dont au moins un symptôme majeur).	**Cinq symptômes** présents (peu ou pas de symptômes supplémentaires par rapport au nombre nécessaire pour répondre au diagnostic).	**Six ou sept symptômes** présents.	Au moins **sept symptômes** présents.
Retentissement sur le mode de fonctionnement du patient.	- Retentissement léger sur le fonctionnement (perturbé par les symptômes). - Quelques difficultés à poursuivre les activités ordinaires et les activités sociales, mais celles-ci peuvent être réalisées avec un effort supplémentaire.	Le dysfonctionnement pour les activités se situe entre ceux précisés pour l'épisode léger et l'épisode sévère.	Les symptômes perturbent nettement les activités professionnelles, les activités sociales courantes ou les relations avec les autres, par exemple : difficultés considérables, voire une incapacité à mener le travail, les activités familiales et sociales.
Un épisode dépressif sévère peut comporter : • des symptômes psychotiques : (hallucination, délire) qui sont plus fréquemment congruents à l'humeur ; • une spécification mélancolique (perte du plaisir pour presque toutes les activités, absence de réactivité aux stimuli agréables) ; • des idées suicidaires (planifications, intentions ou tentative) ; • une incapacité à maintenir les activités quotidiennes : hygiène corporelle, anorexie, catatonie.			

Le niveau de dysfonctionnement doit être établi lors de l'entretien clinique à visée d'évaluation psychiatrique.

Remarque du groupe de travail :
Le groupe de travail note que la définition donnée par les classifications d'un épisode dépressif modéré n'est pas suffisament précise.

2.2 Les outils pour évaluer la sévérité

2.2.1 Introduction

Ont été retenues, pour ce chapitre, les échelles pouvant être utilisées dans le cadre d'une consultation en premier recours en France :

- Patient Health Questionnaire-9 ;
- Hamilton Depression Rating Scale ;
- Center for Epidemiological Studies Depression Scale ;
- Hospital Anxiety and Depression Scale ;
- Montgomery and Asberg Depression Rating Scale ;
- Clinical Global Impression Scale ;
- Beck Depression Inventory.

Seules les échelles disposant d'une traduction française validée sont présentées dans l'argumentaire.

Les publications indiquées ci-dessous n'ont pas été retenues pour répondre à la question traitée pour les raisons suivantes qui sont parfois associées :

- les études traitant de l'évaluation d'un traitement antidépresseur (97, 103, 135-145) ;
- les études dont le déroulement clinique ne concerne pas le thème de la question traitée : (72, 77, 92, 93, 96, 146-156) ;
- les études concernent les patients hospitalisés et non vus en ambulatoire (84, 85, 157-160) ;
- une étude concerne d'autres professionnels de santé que les médecins généralistes (161) ;
- les études ayant inclus un trop faible nombre de patients dépressifs (88, 162-164) ;
- les revues de la littérature (73, 165-167).

2.2.2 Patient Health Questionnaire-9

Ont été sélectionnées pour rédiger cette question :

- Dix recommandations :
  - du *National Health Service* (NHS) *Choices* en 2014 (168) ;
  - du *Guidelines and Protocols Advisory Committee* (GPAC) en 2013 (34) ;
  - de l'*Institute for Clinical Systems Improvement* (ICSI) en 2013 et 2012 (37, 107) ;
  - de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) en 2012 (35) ;
  - du *Singapore Ministry of Health* (SMoH) en 2011 (13) ;
  - de l'*International Consensus Group on Depression* (ICGD) en 2010 (19) ;
  - du *Department of Veterans Affairs* (DVA) en 2009 (18) ;
  - du *National Institute for Clinical Excellence* (NICE) en 2009 (169) ;
  - du *Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments* (CANMAT) en 2009 (26) ;
  - du *New Zealand Guidelines Group* (NZGG) en 2008 (38).
- Sept études non randomisées de :
  - Kroenke *et al.* de 2001 (41) ;
  - Cameron *et al.* de 2008 (170) ;
  - Cameron *et al.* de 2011(171) ;
  - Yeung *et al.* de 2012 (172) ;

- Lowe *et al.* de 2004 (173) ;
- Moore *et al.* de 2012 (174) ;
- Kendrick *et al.* de 2009 (175).

► Recommandations

Les recommandations britanniques du *National Health Service* (NHS) **Choices** (168) indiquent en 2014 :

Envisager d'utiliser des questionnaires de dépression pour détecter et évaluer la sévérité d'une dépression. Ne pas utiliser ces questionnaires pour déterminer le besoin d'un traitement.

De tels questionnaires sont :

- Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) ;
- Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) ;
- Beck Depression Inventory-II (BDI-II).

Les symptômes d'une dépression légère sont définis comme :

- peu de symptômes en plus des cinq requis par le DSM-IV pour un diagnostic de dépression caractérisée et une altération fonctionnelle seulement mineure ;
- un score au Patient Health Questionnaire-9 entre 5 et 9.

Une dépression modérée est définie comme :

- des symptômes ou une altération fonctionnelle entre ceux d'une dépression légère et sévère ;
- un score au *Patient Health questionnaire*-9 entre 10 et 14.

Une dépression sévère :

- consiste en des symptômes qui causent une interférence marquée avec le fonctionnement ;
- peut-être avec ou sans symptômes psychotiques ;
- est définie comme un score de *Patient Health Questionnaire*-9 ≥ 20.

L'avis des experts suggère que le *Patient Health Questionnaire-9* peut en fait surestimer la sévérité de la dépression et doit plutôt être utilisé pour contribuer à l'évaluation globale du patient et suivre son évolution.

Les recommandations canadiennes du *Guidelines and Protocols Advisory Committee* (GPAC) (34) citent en 2013 :

Le *Patient Health Questionnaire-9* est un questionnaire qui aide au diagnostic et évalue la sévérité de la dépression (légère, modérée, sévère).

Utiliser un entretien clinique et le score du *Patient Health Questionnaire-9* pour aider à évaluer la sévérité de la dépression et la réponse au traitement.

Les recommandations nord américaines de l'*Institute for Clinical Systems Improvement* (ICSI) (37, 107). Ces recommandations, en 2013 et 2012, indiquent :

Le *Patient Health Questionnaire*-9 est un outil efficace qui doit être utilisé en routine lors des visites de suivi pour suivre l'évolution du traitement et la sévérité de la dépression.

Ces recommandations indiquent que le tableau ci-après :

- ne correspond pas directement à la cotation proposée dans le guide d'utilisation du score total du *Patient Health Questionnaire*-9 qui est la suivante :
  - absence de dépression : score de 0 à 4,
  - dépression légère : score de 5 à 9,
  - dépression modérée : score de 10 à 14,
  - dépression modérément sévère : score de 15 à 19,
  - dépression sévère : score de 20 à 27.

- est conçu pour traduire les scores du *Patient Health Questionnaire*-9 dans les catégories du DSM-5 et donc intègre les preuves basées sur les meilleures pratiques.

Tableau 35. Traduction des scores de dépression du PHQ-9 dans la pratique clinique en se basant sur les critères du DSM-5 ou du DSM-IV-TR d'après l'*Institute for Clinical Systems Improvement,* 2013 et 2012 (37, 107).

Symptômes au PHQ-9 Et altération fonctionnelle	PHQ-9 score	Intensité
1 à 4 symptômes Altération fonctionnelle minime	5 à 9	Subclinique
2 symptômes Score > 0 pour les questions 1 ou 2 Altération fonctionnelle	10 à 14	Dépression caractérisée légère
≥ 3 symptômes Score > 0 pour les questions 1 ou 2 Altération fonctionnelle	15 à 19	Dépression caractérisée modérée
≥ 4 symptômes Score > 0 pour les questions 1 ou 2 Altération fonctionnelle	≥ 20	Dépression caractérisée sévère

Les recommandations canadiennes de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) (35). Ces recommandations indiquent en 2012 :

L'utilisation d'une mesure validée peut aider à préciser la nature des symptômes et le degré de fonctionnement de la personne.

Les outils d'évaluation suggérés sont :

- le *Patient Health Questionnaire*-9 qui est recommandé pour préciser la présence et l'intensité de symptômes dépressifs ;
- l'échelle de Sheehan qui est recommandée pour évaluer le degré de fonctionnement ;
- d'autres outils validés peuvent servir à évaluer la sévérité.

L'évaluation complète d'une personne, potentiellement atteinte de dépression, ne s'appuie pas uniquement sur le nombre de symptômes. Il faut aussi tenir compte :

- du degré d'incapacité ou de la limitation dans les activités associés à la dépression potentielle ;
- ainsi que de la durée de l'épisode.

Les recommandations du *Singapore Ministry of Health* (SMoH) (13). Ces recommandations indiquent en 2011 :

Des échelles validées de dépression sont utiles pour déterminer la sévérité d'une dépression.

La *Hamilton Depression Rating Scale* est utilisé chez les patients pour lesquels le diagnostic de dépression est déjà posé et a son intérêt dans l'évaluation et la schématisation de la sévérité de la dépression. Sa longueur la rend moins opérationnelle en pratique clinique. La version communément utilisée est celle à 17 items.

La *Montgomery and Asberg Depression Rating Scale* est un outil de dix items coté par le clinicien qui inclut les symptômes somatiques. Il est utilisé pour mesurer la sévérité d'un épisode dépressif.

Le *Patient Health Questionnaire-9* est un outil bref et utile en soins primaires. Il peut être auto-administré. Il est utilisé pour le dépistage, le suivi et pour évaluer le diagnostic et la sévérité de la dépression.

Les recommandations de l'*International Consensus Group on Depression* (ICGD) (19). Ces recommandations citent en 2010 :

Il est recommandé que les médecins utilisent un outil de mesure pour diagnostiquer et pour évaluer le niveau de sévérité de la dépression.

Malheureusement, certains de ces outils de diagnostic bien établis ont un coût élevé et prennent du temps, entravant la capacité des médecins généralistes et des psychiatres à faire un diagnostic précis dans un bref moment passé avec le patient.

Cependant, d'autres outils de diagnostic sont peu coûteux, d'utilisation libre et facile à administrer en soins primaires.

- le Patient Health Questionnaire-9 ;
- la Hospital Anxiety and Depression Scale.

Ces outils aident à quantifier la sévérité des symptômes dépressifs de patients ainsi que leur amélioration et doivent compléter, et non remplacer, l'expérience et le jugement du clinicien.

Les recommandations nord-américaines du *Department of Veterans Affairs* (DVA) (18). Ces recommandations indiquent en 2009 :

Le niveau de sévérité des symptômes d'une dépression caractérisée doit être déterminé en se basant sur le score des symptômes dépressifs évalués par le *Patient Health Questionnaire*-9 et le niveau d'altération fonctionnelle établi lors de l'entretien psychiatrique clinique.

La classification de légère, modérée ou sévère doit être utilisée pour établir la sévérité initiale et pour suivre l'évolution du traitement initié.

Des symptômes clés qui peuvent avoir un impact sur l'altération fonctionnelle doivent être considérés lorsqu'on utilise la classification suivante et peuvent indiquer d'attribuer un niveau de sévérité supérieur à celui déterminé par le score du *Patient Health Questionnaire*-9.

Tableau 36. Classification de la sévérité des symptômes selon le *Department of Veterans Affairs*, 2009 (18).

Niveau de sévérité	PHQ-9 score total	Altération fonctionnelle
Dépression caractérisée légère	10 à 14	légère
Dépression caractérisée modérée	15 à 19	modérée
Dépression caractérisée sévère	≥ 20	sévère
Modificateurs		
Complications	Comorbidités suivantes stress post traumatique, trouble lié à l'abus d'alcool et aux drogues illicites, psychose, risque suicidaire, manie, facteurs sociaux de stress significatifs, contexte lié à une guerre.	
Chronicité	Plus de deux ans de symptômes malgré un traitement.	

Les recommandations britanniques du *National Institute for Health and Clinical Excellence* (NICE) (169). Ces recommandations indiquent en 2009, comme premier élément de qualité de l'évaluation d'une dépression chez l'adulte :

Les patients susceptibles d'avoir une dépression ont une évaluation qui identifie la sévérité des symptômes, le degré de l'altération fonctionnelle et la durée de l'épisode.

Cette évaluation doit être aidée d'une échelle formelle de cotation pour la sévérité des symptômes (par exemple, le *Patient Health Questionnaire*-9, la *Hospital Anxiety and Depression Scale*, le *Beck Depression Inventory*).

L'évaluation de l'altération fonctionnelle doit inclure les perspectives sociales de l'altération telles que définies par la Classification internationale de fonctionnement, incapacités et santé de l'Organisation mondiale de la santé (OMS).

Les recommandations canadiennes du *Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments* (CANMAT) (26).

Les recommandations indiquent en 2009 :

Dans les situations dans lesquelles le clinicien choisit d'utiliser un instrument de mesure pour le diagnostic, le dépistage ou le suivi, de nombreux outils sont disponibles et dans une étude comparative, il n'y a pas de différence majeure entre ces outils (ceux cités dans ces recommandations) et d'autres outils.

Cependant, de nombreux cliniciens trouvent le *Patient Health Questionnaire*-9 et le *Quick Inventory of Depressive Symptomatologie Self-Rated* plus attractifs en raison de leur brièveté et de leur forte concordance avec le DSM-IV.

Les outils cités dans ces recommandations sont :

- Patient Health Questionnaire-9 (PHQ) ;
- Quick Inventory Depressive Symptomatology Self-Rated (QIDS-SR) ;
- Beck Depression Inventory (BDI-I ou BDI-II) ;
- Zung self-Rating Depression Scale ;
- Center for Epidemiological Studies Depression Rating Scale (CESD).

Les recommandations néozélandaises du *New Zealand Guidelines Group* (NZGG) (38). Ces recommandations indiquent en 2008 :

En plus, en utilisant leur jugement clinique, le praticien doit envisager l'utilisation d'un outil d'évaluation de la sévérité.

La sévérité des symptômes et de l'invalidité fonctionnelle peut être mesurée en utilisant le PHQ-9 (niveau de preuve B).

Les seuils du score total du *Patient Health Questionnaire*-9 recommandés pour un diagnostic provisoire de la sévérité de la dépression sont les suivants:

- score de 10 à 14 : diagnostic provisoire de dépression légère ;
- score de 15 à 19 : diagnostic provisoire de dépression modérée ;
- score ≥20 : diagnostic provisoire de dépression sévère.

La réponse à la question de fonctionnalité du *Patient Health Questionnaire*-9 peut être utile pour initier la discussion sur les priorités du patient et sur les objectifs du traitement.

► Études non randomisées prospectives

Etude de Kroenke *et al.* de 2001 (41)

Cette étude transversale incluant 6 000 sujets, publiée en 2001 par Kroenke *et al.* (41), a pour objectif d'évaluer la validité de construction du *Patient Health Questionnaire*-9 comme mesure de sévérité de la dépression en relation avec le statut fonctionnel, les jours d'invalidité et la consommation de soins de santé.

Méthode

C'est une analyse de l'étude de validation initiale du *Patient Health Questionnaire*-9 incluant 6 000 sujets recrutés en milieu de soins primaires ou en gynécologie-obstétrique (voir paragraphe outils diagnostiques de ce document).

Le statut fonctionnel est basé sur le *Short-Form General Health Survey-20 items* (SF-20) en ajustant ses scores sur plusieurs variables : âge, sexe, race, niveau d'éducation, site de l'étude, nombre de comorbidités physiques.

Le nombre de jours d'invalidité (jours durant lesquels les symptômes ont interféré avec les activités habituelles), la consommation de soins (nombre de consultations médicales) concernent les trois mois précédents et sont rapportés par le patient.

Les difficultés liées aux symptômes sont évaluées par la question 10 du *Patient Health Questionnaire*-9 (question qui n'est pas prise en compte dans le calcul du score du *Patient Health Questionnaire*-9) :

« À quel point ce(s) problème(s) a-t-il (ont-ils) rendu difficile votre travail, de prendre soin de choses à la maison ou de s'entendre avec d'autres personnes ? »

Le patient choisit une des réponses suivantes : pas du tout de difficulté – quelques difficultés – beaucoup de difficultés – difficultés extrêmes.

Les auteurs :

- (i) évaluent pour chaque stade de sévérité de dépression défini par le Patient Health Questionnaire-9, le statut fonctionnel, les jours d'invalidité, le nombre de consultations médicales ;
- (ii) estiment la corrélation du score du *Patient Health Questionnaire-9* et des scores des six sous-échelles du *Short-Form General Health Survey-20 items*.

Résultats

Relation Patient Health Questionnaire-9 et Short-Form General Health Survey-20 items (SF-20).

Il y a une forte association entre l'augmentation du score du *Patient Health Questionnaire-9* et la majoration de l'altération fonctionnelle.

Les résultats sont essentiellement similaires en soins primaires et en gynécologie.

L'augmentation du score du *Patient Health Questionnaire-9* est associée à une diminution des scores du SF-20. Cette diminution de score est la plus forte importante pour les sous-échelles du SF-20 qui, dans d'autres études, sont le plus fortement associées à la dépression (sous-échelles santé mentale, fonctionnement social, santé générale et de fonctionnement de rôle).

La majorité des comparaisons de chaque sous-échelle du SF-20 entre deux stades de sévérité définie par le *Patient Health Questionnaire-9* est significative (se référer aux 2 tableaux ci-dessous).

La corrélation du score du *Patient Health Questionnaire-9* avec les sous-échelles du *Short-Form General Health Survey-20 items* varie de 0,73 à 0,33 :

- santé mentale (0,73) ;
- santé générale (0,55) ;
- fonctionnement social (0,52) ;
- fonctionnement de rôle (0,43) ;
- fonctionnement physique (0,37) ;
- et douleurs physiques (0,33).

Tableau 37. Relation entre le score de sévérité de dépression du PHQ-9 et les échelles du SF-20 de qualité de vie lié à la santé* chez 3 000 sujets recrutés en gynécologie-obstétrique, d'après Kroenke *et al*., 2001 (41)

	Moyenne (IC95 %) du score de l'échelle SF-20					
	Mental	**Social**	**Rôle**	**Général**	**Douleur**	**Physique**
Sévérité de la dépression (score du PHQ-9)						
Minimal	81	91	88	75	73	86

	Moyenne (IC95 %) du score de l'échelle SF-20					
(score de 1 à 4)	(80-82)	(90-92)	(87-90)	(73-76)	(72-74)	(85-87)
Léger (score de 5 à 9)	66 (64-67)	81 (79-83)	77 (74-79)	57 (55-58)	59 [a] (57-61)	76 [a] (74-77)
Modérée (score de10 à 14)	53 (51-55)	75 [a] (72-78)	64 [a] (60-69)	48 (45-51)	53 (50-57)	74 [a] (71-77)
Modérément sévère (score de 15 à 19)	45 (42-48)	68 [a] (63-72)	64 [a,b] (57-71)	40 [a] (29-37)	45 (41-50)	74 [a] (69-78)
Sévère (score de 20 à 27)	35 (31-39)	50 (43-56)	48 [b] (39-35)	30 [a] (22-31)	46 [b] (35-45)	56 (50-62)

PHQ-9 : *Patient health Questionnaire-9* ; SF-20 : *Short-Form General Health Survey – 20 items.*
* La majorité des comparaisons sont significatives (p<0,05). Les comparaisons qui ont un indice [a, b] ou [a,b] en commun ne sont pas significatives.

Relation Patient Health Questionnaire-9 et jours d'invalidité, difficultés liées aux symptômes, consultations médicales.

Pour la relation entre le *Patient Health Questionnaire-9* et les jours d'invalidité, les difficultés liées aux symptômes et les consultations médicales, les stades de dépression les plus sévères sont associés à :

- une augmentation monotone des jours d'invalidité ;
- de la consommation de soins ;
- et des difficultés liées aux symptômes (se référer aux deux tableaux ci -dessous).
-

Tableau 38. Relation entre le score de sévérité de dépression du PHQ-9 et les jours d'invalidité, les difficultés liées aux symptômes et les consultations médicales dans la *PHQ Primary Care Study, d'après Kroenke *et al.*, 2001 (41)**

	Nombre moyen de jours de d'invalidité (IC95 %)		Difficultés associées aux symptômes (%)		Nombre moyen de visites médicales (IC95 %)
Sévérité de la dépression (score du PHQ-9)					
Minimal (score de 1 à 4)	2,4 (1,7-3,1)		1,5		1,0 (0,9-1,1)
Léger (score de 5 à 9)	6,7 (5,5-7,8)		10,2		1,8 (1,6-2,0) [a]
Modérée (score de10 à 14)	11,4 (9,5-13,1)		24,4		2,0 (1,7-2,4) [a]
Modérément sévère (score de 15 à 19)	16,6 (14,1-19,0)		45,1 [a]		2,4 (1,9-2,8) [a]
Sévère (score de 20 à 27)	28,1 (25,2-31,0)		57,1 [a]		3,7 (3,2-4,2)

PHQ-9 : *Patient health Questionnaire-9*.
* 3 000 sujets recrutés en soins primaires. La majorité des comparaisons sont significatives (p<0,05).
Les comparaisons qui ont l'indice [a] en commun ne sont pas significatives.

Tableau 39. Relation entre le score de sévérité de dépression du PHQ-9 et les jours d'invalidité, les difficultés liées aux symptômes et les consultations médicales chez 3 000 sujets recrutés en gynécologie-obstétrique, d'après Kroenke *et al.*, 2001 (41)

	Nombre moyen de jours de d'invalidité (IC95 %)	Difficultés associées aux symptômes (%)	Nombre moyen de visites médicales (IC95 %)
Sévérité de la dépression (score du PHQ-9)			
Minimal (score de 1 à 4)	2,2 (1,7-2,7)	0,6	0,9 (0,8-1,0) [a]

	Nombre moyen de jours de d'invalidité (IC95 %)	Difficultés associées aux symptômes (%)	Nombre moyen de visites médicales (IC95 %)
Léger (score de 5 à 9)	5,8 (4,9-6,6)	4,8	1,0 (0,9-1,4) [a]
Modérée (score de10 à 14)	9,9 (8,4-11,3) [a]	16,8	1,3 (1,0-1,6) [a]
Modérément sévère (score de 15 à 19)	10,8 (8,6-13,0) [a]	36,0	2,3 (1,8-2,8) [b]
Sévère (score de 20 à 27)	13,8 (10,8-16,7) [a]	56,6	2,3 (1,7-3,0) [b]

PHQ-9: *Patient health Questionnaire-9.*

La majorité des comparaisons sont significatives (p<0,05). Les comparaisons qui ont l'indice [a ou b] en commun ne sont pas significatives.

Tableau 40. Relation entre le score de sévérité de dépression du PHQ-9 et les échelles du SF20 de qualité de vie liée à la santé* dans la *PHQ Primary Care Study*, d'après Kroenke *et al.*, 2001 (41)**

	Moyenne (IC95 %) du score de l'échelle SF-20					
	Mental	Social	Rôle	Général	Douleur	Physique
Sévérité de la dépression (score du PHQ-9)						
Minimal (score de 1 à 4)	81 (80-82)	92 (91-93)	86 (84-88)	70 (69-71)	66 (65-68)	83 (81-83)
Léger (score de 5 à 9)	65 (64-66)	77 (75-79)	63 (60-66)	50 (48-52)	52 [a] (50-54)	69 (67-71)
Modérée (score de10 à 14)	51 (50-53)	65 (62-68)	53 [a] (49-58)	40 [a] (37-43)	49 [a] (45-52)	63 [a] (60-66)
Modérément sévère (score de 15 à 19)	43 (40-45)	55 (51-59)	42 [a] (36-48)	33 [a,b] (29-37)	45 [a,b] (41-50)	57 [a,b] (53-61)
Sévère (score de 20 à 27)	29 (25-31)	40 (35-44)	27 (20-35)	27 [b] (22-31)	40 [b] (35-45)	53 [b] (48-57)

PHQ-9 : *Patient health Questionnaire-9* ; SF-20 : *Short-Form General Health Survey – 20 items.*

* La majorité des comparaisons sont significatives (p<0,05). Les comparaisons qui ont un indice a, b ou a, b en commun ne sont pas significatives. ** 3 000 sujets recrutés en soins primaires.

La corrélation du score du *Patient Health Questionnaire*-9 est de 0,39 avec les jours d'invalidité ; 0,24 avec les consultations médicales et 0,55 avec les difficultés liées aux symptômes.

Dans la *PHQ Primary Care Study*, la corrélation entre les échelles du SF-20 et les difficultés liées aux symptômes varie de 0,53 à 0,27 : santé mentale (0,53) ; santé générale (0,42) ; fonctionnement social (0,40) ; fonctionnement de rôle (0,38) ; douleurs physiques (0,27) et fonctionnement physique (0,27).

En gynécologie-obstétrique, les auteurs ne précisent pas les estimations des corrélations entre les sous-échelles du SF-20 et les difficultés liées aux symptômes. Ils rapportent que, comparées aux corrélations observées dans la *PHQ Primary Care Study*, celles-ci sont légèrement inférieures mais que la hiérarchie de leur importance est similaire.

Conclusion

Cette étude non randomisée (41), en évaluant la validité de construction des stades de sévérité du *Patient Health Qustionnaire*-9, conclut que le *Patient Health Questionnaire*-9 est un outil fiable pour mesurer la sévérité de la dépression.

Elle a montré que les scores du *Short-Form General Health Survey-20 items* diminuent avec l'augmentation du stade de sévérité de la dépression au *Patient Health Questionnaire*-9 (niveau de preuve 4).

Cette diminution est la plus importante pour les sous-échelles du SF-20 qui, dans d'autres études, sont le plus fortement associées à la dépression (sous-échelles santé mentale, fonctionnement social, santé générale et de fonctionnement de rôle).

La corrélation du score du *Patient Health Questionnaire*-9 avec les sous-échelles du *Short-Form General Health Survey-20 items* varie de 0,73 à 0,33 : santé mentale (0,73), santé générale (0,55), fonctionnement social (0,52), fonctionnement de rôle (0,43), fonctionnement physique (0,37) et douleurs physiques (0,33).

Les stades de dépression les plus sévères sont associés à une augmentation monotone des jours d'invalidité, de la consommation de soins et des difficultés liées aux symptômes.

La corrélation des difficultés liées aux symptômes du *Patient Health Questionnaire*-9 avec les sous-échelles du *Short-Form General Health Survey-20 items* varie de 0,53 à 0,27 : santé mentale (0,53) ; santé générale (0,42) ; fonctionnement social (0,40) ; fonctionnement de rôle (0,38) ; douleurs physiques (0,27) et fonctionnement physique (0,27).

Le nombre de consultations médicales est la variable la moins en faveur de ses cinq stades de sévérité (trois stades).

Étude de Cameron *et al.* de 2008 (170)

Cette étude transversale, incluant 491 patients recrutés en médecine générale au Royaume-Uni, est publiée par Cameron *et al.* en 2008 (170). Elle a pour objectif d'évaluer des propriétés psychométriques (validité convergente et discriminante, convergence des stades de sévérité, sensibilité au changement) du *Patient Health Questionnaire*-9 et de la sous-échelle dépression de la *Hospital Anxiety and Depression Scale* pour mesurer la sévérité d'une dépression en soins primaires.

Méthode

Les critères d'inclusion sont : adultes ayant un problème de santé mentale considéré comme léger ou modéré.

Les critères d'exclusion sont : âge < 16 ans, affection mentale sévère ou complexe (exemple : psychose, schizophrénie, trouble obsessionnel compulsif et trouble de la personnalité) ; antécédent de comportement violent, idées suicidaires, auto-agression, mésusage de drogues ou d'alcool ; avoir été adressé plus d'une fois à une consultation psychologique.

Cette étude est réalisée dans le cadre d'un audit d'un service participant au programme *doing well by people with depression*. Les patients sont adressés par le médecin généraliste à un travailleur de santé mentale en soins primaires pour compléter le *Patient Health Questionnaire*-9 et la sous-échelle dépression de la *Hospital Anxiety and Depression Scale*.

Les auteurs évaluent :

- la convergence des scores seuils de sévérité du *Patient Health Questionnaire*-9 et de la sous-échelle dépression de la *Hospital Anxiety and Depression Scale* ;
- la réponse au changement clinique de l'inclusion à la fin du traitement.

Résultats

Parmi les 10 496 patients répertoriés :

- 1 087 (73 %) sont évalués avec le *Patient Health Questionnaire*-9 à la visite initiale ;
- 1 063 avec la sous-échelle dépression de la *Hospital Anxiety and Depression Scale* avant ou le même jour que le *Patient Health Questionnaire*-9 ;
- et 478 (45 %) avec le *Patient Health Questionnaire*-9 au maximum trois jours après la sous-échelle dépression de la *Hospital Anxiety and Depression Scale*.

A la fin du traitement, 544 patients (50 %) ont complété la sous-échelle dépression de la *Hospital Anxiety and Depression Scale* et le *Patient Health Questionnaire*-9.

L'évaluation des convergences relatives et des catégories de sévérité, de la validité discriminante et de la sensibilité au changement est faite chez les 478 sujets.

Les auteurs relèvent que la corrélation entre le PHQ-9 et la sous-échelle dépression de la *Hospital Anxiety and Depression Scale* est supérieure (p<0,001) à celles :

- du PHQ-9 ;
- ou de la sous-échelle dépression de la *Hospital Anxiety and Depression Scale* ;
- ou avec la sous-échelle anxiété de la *Hospital Anxiety and Depression Scale*.

Tableau 41. Corrélation entre *Patient Health Questionnaire*-9, *Hospital Anxiety and Depression Scale* – sous-échelle dépression (HADS-D) et *Hospital Anxiety and Depression Scale* – sous-échelle anxiété (HADS-A), d'après Cameron *et al.*, 2008 (170)

	inclusion	suivi
Corrélation PHQ-9 et HADS-D	0,68	0,81
Corrélation PHQ-9 et HADS-A	0,48	0,74
Corrélation HADS-D et HADS-A	0,49	0,77

HADS-D : sous-échelle dépression de la *Hospital Anxiety and Depression Scale.*

HADS-A : sous-échelle anxiété de la *Hospital Anxiety and Depression Scale.*

Convergence des stades de sévérité

Le tableau ci-dessous montre une absence de concordance de la distribution des patients selon les catégories de sévérité du PHQ-9 et de la sous-échelle dépression de la *Hospital Anxiety and Depression Scale*.

Ces différences, significatives (p<0,001) à l'inclusion et à la fin du traitement, indiquent que le PHQ-9 classe plus sévèrement les symptômes dépressifs que la sous-échelle dépression de la *Hospital Anxiety and Depression Scale*.

Tableau 42. Distribution des participants selon la cotation de la sévérité par le HADS-D et le PHQ-9 à l'inclusion et à la fin du traitement, d'après Cameron *et al.*, 2008 (170)

HADS-D		PHQ-9	
Inclusion	*N (%)*		*N (%)*
Absence (<8)	151 (33)	Absence (<5)	36 (8)
Léger (8 – 10)	139 (30)	Léger (5-9)	81 (18)
Modérée (11- 15)	127 (27)	Modérée (10-14)	140 (30)
Sévère (>15)	45 (10)	Modérément sévère (15-19)	115 (25)
		Sévère (>19)	87 (19)
	462		462
Fin du traitement			
Absence (<8)	390 (79)	Absence (<5)	246 (50)
Léger (8 – 10)	66 (13)	Léger (5-9)	124 (25)
Modérée (11- 15)	27 (6)	Modérée (10-14)	60 (12)
Sévère (>15)	8 (2)	Modérément sévère (15-19)	36 (8)
		Sévère (>19)	25 (5)
	491		491

Sensibilité au changement

La moyenne du score au PHQ-9 est de 12,7±6,47 au début du traitement et de 6,25±6,01 à la fin du traitement (IC95 %=5,79-7,03).

La moyenne du score à la sous-échelle dépression de la *Hospital Anxiety and Depression Scale* est de 8,85±4,52 au début du traitement et de 4,31±4,97 à la fin du traitement (IC95 % = 4,11-4,97).

La taille de l'effet pour le changement est de 0,99 pour le *Patient Health Questionnaire*-9 et de 1 pour la sous-échelle dépression de la *Hospital Anxiety and Depression Scale*, indiquant que ces échelles sont comparables pour leur sensibilité au changement.

Conclusion

Les auteurs concluent que dans cette étude (niveau de preuve 4), le *Patient Health Questionnaire*-9 et la sous-échelle dépression de la *Hospital Anxiety and Depression Scale* montrent une validité convergente satisfaisante et une sensibilité au changement comparable (taille de l'effet pour le changement est de 0,99 pour le *Patient Health Questionnaire*-9 et de 1 pour la sous-échelle dépression de la *Hospital Anxiety and Depression Scale*).

Cependant, ces deux échelles semblent différentes dans leur catégorisation de sévérité de la dépression.

Les auteurs recommandent la prudence aux médecins dans leur interprétation des scores selon les seuils de sévérité validés pour la HADS-D ou le PHQ-9.

Etude de Cameron *et al.* de 2011 (171)

Cette étude transversale, analysée sur 233 patients recrutés en médecine générale au Royaume-Uni, est publiée par Cameron *et al.* en 2011 (171). Elle a pour objectif d'évaluer les capacités discriminantes de trois échelles préconisées par le *United Kingdom Quality and Outcomes Framework* (QOF) pour mesurer la sévérité de symptômes dépressifs : le *Patient Health Questionnaire*-9, la *Hospital Anxiety and Depression Scale* et le *Beck Depression Inventory*-II.

Méthode

- Les critères d'inclusion sont : âge ≥ 16 ans, un diagnostic de dépression majeure établi par le médecin généraliste selon ses critères personnels de jugement.
- Le diagnostic de référence de la sévérité de la dépression est basé sur la *Hamilton Depression Rating Scale*-17 et établi par un psychiatre qui est en aveugle des réponses des trois questionnaires évalués.

Les stades de sévérité de dépression, selon la *Hamilton Depression Rating Scale*-17, sont définis selon les recommandations de l'*American Psychiatric Association* (APA) (176) ou celles du *National Institute for Clinical Excellence* (NICE) (177).

Selon les recommandations de l'APA, la dépression est absente (≤ 7), légère (8 à 13), modérée (14 à 18), sévère (19 à 22) et très sévère (≥ 23).

Selon les recommandations du NICE, la dépression est absente (≤ 7), léger (8 à 18), modérée (19 à 22) et sévère (≥ 23).

Le *Patient Health Questionnaire*-9, la *Hospital Anxiety and Depression Scale* et le *Beck Depression Inventory*-II sont complétés le même jour. Leur administration avant ou après l'entretien avec le psychiatre qui complète la *Hamilton Depression Rating Scale*-17 est définie par une randomisation.

Pour les trois échelles évaluées, les auteurs :

- (i) évaluent la convergence avec la *Hamilton Depression Rating Scale* -17 ;
- (ii) évaluent la convergence des catégories de sévérité « au minimum modérément sévère » avec le seuil de la *Hamilton Rating Depression Scale*-17 pour une dépression modérée ;
- (iii) proposent un seuil optimal pour diagnostiquer une dépression modérée ou plus sévère en se basant sur une courbe (*Receiver Opertaing Curve*-ROC). Ce seuil est jugé plus pertinent si

les recommandations du NICE ou de l'APA préconisent un traitement médicamenteux antidépresseur à ce seuil ;

- (iv) estiment la sensibilité, la spécificité, la valeur prédictive positive, négative et les rapports de vraisemblance positive, négative pour une dépression « au minimum modérément sévère ».

Les auteurs considèrent comme preuve suffisante pour un usage de l'outil en pratique clinique, un rapport de vraisemblance positif supérieur à 10 et un rapport de vraisemblance négatif inférieur à 0,1.

L'étude est proposée à 1 134 patients et 268 sont inclus (âge moyen = 49,8±14,1 ans). La *Hamilton Depression Rating Scale*-17 est complété lors d'un entretien présentiel (n= 222) ou téléphonique (n= 41).

Remarque : cette étude non randomisée est de faible puissance compte tenu du nombre faible de patients (n = 233) par rapport aux multiples tests effectués dans l'analyse statistique.

Résultats

Au final l'analyse concerne 233 patients (délai maximal de trois jours entre les trois échelles évaluées et la *Hamilton Depression Rating Scale*-17).

Le score moyen est de 12,6 ± 7,6 à la *Hamilton Depression Rating Scale*-17, 11,5 ± 7,3 au PHQ-9, 8,16 ± 4,8 à la *Hospital Anxiety and Depression Scale* et 23,3 ± 13,0 au *Beck Depression Inventory*-II.

La corrélation avec *la Hamilton Depression Rating Scale*-17 est modérée avec un coefficient de corrélation de Pearson r = 0,79 pour le PHQ-9 ; r = 0,75 pour le *Beck Depression Inventory*-II et r = 0,68 pour la *Hospital Anxiety and Depression Scale*.

Comparés aux catégories de sévérité définies selon les recommandations de l'APA : la *Hospital Anxiety and Depression Rating Scale* tend à catégoriser les patients dans un stade plus léger (p<0,001) alors que le PHQ-9 (p<0,01) et le *Beck Depression Inventory*-II (p<0,001) tendent à catégoriser le patient dans un stade plus sévère.

Comparés aux catégories de sévérité, selon les recommandations du NICE : la tendance du PHQ-9 et du *Beck Depression Inventory*-II à catégoriser le patient dans un stade plus sévère est plus prononcée (p<0,001).

Les performances discriminatoires

L'aire sous la courbe (*Receiver Operating Curve*) (tableau ci-dessous) indique que ces trois questionnaires sont plus performants que le hasard pour discriminer une dépression à un stade modéré ou plus sévère défini selon les seuils recommandés par l'APA ou par le NICE (p<0,001).

Tableau 43. Aire sous la courbe ROC des mesures de sévérité de la dépression du HADS-D, PHQ-9 et BDI-II, relativement au HDRS-17, d'après Cameron *et al.*, 2011 (171)

	Aire sous la courbe Receiver Operating (IC95 %)
Critère APA d'une dépression modérée ou plus sévère (HRSD-17≥14)	
HADS-D	0,84 (0,79 – 0,89)
PHQ-9	0,90 (0,86 – 0,94)
BDI-II	0,86 (0,81 – 0,91)
Critère du NICE d'une dépression modérée ou plus sévère (HRSD-17≥19)	
HADS-D	0,89 (0,84 – 0,93)
PHQ-9	0,93 (0,90 – 0,97)
BDI-II	0,90 (0,84 – 0,95)

HADS-D : *Hospital Anxiety and Depression Scale* – sous-échelle dépression ; PHQ-9 : *Patient Health Questiohnnaire*-9 ; BDI-II : *Beck Depression Inventory*-II; HDRS-17 : *Hamilton Depression Rating Scale* ; APA : *American Psychiatric Association* ; NICE : *National Institute for Clinical Excellence.*

Les auteurs indiquent que les meilleures sensibilités et spécificités sont obtenues en utilisant les catégories de référence de sévérité de dépression recommandées par le NICE et le seuil discriminant qu'ils proposent pour les trois questionnaires évalués.

Le tableau ci-après présente les résultats en définissant une dépression modérée ou plus sévère, selon les critères du NICE (*Hamilton Depression Rating Scale*-17≥19), et montre par exemple que :

- le PHQ-9 ≥10 donne une sensibilité de 98 % (IC95 %= 94-99) et une spécificité de 57 % (IC95 %= 49-64) ;
- le PHQ-9 ≥15 donne une sensibilité de 89 % (IC95 %=81-98) et une spécificité de 83 % (IC95 %=78-89).

Tableau 44. HADS-D, PHQ-9 et BDI-II, mesures de la sévérité de la dépression : performances discriminatoires pour détecter une dépression modérée ou plus sévère (HDRS-17 ≥19), d'après Cameron *et al.*, 2011 (171)

	Se (IC95 %)	Sp (IC95 %)	VPP (IC95 %)	VPN (IC95 %)	RVP (IC95 %)	RVN (IC95 %)
Seuils *						
HADS-D≥11	71 (59-84)	82 (77-88)	52 (40-64)	91 (87-96)	4,00 (2,79-5,73)	0,35 (0,22-0,54)
PHQ-9≥ 10	98 (94-99)	57 (49-64)	39 (30-47)	99 (97-99)	2,27 (1,90 -2,71)	0,04 (0,01-0,26)
BDI-II ≥ 20	91 (83-99)	55 (47-63)	37 (28-46)	96 (91-99)	2,02 (1,66-2,45)	0,16(0,06- 0,41)
Seuils**						
HADS-D≥10	82 (71-92)	75 (69-81)	47 (36-58)	94 (90-98)	3,25 (2,44-4,32)	0,25 (0,22-0,45)
PHQ-9 ≥ 15	89 (81-98)	83 (78-89)	60 (49-71)	97 (94-99)	5,39 (3,79 -7,67)	0,13 (0,06-0,29)
BDI-II ≥ 28	83 (72-94)	80 (73-86)	54 (43-66)	94 (90-99)	4,05 (2,90-5,67)	0,22 (0,12-0,41)

† Dépression modérée selon les recommandations du NICE (*Hamilton Depression Rating Scale-17*≥19).
* Dépression modérée ou plus sévère définie selon les seuils proposés par l'auteur du questionnaire.
** Dépression modérée ou plus sévère définie selon le seuil optimal obtenu par la courbe ROC ; HADS-D : *Hospital Anxiety and Depression Scale* - sous-échelle dépression ; PHQ-9 : *Patient Health Questiohnnaire*-9 ; BDI-II : *Beck Depression Inventory*-II.

Le tableau ci-dessous présente les résultats en définissant une dépression modérée ou plus sévère selon les critères de l'APA (*Hamilton Depression Rating Scale*-17≥14) et montre par exemple que :

- le PHQ-9 ≥10 donne une sensibilité de 89 % (IC95 %= 83-95) et une spécificité de 70 % (IC95 %= 62-78),
- Le PHQ-9 ≥12 donne une sensibilité de 77 % (IC95 %=69-86) et une spécificité de 79 % (IC95 %=72-86).

Tableau 45. HADS-D, PHQ-9 et BDI-II, mesures de la sévérité de la dépression : performances discriminatoires pour détecter une dépression au minimum modérée (HDRS-17 ≥14)†, d'après Cameron *et al.*, 2011 (171)

	Se (IC95 %)	Sp (IC95 %)	VPP (IC95 %)	VPN (IC95 %)	RVP (IC95 %)	RVN (IC95 %)
Seuils *						
HAD-D≥ 11	54 (44-63)	89 (84-95)	79 (69-89)	71 (64-78)	4,93 (2,91-8,36)	0,52 (0,42-0,65)
PHQ-9≥ 10	89 (83-95)	70 (62-78)	69 (61-77)	90 (84-96)	2,99 (2,26 -3,95)	0,15 (0,09-0,28)
BDI-II ≥ 20	86 (79-93)	70 (61-79)	71 (62-79)	86 (78-93)	2,87 (2,13-3,86)	0,20(0,12- 0,34)
Seuils**						
HADS-D≥ 9	74 (65-82)	76 (69-83)	70 (61-79)	79 (72-86)	3,07 (2,21-4,26)	0,35 (0,25-0,49)
PHQ-9 ≥ 12	77 (69-86)	79 (72-86)	73 (64-82)	82 (76-89)	3,68 (2,57 -5,27)	0,29 (0,20-0,43)
BDI-II ≥ 23	74 (65-83)	75 (67-83)	72 (63-81)	78 (70-85)	3,02 (2,13-4,28)	0,34 (0,24-0,49)

† Dépression modérée selon les recommandations du NICE (*Hamilton Depression Rating Scale-17*≥19).
* Dépression modérée ou plus sévère définie selon les seuils proposés par l'auteur du questionnaire.
** Dépression modérée ou plus sévère définie selon le seuil optimal obtenu par la courbe ROC ; HADS-D : *Hospital Anxiety and Depression Scale* - sous-échelle dépression ; PHQ-9 : *Patient Health Questiohnnaire*-9 ; BDI-II : *Beck Depression Inventory*-II ; Se : sensibilité ; Sp : spécificité ; VPP : valeur prédictive positive ; VPN : Valeur prédictive négative ; RVP : rapport de vraisemblance positive ; RVN : rapport de vraisemblance négative.

Les auteurs relèvent que le rapport de vraisemblance positive pour les trois questionnaires est inférieur à 10 (tableaux 44 et 45)

Les auteurs relèvent et que la plupart des rapports de vraisemblance négative est supérieur à 0,1 à l'exception de celui du PHQ-9 en utilisant un seuil ≥10.

Ils considèrent que ces résultats indiquent que le PHQ-9, la sous-échelle dépression de la *Hospital Anxiety and Depression Scale* et le *Beck Depression Inventory*-II ne sont pas suffisamment robustes pour écarter, ou non, la présence d'une dépression modérée ou plus sévère.

Conclusion

Cette étude non randomisée est de faible niveau de preuve (niveau de preuve 4), en raison notamment du manque de puissance lié au nombre faible de patients (n = 233) par rapport aux multiples tests effectués dans l'analyse statistique.

L'écart observé pour la classification des patients déprimés entre les échelles standardisées dans les différents groupes de sévérité de la dépression est important.

Le PHQ-9, la sous-échelle dépression de la *Hospital Anxiety and Depression Scale* et le *Beck Depression Inventory*-II semblent différer de comment ils catégorisent la sévérité d'une dépression en se référant aux seuils de la *Hamilton Depression Rating Scale*-17 de sévérité recommandés par l'APA ou le NICE.

Cette étude suggère que le *Patient Health Questionnaire*-9, la sous-échelle dépression de la *Hospital Anxiety and Depression Scale* et le *Beck Depression Inventory*-II ne sont pas appropriés pour évaluer la sévérité d'une dépression en médecine générale considérant le fait que le choix du

traitement de la dépression est fonction de la sévérité basée sur la *Hamilton Depression Rating Scale*-17 et qu'aucune des échelles évaluées n'est suffisamment concordante avec la *Hamilton Depression Rating Scale*-17.

Étude de Yeung *et al.* de 2012 (172)

Cette étude contrôlée publiée en 2012 par Yeung *et al.* (172) inclut 82 médecins et 662 patients qui ont une dépression caractérisée.

Elle a pour objectif d'évaluer si l'effet d'une intervention basée sur une mesure de la sévérité des symptômes dépressifs (à savoir communiquer au médecin de soins primaires la sévérité des symptômes dépressifs rapportés par le patient) a un effet sur l'évolution du patient à six mois.

Méthode

Les patients sont recrutés, durant la période de mai 2009 à février 2010, aux États-Unis, dans des centres de santé primaire qui n'ont pas de médecins spécialisés en santé mentale, ni de gestionnaire de cas, et qui n'utilisent pas dans leur pratique habituelle d'outils pour évaluer une dépression.

Les critères d'inclusion : âge ≥ 18 ans, diagnostic de dépression caractérisée selon le médecin, traitement antidépresseur prescrit par le médecin à la date d'inclusion dans l'étude, absence de traitement antidépresseur dans les 120 jours précédant cette prescription.

Les critères d'exclusion : deuil de moins de huit semaines, dépression du post-partum, besoin d'une hospitalisation en psychiatrie à la visite d'inclusion, antécédent de pathologie psychotique, de trouble bipolaire, de tentative de suicide, plan actuel de suicide, électroconvulsothérapie, stimulation du nerf vague ou magnétique transcrânienne, thérapie par des crises induites par stimulation magnétique transcrânienne, stimulation cérébrale profonde.

Avant le recrutement des patients, tous les médecins d'un centre sont désignés alternativement comme appartenant au « groupe intervention » ou au « groupe contrôle ». Le *Patient Health Questionnaire-9* est administré mensuellement par téléphone.

Remarque : il est à noter un biais dans la réalisation de l'étude à savoir un possible effet médecin puisque le médecin n'est pas en aveugle du groupe du patient en raison du protocole non identique pour les groupes.

Le « site intervention » : les résultats du *Patient Health Questionnaire*-9 sont transmis au médecin mensuellement pendant six mois. Il s'agit du score mensuel du *Patient Health Questionnaire*-9, des scores des mois précédents, du pourcentage de changement du score depuis le début de l'étude, des critères pour interpréter le résultat en termes de réponse ou de rémission,

Le « site contrôle » : le *Patient Health Questionnaire*-9 est administré lors d'un entretien téléphonique à trois et six mois du suivi et les résultats ne sont transmis au médecin qu'à six mois.

Dans tous les sites de l'étude, le médecin décide librement de la prise en charge du patient, incluant la fréquence des consultations. Le protocole de l'étude ne spécifie pas le traitement, ne fournit pas non plus d'algorithme basé sur le *Patient Health Questionnaire*-9 pour ajuster le traitement.

Les critères de jugement primaires sont la rémission (score du *Patient Health Questionnaire*-9 < 5 à 6 mois) et la réponse (diminution du score du *Patient health Questionnaire*-9 ≥ 50 % de l'inclusion à 6 mois)

Les 82 médecins sont spécialisés en médecine générale (58 %) ou en médecine interne (37 %).

Résultats

A l'inclusion, le groupe intervention (n=364) et le groupe contrôle (n=278) sont semblables pour l'âge (46,6 ± 15 ans *versus* 45,3 ± 15,4 ans p=0,53) et le score moyen de PHQ-9 (15,3 ± 5,4 *versus* 15,5 ± 5,5 p = 0,74).

Score du PHQ-9

Parmi les 646 patients qui ont un score au *Patient Health Questionnaire*-9 à l'inclusion ≥ 5 et un suivi à six mois, 42,8 % ont une rémission à six mois (46,7 % dans le groupe intervention *versus* 42,8 % dans le groupe contrôle p=0,43).

La probabilité de rémission est significativement plus élevée dans le groupe intervention comparé au groupe contrôle (rapport de cote = 1,59 (IC 95 % = 1,07-2,37). D'autres variables sont significativement associées à une augmentation de la probabilité d'une rémission (se référer au tableau ci-dessous).

Tableau 46. Analyse de régression logistique multivariée de la rémission à six mois d'après Yeung *et al.*, 2012 (172)

Variables indépendantes	Rapport de cote (Odds ratio)	(95 % CI)	p
Intercept	0,52	(0,80 - 3,32)	0,49
Groupe intervention	1,59	(1,07 – 2,37)	0,023
PHQ 9 à l'inclusion légère (référence sévère)	3,55	(2,27 – 5,53)	< 0,001
PHQ 9 à l'inclusion modérée (référence sévère)	1,99	(1,34 – 2,96)	0,001
PHQ 9 à l'inclusion modérément sévère (référence sévère)	1,19	(0,76 – 1,87)	0,443
Emploi à temps plein	1,45	(1,01 – 2,09)	0,046
Diagnostic de 1 an depuis le diagnostic	1,87	(1,24 – 2,81)	0,003

PHQ-9 : *Patient Health Questionnaire*-9.

Parmi les 646 patients qui ont un score au *Patient Health Questionnaire*-9 à l'inclusion ≥ 5 et un suivi à six mois, 63,9 % ont une réponse à six mois.

La probabilité de rémission est significativement plus élevée dans le groupe intervention comparé au groupe contrôle (rapport de cote = 2,02 (IC95 %=1,36-3,02).

D'autres variables sont significativement associées à une probabilité supérieure de rémission (voir le tableau ci-dessous).

Tableau 47. Analyse de régression logistique multivariée de la réponse à six mois d'après Yeung *et al.*, 2012 (172)

Variables indépendantes	Rapport de cote (Odds ratio)	(95 % CI)	p
Intercept	6,25	(0,49 - 80,11)	0,4159
Groupe intervention	2,02	(1,36 - 3,02)	<0,001
PHQ 9 à l'inclusion légère (groupe de référence sévère)	0,47	(0,29 - 0,79)	0,004
PHQ 9 à l'inclusion modérée (groupe de référence sévère)	0,67	(0,42 - 1,05)	0,001
PHQ 9 à l'inclusion modérément sévère (groupe référence sévère)	0,90	(0,61 - 1,32)	0,594
Race blanche	2,26	(1,13 - 4,52)	0,022
Diagnostic d'un an depuis le diagnostic	1,64	(1,08 - 2,56)	0,003
Médecin rapportant une visite avec le patient dans les trois mois précédant l'inclusion	0,55	(0,39 - 0,78)	<0,001
Medicaid/ patients non assurés	0,56	(0,36 - 0,87)	0,010

<u>Conclusion</u>

Cette étude non randomisée de niveau de preuve 4 (en raison notamment de la possibilité d'un effet médecin sur les variables testées et des multiples critères testés) suggère qu'un contrôle régulier des symptômes avec une information du médecin peut améliorer l'évolution du traitement de la dépression. La probabilité de rémission est significativement plus élevée dans le groupe intervention comparé au groupe contrôle à six mois (*odds ratio* = 1,59 [IC95 %=1,07-2,37].

Étude de Löwe *et al.* de 2004 (173)

Cette étude non randomisée incluant 167 patients recrutés en médecine générale, publiée par Löwe *et al*. en 2004 (173), a pour objectif d'évaluer la sensibilité au changement du *Patient Health Questionnaire*-9.

Méthode

Des participants à une étude de validation du *Patient Health Questionnaire*-9 (501 sujets recrutés en soins primaires en Allemagne) (43) sont inclus dans cette analyse. Il s'agit de patients qui ont une dépression caractérisée (n=55), une dépression autre (n=53) ou sans dépression (n=59), appariés aux patients déprimés sur l'âge, le sexe et le centre de l'évaluation initiale. Le PHQ-9 et le *Structured Clinical Interview for DSM-IV* (utilisé pour le diagnostic de référence de la dépression) sont complétés initialement en présentiel et par téléphone pour le suivi (délai moyen de 12,3 ± 3 mois).

La sensibilité au changement est évaluée par :

- le changement du score total du PHQ-9 ;
- la taille de l'effet = moyenne PHQ-9 suivi – moyenne PHQ-9 initial / écart type PHQ-9 initial ;
- la réponse moyenne standardisée = moyenne PHQ-9 suivi – moyenne PHQ-9 initial/ (écart type suivi-écart type initial) ;
- l'indice de réactivité = moyenne PHQ-9 suivi – moyenne PHQ-9 initial / écart type du groupe stable.

Cette étude est de faible niveau de preuve, notamment en raison d'un échantillon trop faible de patients, et par la différence des modalités de l'évaluation initiale.

Résultats

Les sujets avec une dépression caractérisée (n=55), une dépression autre (n=53) et sans dépression (n=59) ne sont pas différents pour la moyenne d'âge (41,1 ± 14,2 *versus* 42,8±12,1 *versus* 40,2 ± 13,1 p=0,59), ni pour le délai entre les évaluations initiale et de suivi (371,8 ± 90,7 *versus* 388,0 ± 94,1 *versus* 366,7 ± 86,3 p = 0,44).

Dans les groupes avec une dépression caractérisée, une dépression autre ou sans dépression, la proportion de patients initialement traités est respectivement de : 26,4 % *versus* 21,2 % *versus* 10,2 % p<0,0001 pour une psychothérapie ; 43,6 % *versus* 28,9 *versus* 26,4 p=0,0002 pour une pharmacothérapie ; 14,5 % *versus* 9,4 % *versus* 3,4 % p = 0,11 pour l'association de ces deux types de traitements.

Chez les 52 patients améliorés, selon le *Structured Clinical Interview for DSM-IV*, le score au PHQ-9 diminue en moyenne de 6,97 ± 4,91.

Chez les 24 patients qui ont une aggravation, selon le *Structured Clinical Interview for DSM-IV*, le score au PHQ-9 augmente en moyenne de 2,63 ± 4,63.

Les auteurs relèvent plusieurs résultats significatifs (p<0,0001) du score du PHQ-9 : La modification du score du PHQ-9 est plus importante chez les sujets améliorés *vs* ceux avec un état stationnaire. Les différences entre les sujets qui ont une aggravation *vs* le groupe stationnaire et entre les sujets améliorés *vs* ceux avec une aggravation.

Le tableau ci-après présente les modifications du score du PHQ-9 en fonction du diagnostic initial et au suivi.

Tableau 48. Sensibilité au changement du PHQ-9 (PHQ-9) évaluée par le changement de son score total en fonction de l'évolution de la dépression d'après Löwe *et al.*, 2004 (43)

	PHQ-9 Initial	PHQ-9 suivi	PHQ-9 Changement*	
Évolution de la dépression selon le SCID	M (ET)	M (ET)	M (ET)	p
Amélioration				
Caractérisée vers absente (n=14)	16,95 (4,27)	6,14 (4,66)	- 10,80 (5,70)	a
Caractérisée vers autre (n=17)	18,25 (3,30)	12,18 (3,07)	- 6,07 (3,39)	a
Autre vers absente (n=21)	10,09 (3,59)	4,95 (3,46)	- 5,14 (4,09)	a
Total patients (n=52)	14,61 (5,24)	7,63 (4,86)	- 6,97 (4,91)	a
Pas de changement				
Caractérisée (n=24)	18,17 (4,61)	18,42 (3,44)	0,24 (4,16)	0,78
Autre (n=18)	11,85 (5,12)	9,89 (2,76)	- 1,96 (5,28)	0,13
Absente (n=49)	5,27 (3,63)	3,22 (2,84)	- 2,05 (3,42)	0,0001
Total patients (n= 91)	9,98 (6,93)	8,55 (7,11)	- 1,43 (4,12)	0,001
Aggravation				
Absente vers caractérisée (n=2)	9,00 (2,83)	16,00 (1,41)	7,00 (1,41)	b
Absente vers autre (n=8)	9,05 (5,83)	9,50 (3,16)	0,45 (4,91)	b
Autre vers caractérisée (n=14)	13,82 (5,21)	17,07 (3,43)	3,25 (4,31)	0,01
Total patients (n=24)	11,83 (5,64)	14,46 (4,76)	2,63 (4,63)	0,01

SCID : *Structured Clinical Interview for DSM-IV*, M (ET) : moyenne et écart type, *a : p<0,0001, b : non estimé car échantillon trop faible (n<11).

Les auteurs relèvent que la taille de l'effet de la modification du score au *Patient Health Questionnaire*-9 est de - 1,33 dans le groupe amélioré (n=52), de -0,21 dans le groupe stationnaire (n=91) et de -0,47 dans le groupe avec une aggravation (n=24).

Le tableau ci-dessous présente les résultats en fonction de l'évolution au diagnostic initial et au suivi.

Tableau 49. Sensibilité au changement du PHQ-9 évaluée par la taille de l'effet, la réponse moyenne standardisée et l'indice de réactivité d'après Löwe *et al.*, 2004 (43)

Évolution de la dépression selon le SCID	Taille de l'effet	Réponse moyenne standardisée	indice de réactivité
Amélioration			
Caractérisée vers absente (n=14)	-2,53	-1,89	-2,62
Caractérisée vers autre (n=17)	-1,84	-1,79	-1,47
Autre vers absente (n=21)	-1,43	-1,26	-1,25
Total patients (n=52)	-1,33	-1,42	-1,69
Pas de changement			
Caractérisée (n=24)	0,05	0,06	0,06
Autre (n=18)	- 0,38	- 0,37	-0,48
Absente (n=49)	- 0,56	- 0,60	-0,50
Total patients (n= 91)	- 0,21	- 0,35	-0,35

Évolution de la dépression selon le SCID	Taille de l'effet	Réponse moyenne standardisée	indice de réactivité
Aggravation			
Absente vers caractérisée (n=2)	b	b	b
Absente vers autre (n=8)	b	b	b
Autre vers caractérisée (n=14)	0,62	0,75	0,79
Total patients (n=24)	0,47	0,47	0,64

b : non estimé car échantillon trop faible (n<11).

Conclusion : cette étude est de très faible niveau de preuve, notamment par un manque de puissance en raison d'échantillon trop faible de patients, et également par la différence des modalités de l'évaluation initiale. Cette étude de niveau de preuve 4 suggère que le PHQ-9 a la capacité de détecter l'évolution d'une dépression au cours du temps.

Les auteurs concluent que la capacité du PHQ-9 devrait être évaluée en considérant des outils spécifiques de mesure de la sévérité de la dépression, telle que la *Hamilton Depression Rating Scale*. Ils relèvent que les résultats préliminaires de cette étude sont possiblement influencés par le fait que le *Structured Clinical Interview for DSM-IV* n'est pas un outil destiné à mesurer la sévérité d'une dépression et ne reflète pas des changements mineurs.

► Étude rétrospective

Étude de Moore *et al.* de 2012 (174)

C'est une étude rétrospective longitudinale incluant 604 patients consultant en médecine générale, publiée par Moore *et al.* en 2012 (174). Elle a pour objectif d'examiner l'association entre la sévérité du score au *Patient Health Questionnaire*-9 (PHQ) et les modifications subséquentes du traitement médicamenteux.

Méthode

C'est une analyse rétrospective des données (période s'étendant d'avril 2009 à mars 2011), de patients consultant des centres de soins primaires au Royaume Uni et chez qui le diagnostic initial de dépression est établi à partir du 1er avril 2009.

Les critères d'exclusions envisagés par l'étude :

- dépression post-natale ;
- délai maximal de 26 semaines entre les PHQ-9 initial et de suivi non respecté ;
- score de PHQ-9 invraisemblable (score >27) ;
- score de PHQ-9 aux deux évaluations en dessous du seuil considéré pour le diagnostic de dépression légère (score < 5) ;
- deux au cours des semaines 13 à 26.

La modification du score du PHQ-9 entre les évaluations initiale et de suivi, selon le protocole de l'étude rétrospective, est considérée comme :

- adéquate (baisse ≥ 5 points) ;
- limite (baisse de 2 à 4 points) ;
- ou inadéquate (baisse de 1 point, pas de changement ou augmentation du score).

La fréquence de la dépression, selon le score du PHQ-9, est de 576 cas (95 %), lors de l'évaluation initiale et de 318 cas (53 %) lors de l'évaluation de suivi.

Les modifications de la prise en charge de la dépression, dans les quatre semaines suivant l'évaluation de suivi du PHQ-9, envisagées sont :

- la prescription d'un traitement antidépresseur ;
- la modification de la dose de l'antidépresseur ;
- l'orientation du patient vers un autre service.

Le critère principal de jugement est la probabilité d'une modification de la prise en charge du patient en fonction de la modification du score du PHQ-9.

Résultats

Au total 14 (20 %) des 69 centres contactés participent à l'étude.

Dans l'échantillon initial de 604 patients âgés en moyenne de 44,4 ans, 106 (18 %) ont au moins une comorbidité, 421 (70 %) ont une évaluation de suivi dans les quatre semaines. Le nombre moyen de suivi, dans les 12 semaines, est de 3,5 et de 1,2 au cours des semaines 13 à 26.

La fréquence de la dépression selon le *Patient Health Questionnaire* (score ≥10) est initialement de 576 cas (95 %) et de 318 cas (53 %) au suivi.

Une modification de prise en charge dans les quatre semaines suivant l'évaluation du suivi au *Patient Health Questionnaire* est observée chez 119 patients (20 %) :

- orientation vers un confrère (5 %) ;
- changement de médicament (14 %) ;
- changement de dose (8 %) ;
- ou association de ces modifications (3 %).

Les patients qui ont une réponse inadéquate au PHQ-9 ont une probabilité environ cinq fois plus élevée d'avoir une modification de leur prise en charge (cf. tableau ci-dessous).

Tableau 50. Rapport de cote (*odds ratio*) de l'expérience d'un changement de la gestion dans les quatre semaines suivant la seconde mesure de la dépression selon Moore *et al.*, 2012 (174)

	Probabilité d'un changement du traitement		Probabilité ajustée d'un changement du traitement [a]
Réponse au traitement	Rapport de cote (IC95 %)		Rapport de cote (IC95 %)
Réponse adéquate [b]	1,00		-
Réponse limite	2,44 (1,40-4,26)		2,38 (1,44-3,96)
Réponse inadéquate	4,75 (2,97-7,63)		4,72 (2,83-7,86)

[a] ajustée sur l'âge, le sexe, les antécédents de dépression, les comorbidités et la pratique ;
[b] utilisée comme référence.

Les patients qui ont un score restant au-dessus du seuil pour une dépression au PHQ-9 ont une probabilité six fois plus élevée d'avoir une modification de leur prise en charge (cf. tableau ci-dessous).

Tableau 51. Rapport de cote de l'expérience d'un changement de la gestion dans les quatre semaines suivant la seconde mesure de la dépression selon le statut de cas ou non cas, selon Moore *et al.*, 2012 (174)

	Probabilité d'un changement du traitement		Probabilité ajustée d'un changement du traitement [a]
	Rapport de cote (IC95 %)		Rapport de cote (IC95 %)
Non cas au suivi [b]	1,00		-
Cas au second PHQ-9	6,93 (4,07- 11,80)		6,49 (4,26 - 9,91)

[a] ajustée sur l'âge, le sexe, les antécédents de dépression, les comorbidités et la pratique ;
[b] utilisé comme référence.

Lorsque la modification limite au PHQ-9 est considérée comme une modification inadéquate, les patients qui ont une modification inadéquate ont toujours une probabilité d'environ cinq fois plus élevée d'avoir une modification de leur prise en charge (cf. tableau ci-dessous).

Tableau 52. Rapport de cote de l'expérience d'un changement de la gestion dans les quatre semaines suivant la seconde mesure de la dépression, selon la réponse au traitement, si la réponse limite est catégorisée selon le statut de cas, selon Moore *et al.*, 2012 (174)

	Probabilité d'un changement du traitement	Probabilité ajustée d'un changement du traitement [a]
Réponse au traitement	Rapport de cote (IC95 %)	Rapport de cote (IC95 %)
Adéquate [b]	1,00	-
Limite	4,49 (2,95 - 6,84)	4,47 (2,80 - 7,14)

[a] ajustée sur l'âge, le sexe, les antécédents de dépression, les comorbidités et la pratique ;
[b] utilisée comme référence.

Conclusion

Les auteurs de cette étude rétrospective de niveau de preuve 4 concluent que la décision de modification du traitement ou de référer le patient selon la seconde évaluation du PHQ-9 paraît être en accord avec les conseils du *National Institute for Clinical Excellence* en soins primaires.

Les patients qui ont un score restant au-dessus du seuil pour une dépression au PHQ-9 ont une probabilité six fois plus élevée d'avoir une modification de leur prise en charge.

Lorsque la modification limite au PHQ-9 est considérée comme une modification inadéquate, les patients qui ont une modification inadéquate ont également une probabilité d'environ cinq fois plus élevée d'avoir une modification de leur prise en charge.

Cette étude de niveau de preuve 4 montre que les cliniciens en soins primaires au Royaume-Uni prennent en compte le score obtenu au PHQ9 pour modifier le traitement d'un épisode dépressif caractérisé. Le groupe de travail après discussion a décidé de conserver cette étude dans l'argumentaire.

Étude de Kendrick *et al.* de 2009 (175)

Cette étude transversale publiée par Kendrick *et al.* en 2009 (175) inclut 2 294 patients recrutés en médecine générale au Royaume-Uni. L'objectif est d'évaluer :

- si en médecine générale la prise en charge des patients chez qui la sévérité de la dépression est évaluée par une échelle préconisée par l'*United Kingdom* (UK) *Quality and Outcomes Framework* est en adéquation avec ce qui est préconisé ;
- plus particulièrement si les taux de traitement avec les médicaments antidépresseurs et l'orientation pour des traitements psychologiques ou psychiatriques sont différents et en accord avec les scores des échelles (*Patient Health Questionnaire*-9, le *Hospital Anxiety and Depression Scale* et le *Beck Depression Inventory*-II).

Méthode

Les 2 294 patients ont consulté chez 38 médecins généralistes dans le cadre de soins courants. Il leur est demandé une anonymisation des patients déprimés pour lesquels ils utilisent une échelle de mesure de la sévérité de la dépression entre avril 2006 et mars 2007.

La probabilité d'une prise en charge (exemple : prescription d'un traitement antidépresseur) associée au score du questionnaire et à d'autres variables (sexe, âge, antécédent de dépression, comorbidités, centre de recrutement) est évaluée par un modèle de régression logistique.

Résultats

Le *Patient Health Questionnaire*-9 est administré chez 1 658 patients (72 %), la *Hospital Anxiety and Depression Scale* chez 584 patients (25 %) et le *Beck Depression Inventory*-II chez 52 patients (2 %).

Au final, 1 774 (79,1 %) des 2 242 patients évalués avec le *Patient Health Questionnaire*-9 ou la sous-échelle dépression *de la Hospital Anxiety and Depression Rating Scale* ont eu une prescription d'un médicament antidépresseur et 512 (22,8 %) sont orientés vers un service spécialisé. Les tableaux ci-dessous précisent la prise en charge des patients selon la sévérité de leur dépression.

Tableau 53. Prise en charge en médecine générale de patients avec une dépression, par catégories de sévérité de la dépression et selon PHQ, selon Kendrick *et al.*, 2009 (175)

Les valeurs sont des nombres (pourcentages	Sévérité de la dépression selon le PHQ-9			
Item de la prise en charge reçue par le patient	**Minime (n=85)**	**Légère (n=189)**	**Modérée à sévère (n=1384)**	**Total (n=1658)**
Rendez-vous de suivi ≤ 4 semaines	41 (48,2)	107 (56,6)	917 (65,8)	1058 (63,8)
Prescription d'antidépresseur	23 (27,1)	92 (48,7)	1195 (86,7)	1310 (79,0)
Adressé à un service de santé mentale ou social	11 (12,9)	31 (16,4)	351 (25,36)	393 (23,7)
Thérapeute	6 (7,1)	18 (9,5)	197 (14,2)	221 (13,3)
Travailleur de santé mentale en soins primaires	3 (3,5)	5 (2,6)	84 (6,1)	92 (5,5)
Psychologie	1 (1,2)	2 (1,1)	22 (1,6)	25 (1,5)
Service social	0	1 (0,5)	8 (0,6)	9 (0,5)
Psychiatrie	2 (2,4)	7 (3,7)	78 (5,6)	87 (5,2)

Tableau 54. Prise en charge en médecine générale de patients avec une dépression, par catégories de sévérité de la dépression et selon la *Hospital Anxiety and Depression Scale*, d'après Kendrick *et al.*, 2009 (175)

Les valeurs sont des nombres (pourcentages)	Sévérité de la dépression selon HADS-D			
Item de la prise en charge reçue par le patient	**Minime (n=121)**	**Légère (n=189)**	**Modérée à sévère (n=1384)**	**Total (n=1658)**
Rendez-vous de suivi ≤ 4 semaines	77 (63,6)	98 (56,6)	223 (65,8)	398 (63,8)
Prescription d'antidépresseur	64 (52,9)	108 (48,7)	292	464 (79,0)
Adressé à un service de santé mentale ou social	16 (13,2)	23(16,4)	80	119 (23,7)
Thérapeute	9 (7,4)	10 (7,2)	48 (14,2)	67 (11,5)
Travailleur de santé mentale en soins primaires	4 (3,3)	4(2,9)	9 (6,1)	17 (2,9)
Psychologie	1 (0,8)	6 (4,3)	14 (4,3)	21 (3,6)
Service social	0	1 (0,5)	1 (0,3)	2 (0,3)
Psychiatrie	2 (1,6)	4 (2,9)	14(4,3)	20 (5,2)

Chez les patients évalués avec le *Patient Health Questionnaire*-9, une visite de suivi moins de quatre semaines après l'évaluation initiale, la prescription d'un médicament antidépresseur ou l'orientation vers un service spécialisé est significativement plus vraisemblable en cas de dépression modérée à sévère comparé à une dépression légère (se référer au tableau ci-dessous).

Les hommes sont plus souvent orientés vers un psychiatre. L'orientation et la prescription de médicament antidépresseur est moins vraisemblable chez les patients âgés, les patients qui ont un diabète, une coronaropathie ou une autre comorbidité physique.

Tableau 55. Association bivariée pour la médecine générale de patients avec la sévérité de la dépression mesurée par le *Patient Health Questionnaire*-9 d'après Kendrick *et al.*, 2009 (175)

	Sévérité de la dépression selon PHQ -9	
Item de la prise en charge reçue par le patient	**Légère**	**Modérée à sévère**
Rendez-vous de suivi ≤ 4 semaines	1,40 (0,84 - 2,35)	2,06 (1,33 – 3,19)**
Prescription d'anti dépresseur	2,56 (1,23 - 5,30)*	17,04 (7,97 -36,43)***
Adressé à un service de santé mentale ou social	1,32 (0,65 - 2,67)	2,29 (1,23 – 4,25)*
Thérapeute	1,39 (0,44 – 4,33)	2,19 (0,76 – 6,26))
Travailleur de santé mentale en soins primaires	0,74 (0,38 – 1,46)	1,77 (0,43 -7,27)
Psychologie	0,90 (0,27 – 2,96)	1,36 (0,22 – 8,34))
Service social	-	-
Psychiatrie	1,60 (0,42 – 6,12)	2,48 (0,64 - 9,67)

*p<0,05 ; **p<0,01 ; *** p<0,001.

Chez les patients évalués avec la sous-échelle dépression de la *Hospital Anxiety and Depression Scale*, la prescription d'un médicament antidépresseur est significativement plus vraisemblable avec l'augmentation de la sévérité de la dépression. Il y a une tendance pour davantage d'orientations pour les dépressions sévères et moins de prescriptions de médicaments antidépresseurs pour les patients âgés (RC= et en cas de comorbidité physique) (se référer au tableau ci-dessous).

Tableau 56. Association bivariée pour la médecine générale de patients avec la sévérité de la dépression mesurée par la sous-échelle dépression de la *Hospital Anxiety and Depression Scale* d'après Kendrick *et al.*, 2009 (175)

	Rapport de Cote selon la sévérité de la dépression	
Item de la prise en charge reçue par le patient	**Légère**	**Modérée à sévère**
Rendez-vous de suivi ≤ 4 semaines	1,40 (0,76 - 2,58)	1,25 (0,84 – 1,86)
Prescription d'antidépresseur	3,21 (1,52 - 6,74)**	7,89 (3,51 -17,68)**
Adressé à un service de santé mentale ou social	1,31 (0,62 - 2,75)	2,14 (0,99 – 4,65)
Thérapeute	0,97 (0,21 – 4,52)	2,15 (0,74 – 6,29)
Travailleur de santé mentale en soins primaires	0,87 (0,15 – 5,24)	0,83 (0,19 - 3,56)
Psychologie	5,45 (0,61 – 48,76)	5,40 (0,37 – 78,29)
Service social	-	-
Psychiatrie	1,78 (0,24 – 13,20)	2,68 (0,77 - 9,35)

*p<0,05 ; **p<0,01 ; *** p<0,001.

Conclusion

Dans le cadre de cette étude de niveau de preuve 4 , le *Patient Health Questionnaire*-9 classe 83,5 % des patients comme ayant une dépression de sévérité modérée à sévère et dans le besoin d'un traitement, comparé à seulement 55,6 % des patients évalués avec la *Hospital Anxiety and Depression Scale*. Les taux de traitement et d'orientation sont similaires pour les patients évalués par ces deux questionnaires.

Les auteurs concluent que les médecins généralistes ne se basent pas uniquement sur le score du questionnaire pour décider du traitement de la dépression ou adresser le patient à un spécialiste mais prennent également en compte d'autres facteurs, tels que l'âge et les comorbidités physiques.

Une modification des seuils de sévérité recommandés pour une intervention peut rendre ces mesures plus valides, plus cohérentes avec le jugement clinique des médecins et par conséquent plus acceptables par les médecins, comme moyen de classification des patients.

Les prescriptions des médicaments antidépresseurs et l'orientation vers un spécialiste sont significativement associées à des scores de sévérité plus élevés, mais d'autres facteurs sont indépendamment associés au traitement et à l'orientation, incluant l'âge, les comorbidités physiques et la région géographique de la prise en charge.

► Conclusion sur le PHQ-9

Synthèse de données de la littérature

Il est recommandé d'utiliser le *Patient Health Questionnaire*-9 pour préciser la présence et l'intensité de symptômes dépressifs (35).

Le *Patient Health Questionnaire*-9 peut être utilisé, pour le dépistage, le suivi aussi bien pour évaluer le diagnostic (13) et la sévérité de la dépression (légère, modérée, sévère) (13, 34).

La classification de légère, modérée ou sévère doit être utilisée pour établir la sévérité initiale et pour suivre l'évolution du traitement initié (18).

Le niveau de sévérité des symptômes d'une dépression caractérisée doit être déterminé en se basant sur le score des symptômes dépressifs évalué par le *Patient Health Questionnaire*-9 et le niveau d'altération fonctionnelle établi lors de l'entretien psychiatrique clinique (18, 35).

Des symptômes clés qui peuvent avoir un impact sur l'altération fonctionnelle doivent être considérés lorsqu'on utilise la classification suivante et peut indiquer d'attribuer un niveau de sévérité supérieur à celui déterminé par le score du *Patient Health Questionnaire*-9 (18).

La réponse à l'item du *Patient Health Questionnaire*-9 portant sur « les difficultés occasionnées par la dépression » peut être utile pour initier la discussion sur les priorités du patient et sur les objectifs du traitement (38).

Les recommandations du *New Zealand Guidelines Group* (38) indiquent que les seuils du *Patient Health Questionnaire*-9 ne permettent qu'un diagnostic provisoire de la sévérité de la dépression.

Les recommandations du *National Health Service* (NHS) *Choices* en 2014 (168) rapportent que l'avis des experts est que le *Patient Health Questionnaire*-9 peut surestimer la sévérité d'une dépression.

Quatre recommandations (18, 37, 38, 107) proposent des seuils différents de ceux indiqués par les auteurs du *Patient Health Questionnaire*-9 (tableau ci-dessous).

Tableau 57. Sévérité de la dépression selon le score total au *Patient Health Questionnaire*-9 dans des recommandations

Kroenke *et al.*, 2001 (41)	**ICSI, 2013** (107) **ICSI, 2012** (37) **DVA, 2009** (18) **NZGG, 2008** (38)	**NHS Choices, 2014** (168)	**GPAC, 2013** (34)
Minime (score 0 à 4) Léger (score 5 à 9) Modéré (score 10 à 14) Modérément (sévère 15 à 19) Sévère ≥ 20	Subclinique (score 5 à 9) Léger (score 10 à 14) Modérée (score 15 à 19) Sévère score ≥ 20	Léger (score 5 à 9) Modéré score10 à 14)	Léger Modéré Sévère

ICSI : *Institute for Clinical Systems Improvement* ; NZGG: *New Zealand Guidelines Group.*

DVA : *Department of Veterans Affairs* ; NHS *Choices* : *National Health Service Choices* ; GPAC : *Guidelines and Protocols Advisory Committee.*

Une étude de niveau de preuve 3 (41), en évaluant la validité de construction des stades de sévérité du *Patient Health Questionnaire*-9, conclut que le *Patient Health Questionnaire*-9 est un outil fiable pour mesurer la sévérité de la dépression. Dans cette étude, tous les résultats ne sont pas en faveur de cette catégorisation de la sévérité en cinq stades.

Une étude de niveau de preuve 4 (170) suggère que le *Patient Health Questionnaire*-9 et la sous-échelle dépression de la *Hospital Anxiety and Depression Scale* ont une validité convergente satisfaisante et une sensibilité au changement comparable (taille de l'effet pour le changement est de 0,99 pour le *Patient Health Questionnaire*-9 et de 1 pour la sous-échelle dépression de la *Hospital Anxiety and Depression Scale*). Cependant, ces deux échelles semblent différentes dans leur catégorisation de sévérité de la dépression. Le PHQ-9 classe plus sévèrement les symptômes dépressifs que la sous-échelle dépression de la *Hospital Anxiety and Depression Scale* à l'inclusion et à la fin du traitement.

Les auteurs recommandent la prudence aux médecins dans leur interprétation des scores, selon les seuils de sévérité validés pour la sous-échelle dépression de l'HADS-D ou pour le PHQ-9.

Une étude de niveau de preuve 4 (171) suggère avec un faible niveau de preuve, que le *Patient Health Questionnaire*-9, la sous-échelle dépression de la *Hospital Anxiety and Depression Scale* et le *Beck Depression Inventory*-II ne sont pas appropriés pour évaluer la sévérité d'une dépression en médecine générale, considérant le fait que le choix du traitement de la dépression est fonction de la sévérité basée sur la *Hamilton Depression Rating Scale* et qu'aucune des échelles évaluées n'est suffisamment concordante avec la *Hamilton Depression Rating Scale*-17.

Le *Patient Health Questionnaire*-9 et le *Beck Depression Inventory*-II catégorisent le patient dans un stade plus sévère que le *Hamilton Depression Rating Scale*-17 alors que la *Hospital Anxiety and Depression Scale* catégorise le patient à un stade moins sévère en se référant aux seuils de la *Hamilton Depression Rating Scale*-17 de sévérité recommandés par l'APA ou le NICE.

Une étude de niveau de preuve 4, en 2012 (172), suggère qu'un contrôle régulier des symptômes, avec une information du médecin, améliore l'évolution du traitement de la dépression en milieu de soins, et a un effet sur l'évolution du patient à six mois. La probabilité de rémission est significativement plus élevée dans le groupe intervention comparée au groupe contrôle (*odds ratio* = 1,59 [IC95 %=1,07-2,37).

Une étude de niveau de preuve 4 (43) suggère que le PHQ-9 a la capacité pour détecter l'évolution d'une dépression au cours du temps.

Une étude de niveau de preuve 4 (175) : dans le cadre de cette étude de niveau de preuve 4, le *Patient Health Questionnaire*-9 classe 83,5 % des patients comme ayant une dépression de sévérité modérée à sévère et dans le besoin d'un traitement, comparé à seulement 55,6 % des patients évalués avec la *Hospital Anxiety and Depression Scale*. Les taux de traitement et d'orientation sont similaires pour les patients évalués par ces deux questionnaires.

Les auteurs concluent que les médecins généralistes ne se basent pas uniquement sur le score du questionnaire pour décider du traitement de la dépression ou adresser le patient à un spécialiste mais prennent également en compte d'autres facteurs, tels que l'âge et les comorbidités physiques. Les deux questionnaires de sévérité de dépression largement utilisés ont des performances non cohérentes en pratique, suggérant qu'une modification du seuil recommandée pour une intervention pourrait rendre la mesure plus valide, plus cohérente avec le jugement clinique des médecins.

Une enquête de pratique de niveau de preuve 4 (174) conclut que la décision des centres de soins primaires au Royaume-Uni de modification du traitement ou de référer le patient selon la seconde évaluation du PHQ-9 paraît être en accord avec les conseils du *National Institute for Clinical Excellence* en soins primaires.

Les patients qui ont un score restant au-dessus du seuil pour une dépression au PHQ-9 ont une probabilité six fois plus élevée d'avoir une modification de leur prise en charge. Lorsque la modification limite au PHQ-9 est considérée comme une modification inadéquate, les patients ayant une modification inadéquate ont également une probabilité d'environ cinq fois plus élevée d'avoir une modification de leur prise en charge.

Conclusion du groupe de travail sur le *Patient Health Questionnaire*-9

Malgré l'absence d'études de niveau de preuve suffisant, le groupe de travail estime qu'il est possible d'utiliser le *Patient Health Questionnaire*-9 pour évaluer la sévérité de l'épisode dépressif caractérisé et de réadapter le traitement.

2.2.3 Hamilton Depression Rating Scale

Ont été sélectionnées pour rédiger cette question :

- trois recommandations :
  - de l'*Institute for Clinical Systems Improvement* (ICSI) en 2013 et 2012 (37, 107) ;
  - du *Singapore Ministry of Health* (SMoH) en 2011 (13) ;
  - du *Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists* (RANZCP) en 2004 (14)
- une étude contrôlée randomisée de McIntyre *et al.* de 2005 (178).

► Recommandations mentionnant le *Hamilton Depression Rating Scale*

Les recommandations nord-américaines de l'*Institute for Clinical Systems Improvement* (ICSI) (37, 107) indiquent en 2013 et 2012 :

Des outils valides et fiables peuvent aider le clinicien à identifier une dépression caractérisée. Des outils de dépistage doivent être utilisés pour améliorer, mais pas pour remplacer l'entretien clinique.

La *Hamilton Depression Rating Scale* est un exemple d'outil reconnu et validé.

Les recommandations du *Singapore Ministry of Health* (SMoH) (13). Ces recommandations indiquent en 2011 :

Des échelles validées de dépression sont utiles pour déterminer la sévérité d'une dépression.

La *Hamilton Depression Rating Scale* est utilisée chez les patients pour lesquels le diagnostic de dépression est déjà posé et a son intérêt dans l'évaluation et la schématisation de la sévérité de la dépression. Sa longueur la rend moins opérationnelle en pratique clinique. La version communément utilisée est celle de 17 items.

La *Montgomery and Asberg Depression Rating Scale* est un outil de dix items coté par le clinicien qui inclut les symptômes somatiques. Il est utilisé pour mesurer la sévérité d'un épisode dépressif.

Le *Patient Health Questionnaire*-9 est un outil bref et utile en soins primaires. Il peut être auto-administré et est utilisé pour le dépistage, le suivi aussi bien pour évaluer le diagnostic et la sévérité de la dépression.

Les recommandations conjointes australiennes et néozélandaises du *Royal Australian and New-Zealand College of Psychiatrists* (RANZCP) (14) indiquent en 2004 :

Une évaluation formelle de la sévérité, par exemple en utilisant la *Hamilton Depression Rating Scale*, la *Center for Epidemiological Studies Depression Scale* ou d'autres outils similaires, permet la sélection d'un traitement basée sur des preuves fournit une mesure initiale pour évaluer l'efficacité.

► Étude contrôlée randomisée

Étude de McIntyre *et al.* de 2005 (178)

Cette étude contrôlée randomisée réalisée au Canada, incluant 410 patients, publiée en 2005 par McIntyre *et al.* (178), a pour objectif de valider la *Hamilton Depression Rating Scale-7 items* en soins primaires en la comparant à la *Hamilton Depression Rating-17 items* et à la *Montgomery and Asberg Depression Rating Scale*.

Méthode

Les patients sont recrutés dans 47 centres de soins primaires et évalués par 48 médecins sur les critères d'inclusion suivants : âge ≥ 18 ans, épisode dépressif caractérisé initial ou récidivant selon la définition du DSM-IV-TR et un score de la *Hamilton Depression Rating Scale*-17 ≥ 18. Les patients ayant une comorbidité psychiatrique ou médicale sont admissibles à condition que cette comorbidité ne constitue pas le principal point de convergence de l'attention clinique.

Les critères d'exclusion :

- (i) dépression chronique (≥ 2 ans) ou résistante au traitement (non-réponse à plus de deux antidépresseurs de classe différente) ;
- (ii) diagnostic clinique primaire autre qu'un trouble dépressif majeur (exemple : trouble bipolaire) (iii) femmes enceintes ou allaitantes (iv) comorbidité cliniquement importante et instable (v) risque important de suicide ou toxicomanie, asservissement au cours des trois mois précédents selon les critères du DSM-IV-TR.

Avant l'initiation d'une monothérapie antidépressive (choix du médecin, étiquetage dévoilé, dose flexible), pour une durée de huit semaines, une randomisation désigne la *Hamilton Depression Rating Scale*-7 ou la *Hamilton Depression Rating Scale*-17 comme principal outil de mesure de la sévérité.

Ces échelles de Hamilton ainsi que la *Clinical Global Impression of Severity* (CGI-S) et la *Clinical Global Impression of Improvement* (CGI-I) sont complétées aux cinq visites de suivi.

La *Montgomery and Asberg Depression Rating Scale* est complété aux visites initiales et finales.

Le critère principal de jugement est la proportion de sujets répondeurs au traitement (baisse du score ≥ 50 %) à huit semaines de traitement.

Les critères secondaires de jugement sont la relation de la *Hamilton Depression Rating Scale*-7 et 17 avec :

- la Montgomery and Asberg and Depression Rating Scale (MADRS) ;
- la rémission (Montgomery and Asberg Depression Rating Scale ≤10 ou Hamilton Depression Rating Scale-17 ≤ 7) ;
- la Clinical Global Impression of Severity (CGI-S) et la Clinical Global Impression of Improvement (CGI-I).

Résultats

Les groupes *Hamilton Depression Rating Scale*-7 (groupe-7 ; n = 205) et *Hamilton Depression Rating Scale*-17 (groupe-17 ; n = 205) sont similaires pour la moyenne d'âge (43,1±13 *versus* 42,9±13,4), la proportion d'épisode initial de dépression majeure (49 % *versus* 46 %), la prise de médicaments concomitants (57 % *versus* 55 %), le score moyen à la *Clinical Global Impression of Severity* (4,12 ± 0,77 *versus* 4,23 ± 0,73) et le score moyen à la *Montgomery and Asberg Depression Rating Scale* (28,0±7,6 *versus* 29,8 ± 7,0).

Dans les deux groupes, la réduction du score après traitement est significative (p<0,001).

Les différences entre les groupes concernant le pourcentage de patients répondeurs ou qui ont eu une rémission dans le groupe-7 (67 % de répondeurs et 40 % de rémission) et dans le groupe-17 (74 % *versus* 49 % respectivement) ne sont pas significatives (p=0,43 et p=0,17 respectivement) (cf. ci-dessous).

Tableau 58. Évolution des scores à la *Hamilton Depression Rating Scale* et réponse au traitement selon McIntyre *et al.*, 2005 (178)

	Groupe HDRS-17 (N=205)	Groupe HDRS-7 (N=205)
Score début du traitement : moyenne ± écart type	23,10 ± 5,09	14,00 ± 2,93
Score fin du traitement : moyenne ± écart type	8,06 ± 6,29	5,31 ± 4,36
Réponse au traitement † : score réduit ≥50 %	152 (74)	137 (67)
Rémission ‡ : score HDRS ≤7 ; score HDRS-7≤3	100 (49)	82 (40)

HDRS : *Hamilton Depression Rating Scale* ; † p= 0, 43 ; ‡ p=0,17.

Le changement entre les scores avant *versus* après traitement, basé sur les scores normalisés de la *Hamilton Depression Rating Scale*-7 et de la *Hamilton Depression Rating Scale*-17 (p<0,001) est aussi important dans les deux groupes (p=0,84) et au cours du temps (p =0,83). Les auteurs en déduisent que la sensibilité au changement de la *Hamilton Depression Rating Scale*-7 et de la *Hamilton Depression Rating Scale*-17 est similaire.

En ce qui concerne la corrélation avec la *Montgomery and Asberg and Depression Rating Scale* (coefficient de Pearson, p<0,001 pour les estimations suivantes) :

Pour le score de la *Hamilton Depression Rating Scale*-7, elle est de 0,576 avant traitement et de 0,904 après traitement. Pour les taux de réponse et de rémission de la *Hamilton Depression Rating Scale* -7, elle est de 0,716 et de 0,662.

Pour la *Hamilton Depression Rating Scale*-17, ces estimations sont respectivement de 0,672 ; 0,923 ; 0,730 et 0,710.

En ce qui concerne la corrélation avec la *Clinical Global Impression of Improvement* (coefficient de Spearman, p < 0,001 pour les estimations suivantes) :

La corrélation des scores de la *Hamilton Depression Rating Scale*-7 ou 17 avec les cotes de la *Clinical Global Impression of Improvement* augmente constamment au cours des quatre visites de suivi. Cette corrélation varie de 0,655 à 0,865 pour la *Hamilton Depression Rating Scale*-7 et de 0,624 à 0,850 pour la *Hamilton Depression Rating Scale*-17.

Les modifications du score de la *Hamilton Depression Rating Scale*-7 avec l'amélioration de la *Clinical Global Impression of Improvement* est de -0,644 et de -0,599 pour la *Hamilton Depression Rating Scale*-17.

Commentaires :

Les limites méthodologiques de cette étude sont notables :

- faible effectif de patients ;
- le schéma de l'étude inhabituel pour une telle question est discutable et n'est pas argumenté (deux groupes au lieu d'un seul groupe qui ont un test de référence et un test qui est évalué) ;
- évocation d'un document précisant la sensibilité et la spécificité mais dont on n'a pas les références ;
- les auteurs relèvent qu'un score de la *Hamilton Depression Rating Scale*-17≤7 n'est pas toujours équivalent à une rémission clinique mais ils ne présentent pas d'autres analyses, par exemple avec les stades de la *Clinical Global Impression of Severity* et de la *Clinical Global Impression of Improvement* plutôt que les corrélations pour lesquelles on n'a pas d'interprétation claire pour la pratique clinique.

<u>Conclusion</u>

Cette étude de niveau de preuve 4 suggère avec des limites méthodologiques importantes que la *Hamilton Depression Rating Scale*-7 a des capacités semblables à la *Hamilton Depression Rating Scale*-17 pour sa sensibilité au changement, pour identifier une réponse et pour une rémission sous traitement.

Considérant sa rapidité de passation (trois à quatre minutes), elle pourrait être utile en pratique clinique dans le contexte identique à celui de l'étude : suivi d'un patient qui a une dépression caractérisée et un score de la *Hamilton Depression Rating Scale*-17≥18.

Les auteurs concluent avec un niveau de preuve très faible que la prise en charge d'une telle dépression devrait viser un objectif de la *Hamilton Depression Rating Scale*-7 ≤ 3, seuil qui correspond à un seuil de la *Hamilton Depression Rating Scale*-17 ≤ 7.

► Conclusion sur la *Hamilton Depression Rating Scale*

Synthèse des données de la littérature

Les recommandations nord-américaines de l'*Institute for Clinical Systems Improvement* (ICSI) (37, 107), en 2013 et en 2012, citent la *Hamilton Depression Rating Scale* comme exemple d'outil reconnu et validé qui peut aider le clinicien à identifier une dépression caractérisée.

Les recommandations du *Singapore Ministry of Health* (SMoH) (13) citent la *Hamilton Depression Rating Scale* comme exemple d'outil valide pour déterminer la sévérité d'une dépression. Elles indiquent que sa longueur la rend moins opérationnelle en pratique clinique et que la version communément utilisée est celle à 17 items.

Les recommandations conjointes australiennes et néozélandaises du *Royal Australian and New-Zealand College of Psychiatrists* (RANZCP) (14) citent la *Hamilton Depression Rating Scale* comme exemple d'outil pouvant être utilisé pour une évaluation formelle de la sévérité qui permet la sélection d'un traitement basée sur des preuves et fournit une mesure initiale pour évaluer l'efficacité.

Une étude de niveau de preuve 4 (178) suggère que la *Hamilton Depression Rating Scale*-7 items et la *Hamilton Depression Rating Scale*-17 items sont similaires pour leur sensibilité au changement et pour identifier une réponse au traitement (67 % *versus* 74 %), une rémission d'une dépression caractérisée sous traitement médicamenteux (40 % *versus* 49 %).

Les auteurs recommandent que l'objectif de la prise en charge thérapeutique, soit un score de la *Hamilton Depression Rating Scale*-7 ≤ 3.

Conclusion du groupe de travail

Cette échelle est l'échelle de référence pour les essais thérapeutiques de médicament depuis 1967. En se basant sur les recommandations de l'ICSI et du RANZCP, le groupe de travail considère que le HDRS peut être un outil d'évaluation de la sévérité de l'épisode dépressif caractérisé et de son évolution.

2.2.4 *Hospital Anxiety and Depression Scale*

Ont été sélectionnées pour rédiger cette question :

- quatre recommandations :
  - du *National Health Service* (NHS) *Choices* en 2014 (11),
  - de l'*International Consensus Group on Depression* (ICGD) en 2010 (19),
  - du *National Institute for Clinical Excellence* (NICE) en 2009 (169),
  - de la *British Association for Psychopharmacology* (BAP) en 2008 (179) ;
- deux études non randomisées :
  - Cameron *et al.* de 2008 (170),
  - Cameron *et al.* de 2011 (171).

► Recommandations mentionnant la *Hospital Anxiety and Depression Scale*

Les recommandations britanniques du *National Health Service* (NHS) ***Choices*** (11). Ces recommandations indiquent en 2014 :

- envisager d'utiliser des questionnaires de dépression pour détecter et évaluer la sévérité d'une dépression ;
- ne pas utiliser ces questionnaires pour déterminer le besoin d'un traitement ;
- de tels questionnaires sont :
  - *Patient Health Questionnaire*-9 (PHQ-9),
  - *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS),
  - *Beck Depression Inventory*-II (BDI-II).

Les recommandations de l'*International Consensus Group on Depression* (ICGD) (19). Ces recommandations indiquent en 2010 :

Il est recommandé que les médecins utilisent un outil de mesure pour diagnostiquer et pour évaluer le niveau de sévérité de la dépression.

Malheureusement, certains de ces outils de diagnostic bien établis ont un coût élevé et prennent du temps, entravant la capacité des médecins généralistes et des psychiatres à faire un diagnostic précis dans un bref moment passé avec le patient.

Cependant, d'autres outils de diagnostic sont peu coûteux, d'utilisation libre et facile à administrer en soins primaires :

- le *Patient Health Questionnaire*-9,
- la *Hospital Anxiety and Depression Scale*.

Ces outils aident à quantifier la sévérité des symptômes dépressifs des patients ainsi que leur amélioration et doivent compléter, et non remplacer l'expérience et le jugement du clinicien.

Les recommandations britanniques du *National Institute for Health and Clinical Excellence* (NICE) (169). Ces recommandations indiquent, en 2009, un premier élément de qualité de l'évaluation d'une dépression chez l'adulte. Ce premier élément est une évaluation qui identifie la sévérité des symptômes, le degré de l'altération fonctionnelle et la durée de l'épisode.

Cette évaluation doit être aidée d'une échelle formelle de cotation pour la sévérité des symptômes (par exemple le *Patient Health Questionnaire*-9, la *Hospital Anxiety and Depression Scale*, le *Beck Depression Inventory*).

L'évaluation de l'altération fonctionnelle doit inclure les perspectives sociales de l'altération telles que définies par la Classification internationale de fonctionnement, incapacités et santé de l'Organisation mondiale de la santé.

Les recommandations britanniques de la *British Association for Psychopharmacology* (BAP) (179). Ces recommandations mentionnent, en 2008, comme outils de dépistage des troubles dépressifs :

- le test des deux questions ;
- la *Hospital Anxiety and Depression Scale*, qu'il présente comme un auto-questionnaire pour la sévérité des symptômes dépressifs et anxieux ;
- le *Patient Health Questionnaire*-9.

► Études non randomisées

Étude de Cameron *et al.* de 2008 (170)

Cette étude transversale, incluant 491 patients recrutés en médecine générale au Royaume-Uni, est publiée par Cameron *et al.* en 2008 (170). Elle a pour objectif d'évaluer des propriétés psychométriques (validité convergente et discriminante, convergence des stades de sévérité, sensibilité au changement) de la sous-échelle dépression de la *Hospital Anxiety and Depression Scale* et du *Patient Health Questionnaire*-9 pour mesurer la sévérité d'une dépression en soins primaires.

<u>Méthode</u>

Se référer à l'étude détaillée dans la question sur le *Patient Health Questionnaire*.

Résultats

Parmi 10 496 patients répertoriés, 1 087 (73 %) sont évalués avec le *Patient Health Questionnaire*-9 à la visite initiale, 1 063 avec la sous-échelle dépression de la *Hospital Anxiety and Depression Scale* avant ou le même jour que le *Patient Health Questionnaire*-9 et 478 (45 %) avec le *Patient Health Questionnaire*-9 au maximum trois jours après la sous-échelle dépression de la *Hospital Anxiety and Depression Scale*.

À la fin du traitement, 544 patients (50 %) ont complété la sous-échelle dépression de la *Hospital Anxiety and Depression Scale* et le *Patient Health Questionnaire*-9.

L'évaluation des convergences relatives et des catégories de sévérité, de la validité discriminante et de la sensibilité au changement est faite chez 478 sujets.

Les auteurs relèvent que la corrélation entre la sous-échelle dépression de la *Hospital Anxiety and Depression Scale* et le *Patient Health Questionnaire*-9 est supérieure (p<0,001) à celles de la sous-échelle dépression de la *Hospital Anxiety and Depression Scale* ou du *Patient Health Questionnaire*-9 avec la sous-échelle anxiété de la *Hospital Anxiety and Depression Scale*.

Tableau 59. Corrélation entre *Patient Health Questionnaire*-9, *Hospital Anxiety and Depression Scale*-sous-échelle dépression (HADS-D) et *Hospital Anxiety and Depression Scale*-sous-échelle anxiété (HADS-A), d'après Cameron *et al.*, 2008 (170)

	inclusion	suivi
Corrélation *Patient Health Questionnaire-9* et HADS-D	0,68	0,81
Corrélation *Patient Health Questionnaire-9* et HADS-A	0,48	0,74
Corrélation HADS-D et HADS-A	0,49	0,77

HADS-D : sous-échelle dépression de la *Hospital Anxiety and Depression Scale* ; HADS-A : sous-échelle anxiété de la *Hospital Anxiety and Depression Scale.*

Convergence des stades de sévérité

Le tableau ci-dessous montre une absence de concordance de la distribution des patients selon les catégories de sévérité du *Patient Health Questionnaire*-9 et de la sous-échelle dépression de la *Hospital Anxiety and Depression Scale*.

Ces différences, significatives (p < 0,001) à l'inclusion et à la fin du traitement, indiquent que le *Patient Health Questionnaire*-9 classe plus sévèrement les symptômes dépressifs que la sous-échelle dépression de la *Hospital Anxiety and Depression Scale*.

Tableau 60. Distribution des participants selon la cotation de la sévérité par la HADS-D et le PHQ-9 à l'inclusion et à la fin du traitement, d'après Cameron *et al.*, 2008 (170)

HADS-D		PHQ-9	
Inclusion	*N (%)*		*N (%)*
Absence (<8)	151 (33)	Absence (<5)	36 (8)
Léger (8-10)	139 (30)	Léger (5-9)	81 (18)
Modérée (11-15)	127 (27)	Modérée (10-14)	140 (30)
Sévère (>15)	45 (10)	Modérément sévère (15-19)	115 (25)
		Sévère (>19)	87 (19)
	462		462
Fin du traitement			
Absence (<8)	390 (79)	Absence (<5)	246 (50)

HADS-D		PHQ-9	
Léger (8-10)	66 (13)	Léger (5-9)	124 (25)
Modérée (11-15)	27 (6)	Modérée (10-14)	60 (12)
Sévère (>15)	8 (2)	Modérément sévère (15-19)	36 (8)
		Sévère (>19)	25 (5)
	491		491

Sensibilité au changement

La moyenne du score au *Patient Health Questionnaire*-9 est de 12,7±6,47 au début du traitement et de 6,25 ± 6,01 à la fin du traitement. (IC95 % = 5,79-7,03).

La moyenne du score à la sous-échelle dépression de la *Hospital Anxiety and Depression Scale* est de 8,85±4,52 au début du traitement et de 4,31±4,97 à la fin du traitement (IC95 % = 4,11-4,97).

La taille de l'effet pour le changement est de 1 pour la sous-échelle dépression de la *Hospital Anxiety and Depression Scale* et de 0,99 pour le *Patient Health Questionnaire*-9 et de 1 pour la sous-échelle dépression de la *Hospital Anxiety and Depression Scale*.

Conclusion

Les auteurs de cette étude de niveau de preuve 4 concluent que le *Patient Health Questionnaire*-9 et la sous-échelle dépression de la *Hospital Anxiety and Depression Scale* ont une validité convergente satisfaisante et une sensibilité au changement comparable.

Cependant, ces deux échelles sont significativement différentes dans leur catégorisation de sévérité de la dépression. Les décisions de traitement étant basées sur la sévérité, des travaux supplémentaires sont nécessaires pour évaluer les catégories de sévérité de ces échelles.

Etude de Cameron *et al.* de 2011 (171)

Publiée par Cameron *et al.* en 2011 (171), cette étude transversale inclut 233 patients recrutés en médecine générale au Royaume-Uni. Elle a pour objectif d'évaluer les capacités discriminantes de trois échelles préconisées par le *United Kingdom Quality and Outcomes Framework* (QOF) pour mesurer la sévérité de symptômes dépressifs : le *Patient Health Questionnaire*-9, la *Hospital Anxiety and Depression Scale* et le *Beck Depression Inventory*-II.

Méthode

Se reporter à l'étude détaillée dans la question sur le *Patient Health Questionnaire*.

Résultats

Au final, l'analyse concerne 233 patients (délai maximal de trois jours entre les trois échelles évaluées et la *Hamilton Depression Rating Scale*-17).

Le score moyen est de 12,6 ± 7,6 à la *Hamilton Depression Rating Scale*, -17, 11,5 ± 7,3 au PHQ-9, 8,16 ± 4,8 à la *Hospital Anxiety and Depression Scale* et 23,3 ± 13,0 au *Beck Depression Inventory*-II.

La corrélation avec la *Hamilton Depression Rating Scale*-17 est modérée avec un coefficient de corrélation de Pearson :

- de 0,68 pour la *Hospital Anxiety and Depression Scale* ;
- de 0,79 pour le PHQ-9 ;
- et de 0,75 pour le *Beck Depression Inventory*-II.

Comparé aux catégories de sévérité selon des recommandations de l'*American Psychiatric Association*, la *Hospital Anxiety and Depression Rating Scale* tend à catégoriser les patients dans

un stade plus léger (p<0,001) alors que le PHQ-9 (p<0,01) et le *Beck Depression Inventory*-II (p<0,001) tendent à catégoriser le patient dans un stade plus sévère.

Comparé aux catégories de sévérité, selon des recommandations du *National Institute for Clinical Excellence*, la tendance du PHQ-9 et du *Beck Depression Inventory*-II à catégoriser le patient dans un stade plus sévère est plus prononcée (p<0,001).

Les performances discriminatoires

L'aire sous la courbe ROC (cf. tableau ci-dessous) indique que ces trois questionnaires sont plus performants que le hasard pour discriminer une dépression à un stade modéré ou plus sévère défini selon les seuils recommandés par l'*American Psychiatric Association* ou par le *National Institute for Clinical Excellence* (p<0,001).

Tableau 61. Aire sous la courbe ROC des mesures de sévérité de la dépression du HADS-D, PHQ-9 et BDI-II, relativement au HDRS-17, d'après Cameron *et al.*, 2011 (171).

	Aire sous la courbe *Receiver Operating Curve* (IC95 %)
Critère de l'APA d'une dépression modérée ou plus sévère (HRSD-17≥14) HADS-D PHQ-9 BDI-II	 0,84 (0,79 – 0,89) 0,90 (0,86 – 0,94) 0,86 (0,81 – 0,91)
Critère du NICE d'une dépression modérée ou plus sévère (HRSD-17≥19) HADS-D PHQ-9 BDI-II	 0,89 (0,84 – 0,93) 0,93 (0,90 – 0,97) 0,90 (0,84 – 0,95)

HADS-D : *Hospital Anxiety and Depression Scale* – sous-échelle dépression ; PHQ-9 : *Patient Health Questiohnnaire*-9 ; BDI-II : *Beck Depression Inventory*-II; HDRS-17 : *Hamilton Depression Rating Scale*; APA: *American Psychiatric Association* ; NICE *: National Institute for Clinical Excellence.*

Les auteurs indiquent que les meilleures sensibilité et spécificité sont obtenues en utilisant les catégories de référence de sévérité de dépression recommandées par le *National Institute for Clinical Excellence* et le seuil discriminant qu'ils proposent pour les trois questionnaires évalués.

Le tableau ci-dessous présente les résultats en définissant une dépression modérée ou plus sévère selon les critères du *National Institute for Clinical Excellence* (*Hamilton Depression Rating Scale*-17≥19) et montre par exemple que :

- le HADS-D ≥11 donne une sensibilité de 71 % (IC95 %= 59-84) et une spécificité de 82 % (IC95 %= 77-88) ;
- le HADS-D ≥10 donne une sensibilité de 80 % (IC95 %=71-92) et une spécificité de 75 % (IC95 %=69-81).

Tableau 62. HADS-D, PHQ-9 et BDI-II mesures de la sévérité de la dépression : performances discriminatoires pour détecter une dépression modérée ou plus sévère (HDRS-17 ≥19)† d'après Cameron *et al.*, 2011 (171).

	Se (IC95 %)	Sp (IC95 %)	VPP (IC95 %)	VPN (IC95 %)	RVP (IC95 %)	RVN (IC95 %)
Seuils *						
HADS-D≥11	71 (59-84)	82 (77-88)	52 (40-64)	91 (87-96)	4,00 (2,79-5,73)	0,35 (0,22-0,54)
PHQ-9≥ 10	98 (94-99)	57 (49-64)	39 (30-47)	99 (97-99)	2,27 (1,90 -2,71)	0,04 (0,01-0,26)
BDI-II ≥ 20	91 (83-99)	55 (47-63)	37 (28-46)	96 (91-99)	2,02 (1,66-2,45)	0,16(0,06- 0,41)
Seuils**						
HADS-D≥10	82 (71-92)	75 (69-81)	47 (36-58)	94 (90-98)	3,25 (2,44-4,32)	0,25 (0,22-0,45)
PHQ-9 ≥ 15	89 (81-98)	83 (78-89)	60 (49-71)	97 (94-99)	5,39 (3,79 -7,67)	0,13 (0,06-0,29)
BDI-II ≥ 28	83 (72-94)	80 (73-86)	54 (43-66)	94 (90-99)	4,05 (2,90-5,67)	0,22 (0,12-0,41)

† Dépression modérée selon les recommandations du NICE (*Hamilton Depression Rating Scale*-17≥19).

* Dépression modérée ou plus sévère définie selon les seuils proposés par l'auteur du questionnaire.

** Dépression modérée ou plus sévère définie selon le seuil optimal obtenu par la *Receiver Operating Curve* ; HADS-D : *Hospital Anxiety and Depression Scale*-sous-échelle dépression ; PHQ-9 : *Patient Health Questiohnnaire*-9 ; BDI-II : *Beck Depression Inventory*-II.

Le tableau ci-dessous présente les résultats en définissant une dépression modérée ou plus sévère selon les critères de l'*American Psychiatric Association* (*Hamilton Depression Rating Scale*-17≥14) et montre par exemple que :

- le HADS-D ≥11 donne une sensibilité de 54 % (IC95 %= 44-63) et une spécificité de 89 % (IC95 %= 69-79) ;
- le HADS-D ≥9 donne une sensibilité de 74 % (IC95 %=65-82) et une spécificité de 76 % (IC95 %=69-83).

Tableau 63. HADS-D, PHQ-9 et BDI-II mesures de la sévérité de la dépression : performances discriminatoires pour détecter une dépression au minimum modérée (HDRS-17 ≥14)† d'après Cameron *et al.*, 2011 (171).

	Se (IC95 %)	Sp (IC95 %)	VPP (IC95 %)	VPN (IC95 %)	RVP (IC95 %)	RVN (IC95 %)
Seuils *						
HAD-D≥ 11	54 (44-63)	89 (84-95)	79 (69-89)	71 (64-78)	4,93 (2,91-8,36)	0,52 (0,42-0,65)
PHQ-9≥ 10	89 (83-95)	70 (62-78)	69 (61-77)	90 (84-96)	2,99 (2,26 -3,95)	0,15 (0,09-0,28)
BDI-II ≥ 20	86 (79-93)	70 (61-79)	71 (62-79)	86 (78-93)	2,87 (2,13-3,86)	0,20(0,12- 0,34)
Seuils**						

	Se (IC95 %)	Sp (IC95 %)	VPP (IC95 %)	VPN (IC95 %)	RVP (IC95 %)	RVN (IC95 %)
HADS-D≥ 9	74 (65-82)	76 (69-83)	70 (61-79)	79 (72-86)	3,07 (2,21-4,26)	0,35 (0,25-0,49)
PHQ-9 ≥ 12	77 (69-86)	79 (72-86)	73 (64-82)	82 (76-89)	3,68 (2,57 -5,27)	0,29 (0,20-0,43)
BDI-II ≥ 23	74 (65-83)	75 (67-83)	72 (63-81)	78 (70-85)	3,02 (2,13-4,28)	0,34 (0,24-0,49)

† Dépression modérée selon les recommandations du NICE (*Hamilton Depression Rating Scale*-17≥19).

* Dépression modérée ou plus sévère définie selon les seuils proposés par l'auteur du questionnaire.

** dépression modérée ou plus sévère définie selon le seuil optimal obtenu par la *Receiver Operating Curve* ; HADS-D : *Hospital Anxiety and Depression Scale* - sous-échelle dépression ; PHQ-9 : *Patient Health Questionnaire*-9 ; BDI-II : *Beck Depression Inventory*-II ; *Se : sensibilité ; Sp : spécificité ; VPP : valeur prédictive positive ; VPN : valeur prédictive négative ; RVP : rapport de vraisemblance positive ; RVN : rapport de vraisemblance négative.*

Les auteurs relèvent que pour les trois questionnaires, le rapport de vraisemblance positive est inférieur à 10 et que la plupart des rapports de vraisemblance négative est supérieur à 0,1 à l'exception de celui du PHQ-9 en utilisant un seuil ≥ 10.

Ils considèrent que ces résultats indiquent que la sous-échelle dépression de la *Hospital Anxiety and Depression Scale*, le *Patient Health Questionnaire*-9 et le *Beck Depression Inventory*-II ne sont pas suffisamment robustes pour écarter, ou non, la présence d'une dépression modérée ou plus sévère.

Conclusion

Cette étude non randomisée est de faible niveau de preuve (niveau de preuve 4), en raison notamment du manque de puissance lié au nombre faible de patients par rapport aux multiples tests effectués dans l'analyse statistique.

L'écart observé pour la classification des patients déprimés entre les échelles standardisées dans les différents groupes de sévérité de la dépression est important.

La sous-échelle dépression de la *Hospital Anxiety and Depression Scale*, le *Patient Health Questionnaire*-9 et le *Beck Depression Inventory*-II semblent différer de comment ils catégorisent la sévérité d'une dépression en se référant aux seuils de la *Hamilton Depression Rating Scale*-17 de sévérité recommandés par l'APA ou le NICE.

Cette étude suggère que la sous-échelle dépression de la *Hospital Anxiety and Depression Scale*, le *Patient Health Questionnaire*-9 et le *Beck Depression Inventory*-II ne sont pas appropriés pour évaluer la sévérité d'une dépression en médecine générale considérant le fait que le choix du traitement de la dépression est fonction de la sévérité basée sur la *Hamilton Depression Rating Scale*-17 et qu'aucune des échelles évaluées n'est suffisamment concordante avec la *Hamilton Depression Rating Scale*-17.

► Conclusion sur la *Hospital Anxiety and Depression Scale*

Synthèse de données de la littérature

Les recommandations britanniques du *National Health Service* (NHS) ***Choices*** (11) citent, en 2014, la *Hospital Anxiety and Depression Scale* comme exemple de questionnaire à envisager d'utiliser pour évaluer la sévérité d'une dépression.

Les recommandations de l'*International Consensus Group on Depression* (ICGD) (19) préconisent, en 2010, que les médecins utilisent un outil de mesure pour diagnostiquer et pour évaluer le niveau de sévérité de la dépression. La *Hospital Anxiety and Depression Scale* est citée comme exemple d'outil peu coûteux, facile à administrer en soins primaires, et qui aide à quantifier

la sévérité des symptômes dépressifs des patients ainsi que leur amélioration. Elle doit compléter, et non remplacer, l'expérience et le jugement du clinicien.

Les recommandations du *National Institute for Clinical Excellence* (169) citent, en 2009, la *Hospital Anxiety and Depression Scale* comme exemple d'échelle formelle de cotation de la sévérité des symptômes dépressifs pour aider à l'évaluation de la sévérité d'une dépression.

Les recommandations britanniques de la *British Association for Psychopharmacology* (BAP) (179). Ces recommandations mentionnent, en 2008, la *Hospital Anxiety and Depression Scale*, comme outil de dépistage des troubles dépressifs et la présente comme un auto-questionnaire pour la sévérité des symptômes dépressifs et anxieux.

Une étude de niveau de preuve 4 (170) a noté que la sous-échelle dépression de la *Hospital Anxiety and Depression Scale* classe moins sévèrement les symptômes dépressifs que le *Patient Health Questionnaire*-9, à l'inclusion et à la fin du traitement.

L'ampleur de l'effet pour le changement est de 1 pour la sous-échelle dépression de la *Hospital Anxiety and Depression Scale* et de 0,99 pour le *Patient Health Questionnaire*-9. Ces résultats montrent, avec un faible niveau de preuve, la capacité de la sous-échelle dépression de la *Hospital Anxiety and Depression Scale* pour détecter l'évolution d'une dépression au cours du temps.

Une étude de niveau de preuve 4 (171) suggère avec un faible niveau de preuve que la sous-échelle dépression de la *Hospital Anxiety and Depression Scale*, le *Patient Health Questionnaire*-9 et le *Beck Depression Inventory*-II ne sont pas appropriés pour évaluer la sévérité d'une dépression en médecine générale, considérant le fait que le choix du traitement de la dépression est fonction de la sévérité basée sur la *Hamilton Depression Rating Scale*-17 et qu'aucune des échelles évaluées n'est suffisamment concordante avec la *Hamilton Depression Rating Scale* -17.

La *Hospital Anxiety and Depression Scale* catégorise le patient dans un stade moins sévère que la *Hamilton Depression Rating Scale*-17 alors que le *Patient Health Questionnaire*-9 et le *Beck Depression Inventory*-II catégorisent le patient dans un stade plus sévère en se référant aux seuils de la *Hamilton Depression Rating Scale*-17 de sévérité recommandés par l'APA ou le NICE.

Conclusion du groupe de travail

L'intérêt de la *Hospital Anxiety and Depression Scale* est d'identifier de façon séparée les éléments anxieux mais elle n'est pas la plus appropriée pour évaluer la sévérité de l'épisode dépressif caractérisé. Selon des études de niveau de preuve très faible cette échelle sous évalue la sévérité de l'épisode dépressif caractérisé. Cette échelle ne comporte pas d'item estimant le risque suicidaire.

2.2.5 *Beck Depression Inventory*

Ont été sélectionnées pour rédiger cette question :

- trois recommandations du :
  - *National Health Service* (NHS) *Choices* en 2014 (11),
  - *National Institute for Clinical Excellence* (NICE) en 2009 (169),
  - *Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments* (CANMAT) en 2009 (26) ;
- une étude non randomisée de :
  - Cameron *et al.* de 2011 (171)

► Recommandations

Les recommandations britanniques du *National Health Service* (NHS) **Choices** (168). Ces recommandations indiquent en 2014 :

- envisager d'utiliser des questionnaires de dépression pour détecter et évaluer la sévérité d'une dépression ;

- ne pas utiliser ces questionnaires pour déterminer le besoin d'un traitement ;
- de tels questionnaires sont :
  - *Patient Health Questionnaire*-9,
  - *Hospital Anxiety and Depression Scale*.

Les recommandations britanniques du *National Institute for Health and Clinical Excellence* (NICE) (169). Ces recommandations indiquent, en 2009, comme premier élément de qualité de l'évaluation d'une dépression chez l'adulte :

Les patients susceptibles d'avoir une dépression ont une évaluation qui identifie la sévérité des symptômes, le degré de l'altération fonctionnelle et la durée de l'épisode.

Cette évaluation doit être aidée d'une échelle formelle de cotation pour la sévérité des symptômes (par exemple le *Patient Health Questionnaire*-9, la *Hospital Anxiety and Depression Scale*, le *Beck Depression Inventory*).

Les recommandations canadiennes du *Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments* (CANMAT) (26). Ces recommandations indiquent en 2009 :

Dans les situations dans lesquelles le clinicien choisit d'utiliser un instrument de mesure pour le diagnostic, le dépistage ou le suivi, de nombreux outils sont disponibles. Dans une étude comparative, il n'y a pas de différence majeure entre ces outils (ceux cités dans ces recommandations) et d'autres outils.

Cependant, de nombreux cliniciens trouvent le *Patient Health Questionnaire*-9 et le *Quick Inventory of Depressive Symptomatologie self-rated* plus attractifs en raison de leur brièveté et de leur forte concordance avec le DSM-IV.

Les outils cités dans ces recommandations sont :

- *Patient Health Questionnaire*-9 ;
- *Quick Inventory Depressive Symptomatologiy Self-Rated* ;
- *Beck Depression Inventory* (BDI-I ou BDI-II) ;
- *Zung self-Rating Depression Scale* ;
- *Center for Epidemiological Studies Depression Rating Scale*.

► Études non randomisées

Étude de Cameron *et al.* de 2011 (171)

Cette étude transversale, incluant 233 patients recrutés en médecine générale au Royaume-Uni, est publiée par Cameron *et al.* de 2011(171). Elle a pour objectif d'évaluer les capacités discriminantes de trois échelles préconisées par le *United Kingdom Quality and Outcomes Framework* (QOF) pour mesurer la sévérité de symptômes dépressifs : le *Patient Health Questionnaire*-9, la *Hospital Anxiety and Depression Scale* et le *Beck Depression Inventory*-II.

Les méthodes de l'étude (voir question précédente sur le *Patient Health Questionnaire*).

Résultats

Au final, l'analyse concerne 233 patients (délai maximal de trois jours entre les trois échelles évaluées et la *Hamilton Depression Rating Scale*-17).

Le score moyen est de 23,3 ± 13,0 au *Beck Depression Inventory*-II ; 12,6 ± 7,6 à la *Hamilton Depression Rating Scale*-17, 11,5 ± 7,3 au PHQ-9, et de 8,16 ± 4,8 à la *Hospital Anxiety and Depression Scale*.

La corrélation avec la *Hamilton Depression Rating Scale*-17 est modérée avec un coefficient de corrélation de Pearson r = 0,75 pour le *Beck Depression Inventory*-II, r = 0,79 pour le PHQ-9 et r = 0,68 pour la *Hospital Anxiety and Depression Scale*.

Comparés aux catégories de sévérité, définies selon des recommandations de l'*American Psychiatric Association*, la *Hospital Anxiety and Depression Scale* tend à catégoriser les patients dans un stade plus léger (p<0,001), alors que le *Beck Depression Inventory*-II (p<0,001) et le PHQ-9 (p<0,01) tendent à catégoriser le patient dans un stade plus sévère.

Comparés aux catégories de sévérité, selon des recommandations du *National Institute for Clinical Excellence*, la tendance du *Beck Depression Inventory*-II et du PHQ-9 à catégoriser le patient dans un stade plus sévère est plus prononcée (p<0,001).

Les performances discriminatoires

L'aire sous la courbe (*Receiver Operating Curve*-ROC*)* (tableau ci-dessous) indique que ces trois questionnaires sont plus performants que le hasard pour discriminer une dépression à un stade modéré ou plus sévère, défini selon les seuils recommandés par l'*American Psychiatric Association* ou par le *National Institute for Clinical Excellence* (p<0,001).

Tableau 64. Aire sous la courbe ROC des mesures de sévérité de la dépression du HADS-D, PHQ-9 et BDI-II, relativement au HDRS-17, d'après Cameron *et al.,* 2011 (171).

	Aire sous la courbe *Receiver Operating Curve* **(IC95 %)**
Critère APA d'une dépression modérée ou plus sévère (HRSD-17≥14)	
HADS-D	0,84 (0,79 – 0,89)
PHQ-9	0,90 (0,86 – 0,94)
BDI-II	0,86 (0,81 – 0,91)
Critère du NICE d'une dépression modérée ou plus sévère (HRSD-17≥19)	
HADS-D	0,89 (0,84 – 0,93)
PHQ-9	0,93 (0,90 – 0,97)
BDI-II	0,90 (0,84 – 0,95)

HADS-D : *Hospital Anxiety and Depression Scale* – sous-échelle dépression ; PHQ-9 : *Patient Health Questionnaire*-9 ; BDI-II : *Beck Depression Inventory*-II; HDRS-17 : *Hamilton Depression Rating Scale* ; APA: *American Psychiatric Association* ; NICE : *National Institute for Clinical Excellence.*

Les auteurs indiquent que les meilleures sensibilités et spécificités sont obtenues en utilisant les catégories de référence de sévérité de dépression recommandées par le *National Institute for Clinical Excellence* et le seuil discriminant qu'ils proposent pour les trois questionnaires évalués.

Le tableau ci-dessous présente les résultats en définissant une dépression modérée ou plus sévère, selon les critères du *National Institute for Clinical Excellence* (*Hamilton Depression Rating Scale*-17≥19), et montre par exemple que :

- le BDI-II ≥20 donne une sensibilité de 91 % (IC95 %= 83-99) et une spécificité de 55 % (IC95 %= 47-63) ;
- le BDI-II ≥28 donne une sensibilité de 83 % (IC95 %=72-94) et une spécificité de 80 % (IC95 %=73-86).

Tableau 65. HADS-D, PHQ-9 et BDI-II mesures de la sévérité de la dépression : performances discriminatoires pour détecter une dépression modérée ou plus sévère (HDRS-17 ≥19)† d'après Cameron *et al.*, 2011 (171).

	Se (IC95 %)	Sp (IC95 %)	VPP (IC95 %)	VPN (IC95 %)	RVP (IC95 %)	RVN (IC95 %)
Seuils *						
HADS-D≥11	71 (59-84)	82 (77-88)	52 (40-64)	91 (87-96)	4,00 (2,79-5,73)	0,35 (0,22-0,54)
PHQ-9≥ 10	98 (94-99)	57 (49-64)	39 (30-47)	99 (97-99)	2,27 (1,90 -2,71)	0,04 (0,01-0,26)
BDI-II ≥ 20	91 (83-99)	55 (47-63)	37 (28-46)	96 (91-99)	2,02 (1,66-2,45)	0,16(0,06- 0,41)
Seuils**						
HADS-D≥10	82 (71-92)	75 (69-81)	47 (36-58)	94 (90-98)	3,25 (2,44-4,32)	0,25 (0,22-0,45)
PHQ-9 ≥ 15	89 (81-98)	83 (78-89)	60 (49-71)	97 (94-99)	5,39 (3,79 -7,67)	0,13 (0,06-0,29)
BDI-II ≥ 28	83 (72-94)	80 (73-86)	54 (43-66)	94 (90-99)	4,05 (2,90-5,67)	0,22 (0,12-0,41)

† Dépression modérée selon les recommandations du NICE (*Hamilton Depression Rating Scale-17*≥19).
* Dépression modérée ou plus sévère définie selon les seuils proposés par l'auteur du questionnaire.
** Dépression modérée ou plus sévère définie selon le seuil optimal obtenu par la *Receiver Operating Curve*; HADS-D : *Hospital Anxiety and Depression Scale*-sous-échelle dépression ; PHQ-9 : *Patient Health Questiohnnaire*-9 ; BDI-II : *Beck Depression Inventory*-II.

Le tableau ci-dessous présente les résultats en définissant une dépression modérée ou plus sévère, selon les critères de l'*American Psychiatric Association* (*Hamilton Depression Rating Scale*-17≥14), et montre par exemple que :

- le BDI-II ≥20 donne une sensibilité de 86 % (IC95 %= 79-93) et une spécificité de 70 % (IC 95 % = 61-79) ;
- le BDI-II ≥23 donne une sensibilité de 74 % (IC95 % = 65-83) et une spécificité de 76 % (IC95 % = 67-83).

Tableau 66. HADS-D, PHQ-9 et BDI-II, mesures de la sévérité de la dépression : performances discriminatoires pour détecter une dépression au minimum modérée (HDRS-17 ≥ 14)† d'après Cameron *et al.*, 2011 (171).

	Se (IC95 %)	Sp (IC95 %)	VPP (IC95 %)	VPN (IC95 %)	RVP (IC95 %)	RVN (IC95 %)
Seuils *						
HAD-D≥ 11	54 (44-63)	89 (84-95)	79 (69-89)	71 (64-78)	4,93 (2,91-8,36)	0,52 (0,42-0,65)
PHQ-9≥ 10	89 (83-95)	70 (62-78)	69 (61-77)	90 (84-96)	2,99 (2,26 -3,95)	0,15 (0,09-0,28)
BDI-II ≥ 20	86 (79-93)	70 (61-79)	71 (62-79)	86 (78-93)	2,87 (2,13-3,86)	0,20(0,12- 0,34)
Seuils**						

	Se (IC95 %)	Sp (IC95 %)	VPP (IC95 %)	VPN (IC95 %)	RVP (IC95 %)	RVN (IC95 %)
HADS-D≥ 9	74 (65-82)	76 (69-83)	70 (61-79)	79 (72-86)	3,07 (2,21-4,26)	0,35 (0,25-0,49)
PHQ-9 ≥ 12	77 (69-86)	79 (72-86)	73 (64-82)	82 (76-89)	3,68 (2,57 -5,27)	0,29 (0,20-0,43)
BDI-II ≥ 23	74 (65-83)	75 (67-83)	72 (63-81)	78 (70-85)	3,02 (2,13-4,28)	0,34 (0,24-0,49)

† Dépression modérée selon les recommandations du NICE (*Hamilton Depression Rating Scale-17*≥19).
* Dépression modérée ou plus sévère définie selon les seuils proposés par l'auteur du questionnaire.
** Dépression modérée ou plus sévère définie selon le seuil optimal obtenu par la *Receiver Operating Curve* ; HADS-D : *Hospital Anxiety and Depression Scale* - sous-échelle dépression ; PHQ-9 : *Patient Health Questiohnnaire*-9 ; BDI-II : *Beck Depression Inventory*-II ; Se : sensibilité ; Sp : spécificité ; VPP : valeur prédictive positive ; VPN : valeur prédictive négative ; RVP : rapport de vraisemblance positive ; RVN : rapport de vraisemblance négative.

Les auteurs relèvent que le rapport de vraisemblance positive pour les trois questionnaires est inférieur à 10 et que la plupart des rapports de vraisemblance négative est supérieur à 0,1 à l'exception de celui du PHQ-9 en utilisant un seuil ≥10.

Ils considèrent que ces résultats indiquent que le *Patient Health Questionnaire*-9, la sous-échelle dépression de la *Hospital Anxiety Depression Scale* et *le Beck Depression Inventory*-II ne sont pas suffisamment robustes pour écarter, ou non, la présence d'une dépression modérée ou plus sévère.

Conclusion

Cette étude non randomisée est de faible niveau de preuve (niveau de preuve 4), en raison notamment du manque de puissance lié au nombre faible de patients par rapport aux multiples tests effectués dans l'analyse statistique.

Dans les différents groupes de sévérité de la dépression, l'écart observé pour la classification des patients déprimés entre les échelles standardisées est important.

Le *Beck Depression Inventory*-II, le *Patient Health Questionnaire*-9, la sous-échelle dépression de la *Hospital Anxiety and Depression Scale* semblent différer de comment ils catégorisent la sévérité d'une dépression en se référant aux seuils de la *Hamilton Depression Rating Scale*-17 de sévérité recommandés par l'APA ou le NICE.

Cette étude suggère que le *Beck Depression Inventory*, le *Patient Health Questionnaire*-9, la sous-échelle dépression de la *Hospital Anxiety Depression Scale* ne sont pas appropriés pour évaluer la sévérité d'une dépression en médecine générale considérant le fait que le choix du traitement de la dépression est fonction de la sévérité basée sur la *Hamilton Rating Scale for Depression*-17 et qu'aucune des échelles évaluées n'est suffisamment concordante avec la Hamilton Depression Rating Scale-17.

► Conclusion sur le *Beck Depression Inventory*-II

Synthèse de données de la littérature

Les recommandations britanniques du *National Health Service* (NHS) ***Choices*** (11) citent le *Beck Depression Inventory*-II comme exemple de questionnaire à envisager d'utiliser pour évaluer la sévérité d'une dépression.

Les recommandations du *National Institute for Clinical Excellence* (169) citent le *Beck Depression Inventory*-II comme exemple d'échelle formelle de cotation de la sévérité des symptômes dépressifs qui doit être utilisée pour aider à l'évaluation de la sévérité d'une dépression.

Les recommandations canadiennes du *Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments* (CANMAT) (26) citent le *Beck Depression Inventory* (BDI-I ou BDI-II) comme un exemple d'outil

disponible dans les situations dans lesquelles le clinicien choisit d'utiliser un instrument de mesure pour le diagnostic, le dépistage ou le suivi.

Une étude de niveau de preuve 4 (171) suggère avec un faible niveau de preuve que le *Beck Depression Inventory*-II, le *Patient Health Questionnaire*-9, la sous-échelle dépression de la *Hospital Anxiety and Depression Scale* ne sont pas appropriés pour évaluer la sévérité d'une dépression en médecine générale.

Considérant le fait que le choix du traitement de la dépression est fonction de la sévérité basée sur la *Hamilton Depression Rating Scale*-17 et qu'aucune des échelles évaluées n'est suffisamment concordante avec la *Hamilton Depression Rating Scale*-17.

Le *Beck Depression Inventory*-II et le *Patient Health Questionnaire*-9 catégorisent le patient dans un stade plus sévère que la *Hamilton Depression Rating Scale*-17 alors que la *Hospital Anxiety and Depression Scale* catégorise le patient à un stade moins sévère, en se référant aux seuils de la *Hamilton Depression Rating Scale*-17 de sévérité recommandés par l'APA ou le NICE.

Conclusion du groupe de travail

Malgré l'absence d'études de niveau de preuve suffisant, le groupe de travail estime qu'il est possible d'utiliser le *Beck Depression Inventory*-II pour évaluer la sévérité de l'épisode dépressif caractérisé.

2.2.6 *Montgomery and Asberg Depression Rating Scale* (MADRS)

Une étude non randomisée de Benazzi (180) a été sélectionnée pour répondre à cette question.

Une étude n'a pas été retenue : Muller *et al.* (83), en raison de la population de patients (85 patients hospitalisés en psychiatrie).

Un rappel des données présentées dans le chapitre traitant des outils diagnostiques est proposé ci-après.

La *Montgomery and Asberg Depression Rating Scale*, selon Montgomery et Asberg (57), est issu du *Comprehensive Psychopathology Rating Scale*. Il est conçu pour fournir une mesure sensible au changement de la sévérité de l'état dépressif, principalement durant un traitement pharmacologique antidépresseur.

Il comporte dix items évaluant successivement : la tristesse apparente, la tristesse exprimée, la tension intérieure, la réduction de sommeil, la réduction de l'appétit, les difficultés de concentration, la lassitude, l'incapacité à ressentir, les pensées pessimistes et les idées suicidaires.

Il s'agit d'un hétéro-questionnaire qui concerne les sept jours précédents.

L'âge de la population cible est ≥18 ans.

Le temps de remplissage est d'environ 15 minutes selon la référence de Furukawa (49).

Concernant le principe de cotation du questionnaire :

Chaque item du MADRS est coté de 0 à 6. Seules les valeurs paires sont définies. Le médecin doit décider si l'item doit être coté avec les points définis (0, 2, 4, 6) ou avec des points intermédiaires (1, 3, 5) pour lesquels il n'y a pas de définition.

Le résultat au MADRS est un score qui est la somme des cotations des dix items. Ce score varie de 0 à 60.

Les seuils du questionnaire : le score seuil de dépression est de 15. La note d'inclusion pour les essais médicamenteux est classiquement de 21 (50).

La *Montgomery and Asberg Depression Rating Scale-self assessment*, selon Svanborg et Asberg (106), est la version auto-administrée de la *Montgomery and Asberg Depression Rating Scale*. Elle concerne les trois jours précédents.

Il comporte neuf des dix items du MADRS. Chaque item est coté de 0 à 3 avec la possibilité de demi-points (0,5 ; 1,5 ; 2,5). Le score est la somme des cotations et varie de 0 à 27.

► Recommandation

Les recommandations du *Singapore Ministry of Health* (SMoH) (13).

Ces recommandations indiquent en 2011 :

Des échelles validées de dépression sont utiles pour déterminer la sévérité d'une dépression.

La *Hamilton Depression Rating Scale* est utilisée chez les patients pour lesquels le diagnostic de dépression est déjà posé et a son intérêt dans l'évaluation et la schématisation de la sévérité de la dépression. Sa longueur le rend moins opérationnelle en pratique clinique. La version communément utilisée est celle à 17 items.

La *Montgomery and Asberg Depression Rating Scale* est un outil de dix items coté par le clinicien qui inclut les symptômes somatiques. Il est utilisé pour mesurer la sévérité d'un épisode dépressif.

Le *Patient Health Questionnaire-9* est un outil bref et utile en soins primaires. Il peut être auto-administré et est utilisé, pour le dépistage, le suivi aussi bien pour évaluer le diagnostic et la sévérité de la dépression.

Envisager l'utilisation des *Clincal Global Impression scales* (*severity* et *improvement*) pour mesurer la sévérité de la pathologie et son évolution sous traitement durant les consultations (consensus d'experts).

► Étude non randomisée

Étude de Benazzi de 1999 (180)

Cette étude transversale non randomisée incluant 203 patients est publiée par Benazzi en 1999. Elle a pour objectif d'identifier un score seuil de la MADRS pour distinguer les dépressions sévères des dépressions non sévères chez des patients ambulatoires.

Méthode

Les patients sont recrutés dans un centre médical, indiqué par l'auteur comme étant représentatif des patients ayant un trouble psychiatrique en Italie. Le diagnostic de référence est établi à l'aide du *Comprehensive Assessment of Symptoms and History Structured Interview* suivant les critères du DSM-IV et le *Global Assessment of Functionning* (GAF).

Résultats

Les 203 patients sont âgés en moyenne de 44,8 ± 15 ans, ont un diagnostic d'épisode dépressif caractérisé dans 50,7 %, une affection bipolaire de type II dans 45,3 % ou de type I dans 3,9 %. Les scores de la MADRS et du *Global Assessment of Functionning* sont respectivement de 30,3±9,1 et de 55,1±9,5. Au total 42,3 % des patients ont une dépression sévère selon le score de *Global Assessment of Functionning*.

Les pourcentages de patients ayant une dépression sévère selon le score seuil de 30 ou de 35 à la MADRS sont significativement différents (30,5 % avec le seuil de 35 *versus* 57,6 % avec le seuil de 30, p<0,0001).

Pour identifier une dépression sévère, le score seuil de 35 à la MADRS donne une sensibilité de 60,4 %, une spécificité de 90,6 %, une proportion de faux-positifs de 39,5 %, une proportion de faux négatifs de 9,4 %, une valeur prédictive positive de 82,5 %, une valeur prédictive négative de 39,5 % et une aire sous la courbe (*Receiver Operating Curve*-ROC) de 0,755.

Avec un score seuil de 30 à la MADRS, ces indicateurs sont respectivement de 91,8 %; 67,5 %; 8,1 % ; 32,4 % ; 67,5 %; 91,8 % et 0,796.

Avec un score seuil de 35 à la MADRS, 30,5 % des dépressions sévères sont identifiées comme telles. Avec un seuil de 30 à la MADRS, 57,6 % des patients sont identifiés comme ayant une dépression sévère.

Conclusion

Le score seuil de 35 a une sensibilité basse alors qu'un score seuil de 30 a une sensibilité élevée, signifiant que peu de patients ont un résultat faux-négatif. Vu l'importance d'identifier une dépression sévère, un score seuil de 30 paraît plus utile qu'un score seuil de 35. Ce score seuil de 30 a, cependant, un coût, à savoir des faux-positifs plus importants. C'est une étude de niveau de preuve 4.

► Conclusion sur la *Montgomery and Asberg Depression Rating Scale* (MADRS)

Cet outil est conçu et largement utilisé pour évaluer le changement de la sévérité de l'épisode dépressif caractérisé lors des essais cliniques pharmacologiques. Cependant, on retrouve très peu de publications concernant la validité de son utilisation en soins primaires de routine.

2.2.7 *Clinical Global Impression Severity Scale* (CGI S)

Les *Clinical Global Impression Scales* selon Guy (181) comporte trois échelles qui ont été développées durant des études concernant la schizophrénie. Ces échelles sont la *Clinical Global Impression of Severity* (CGI S), la *Clinical Global Impression of Improvement* et l'*Efficacy Index Scale* (cette échelle requiert une cotation de l'interaction de l'efficacité thérapeutique et des effets secondaires du traitement). Ces trois échelles du CGI se présentent sur une feuille de papier, en suivant l'ordre de leur énumération ci-dessus.

Population cible du CGI : toutes populations pour la recherche.

L'utilisation du CGI-S s'effectue une fois avant le traitement et au moins une fois après le traitement. Des cotations supplémentaires sont laissées à la discrétion du cotateur ; le CGI S permet au clinicien d'évaluer la sévérité d'une pathologie au moment de l'évaluation, en se référant à l'expérience antérieure que le clinicien a avec la population de patients atteints de cette pathologie. La période concernée par la cotation du CGI S est au moment de l'entretien ou durant la semaine écoulée.

La cotation de la sévérité selon le CGI S varie de 0 à 7 :

0 : non évaluée ;

1 : normal, pas du tout malade ;

2 : limite mentalement malade ;

3 : légèrement malade ;

4 : modérément malade ;

5 : notablement malade ;

6 : sévèrement malade ;

7 : parmi le plus extrêmement malades.

► Recommandation

Les recommandations du *Singapore Ministry of Health* (SMoH) (13).

Ces recommandations indiquent en 2011 :

Des échelles validées de dépression sont utiles pour déterminer la sévérité d'une dépression.

La *Hamilton Depression Rating Scale* est utilisée chez les patients chez qui le diagnostic de dépression est déjà posé et a son intérêt dans l'évaluation et la schématisation de la sévérité de la dépression. Sa longueur la rend moins opérationnelle en pratique clinique. La version communément utilisée est celle à 17 items.

La *Montgomery and Asberg Depression Rating Scale* est un outil de dix items coté par le clinicien qui inclut les symptômes somatiques. Il est utilisé pour mesurer la sévérité d'un épisode dépressif.

Le *Patient Health Questionnaire*-9 est un outil bref et utile en soins primaires. Il peut être auto-administré et est utilisé pour le dépistage, le suivi aussi bien pour évaluer le diagnostic et la sévérité de la dépression.

Envisager l'utilisation des *Clinical Global Impression Scales* (*Severity* et *Improvement*) pour mesurer la sévérité de la pathologie et son évolution sous traitement durant les consultations (consensus d'experts).

► Étude non randomisée

Étude de Kadouri *et al.* de 2007 (182)

Cette étude longitudinale incluant 30 patients hospitalisés en psychiatrie et 11 psychiatres est publiée par Kadouri *et al.* en 2007 (182). Elle a pour objectif de proposer une méthodologie pour améliorer la validité de la *Clinical Global Impression of Severity* (CGI-S) et de la *Clinical Global Impression of Improvement* (CGI-I) dans le domaine des troubles dépressifs.

Méthode

Les auteurs proposent un nouveau format de réponse pour le CGI en faisant correspondre, à chaque item de cotation du *CGI-Severity Scale*, deux vignettes (une vignette est une courte description écrite d'un portrait de patient). La validité de ces vignettes est établie en associant : un guide d'entretien spécifique, un enregistrement vidéo du patient et une procédure de cotation multiple en utilisant la méthode Delphi pour obtenir un consensus sur les réponses.

Les 30 patients âgés en moyenne de 49 ± 12 ans (extrêmes de 27 et 80 ans) sont hospitalisés pour un épisode dépressif majeur dans trois hôpitaux universitaires français. Ils sont filmés pendant cinq minutes à deux reprises à une semaine d'intervalle. Ces patients ont l'entretien du CGI, un entretien semi structuré pour établir le score de la *Hamilton Depression Rating Scale* et le *Symptoms Check List-90*. Tous ces entretiens sont réalisés par le même psychiatre et les enregistrements vidéo sont cotés en aveugle de ces entretiens.

Les 11 psychiatres sont sélectionnés sur la base d'une pratique diversifiée (psycho-analystes, psycho-pharmacologistes, hôpitaux universitaires ou psychiatrique). Ils sont répartis en quatre groupes qui ont des activités différentes dans cette étude (exemple : entretien initial, cotation des vidéo avec les formats originaux ou améliorés par les auteurs, quatre psychiatres pour la méthode Delphi).

Résultats

Les 30 patients âgés en moyenne de 49 ± 12 ans (extrêmes de 27 et 80 ans) sont hospitalisés pour un épisode dépressif majeur dans trois hôpitaux universitaires Français. Les 11 psychiatres sont sélectionnés sur la base d'une pratique diversifiée (psycho-analystes, psycho-pharmacologistes, hôpitaux universitaires ou psychiatrique.

Les formats de réponses proposées pour la *CGI-Improvement Scale* sont présentés dans le tableau ci-dessous.

Les auteurs considèrent que la fiabilité inter-juge est bonne à excellente (coefficient de corrélation de Pearson >0,6), pour toutes les réponses au CGI-S et au CGI-I aux deux entretiens réalisés à 15 jours d'intervalle.

Tableau 67. Format de réponses améliorées pour la *Clinical Global Impression Severity Scale* dans la dépression, d'après Kadouri *et al.,* 2007 (182)

Normal, pas du tout malade
Le patient n'a pas de symptômes qui suggèrent une dépression.
Limite mentalement malade
Le patient se plaint de période de fatigue, d'absence de joie ou de perte d'optimisme mais cela n'affecte pas ses relations ou son travail.
La vie professionnelle ou familiale est un peu moins plaisante pour le patient. Il/Elle décrit des moments de tristesse et de tension interne.
Légèrement malade
Le patient est fatigué, a des difficultés à prendre des initiatives ou à faire des efforts. Humeur labile. Par moment, il y a une détérioration des performances professionnelles.
Le patient est tendu, irritable. Il a des difficultés de concentration dans ses tâches quotidiennes, bien qu'il/elle arrive le plus souvent à les réaliser.
Modérément malade
Le patient est triste et parle de vagues d'anxiété. Ses nuits sont sans repos. Cela retentit sur sa vie professionnelle malgré des efforts pour faire face.
Le patient doit lutter contre des moments de désespoir. Il/Elle est épuisé. Ses relations sont affectées.
Notablement malade
Le patient est apathique, il/elle dit crier facilement. Il/Elle mange de façon irrégulière, son visage est maigre. Il/elle se plaint d'une vie émotionnelle pauvre. Il/Elle ne peut pas voir de futur.
Le patient n'est plus capable de lutter contre son humeur triste. Il/Elle décrit un état permanent de tension interne. Tout est difficile à supporter.
Sévèrement malade
Le patient est sans réaction, en permanence submergé avec son humeur douloureuse. Il/Elle ne s'alimente pas.
Le visage et les propos du patient sont dépourvus d'affect ; Il/Elle n'a pas de projets, et dit qu'il/elle attend de mourir.
Parmi le plus extrêmement malades
Le patient est cachectique, ses propos sont incohérents et sont centrés sur des thèmes morbides. Angoisse extrême. Le patient est prostré, le regard détourné. Son visage exprime une tension douloureuse. L'entretien est virtuellement impossible en raison d'un refus de communiquer. Les rares propos sont délirants.

Tableau 68. Format amélioré des réponses pour la *Clinical Global Impression Improvement Scale*, d'après Kadouri *et al.,* 2007 (182)

6. amélioration idéale
5. amélioration très considérable
4. amélioration considérable
3. amélioration modérée

2. amélioration légère
1. amélioration très légère
0. statut inchangé
-1. détérioration très légère
-2. détérioration légère
-3. détérioration modérée
-4. détérioration considérable
-5. détérioration très considérable
-6. détérioration maximale

Conclusion

Les auteurs soulignent qu'au moment de leur étude, ils n'avaient pas retrouvé, dans la littérature, d'adaptation du CGI pour les troubles dépressifs. D'après cette étude réalisée sur 30 patients d'un niveau de preuve faible (niveau de preuve 4), ils concluent que la *Clinical Global Impression Scale* améliorée, qu'ils proposent, peut être un outil intéressant pour l'évaluation globale des patients psychiatriques, notamment pour la dépression.

► Conclusion sur la *Clinical Global Impression Severity Scale*

Cet outil est utilisé pour évaluer la sévérité d'une pathologie et n'a pas été développé spécifiquement pour la pathologie dépressive.

Une étude publiée, en 2007, relève que l'absence de définition opérationnelle pour les différents stades de sévérité de cette échelle est une limite de cet outil. Cette étude, de très faible niveau de preuve, concernant 30 patients hospitalisés, propose des définitions opérationnelles pour sa cotation. Cependant, la validité de cette cotation par rapport à celle d'une cotation d'un autre outil, de référence pour la dépression, n'est pas évaluée.

2.3 Évaluer le risque suicidaire

Ont été sélectionnées pour rédiger cette question :

- 17 recommandations :
  - du *Michigan Quality Improvement Consortium* (MQIC) en 2014 (183),
  - du *National Health Service* (NHS) *Choices* en 2014 (11),
  - du *National Health Service* (NHS) *Choices* en 2014 (184),
  - du *Department of Veterans Affairs* (DVA) en 2013 (185),
  - de l'*Institute for Clinical Systems Improvement* (ICSI) en 2013 (107),
  - du *Guidelines and Protocols Advisory Committee* (GPAC) en 2013 (34),
  - de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) en 2012 (35),
  - du *Singapore Ministry of Health* (SMoH) en 2011 (13),
  - de l'*American Psychiatric Association* (APA) en 2010 (186),
  - de Härter *et al.* en 2010 (15),
  - du *Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments* (CANMAT) en 2009 (26),
  - du *Department of Veterans Affairs* (DVA) en 2009 (18),
  - du *British Columbia Ministry of Health* (BCMoH) en 2008 (76),
  - du *Ministry of Health Malaysia* (MoH) en 2007 (23),
  - de Lane *et al.* en 2010 (187),
  - de la Fédération française de psychiatrie (FFP) en 2000 (188),

  - de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (Anaes) en 2002 (1) ;
- quatre publications épidémiologiques de :
  - l'Observatoire national du suicide (ONS) en 2014 (189),
  - la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques en 2009 (Drees) (190),
  - l'Institut national de veille sanitaire en 2011 (191),
  - l'Institut national de la santé et de la recherche médicale en 2005 (192),
  - Courtet et Vaiva en 2010 (193) ;
- trois études prospectives de :
  - Holma *et al.* en 2010 (194),
  - Younès *et al.* en 2015 (195),
  - Gensichen *et al.* en 2010 (196) ;
- une étude cas-témoins de Smith *et al.* en 2013 (197) ;
- une revue de littérature de Luoma *et al.* (198).

Les publications indiquées ci-dessous n'ont pas été retenues pour répondre à la question traitée pour les raisons suivantes qui sont parfois associées :

- les études traitant de l'évaluation d'un traitement antidépresseur (199, 200) ;
- les études dont le déroulement clinique ne concerne pas le thème de la question traitée (194, 199, 201-227) ;
- les études concernent les patients hospitalisés et non vus en ambulatoire (228) ;
- les études ayant inclus un trop faible nombre de patients dépressifs (229-241) ;
- les revues de la littérature (204, 242-264).

► Données épidémiologiques

Le suicide

D'après le rapport de l'Observatoire national du suicide, en 2011, 11 400 décès par suicide environ ont été enregistrés en France métropolitaine, après correction de la sous-estimation de 10 % (189).

Chaque année, plus de 10 400 personnes décèdent par suicide, soit environ 16 personnes pour 100 000. Presque un décès sur cinquante est un suicide en France (191).

Pour l'ensemble des 28 pays de l'Union européenne, le taux standardisé de décès par suicide s'élève à 12 pour 100 000 habitants. En 2010, la France métropolitaine, avec un taux de 18, se situe parmi les pays européens ayant un taux élevé de suicide, après la Finlande, la Belgique et la plupart des pays de l'Est. Les comparaisons internationales doivent, cependant, être interprétées avec prudence, du fait d'éventuelles différences en termes de qualité et d'exhaustivité des déclarations.

Le nombre de décès et les taux de décès standardisés par âge sont nettement plus élevés chez les hommes que chez les femmes : respectivement 27,7 et 8,1 décès pour 100 000 habitants, soit un taux trois fois supérieur chez les hommes.

Le taux de décès par suicide augmente fortement avec l'âge, et un tiers de celles et ceux qui se suicident ont plus de 60 ans. À partir de 75 ans, le suicide représente moins de 1 % du total des décès. La part du suicide dans la mortalité générale est nettement plus élevée chez les jeunes : entre 15 et 24 ans, le suicide représente 16 % du total des décès et constitue la seconde cause de décès après les accidents de la circulation.

En 2011, les modes de suicide les plus fréquents sont les pendaisons (53 %), les prises de médicaments et autres substances (14 %), les armes à feu (14 %), et les sauts d'un lieu élevé (7 %). Ces modes de décès diffèrent sensiblement selon le sexe. De façon générale, les disparités

de taux de suicide selon la catégorie sociale sont moins marquées pour les femmes que pour les hommes.

Les sociologues ont mis en évidence de très fortes inégalités sociales face au suicide. Les agriculteurs, employés et ouvriers ont ainsi un risque de décéder par suicide deux à trois fois plus élevé que celui des cadres. Les personnes en situation de précarité ont un risque plus élevé de suicide.

Plusieurs études suggèrent que la crise économique et financière de 2008 se serait traduite par une hausse des suicides et par une dégradation de la santé mentale pour les hommes en âge de travailler dans la plupart des pays concernés, les femmes étant moins affectées.

Les inégalités sociales face au suicide s'accompagnent d'importantes inégalités régionales. Les taux de décès par suicide sont particulièrement élevés en Bretagne, Basse-Normandie, Nord-Pas-de-Calais et Champagne-Ardenne. Les régions Midi-Pyrénées, Rhône-Alpes et Alsace enregistrent, au contraire, les plus bas taux de décès par suicide.

Le travail joue un rôle important dans la production des inégalités face au suicide selon la PCS. Toutefois, malgré l'intérêt porté aujourd'hui aux risques psychosociaux, il n'existe pas de données fiables en France sur le nombre de suicides survenus sur un lieu de travail.

Les données d'enquêtes permettent également de caractériser des secteurs d'activités particulièrement concernés par le suicide, notamment pour le secteur de la santé et de l'action sociale. Le chômage, les difficultés financières quotidiennes ou de remboursement de crédits immobiliers sont des facteurs de risque d'anxiété ou de dépression et des facteurs de risque de suicide potentiels.

Selon la Drees, certaines populations concentrant un grand nombre de facteurs de risque : les personnes âgées de plus de 75 ans (dont les taux de décès par suicide sont particulièrement élevés avec le rôle et le poids respectif de la dépression, de la fragilité psychique et physique, des comorbidités et de l'isolement) ; parmi les moins de 75 ans, les personnes âgées de 45 à 54 ans ont le taux de suicide le plus élevé ; la population en milieu carcéral ; les minorités sexuelles (190).

Les personnes qui ont des antécédents de tentatives de suicide présentent un risque futur de suicide élevé. Les difficultés des proches des personnes, ayant fait une tentative de suicide ou décédées par suicide, peuvent présenter un risque supplémentaire de suicide (189).

Parmi les facteurs de risque, qui augmentent la probabilité que des individus envisagent ou tentent de se suicider, une tentative de suicide antérieure constitue le facteur le plus important. Les troubles psychiatriques, dont les troubles de l'humeur (dépression, troubles bipolaires, etc.), jouent un rôle majeur. Les facteurs (neuro) biologiques, les maladies somatiques, les addictions, les événements de vie négatifs (difficultés vécues dans l'enfance, ruptures, deuils, agressions physiques et sexuelles, etc.), jouent également un rôle, de même que l'isolement, la précarité financière, l'endettement, le chômage, le milieu professionnel et le type d'emploi, les risques psychosociaux au travail. Les facteurs de protection constituent le pendant de ces facteurs de risque (189).

Les tentatives de suicide (TS)

En 2010, 3,9 % des personnes âgées de 15 à 85 ans, interrogées sur une période rétrospective de 12 mois, déclarent avoir eu des pensées suicidaires. 0,5 % de ces personnes interrogées déclarent avoir fait une tentative de suicide (191).

Près de 200 000 personnes ont été accueillies aux urgences après une tentative de suicide en 2011 (189).

Chaque année, environ 70 000 personnes sont hospitalisées pour TS dans les services de médecine, chirurgie, obstétrique (hors services de psychiatrie), pour 90 000 séjours, dont 65 % de séjours féminins. Ce sont les jeunes filles de 15 à 19 ans qui présentent les taux d'hospitalisation

les plus élevés (43 pour 10 000 par an). L'autointoxication médicamenteuse constitue le mode opératoire dans huit cas sur dix, les médicaments les plus utilisés étant les psychotropes (189).

Le taux de tentatives de suicide semble stable depuis 2000 (environ 6 %) mais le taux de TS au cours des 12 derniers mois est supérieur à celui observé en 2005. D'après la littérature, les tentatives de suicide constituent le facteur prédictif le plus important pour le suicide accompli. (191).

Les femmes effectuent deux fois plus de tentatives de suicide que les hommes, mais sont trois fois moins nombreuses à se donner la mort. Chez les personnes âgées, le ratio suicide abouti/tentative de suicide est particulièrement élevé, de l'ordre de un pour quatre, contre un pour 200 chez les personnes de moins de 25 ans (189).

Suicide et dépression

L'InVS, à partir de la Base CépiDc-Inserm a établi les causes médicales de décès issues des certificats de décès sur la période 2000 à 2010, en France. L'InVS décrit la fréquence des troubles mentaux et des grands groupes de pathologies somatiques signalés dans les certificats de décès par suicide (CDS), en les confrontant aux fréquences des causes associées aux décès du reste de la population (CDR) du même âge (191).

40 % des suicides en France sont associés, selon les médecins certificateurs, à la présence de troubles psychiatriques, en grande majorité dépressifs (35 % des suicides) (189).

Les états dépressifs sont associés à un risque suicidaire élevé (191).

« La dépression est le trouble mental le plus souvent associé au suicide. L'angoisse, moteur puissant du suicide, est étroitement liée à la dépression, et les deux troubles sont parfois indissociables. Les études montrent que 80 % des personnes qui mettent fin à leurs jours présentent plusieurs symptômes de dépression », selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS) (265).

La dépression est présente dans 29 % à 88 % des suicides selon l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) (192).

Selon une étude, les patients souffrant de trouble dépressif récurrent sont des individus à haut risque de conduites suicidaires (multiplié par 20-30). Il est rapporté que 15 % des patients, qui ont présenté un épisode dépressif majeur au cours de leur vie, mourront par suicide et que plus de 60 % des sujets suicidés présentaient une dépression (193).

Une étude récente a évalué le risque de conduites suicidaires (tentatives de suicides et suicides aboutis) au cours de l'évolution de la dépression durant cinq ans. Le risque de conduites suicidaires attribuables au temps passé comme déprimé est de 78 %, indiquant l'enjeu que représente un traitement efficace de la dépression (194).

Selon l'analyse du Programme de médicalisation des systèmes d'information en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (PMSI–MCO)[3], dans les hospitalisations pour tentative de suicide entre 2004 et 2007, en France métropolitaine, l'absorption de médicaments constitue le mode opératoire de TS de loin le plus fréquent, concernant 79 % des TS hospitalisées, soit entre 67 000 et 79 000 séjours hospitaliers par an. Un ou plusieurs diagnostics psychiatriques ont été codés dans 65 % des séjours hospitaliers pour une TS, correspondant à 60 % des patients hospitalisés. Les diagnostics psychiatriques les plus fréquents sont les troubles dépressifs (67 %). Le mode opératoire de loin le plus fréquent (85,3 %) est l'absorption de médicaments, les psychotropes étaient utilisés dans 3/4 des cas (191).

► Recommandations

Les recommandations nord-américaines du *Michigan Quality Improvement Consortium* (MQIC) (183). Ces recommandations indiquent en 2014 :

- évaluer le risque suicidaire par des questions directes concernant les idées suicidaires, et si présent, le plan suicidaire, les moyens potentiels et les antécédents personnels et familiaux de tentatives de suicide (avis d'experts) ;
- faire cette évaluation du risque suicidaire à chaque rencontre concernant la dépression jusqu'à ce que le patient soit en rémission et n'ait pas exprimé d'idées suicidaires lors de la visite précédente ;
- si le patient est à risque de suicide, l'adresser aux services des urgences ou à un centre d'intervention pour les crises.

Les recommandations britanniques du *National Health Service* (NHS) ***Choices*** (11).

Ces recommandations indiquent en 2014 :

- interroger toujours directement en ce qui concerne les idées suicidaires et les intentions ;
- interroger sur les idées suicidaires et l'auto-agression est important et n'augmente pas le risque de suicide ou d'épisodes d'auto-agression.

Tableau 69. Questions à inclure dans l'évaluation des idées et intentions suicidaires, selon le *NHS Choices*, 2014 (11)

- Avez-vous déjà pensé au suicide ? - Avez-vous fait des plans pour mettre fin à vos jours ? - Avez-vous pensé à comment vous mettriez fin à vos jours ? Si la personne suspecte de dépression répond OUI à cette question, interroger sur les méthodes spécifiques envisagées, par exemple : arme à feu, overdose, etc. - Avez-vous à votre disposition les moyens pour faire cela ? - Qu'est-ce qui vous retient de mettre en œuvre ces pensées ? - Pensez-vous que la vie vaut la peine d'être vécue ? - Souhaitez-vous être mort ? - Avez-vous déjà pensé à vous faire du mal de quelque façon ?

Les facteurs de risque de suicide incluent :

- les caractéristiques sociales :
  - sexe masculin,
  - jeune âge (<30 ans),
  - âge avancé,
  - célibataire ou vivant seul ;
- antécédents :
  - tentative de suicide,
  - antécédent familial de suicide ou de pathologie mentale,
  - abus de substance,
  - initiation récente d'un traitement antidépresseur,
  - actes impulsifs et/ou de violence ;
- caractéristiques cliniques :
  - désespoir,
  - psychose,
  - anxiété sévère, agitation, attaque de panique,
  - affection physique concommitante,
  - dépression sévère ;
- situations stressantes ;
- absence de facteur protecteur.

S'il y a un risque d'auto-agression ou de suicide :

- évaluer si la personne a une aide sociale adéquate et fiable ;

- mettre en place une aide appropriée ;
- conseiller la personne de chercher de l'aide si la situation se détériore ;
- tenir compte de la toxicité d'une overdose des médicaments prescrits ;
- conseiller la famille et les aidants d'être vigilants à : une modification de l'humeur; une négativité ; le désespoir ; des idées et des plans suicidaires ;
- évaluer également le niveau du patient en ce qui concerne le soin qu'il prend de lui ; son hydratation ; sa nutrition ;
- tenir compte du risque pour les autres, en particulier du risque de négligence des personnes à charge ; du risque de violence (s'enquérir d'antécédent de violence, d'idées, de plans et d'intentions d'homicide).

Les recommandations britanniques du *National Health Service* (NHS) ***Choices*** (184) indiquent, en 2014, pour les dépressions modérées à sévères :

Essayer toujours d'obtenir des informations d'un tiers lorsque vous avez le moindre doute lors de l'évaluation du risque clinique.

Faire une évaluation du risque quand :

- il y a une modification significative de l'état mental et de la situation personnelle ;
- le patient sort d'une hospitalisation.

Des questions importantes à envisager, commençant par « est ce que le patient est » :

- en sécurité pour être vu ?
- à risque pour sa santé ?
- à risque imminent pour lui-même ?
- à risque imminent pour les autres.

Pour l'évaluation du risque suicidaire :

- Considérer des facteurs de risque tels que :
  - antécédents de tentatives de suicide ou d'automutilation ;
  - sens de désespoir et absence de désir de continuer ;
  - isolation sociale et/ou manque de soutien ;
  - mésusage d'alcool ou de drogues ;
  - antécédents d'actes impulsifs, notamment avec violence.

Évaluer le risque de se faire du mal :

- évaluer les idées et/ou les intentions suicidaires :
  - interroger sur les idées ;
  - interroger sur les intentions ;
  - interroger sur une planification (arranger ses affaires, vente d'effets personnels, rédaction d'un testament, acquisition d'un moyen pour se faire du mal) ;
  - interroger sur l'accès de moyens létaux ;
  - interroger sur des facteurs protecteurs.

Envisager d'autres risques de se faire du mal incluant l'exploitation et l'auto-négligence.

<u>Dans les situations aigues</u> :

Le contexte le plus sécurisant pour l'évaluation du risque, à la fois pour le patient et le soignant, peut être le milieu hospitalier. L'évaluation en urgence doit être organisée s'il y a un risque significatif de violence, de se faire du mal ou de négligence. Il peut y avoir besoin de l'assistance de la police qui peut utiliser une loi afin de permettre la détention dans un lieu sécurisé pour une évaluation supplémentaire.

Les questions importantes à envisager sont d'évaluer si le patient est :

- en sécurité pour être vu ;

- à risque pour sa propre santé ;
- à risque imminent pour lui ;
- à risque imminent pour les autres.

Si une personne est évaluée comme étant à risque de suicide :

- prendre en compte la toxicité d'une overdose si un antidépresseur est prescrit ou si la personne prend un autre médicament. Si besoin, limiter la quantité de médicament disponible ;
- envisager d'augmenter le niveau d'aide tel que des contacts directs ou par téléphone plus fréquents ;
- envisager de référer le patient à un service de psychiatrie.

Les recommandations nord-américaines du *Department of Veterans Affairs* (DVA) (185) indiquent en 2013 :

L'évaluation du risque suicidaire est un processus au cours duquel le professionnel de santé recueille des informations pour déterminer le risque suicidaire du patient. Le risque suicidaire est estimé en se basant sur les pensées, les intentions suicidaires, les comportements liés au suicide, les signes d'alerte, les facteurs de risque et les facteurs protecteurs.

Le but fondamental de l'évaluation du risque suicidaire est de :

- identifier le patient qui nécessite une intervention immédiate pour prévenir l'acte de suicide ;
- déterminer le lieu approprié de traitement pour optimiser la sécurité ;
- prodiguer une intervention clinique ;
- formuler un plan qui réduit le risque de futures pensées et de comportements suicidaires.

Les recommandations sont :

a) L'évaluation du risque suicidaire doit premièrement évaluer trois domaines :

- les idées suicidaires ;
- les intentions suicidaires ;
- le comportement incluant des signes d'alerte qui peuvent accroitre la gravité du patient.

b) L'évaluation du risque suicidaire doit inclure la prise en compte de facteurs de risque et de facteurs protecteurs qui peuvent augmenter ou diminuer le risque suicidaire du patient.

c) L'observation et l'existence de signes d'alerte, l'évaluation d'idées, d'intentions, de comportements suicidaires et d'autres facteurs de risque et protecteurs doivent être utilisés pour informer toute décision concernant l'orientation du patient à un niveau supérieur de prise en charge.

d) L'état mental et les idées suicidaires peuvent fluctuer considérablement avec le temps. Toute personne à risque de suicide doit être réévaluée régulièrement, particulièrement lorsque sa situation a changé.

e) Le clinicien doit observer le comportement du patient durant l'entretien clinique. La déconnexion ou le manque de rapport peut indiquer un risque de suicide augmenté.

f) L'évaluateur du risque suicidaire doit rester à la fois empathique et objectif tout le long de l'évaluation. Une approche directe sans jugement permet à l'évaluateur de recueillir les informations les plus fiables d'une façon collaborative et permet au patient d'accepter de l'aide.

Les recommandations du DVA présentent l'évaluation du risque suicidaire en trois étapes :

- évaluer les idées, intentions et comportements suicidaires ;
- évaluer des facteurs qui contribuent au risque suicidaire ;
- déterminer le niveau du risque suicidaire.

<u>Évaluer les idées, intentions et comportements suicidaires</u>

a) <u>Les idées et pensées suicidaires</u>

Interroger le patient s'il a des pensées concernant le souhait de mourir, d'entreprendre des comportements associés au suicide. La distinction entre la violence dirigée contre soi-même non suicidaire et le comportement suicidaire est importante.

Les recommandations sont :

Il doit être demandé directement au patient s'il a des idées suicidaires et de les décrire.

L'évaluation des pensées suicidaires doit inclure les éléments suivants :

- le début (quand est-ce que cela a débuté) ;
- la durée (aigue, chronique, récurrente) ;
- l'intensité (fugace, harcelante, intense) ;
- la fréquence (rare, intermittente, quotidienne, soutenue) ;
- la nature active ou passive (exemple : je souhaite être mort versus penser à me tuer) ;
- si le patient pense à se tuer, ou il pense à avoir des comportements potentiellement dangereux pour d'autre raison (exemple : se blesser avec une arme tranchante pour alléger une détresse émotionnelle) ;
- la létalité du plan (pas de plan, overdose, pendaison, arme à feu) ;
- les événements déclencheurs ou facteurs de stress (relation, maladie, perte) ;
- qu'est ce qui intensifie les pensées ?
- qu'est ce qui détourne les pensées ?

L'association avec des états d'intoxication (les épisodes d'idées suicidaires sont ils présents ou exacerbés uniquement lorsque le patient est intoxiqué). Ce fait ne rend pas ces idées moins graves, cependant cela peut être une cible spécifique pour le traitement.

La compréhension concernant les conséquences des potentielles actions futures.

Tableau 70. Exemple de questions sur les idées suicidaires, selon les recommandations du *Department of Veterans Affairs*, 2013 (185)

« Avec tout ce qui se passe avez-vous déjà fait l'expérience de pensées pour vous tuer ? • Quand avez-vous commencé ces pensées suicidaires ? • Est ce qu'il y a un facteur précipitant pour ces pensées ? • A quelle fréquence avez-vous ces pensées suicidaires ? • Combien de temps durent-elles ? • Quel est le pire qu'elles aient déjà été ? • Que faites-vous quand vous avez ces pensées suicidaires ? • Que faites-vous lorsqu'elles sont plus fortes que jamais ? • Est-ce que les pensées apparaissent ou s'intensifient lorsque vous buvez ou utiliser des drogues ? »

b) Les intentions suicidaires

Évaluer les preuves passés ou présentes (implicites ou explicites) que le patient souhaite mourir, les moyens de se tuer, et la compréhension des conséquences probables de ses potentielles actions.

Les recommandations sont :

Le patient doit être interrogé sur l'intensité avec laquelle il pense à mourir, les moyens de se tuer et sur la compréhension des probables conséquences de ces actions potentielles.

L'évaluation des intentions doit être caractérisée par :

- l'intensité du désir de mourir ;
- l'intensité de la détermination d'agir ;
- l'intensité de l'impulsivité à agir ou la capacité à résister à agir de façon impulsive.

L'évaluation des intentions suicidaires doit être basée sur l'indication que le patient :

- souhaite mourir ;
- dispose des moyens de se tuer ;
- comprend les probables conséquences de ses actions ou de ses actions potentielles.

Ces facteurs peuvent être relevés en interrogeant à quel point :

- le patient a pensé à un plan létal ;
- a la capacité de mettre en place ce plan ;
- et s'il est vraisemblable qu'il exécute ce plan.

Tableau 71. Exemple de questions sur les intentions suicidaires, selon les recommandations du *Department of Veterans Affairs*, 2013 (185).

• Souhaitez-vous que vous soyez mort ? • Avez-vous l'intention d'essayer de vous tuer ? • Avez-vous un plan concernant comment vous pourriez vous tuer ? • Avez-vous fait une action dans le but de mettre ce plan en place ? • Avec quelle vraisemblance pensez-vous que vous exécuterez votre plan ?

c) Les comportements préparatoires

Évaluer si le patient a commencé à montrer des comportements actuels pour se préparer à s'engager dans des comportements de violence dirigés contre lui-même.

Les recommandations sont :

Le médecin doit évaluer les comportements préparatoires en s'enquérant sur :

- des comportements préparatoires comme s'il mettait en œuvre un plan de suicide (exemple : marcher mentalement sur le pont, manier une arme, rechercher des méthodes sur Internet) ;
- des pensées concernant le lieu où il pourrait le faire et la vraisemblance d'être trouvé ou interrompu ;
- des actions pour chercher à accéder ou pour explorer des moyens létaux (exemple : acquérir une arme à feu ou des munitions, accumulation de médicaments, acheter une corde une lame) ;
- des actions prises ou d'autres étapes pour préparer sa fin de vie (exemple : rédiger un testament, une note de suicide, offrir ses biens, revue d'un contrat d'assurance vue).

Le médecin doit obtenir des informations collatérales de sources telles que les membres de la famille, les données médicales et les thérapeutes.

Tableau 72. Exemple de questions sur la préparation, selon les recommandations du *Department of Veterans Affairs*, 2013 (185).

• Avez-vous un plan ou avez-vous planifié de vous tuer ? (si oui, comment feriez-vous cela ?) • Avez-vous le médicament, l'arme, la corde… que vous utiliseriez ? Ou est-il actuellement ? • Avez-vous un calendrier en tête pour vous tuer ? • Est-ce qu'il y a quelque chose (un événement) qui déclencherait d'exécuter votre plan ? • A quel point êtes-vous sûr que votre plan mettra fon à votre vie ? • Qu'avez-vous fait pour commencer à mettre en œuvre ce plan ? • Avez-vous fait d'autres préparatifs (exemple : mettre à jour une assurance vie, prendre des mesures pour un animal de compagnie ?)

d) Les tentatives antérieures de suicide

Obtenir des informations du patient et d'autres sources sur les tentatives antérieures de suicide. Ces tentatives ont pu, ou non, entraîner des lésions et ont pu être interrompues par le patient ou par autrui. Les recommandations sont :

L'évaluation du risque suicidaire doit inclure des informations fournies par le patient et d'autres sources collatérales concernant les tentatives de suicide antérieures et les circonstances environnantes de ces événements (c'est-à-dire les événements déclencheurs, les méthodes utilisées, les conséquences de comportement, le rôle de l'abus de substances) pour déterminer la létalité de toute tentative de suicide antérieure.

Demander si la tentative a été interrompue par le patient lui-même ou par d'autres, et d'autres preuves pour s'isoler et prévenir d'être découvert. Interroger sur d'autres tentatives antérieures et multiples possibles.

Pour les patients qui présentent la preuve d'une tentative antérieure interrompue (par le patient lui-même ou par d'autres), obtenir des détails additionnels pour déterminer les facteurs qui ont permis au patient de résister à l'impulsion d'agir (s'il a lui-même interrompu la tentative) et prévenir une future tentative.

e) Les signes d'alerte d'indications d'une action urgente, immédiate

Reconnaître les émotions, les pensées, les comportements précipitants qui sont associés de façon la plus proche à un acte suicidaire et qui reflètent un risque élevé.

Les recommandations sont :

Évaluer d'autres signes d'alerte qui peuvent indiquer la vraisemblance de comportements suicidaires apparaissant dans un futur proche et qui requièrent une attention immédiate :

- abus de substance (augmentation ou usage excessif d'alcool, drogue, tabac) ;
- désespoir ;
- absence de raison de vivre, baisse de l'estime de soi ;
- colère ;
- imprudence (engagement impulsif dans des comportements à risque) ;
- sensation d'être « prisonnier, sans issue de sortie » ;
- retrait social ;
- anxiété ;
- modification spectaculaire de l'humeur ;
- troubles du sommeil ;
- culpabilité ou honte.

Évaluer des facteurs qui contribuent au risque suicidaire

Évaluer les facteurs connus pour être associés à un risque de suicide (facteurs précipitants) et ceux qui peuvent réduire ce risque (facteurs protecteurs).

Les recommandations sont :

Le professionnel doit obtenir des informations sur les facteurs de risque lors de l'évaluation initiale, en admettant que ces facteurs de risque ont une utilité limitée dans la prédiction de comportements futurs.

Le professionnel doit s'inspirer de toutes les informations disponibles incluant les antécédents disponibles dans les données antérieures du patient, l'interrogatoire et l'observation du patient, de sa famille et d'autres sources si disponibles.

Des outils d'évaluation peuvent être utilisés pour évaluer les facteurs de risque, en complément d'un entretien clinique, bien qu'il n'y ait pas de preuves suffisantes pour recommander un outil plutôt qu'un autre.

L'évaluation initiale doit inclure des informations suffisantes sur les facteurs de risque pour informer une évaluation plus précise en cas de modification des situations (exemple : présence d'arme à feu à domicile, isolation sociale, etc.).

Les facteurs de risque doivent être considérés pour indiquer des patients à risque le plus élevé (exemple : ceux avec un antécédent de dépression) et des périodes à risque le plus élevé (exemple : difficultés interpersonnelles récentes).

Les facteurs de risque doivent être sollicités et considérés dans la formulation des soins du patient.

Une réévaluation du risque doit être faite quand il y a une modification de la situation du patient (exemple : rechute pour l'alcoolisme) ou une situation psychosociale (exemple : rupture de relation amoureuse) pour suggérer une augmentation du risque. Les professionnels doivent mettre à jour les informations sur les facteurs de risque quand il y a une modification de symptômes ou de la situation du sujet qui suggère une augmentation du risque ?

a) Les facteurs de risque / facteurs précipitants

Les facteurs de risque distinguent un groupe à risque le plus élevé d'un groupe à risque le plus faible. Ils peuvent être modifiables ou non modifiables et informent la formulation du risque suicidaire. Les facteurs de risque modifiables peuvent également être la cible d'interventions :

- les facteurs psychologiques :
  - suicide d'un proche, d'une personne célèbre ou d'un pair,
  - deuil d'un suicide,
  - perte d'un être cher,
  - perte de relation (divorce, séparation),
  - perte d'un statut, du respect, de rang (humiliation publique, être abusé, perte de travail ou d'une tâche) ;
- les facteurs sociaux :
  - les événements de vie stressants (rupture et autre difficulté dans des relations chères, feu, arrestation, expulsion, agression) ;
- les stresseurs chroniques : problèmes financiers, problèmes légaux ;
- le soutien social : les relations interpersonnelles pauvres, isolation géographique du soutien, les barrières pour accéder à des soins de santé mentale, une modification récente du niveau de soins (sortie récente pour un patient hospitalisé en psychiatrie) ;
- les troubles mentaux :
  - les troubles de la personnalité (en particulier les personnalités limites et antisociales),
  - l'anxiété (stress post-traumatique, panique),
  - les troubles de l'usage de substances (alcool, drogues illicites, tabac),
  - les troubles de l'alimentation,
  - les troubles du sommeil,
  - un traumatisme psychologique ;
- les conditions médicales :
  - antécédent de traumatisme crânien,
  - affection terminale,
  - infection au VIH,
  - diagnostic récent d'une pathologie majeure,
  - aggravation d'une affection médicale,
  - intoxication,
  - sevrage d'une substance (alcool, opiacés, cocaïne, amphétamines),
  - usage de médicaments prescrits et pour lesquels il y a une mise en garde pour une augmentation du risque de suicide,
  - présence de symptômes physiques (douleur chronique, insomnie, limitation fonctionnelle) ;
- les facteurs militaires spécifiques :

- actions disciplinaires,
- réduction de rang,
- menace de modification de l'aptitude,
- perception d'une injustice ou d'une trahison,
- stress de commandement, isolation d'une unité,
- transfert d'un lieu d'affectation,
- séparation administrative d'un service/d'une unité,
- expérience mauvaise d'un déploiement,
- déploiement sur un site de combat ;

- les facteurs préexistants et non modifiables :
  - sujet âgé,
  - sexe masculin,
  - statut marital (divorcé, séparé, veuf),
  - antécédents familial de : tentative de suicide, pathologie mentale incluant le trouble lié à l'utilisation de substances, maltraitance dans l'enfance avec traumatisme physique, psychologique, sexuel, traumatisme sexuel,
  - faible niveau d'éducation,
  - orientation sexuelle vers le même sexe,
  - croyances culturelles ou religieuses.

b) L'impulsivité

L'impulsivité est considérée comme un facteur de risque de suicide et habituellement fait référence à « l'incapacité de résister à un désir ou à une stimulation, ou un comportement qui survient sans réflexion ou considération de ses conséquences ».

Les recommandations sont :

L'évaluation du risque suicidaire doit inclure l'évaluation de l'impulsivité en déterminant si le patient se sent hors contrôle, s'engage de façon impulsive dans des comportements à risque.

Évaluer si l'imprudence impulsive et la prise de risque caractérise le profil de comportements et le mode de vie de l'individu et, par conséquent, peut limiter la capacité de contrôler son comportement.

c) Les facteurs protecteurs

Les facteurs protecteurs sont les capacités, qualités, ressources environnementales et personnelles qui guident le sujet dans sa croissance, stabilité et santé, et qui peuvent réduire le risque de suicide.

La recommandation est :

L'évaluation doit inclure l'évaluation de facteurs protecteurs, les raisons de vivre du patient ou d'autres facteurs qui atténuent le risque de suicide (cf. tableau ci-dessous).

Tableau 73. Facteurs protecteurs de suicide selon les recommandations du *Department of Veterans Affairs*, 2013 (185).

Contexte social du système d'aides

- forts liens interpersonnels à la famille, aux membres de la famille et aux aides communautaires ;
- avoir une activité professionnelle ;
- bonnes relations conjugales ;
- responsabilités d'éducation ;
- responsabilités envers d'autres ;
- environnement raisonnablement solide et stable.

Traits positifs personnels

- recherchant de l'aide ;
- bon contrôle des impulsions ;
- de bonnes compétences pour la résolution de problèmes, d'adaptation et de résolution de conflits ;
- sens d'appartenance, sens d'identité et une bonne estime de soi ;
- croyances culturelles, spirituelles et religieuses concernant le sens et la valeur de la vie ;
- identification optimiste de perspective d'objectifs futurs ;
- utilisation constructive des temps de loisirs (activités agréables) ;
- ténacité.

Accès aux soins de santé :

- soutien par des relations en cours de soins médicaux et de santé mentale ;
- soins cliniques efficaces pour des troubles mentaux, physiques et d'abus de substance ;
- un bon engagement dans le traitement et un sens de l'importance de la santé et du bien-être.

d) L'abus de substance

Tout patient qui a un risque aigu de suicide et qui est sous influence (intoxiqué par des médicaments ou de l'alcool) doit être évalué dans un milieu de soins d'urgence et gardé en observation jusqu'à ce qu'il soit sobre. Le patient qui est sous influence doit être réévalué pour le risque de suicide quand le patient n'est plus en phase d'intoxication aigue, ne montre plus de signes ou de symptômes d'une intoxication ou d'un sevrage aigu.

Obtenir des informations des membres de la famille, des fournisseurs de traitement, de données médicales peut être précieux dans la détermination entre une overdose intentionnelle et non intentionnelle dans les cas équivoques.

Les patients intoxiqués ou psychotiques qui ne sont pas connus du clinicien et qui sont suspectés d'être à risque aigu de suicide doivent être transporté de façon sécurisée au centre de crise le plus proche ou au service des urgences pour évaluation et prise en charge. Ces patients peuvent être dangereux et impulsifs. Une assistance par les forces de l'ordre peut être envisagée.

L'intoxication par les drogues ou l'alcool altère le jugement et augmente le risque de tentative de suicide. L'usage de drogue ou d'alcool doit être évalué en routine chez toute personne qui a un risque de suicide.

Évaluer la présence de comorbidités psychiatriques et comportementales (exemple : trouble de l'humeur et anxieux, agression) chez les patients avec un trouble de l'usage de substance à risque de suicide.

Reconnaître que l'évaluation de facteurs de risque social tels que la rupture de relations, ou des difficultés légales et financières sont importants chez les sujets avec des troubles de l'usage de substance.

e) L'accessibilité aux moyens mortels

L'évaluation de la présence de l'accès à des moyens mortels doit inclure :

- les armes à feu : toujours s'enquérir sur l'accès des armes, des munitions et comment ils sont rangés ;
- les médicaments : réaliser un bilan comparatif des médicaments pour tous les patients. Pour tout médicament proposé présentement ou que le patient a déjà, prendre en compte le rapport risque/bénéfices de tout médicament qui peut être utilisé comme un agent mortel pour faciliter le suicide. Envisager de prescrire un approvisionnement limité pour ceux à risque élevé de suicide, ou avec des antécédents d'overdose ou la disponibilité d'un aidant pour superviser l'administration de tels médicaments ;
- les poisons ménagers : évaluer la disponibilité de poisons chimiques, particulièrement les poisons agricoles.

Déterminer le niveau de risque suicidaire (la sévérité du risque suicidaire)

Ces recommandations indiquent de déterminer le niveau du risque suicidaire pour établir le lieu approprié de soins et pour mettre en œuvre des actions de traitement ciblant le niveau spécifique du risque suicidaire.

Les recommandations sont :

- Les *patients à risque aigu élevé* doivent être immédiatement référés pour une évaluation spécialisée avec une attention particulière pour s'assurer de la sécurité du patient et envisager une hospitalisation.
- Les *patients à risque aigu intermédiaire* doivent être évalués par un spécialiste de santé mentale.
- Pour les *patients à risque aigu faible*, il faut envisager une consultation avec un spécialiste de santé mentale pour déterminer le besoin d'être référé ;
- Les *patients à risque aigu non élevé* doivent être suivis en soins courants avec un traitement de leurs maladies sous-jacentes, et évalués périodiquement pour idées ou pensées suicidaires.
- Les *patients pour lesquels le risque reste indéterminé* (absence de collaboration du patient ou préoccupations du soignant concernant le patient malgré un déni de risque) doivent être évalués par un praticien de santé mentale.

Le tableau ci-dessous présente la détermination du risque de suicide aigu élevé, intermédiaire ou faible et les actions appropriées en milieu de soins primaires.

Tableau 74. Déterminer le niveau du risque suicidaire et l'action appropriée en soins primaires, selon les recommandations du *Department of Veterans Affairs*, 2013 (185).

Risque de suicide	Indicateurs du risque suicidaire	Facteurs contribuant †	Action initiale basée sur le niveau de risque
Risque aigu élevé	Idées ou pensées suicidaires persistantes ; Forte intention d'agir ou plan ; Incapable de contrôler l'impulsivité ; OU Tentative de suicide récente ou comportement préparatoire.	Trouble mental aigu ou symptômes psychiatriques aigus ; Événements ; événements précipitants aigus ; Facteurs protecteurs inadéquats.	Maintenir un contrôle observationnel direct du patient ; Limiter l'accès aux moyens létaux ; Transfert immédiat avec une escorte au service des urgences pour une hospitalisation.
Risque aigu	Idées ou pensées suicidaires	Existence de signes d'alerte ou de facteurs	Référer à un professionnel de santé mentale pour

Risque de suicide	Indicateurs du risque suicidaire	Facteurs contribuant †	Action initiale basée sur le niveau de risque
intermédiaire	actuelles ; Pas d'intention d'agir ; Capable de contrôler l'impulsivité ; Pas de tentative de suicide récente ou de comportement préparatoire ou de répétition d'acte.	de risque ; ET Facteurs protecteurs limités.	évaluation complète et interventions ; Contacter un professionnel de santé mentale pour déterminer la gravité ; Limiter l'accès aux moyens létaux.
Risque aigu faible	Idées ou pensées suicidaires récentes ; Pas d'intention d'agir ou de plan ; Capable de contrôler l'impulsivité ; Pas de planification ou de répétition d'un acte suicidaire ; Pas d'antécédent de tentative de suicide.	Existence de facteurs protecteurs ; ET Facteurs de risque limités.	Envisager une consultation avec un professionnel de santé mentale pour déterminer le besoin d'être référé, le traitement ; Traiter les problèmes indiqués ; S'occuper des questions de sécurité ; Documenter les soins et les raisons des actions.

† Les modificateurs qui augmentent le risque de suicide quel que soit le niveau de risque défini :

- L'état aigu d'abus de substance : l'antécédent d'alcoolisme ou de toxicomanie est associé à une altération du jugement et peut augmenter la sévérité des pensées, comportements suicidaires et du risque d'un acte suicidaire.
- L'accès aux moyens (arme à feu, médicaments) peut augmenter le risque d'un acte suicidaire.
- L'existence de multiples facteurs de risque ou de signes d'alerte ou l'absence de facteurs protecteurs.

†† Les preuves de signes d'alerte de comportement suicidaire, dans un contexte de déni d'idées, doivent éveiller des préoccupations (exemple contemplation d'un plan avec déni de pensées ou d'idées).

En ce qui concerne les outils d'évaluation du risque suicidaire, ces recommandations indiquent :

Les facteurs de risque peuvent informer l'évaluation pour tout individu donné, mais ne sont pas prédicteurs en eux-mêmes. Alors que les échelles d'évaluation du risque suicidaire ne sont pas un substitut d'une évaluation compréhensive et d'un jugement clinique basé sur l'histoire de la personne, ils peuvent fournir une structure pour une interrogation systématique concernant les facteurs de risque pour les tentatives répétées de suicide.

Les recommandations sont :

La formulation du niveau du risque suicidaire doit être basée sur une évaluation clinique compréhensible qui a pour but d'évaluer les pensées, intentions, comportements suicidaires et l'information concernant les facteurs de risque et protecteurs pour l'estimation du niveau du risque.

Le soignant de santé mentale utilise un cadre standardisé d'évaluation qui peut servir à informer une évaluation clinique compréhensive. Ce cadre doit :

- a) estimer le niveau de risque ;
- b) soutenir la prise de décision clinique ;
- c) déterminer le niveau de l'intervention et l'indication pour adresser le patient ;
- d) permettre de suivre le niveau du risque à travers le temps ;
- e) servir de fondement pour la documentation clinique ;
- f) faciliter le recueil de données solides pour le processus d'amélioration.

L'évaluation du risque suicidaire ne doit pas être basée uniquement sur un outil unique seul et ne peut pas remplacer une évaluation clinique. L'évaluation doit refléter la compréhension (la reconnaissance) qu'un risque absolu de suicide ne peut pas être prédit avec certitude.

Les preuves sont insuffisantes pour recommander une échelle spécifique de mesure pour déterminer le risque suicidaire.

Les recommandations du *Department of Veterans Affairs* (185) indiquent, en 2013, d'utiliser un plan de sécurité pour la prise en charge du risque suicidaire :

Le plan de sécurité est conçu pour responsabiliser le patient, gérer la crise suicidaire et engager d'autres ressources. Discuter de la sécurité avec les patients à risque de suicide intermédiaire et faible, et envisager de leur délivrer une éducation sur la sécurité ainsi qu'une copie « papier » du plan de sécurité.

Les recommandations sont :

La planification de sécurité est une collaboration soignant-patient, non pas un contrat.

Le processus de planification de sécurité résulte en un plan écrit qui assiste le patient en restreignant son accès aux moyens de réaliser son suicide, des stratégies de résolution de problèmes et d'adaptation, favorisant le soutien social et identifiant un réseau de contacts d'urgence incluant des membres de la famille, des amis et les moyens de favoriser sa motivation.

Ces plans sont adaptés au patient en assistant le patient pour l'identification de ses signes d'alerte spécifiques et des stratégies d'adaptation qui ont été efficaces dans le passé.

Discuter du plan de sécurité avec le patient à risque de suicide intermédiaire ou faible, et envisager de lui délivrer une éducation sur la sécurité ainsi qu'une copie du plan de sécurité.

Un plan de sécurité doit être :

- collaboratif entre l'équipe soignante et le patient ;
- proactif par une anticipation explicite d'une future crise suicidaire ;
- adapté individuellement ;
- orienté vers une décision non nuisible ; basé sur le soutien social existant.

Le plan de sécurité doit inclure les éléments suivants, comme appropriés :

- identification précoce de signes d'alerte et de stresseurs ;
- amélioration des stratégies d'adaptation (exemple : distraire et soutenir) ;
- utilisation des contacts de soutien social (discuter avec qui partager le plan) ;
- information de contact concernant l'accès à une aide professionnelle ;
- minimisation de l'accès à des moyens létaux (exemple : arme et munition ou une grande quantité de médicaments).

Le développement du plan de sécurité avec la personne, la famille, les membres unitaires de la famille, doit anticiper et discuter les possibilités pour aborder les obstructions possibles à la mise en œuvre du plan et le lieu de conservation du plan.

Le plan de sécurité doit être revu et mis à jour par l'équipe soignante travaillant avec le patient autant que besoin et partagé avec la famille/les membres individuels et autres associés si le patient y consent.

Le plan de sécurité doit être mis à jour pour rester pertinent durant les modifications de l'état clinique et les transitions de soins.

Le soignants doivent documenter le plan de sécurité dans les enregistrements médicaux et les raisons de ne pas avoir fait un tel plan (exemple : patient hospitalisé, patient pour lequel le soignant a fait un plan de sécurité à sa sortie d'hospitalisation).

Tableau 75. Les composants d'un plan de sécurité selon les recommandations du *Department of Veterans Affairs*, 2013 (185).

Le plan de sécurité consiste en une liste écrite de stratégies d'adaptation et de sources de soutien que le patient peut utiliser pour atténuer une crise suicidaire. Les patients ont l'instruction premièrement de reconnaitre quand ils sont en crise (étape 1) et alors d'utiliser l'étape 2 jusqu'à l'étape 5 pour réduire le niveau du risque suicidaire : 1. Reconnaissance de signes d'alerte d'une crise suicidaire imminente ; 2. Emploi de stratégies internes d'adaptation ; 3. Utilisation de contacts sociaux et de lieux sociaux comme moyens de distraction des pensées suicidaires ; 4. Utilisation de membres de la famille ou d'amis pour aider à résoudre la crise ; 5. Contactant des professionnels de santé mentale ou des structures ; 6. Restreignant l'accès aux moyens létaux.

Pour les patients à faible risque de suicide, les soignants de soins primaires peuvent initier un bref plan de sécurité ou peuvent être impliqués dans la mise à jour de plans développés par d'autres soignants.

Bien que les sujets en plein stress en cours (tel que des relations bouleversées, des procédures légales) peuvent ne pas rapporter d'idées suicidaires durant l'évaluation, leur état peut se modifier rapidement. Un plan de sécurité est vital dans ces cas.

Les soignants de soins primaires doivent être formés pour formuler de façon collaborative un plan de sécurité pour les patients à risque de suicide intermédiaire lorsqu'ils sont dans un lieu, ou une évaluation immédiate et un plan de sécurité par un spécialiste de santé mentale ne sont pas disponibles.

Au minimum, chez les sujets à risque de suicide faible, le soignant doit :

- discuter des signes que le patient peut utiliser pour reconnaître un stress ou un risque croissants ;
- lui fournir des numéros de téléphone clés et des ressources pour une aide ;
- et l'éduquer en ce qui concerne la restriction des moyens de létalité. Un document peut être utilisé pour renforcer la discussion.

Tableau 76. Exemple d'un document de plan de sécurité à envisager pour un patient à risque de suicide aigu faible à intermédiaire selon les recommandations du *Department of Veterans Affairs*, 2013 (185)

Quand je me sens submergé et pensant au suicide, je dois faire les étapes suivantes : • prendre une respiration profonde et essayer d'identifier ce qui me trouble à l'instant ; • écrire tous mes sentiments (tristesse, colère, solitude, détresse, peur) ; • essayer de faire des choses qui me font me sentir mieux pendant au moins 30 minutes (exemple : prendre un bain, téléphoner à un ami, marcher avec le chien, écouter la musique) ; • mettre par écrit les pensées négatives de façon unitaire et fournir des réponses alternatives qui modifient la perspective ; • si les idées suicidaires continuent, je dois téléphoner à ma personne de contact en urgence qui est ---------- au ---------- ; • si cette personne n'est pas disponible, je dois téléphoner à la ligne 24 heures crise au----- ; • si je continue de me sentir suicidaire et sans contrôle, j'irai aux urgences de l'hôpital le plus proche.

Les recommandations nord américaines de l'*Institute for Clinical Systems Improvement* (ICSI) (107). Ces recommandations, en 2013, abordent le risque suicidaire en se basant sur ces points :

- l'évaluation des tendances suicidaires ;
- le développement d'un protocole clinique de suicide ;
- les facteurs de risque de suicide ;
- les interventions pour réduire les idées suicidaires.

Évaluer les tendances suicidaires

Évaluer les tendances suicidaires est crucial mais souvent un processus difficile avec un patient déprimé. Le tableau ci-dessous présente les questions à poser :

Tableau 77. Série progressive des questions à envisager de poser et de documenter selon les recommandations de l'*Institute for Clinical Systems Improvement* (ICSI), 2013 (107)

• Estimez-vous que la vie vaille la peine d'être vécue ? • Voudriez-vous être mort ? • Avez-vous pensé à mettre fin à vos jours ? • Si oui, avez-vous été si loin au point de penser à comment vous feriez cela ? Soyez précis, quelle méthode auriez-vous utilisé ? • Avez-vous accès à des moyens pour mettre à exécution votre plan ? • Qu'est-ce qui vous retient de vous faire du mal ?

De nombreux patients ne répondront pas directement ou diront en plus « mais je ne ferais jamais cela », donnez-leur un retour positif, par exemple « je suis content d'entendre cela », mais n'abandonnez pas le patient jusqu'à ce qu'il dise les moyens spécifiques envisagés (exemple : arme à feu, overdose médicamenteuse, accident de véhicule motorisé)

Développer un protocole pour le suicide

Il est important pour chaque structure de soins de développer son propre protocole de suicide qui prend en compte l'organisation du flux du travail et des ressources.

Chaque structure clinique doit déterminer :

- un processus clair pour l'évaluation du risque suicidaire ;
- quand impliquer un appel à un clinicien de santé mentale ;
- utiliser les lignes d'appel d'urgence locales ou nationales.

Les étapes suivantes

Un exemple de trame de dépistage de tendances suicidaires est présenté et utilise la question n°9 du *Patient Health Questionnaire*-9 (PHQ-9) (cf. ci-après).

Les facteurs de risque de suicide

Le clinicien doit prendre en compte :
- les antécédents de tentative de suicide ;
- la dépendance chimique ;
- les troubles de la personnalité et/ou les pathologies physiques ;
- l'antécédent familial de suicide ;
- le célibat ; une perte récente par la mort ;
- divorce ou séparation ;
- insomnie ;
- attaques de panique et/ou une anxiété sévère
- la diminution de la concentration ;
- l'anhédonie ;
- le désespoir ;
- le stress post-traumatique ou les idées suicidaires (niveau de preuve faible).

Les patients avec une dépression et un stress post-traumatique sont plus vraisemblables à faire une tentative de suicide. Lors de l'association de ces deux pathologies, les femmes sont plus à risque d'avoir une tentative de suicide que les hommes (niveau de preuve faible).

En plus des facteurs de risque listés ci-dessus, l'étude *Sequenced Treatment Alternatives to Relieve Depression* (STAR*D) trouve que les patients qui ont des tentatives de suicide antérieures ont davantage :

- de comorbidité d'affection médicales générale et psychiatriques ;
- un âge plus précoce lors de leur 1er épisode de dépression ;
- et aussi plus d'épisodes dépressifs (niveau de preuve faible).

L'implication d'un spécialiste de santé mentale

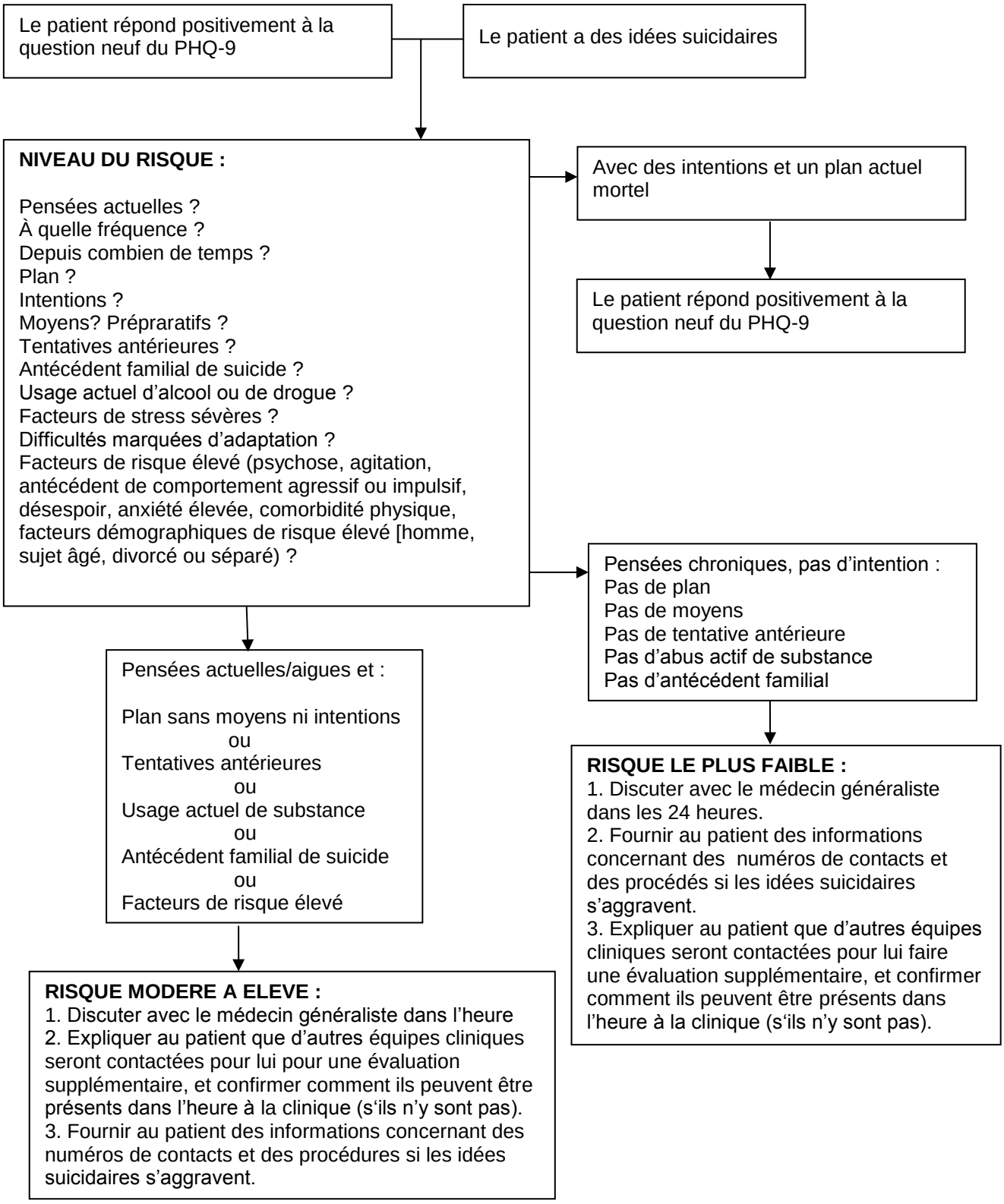
Impliquer le même jour un spécialiste de santé mentale pour chacune des situations suivantes :

- pensées suicidaires et/ou plan qui rendent le clinicien incertain de la sécurité du patient ;
- pensées agressives ou d'homicide et/ou plan qui rend le clinicien incertain de la sécurité du patients et d'autres ;
- perte récente de contact avec la réalité (psychose) ;
- incapacité à prendre soin de soi/de sa famille.

Cette implication peut inclure :

- un rendez-vous avec un psychiatre et/ou psychothérapeute ;
- une consultation téléphonique avec un psychiatre et/ou psychothérapeute ;
- ou référer le patient au service des urgences.

Exemple de dépistage de tendances suicidaires* selon les recommandations de l'*Institute for Clinical Systems Improvement* (ICSI), 2013 (107)



* Une chaîne claire des responsabilités dans le système clinique a besoin d'être établie et distribuée à toute partie qui peut identifier un patient suicidaire. Une procédure bien définie pour contacter le patient pour une évaluation supplémentaire a besoin d'être établie. Les événements ont besoin d'être bien documentés dans les données médicales du patient.

Les recommandations canadiennes du *Guidelines and Protocols Advisory Committee* (GPAC) (34). Ces recommandations indiquent en 2013 :

Une fois que les critères de dépression caractérisée sont remplis, faire une évaluation du risque suicidaire.

Demander au patient s'il a des pensées de mort ou de suicide, s'il ressent que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue, s'il a fait une précédente tentative de suicide sérieuse et s'il a un antécédent familial de suicide ;

Si la réponse est OUI à une des questions ci-dessus, l'interroger sur le plan de suicide (par exemple : avoir envisagé une méthode, est ce qu'il a accès au matériel requis pour le suicide et si il a écrit une note) ;

Envisager une consultation aux urgences psychiatriques et un traitement en hospitalisation si le patient a des pensées de suicide persistantes, un antécédent de tentative de suicide ou un plan actuel de suicide ;

Si le patient est considéré comme à faible risque de suicide, discuter et/ou créer un plan de sécurité avec le patient, détaillant les étapes que le patient doit faire si la situation se détériore.

Tableau 78. Exemple de plan de sécurité selon les recommandations du *Guidelines and Protocols Advisory Committee* (GPAC), 2013 (34).

Si vous avez des pensées de vous faire du mal, débutez par l'étape 1. Poursuivez avec chaque étape jusqu'à ce que vous soyez en sécurité. Souvenez-vous : les idées suicidaires peuvent être très fortes. Il peut sembler qu'elles vont durer éternellement.

Avec du soutien et du temps, ces pensées vont habituellement disparaître. Quand elles passent, vous pouvez mettre de l'énergie pour résoudre les problèmes qui ont contribué à ce que vous vous sentiez si mal.

Le désespoir que vous pouvez ressentir ne va pas durer éternellement. Il est important de parvenir à avoir du soutien et de l'aide.

Vous pouvez traverser ce moment difficile. Étant donné que cela devient difficile de se concentrer et de penser clairement quand vous vous sentez suicidaire, s'il vous plaît, copier cela et mettez-le à un endroit où vous pouvez facilement l'utiliser, tel que votre porte-monnaie ou téléphone.

1. Faire les activités suivantes pour me calmer et m'apaiser :
2. Me rappeler de mes raisons de vivre :
3. Téléphoner à un ami ou un membre de la famille : Nom……. Téléphone…..
4. Téléphoner à une autre personne (de réserve) si la personne ci-dessus ne répond pas : Nom…… Téléphone…..
5. Téléphoner à un professionnel (psychologue, psychiatre, thérapeute) :
6. Téléphoner à ma ligne locale de crise : téléphone…..
7. Aller à un endroit où je suis en sécurité :…
8. Aller aux urgences de l'hôpital le plus proche.
9. Si je sens que je ne peux pas aller à l'hôpital de manière sécurisée, téléphoner au XX et demander un transport pour l'hôpital. Ils emmèneront une personne pour me transporter de façon sécurisée.

Les recommandations canadiennes de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) (35). Ces recommandations indiquent, en 2012, en ce qui concerne l'évaluation du risque et de l'urgence suicidaire :

Les cliniciens doivent évaluer le risque suicidaire lors de l'évaluation des personnes qui souffrent de dépression et le refaire régulièrement au cours du traitement. De 40 à 60 % de suicides sont le

fait des personnes atteintes de dépression, d'où la nécessité d'évaluer le risque suicidaire et de bien connaitre les ressources locales disponibles.

Il faut toujours demander directement aux personnes atteintes de dépression si elles ont des idées ou des intentions suicidaires.

Demandez d'abord à la personne si elle a des idées suicidaires. Voici des exemples de questions :

- « Avez-vous déjà pensé vous suicider ? »
- « Sentez-vous que votre vie n'a pas de sens et que les gens seraient mieux si vous n'étiez pas là ? »

Dans l'affirmative, il importe d'évaluer à la fois l'imminence du passage à l'acte, la létalité du scénario, l'accessibilité du moyen et la présence de facteurs de risque ou de protection associés au suicide (tableau ci-dessous). Cette évaluation peut débuter par trois questions (COQ) : « Comment », « Où » et « Quand » la personne pense passer à l'acte ?

Tableau 79. Facteurs de risque associés au suicide* selon l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), 2012 (35).

Facteurs psychosociaux	Antécédents	Cliniques / Diagnostiques
Solitude, Isolement Homme Personne homosexuelle, bisexuelle ou transsexuelle Personne âgée Perte récente (décès, divorce, séparation) ou autres facteurs de stress	Tentative de suicide Antécédent familial de suicide	Désespoir Maladie physique Abus de substance Impulsivité Laisser aller, négligence

*Il existe une multitude de facteurs de risque associés au suicide. Les facteurs apparaissant dans ce tableau sont ceux qui reviennent le plus souvent dans différents documents.

La précision du plan de passage à l'acte détermine l'urgence suicidaire.

Pour une évaluation plus complète du risque suicidaire, il est recommandé d'utiliser la grille d'estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire qui figure dans le Guide de bonnes pratiques à l'intention des intervenants des centres de santé et de services sociaux du Québec de 2010 (187).

Ces recommandations rappellent la nécessité d'une formation pour favoriser la bonne utilisation de cette grille qui dans sa forme intégrale est accompagnée d'autres outils ; un outil de pondération qui précise ce que recouvre chaque critère ; un outil qui présente des stratégies visant à vérifier la présence des facteurs associés au suicide ; un outil qui porte sur les actions liées à l'estimation finale.

S'il y a un risque suicidaire, le clinicien doit :

- s'assurer que le traitement est optimisé ;
- transmettre à la personne suicidaire les coordonnées des ressources locales qui pourraient lui venir en aide et l'accompagner ;
- recommander à la personne de chercher une aide supplémentaire si sa situation se détériore, par exemple auprès d'un centre de prévention du suicide ;
- s'assurer que la personne dispose d'un soutien social approprié (identifier la personne soutien) ;
- avec l'accord de la personne suicidaire, communiquer avec la famille ou les proches pour s'assurer qu'ils savent ou trouver rapidement de l'aide en cas de besoin.

Le clinicien doit s'assurer de mettre en place l'aide adéquate correspondant au degré de risque :

- envisager de hausser le niveau de soutien offert, en établissant, par exemple, des contacts plus fréquents ;
- songer à recommander la personne à un spécialiste de santé mentale et établir le contact nécessaire.

Si la personne présente un danger imminent ou immédiat pour elle-même ou pour autrui :

- prendre les mesures nécessaires afin de la protéger, et l'orienter sur-le-champ vers une urgence hospitalière ou demander le soutien du service de crise désigné légalement ;
- établir la liaison avec une ressource locale afin d'assurer un suivi.

Les médecins omnipraticiens devraient être en mesure d'estimer la dangerosité du passage à l'acte suicidaire, de référer et d'orienter la personne vers les services appropriés et d'assurer de l'accompagnement à l'urgence hospitalière, si nécessaire.

Le guide de bonnes pratiques en prévention du suicide à l'intention des intervenants des centres de santé et de services sociaux du Québec (187).

Ce guide recommande en 2010 :

- accueillir la personne suicidaire et créer une alliance thérapeutique avec elle ;
- effectuer une première et brève exploration de la situation ;
- estimer la dangerosité du passage à l'acte ;
- amener la personne suicidaire à se fixer un but à atteindre ;
- amener la personne suicidaire à trouver des solutions pour atteindre son but ;
- définir et suivre un plan d'action ;
- conclure l'entretien en sécurité ;
- effectuer un suivi de courte durée ;
- effectuer un suivi étroit ;
- orienter / référer / accompagner la personne ;
- adapter l'intervention à la personne.

- **Les recommandations du *Singapore Ministry of Health*** (SMoH) (13) indiquent en 2011 :

Toute évaluation de la dépression inclura une évaluation du risque suicidaire, d'auto-agression et du risque de faire du mal à autrui (recommandation de Grade D, niveau 4)

L'évaluation du risque suicidaire repose sur les éléments suivants :

- les facteurs démographiques :
  - isolement social (vivre seul, célibat) et absence de soutien familial,
  - personne âgée de sexe masculin,
  - perte récente ;
- la recherche d'antécédent de :
  - tentative de suicide particulièrement en cas de tentative multiple ou sévère,
  - antécédent familial de tentative de suicide,
  - abus de substance/dépendance,
  - présence de comorbidités physique ;
- l'évaluation pour rechercher :
  - une dépression sévère,
  - une anxiété,
  - un désespoir,
  - une psychose particulièrement celles comportant des ordres hallucinatoires ;
- l'interrogatoire sur les pensées suicidaires :
  - existence d'un plan spécifique,

- disponibilité des moyens pour exécuter le plan suicidaire,
- absence de facteurs qui pourraient empêcher le patient de réaliser son plan,
- répétition du plan incluant des préparatifs comme une lettre, un testament.

Interroger le patient sur les pensées suicidaires et sur l'existence d'un plan ne va pas l'inciter à une tentative de suicide. Il peut être approprié de poser une série de questions concernant l'avis du patient sur le futur, s'il a des sentiments de désespoir ou d'être sans aide ainsi que des pensées sur la mort, avant d'interroger directement au sujet des pensées et des plans actuels.

Les recommandations nord-américaines de l'*American Psychiatric Association* (APA) (186). Ces recommandations indiquent en 2010 que concernant la sécurité du patient :

Une évaluation attentive du risque suicidaire est nécessaire pour tout patient ayant une dépression caractérisée (recommandation de grade I).

Cette évaluation inclut les éléments suivants (recommandation de grade I) :

- un interrogatoire spécifique concernant de pensées et des intentions, des plans, moyens et comportements suicidaires ;
- l'identification de symptômes psychiatriques spécifiques (exemple : psychose, anxiété sévère, abus de substance) ;
- l'identification d'affection médicale qui peut accroître la vraisemblance de mettre en œuvre des idées suicidaires ;
- l'évaluation d'antécédents et, particulièrement, de comportement suicidaire récent ;
- la délimitation de facteurs de stress actuels, de potentiels facteurs protecteurs (exemple : raisons positives de vivre, soutien social fort) ;
- l'identification d'antécédents familiaux de suicide ou de pathologie mentale.

En plus d'évaluer le risque de suicide en lui-même, il est important d'évaluer le niveau du patient de prendre soin de lui, de son hydratation et de sa nutrition qui peuvent être compromis par des symptômes dépressifs sévères (recommandation de grade I).

L'impulsivité et le potentiel de risque pour les autres doivent être également évalués, incluant un antécédent de violence ou d'idées de violence, d'idées, de plan ou d'intentions d'homicide (recommandation de grade I).

Une évaluation de l'impact de la dépression sur les capacités du patient à prendre soin de personnes dépendantes de lui est une composante importante de l'évaluation de la sécurité (recommandation de grade I).

Le risque du patient de se faire du mal ainsi qu'à autrui doit également être surveillé lors du traitement (recommandation de grade I).

Tableau 80. Facteurs de risque à considérer dans l'évaluation du risque suicidaire, selon l'*American Psychiatric Association*, 2010 (186).

Nature, gravité et nombre de tentatives antérieurs et de tentatives avortées durant toute la vie.
Présence, antécédent et létalité des idées, intentions et plan suicidaire.
Accès aux moyens de suicide et la létalité de ces moyens, tel que l'accès à une arme à feu.
Présence de désespoir, douleur psychique, baisse de l'estime de soi, vulnérabilité narcissique.
Présence d'anxiété sévère, attaque de panique, agitation, impulsivité.
Présence d'antécédent d'agression et de violence.
Nature de la cognition, tel que perte des fonctions exécutives, constriction de la pensée (vision en tunnel), fermeture d'esprit, faibles capacités d'adaptation et de résolution de problèmes.
Présence de symptômes psychotiques, tels que des commandes hallucinatoires et mauvaise perception de la réalité.
Présence d'abus d'alcool ou d'autre substance.
Présence de trouble psychiatrique majeur tel que trouble dépressif caractérisé, trouble bipolaire, schizophrénie, anorexie nerveuse, mésusage de l'alcool, autre trouble de l'usage de substance, trouble de la personnalité de type B.
Hospitalisation psychiatrique récente.
Présence d'affection médicale invalidante, spécialement avec un mauvais pronostic, tel que des douleurs chroniques, lésions cérébrales ou médullaires, néoplasie maligne, VIH ou SIDA, maladie de Huntington, Insuffisance rénale chronique sous dialyse, affection obstructive pulmonaire chronique.
Facteurs démographiques, tels que l'âge, le statut marital, l'orientation sexuelle.
Présence de facteurs psychologiques stressants aigus ou chroniques, qui peuvent inclure la perte actuelle ou perçue de relation interpersonnelle, difficultés ou changement du statut socio-économique, discorde familiale, violence familiale, abus ou négligence sexuelle passée ou présente.
Absence de soutien psychosocial, tel que des relations familiales pauvres, absence d'activité professionnelle, vivre seul, relation thérapeutique pauvre et instable, perte récente de relations.
Antécédent dans l'enfance de traumatisme, particulièrement sexuel et d'abus physique.
Antécédent familial ou exposition récente au suicide.
Absence de facteurs protecteurs, tel que des enfants au domicile, le sens de responsabilités envers la famille, grossesse, satisfaction de la vie, croyances culturelles, ou religiosité.

Les recommandations allemandes de Härter *et al.* (15). Ces recommandations indiquent en 2010 :

Chez tout patient qui a un trouble dépressif, le clinicien doit évaluer cliniquement le risque suicidaire lors de chaque entretien et, si nécessaire, explorer cela de façon complémentaire (niveau de preuve consensus clinique, niveau IV).

Les recommandations canadiennes du *Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments* (CANMAT) (26). Ces recommandations indiquent en 2009 :

Dans l'évaluation du patient dépressif, le médecin doit évaluer le risque suicidaire. Le risque suicidaire est une considération importante pour déterminer le besoin d'hospitalisation du patient.

Le médecin doit s'assurer que le patient a conscience que des sources d'aide locale sont disponibles si sa situation se détériore.

Les recommandations nord-américaines du *Department of Veterans Affairs* (DVA) (18). Les recommandations indiquent en 2009 :

Les patients ayant un diagnostic présumé de dépression caractérisée doivent être évalués pour la tendance suicidaire, en utilisant une série de questions directes.

Une série de questions directes recommandées sont les suivantes :

- « Avez-vous pensé à la mort ou à vous tuer ? »
- « Parlez-moi de vos espoirs pour le futur ? »
- « Avez-vous un plan pour comment vous vous tueriez ? »
- « Est ce que ces moyens sont disponibles (exemple : des comprimés, une arme à feu et des balles, un poison) ? »
- « Avez-vous réellement répété ou pratiqué comment vous vous tueriez ? »
- « Avez-vous tendance à être impulsif ? »
- « Quelle est l'intensité de votre intention de faire cela ? »
- « Pouvez-vous résister à l'impulsion de faire cela ? »
- « Avez-vous entendu des voix vous dire de blesser ou de tuer ? »

Interroger le patient sur les précédentes tentatives, particulièrement sur le degré de l'intention.

Interroger sur les suicides de membre de la famille ou de proches.

Le risque de violence envers les autres doit être évalué en interrogeant directement si oui, ou non, le patient a pensé faire du mal à quelqu'un :

- évaluer si le patient a un plan actif et une méthode/moyens (exemple : des armes à la maison) ;
- évaluer à qui le patient souhaite faire du mal ;
- évaluer si le patient a déjà perdu son contrôle et a agi violement ;
- évaluer la gravité/sévérité d'un comportement violent.

En cas d'une dangerosité expresse pour lui-même et d'autres, d'une personne avec une possible dépression caractérisée, des mesures doivent être prises pour assurer la sécurité du patient jusqu'à ce qu'une évaluation plus précise et un transfert ou une consultation avec un professionnel de santé mentale ai lieu.

Les recommandations canadiennes du *British Columbia Ministry of Health* (BCMoH) (76).

Ces recommandations indiquent, en 2008, que les potentielles situations de crise en cas de dépression incluent :

- le risque suicidaire ;
- l'overdose ou les comportements d'automutilation tels que se couper, se brûler (plus spécifiquement utilisés pour alléger une souffrance, une tension) ;
- l'incapacité de réaliser des taches de la vie quotidienne ou de prendre soin de soi ;
- le refus des options de gestion ou de soutien malgré des symptômes aigus, une interférence significative, une souffrance en cours ou le risque de se faire du mal.

Ces recommandations proposent de « collaborer avec le patient suicidaire » par une évaluation et des conseils.

<u>Première action : Évaluer</u>

a) <u>Évaluer les idées suicidaires actuelles</u>

Est-ce que des idées suicidaires sont présentes actuellement ?

- Avez-vous atteint un point ou vous ne voulez pas allez de l'avant ? Avez-vous pensé de ne plus vouloir être en vie ? Qu'en est-il à présent ?
- Idée passive : le patient voudrait plutôt ne pas être en vie, mais n'indique pas de plan qui implique un acte d'initiation = risque le plus faible.
- Idée active : le patient a des pensées aigues de réaliser un suicide = risque le plus élevé.
- Idée intense et continue = risque le plus élevé.

Est-ce qu'il y a un plan ?

- Avez-vous un plan de comment vous mettriez fin à votre vie ?
- Existence d'un plan détaillé = risque le plus élevé.

Est qu'il y a eu une intention ?

- Vous parlez de vouloir mourir, et avoir même envisagé (par exemple, de prendre des comprimés) mais avez-vous essayé de faire cela ?
- Intention faible : idées suicidaires et imaginations concernant le plan avec absolument pas d'intention de mettre ce plan en action. Imaginer que le suicide peut procurer un confort pour ceux en détresse de savoir qu'il y a une voie de sortie = risque le plus faible (exemple : oh non ! Je ne ferais jamais cela, j'ai des enfants).
- Intention élevée : expression d'intentions spécifiques pour mettre fin à la vie = risque le plus élevé (exemple : j'ai l'intention de faire cela dès que ma fille aura eu son diplôme).
- Intention ambivalente ou pas claire : demander ce qui a aidé le patient dans le passé. Qu'est-ce qui vous arrêté dans cette démarche de mettre fin à votre vie ? Qu'est-ce qui vous a aidé quand / et si vous avez eu ces pensées ?

b) Obtenir des détails s'il y a un plan de suicide

Quelle est la létalité du plan ? L'accès aux moyens ?

- Le patient a choisi l'heure et/ou le lieu ? Le patient a fait des préparatifs ?
- Létalité élevée, accès aux moyens, préparatifs et prise de dispositions = risque le plus élevé.

c) Recueillir des détails sur les tentatives actuelle ou antérieures

Tentative antérieure, particulièrement au cours de l'année précédente = risque le plus élevé.

Déclencheurs de la tentative actuelle :

- « Racontez-moi les dernières 24 heures. A quel moment avez-vous envisagé le suicide ? »

Déclencheurs des tentatives antérieures :

- Parlez-moi d'autres fois ou vous avez sérieusement envisagé le suicide ou fait une tentative. Quelle série d'événements ont conduit aux tentatives que vous avez faites dans le passé ?

Létalité : Évaluer la létalité de la méthode. Quelle était la probabilité que le patient soit trouvé après qu'il ait fait la tentative ?

Impulsivité : Est-ce que la tentative a été faite dans le « feu d'une colère » ou a été attentivement pensée (planifiée), avec un jour et une heure réservé d'avance ? Quelle était la direction de l'hostilité (se faire du mal soi-même ou aux autres) ?

Intoxication : Est-ce que le patient était intoxiqué au moment de la tentative (l'usage de substance peut permettre une désinhibition et peut contribuer à ce que les personnes agissent d'une façon atypique) ?

Attentes de mort :

- Que pensez-vous qu'il arriverait quand vous-vous (coupez les poignets/prenez une overdose) ? Comment pensez-vous que les autres réagiraient ? Pensez-vous vraiment que vous pourriez mourir ?

L'évolution :

- Quelle intervention médicale a été nécessaire ? Comment l'accès à cette intervention a été possible (exemple : le patient a appelé à l'aide *versus* il a été retrouvé sans réaction par d'autres) ?

Sentiments concernant sa survie :

- culpabilité, remords, gène = risque le plus faible ;
- déception, auto-accusation = risque le plus élevé.

d) Obtenir des informations sur les antécédents psychiatriques et autres

Affections chroniques et stresseurs aigus, par exemple :

- perte de relation ;
- perte d'un être cher ;
- perte de travail ;
- dépendance/stresseurs financiers ;
- traumatisme/ maltraitance ;
- difficultés d'identité sexuelle ;
- modification/interruption de traitement médicamenteux).

Évaluer pour des facteurs protecteurs tels que la famille, les amis, animal de compagnie, religion et thérapeute.

Interroger sur d'autres facteurs pertinents et contributifs.

e) Faire un examen de l'état mental qui évalue les éléments suivants

Statut émotionnel :

- Comment le patient décrit son humeur *versus* les sentiments observés ?
- Les extrêmes dans le statut émotionnel/humeur (absence de vitalité, paralysie émotionnelle ou douleur intolérable/effervescence) = risque le plus élevé.

Comportement et apparence :

- Patient agité, alerte, coopératif ?
- Comment le patient se présente (hygiène, parole) ?

Processus de pensées :

- Est-ce que le patient est orienté ?
- Est-ce que l'attention, la concentration et la mémoire sont intactes ?
- Évaluer le processus de pensée (logique, organisé), le contenu des pensées (paranoïde, désillusion), le jugement et le raisonnement.

Capacité de résolution de problèmes :

- Le patient peut-il générer des stratégies et des options pour la résolution de problèmes de ses difficultés ?

Raisons de vivre et niveau d'espoir :

- Quelles sont vos raisons de vivre ?
- Quel espoir ressentez-vous que votre situation actuelle pourrait changer ?
- Qu'est-ce qu'il est besoin de changer pour vous aider à ne pas vous sentir tant sans espoir ?

Sentiment de désespoir, désespoir et vu du futur comme vide et dépourvu de sens = risque le plus élevé.

f) Communiquer avec la famille/des proches

Obtenir les contacts et le consentement pour parler avec la famille et des proches.

En cas d'urgence, le consentement n'est pas requis pour livrer des informations à la famille/proche, bien qu'il soit plus courtois d'informer le patient de cette révélation d'informations.

Solliciter des donnés de la famille/proches est très utile pour l'évaluation du risque et la planification de la sécurité. S'enquérir sur les modifications de comportement, les signes de dépression, le désespoir, les tentatives antérieures et des exemples de comportement à risque.

Se connecter avec la famille et les amis démystifie ce qui se passe et permet au système de soutien du patient de développer une confiance dans les processus d'évaluation et de traitement.

Inclure la famille/proches dans la discussion concernant la planification de la sécurité et du traitement peut mettre en œuvre un soutien dans l'environnement du domicile du patient.

g) Quand référer le patient à un spécialiste ?

Référer les patients ayant un antécédent de pathologie mentale.

Les patients à risque élevé doivent être admis à l'hôpital ou être référés en priorité pour une évaluation mentale ou psychiatrique qui fournira des recommandations concernant la prise en charge.

D'autres facteurs suggérant un risque élevé sont :

- facteurs de risque multiple ;
- désespoir profond ;
- absence de facteurs protecteurs ;
- létalité élevée ;
- préméditation de la tentative actuelle ;
- et/ou un antécédent familial de tentative de suicide, dépression ou abus de substance.

Deuxième action : Conseiller

a) Fournir explications et assistance

Expliquer un modèle de suicide :

Fournir un modèle pour aider le patient à comprendre leur risque suicidaire et pour normaliser leurs sentiments. Les personnes pensent sérieusement au suicide lorsqu'ils expérimentent les trois situations « I » ci-dessous :

- intolérable (signifiant que leur situation de vie et si douloureuse qu'elle leur semble insupportable) ;
- interminable (il semble que cette situation sera présente pour toujours) ;
- inéchappable (il semble que rien de ce qu'ils ont essayé n'a changé ou ne changera leur situation).

Fournir des stratégies d'adaptation :

Remettre un document sur l'adaptation aux idées suicidaires, pour aider les patients à réduire les pensées suicidaires, développer un plan de sécurité et de contact avec des ressources d'aide.

Ces recommandations proposent un document intitulé « S'adapter aux pensées suicidaires » pour aider les personnes à diminuer leur pensées de suicide, se mettre en relation avec des ressources d'aide, rendre leur domicile sûr et développer un plan de sécurité. Il est indiqué que ce document est un complément à la prise en charge professionnelle par une thérapeute ou un médecin et qu'il n'a pas vocation à remplacer cette prise en charge professionnelle.

Tableau 81. « S'adapter aux idées suicidaires », que faire en cas de pensées suicidaire ?, selon le *British Columbia Ministry of Health*, 2008 (76)

Je pense sérieusement au suicide. Qu'est-ce que je dois faire ?

Si vous pensez au suicide, vous n'êtes pas seul. De nombreuses personnes ont des pensées de suicide pour de nombreuses raisons. Les pensées de suicide peuvent être très effrayantes. Vous vous sentez probablement blessé, confus, bouleversé et sans espoir concernant votre futur. Vous pourriez ressentir de la tristesse. Vous pourriez penser que rien ne peut être fait pour changer votre situation. Vos sentiments peuvent être vus comme simplement trop importants pour être gérés à l'instant. Il est important de savoir que penser au suicide ne signifie pas que vous êtes faible ou fou. De nombreuses personnes pensent au suicide parce qu'elles cherchent une voie pour échapper à la douleur qu'elles ressentent.

Même si votre situation semble sans espoir et que vous vous demandez si vous pouvez rester encore une minute à vous sentir si mal, il y a des voies pour se sentir mieux. Vous n'avez pas à faire face à la situation, tout seul. **De l'aide est disponible. Voici quelques idées que vous pouvez utiliser dès à présent.**

Se mettre en relation avec d'autres : si vous êtes inquiété de perdre le contrôle ou faire quelque chose pour vous nuire, dites-le à quelqu'un. Assurez-vous d'être entouré de personnes de confiance. Si vous vivez seul, demander à un ami ou un membre de votre famille de rester avec vous. Si vous ne connaissez personne ou ne pouvez pas joindre un ami ou un membre de votre famille, téléphonez au xxx.

Garder votre domicile sûr en enlevant les moyens de vous faire du mal : il est important d'ôter de votre domicile tout moyen que vous pourriez utiliser tel que des médicaments, lames de rasoir, arme à feu. Si vous êtes incapable de faire cela, rendez-vous dans un endroit où vous pouvez vous sentir sécurisé.

Développer un plan de sécurité : il est très utile d'avoir un plan de sécurité écrit quand vous avez des pensées de vous faire du mal. Ayez un ami, membre de famille de confiance ou un professionnel pour vous aider à réaliser ce plan. Conservez ce plan à un endroit où vous pouvez voir et accéder facilement. Écrivez les étapes que vous prendrez pour rester sauf. Suives ces étapes. Si, malgré ces étapes, vous continuez de ne pas vous sentir sûr de vous, téléphonez à une « ligne de crise », rendez-vous aux urgences d'un hôpital.

Renforcer l'intérêt du traitement :

- « Le traitement (la thérapie et les médicaments) peut aider à réduire votre souffrance. »
- « La thérapie peut vous aider à identifier et à aborder les préoccupations sous-jacentes qui contribuent à avoir ces sentiments de votre situation et fournir une nouvelle voie de gestion de vos problèmes de vie. »
- « Les médicaments peuvent vous aider pour les difficultés que vous avez (humeur dépressive, anxiété, troubles de l'appétit, du sommeil). »

Aborder l'ambivalence dans le but d'instiller de l'espoir :

De nombreuses personnes ont des sentiments mixtes concernant le suicide et sont juste en recherche d'un moyen pour ôter la douleur ressentie.

Il y a des moyens pour avoir une assistance pour vous aider pour cette douleur et cela n'inclut pas de mettre fin à votre vie.

Renforcer les stratégies d'adaptation positive utilisées dans le passé :

- Qu'est-ce qui vous a aidé dans le passé quand vous aviez ces pensées ?

b) Développer un plan de sécurité

Développer un plan de sécurité écrit, provisoire, avec le patient pour l'aider à rester sauf jusqu'à ce qu'il soit sécurisé à long-terme par un soutien professionnel.

Discuter avec le patient de comment rendre son environnement sûr (enlever les moyens de se faire du mal, avoir un ami ou de la famille avec lui pour le court terme).

Générer avec le patient des moyens adaptatifs d'auto-apaisants et d'adaptation au stress (téléphoner à un proche, faire une marche).

Générer avec le patient ses raisons de vivre et les méthodes d'adaptation utilisées dans le passé.

Travailler avec le patient pour réaliser un plan de sécurité (cf. document « adaptation aux pensées suicidaires », ci-dessous).

Indiquer au patient que s'il essaie ces étapes et continue de ne pas se sentir sûr, il doit aller dans un service d'urgence ou téléphoner.

Tableau 82. « S'adapter aux idées suicidaires », Plan de sécurité, selon le *British Columbia Ministry of Health*, 2008 (76)

Si vous avez des idées de vous faire du mal, commencez par l'étape 1.

Suivez chaque étape jusqu'à ce que vous soyez sauf. Souvenez-vous : les idées suicidaires peuvent être très fortes. Il peut sembler qu'elles vont durer pour toujours. Avec un soutien et le temps, ces pensées vont habituellement passer. Quand elles passent, vous pouvez mettre de l'énergie à résoudre les problèmes qui ont contribué à ce que vous vous sentiez si mal. Le désespoir que vous pouvez ressentir maintenant ne va pas durer pour toujours. Il est important de demander une aide et un soutien. Vous pouvez franchir ce moment difficile. Comme il peut être difficile de se focaliser et de penser clairement quand vous vous sentez suicidaire, s'il vous plaît, copier cela et mettez-le à des endroits où vous pouvez l'utiliser facilement, tel que votre sac, sacoche ou par téléphone.

1. Faire les activités suivantes pour vous calmer/vous réconforter :
2. Se rappeler soi-même de mes raisons de vivre.
3. Téléphoner à un ami ou un membre de la famille.
4. Téléphoner à une personne de réserve si la personne ci-dessus ne répond pas.
5. Téléphoner à un soignant.
6. Téléphoner à ma ligne locale de crise.
7. Aller dans un endroit où je suis en sécurité.
8. Aller au service des urgences à l'hôpital le plus proche.
9. Si je sens que je ne peux pas aller à l'hôpital de manière sûre, téléphoner au XXX et demander un transport à l'hôpital.

Les recommandations malaisiennes du *Ministry of Health Malaysia* (MoH) (23). Ces recommandations indiquent en 2007 :

La possibilité de survenue d'une tentative de suicide dans la dépression caractérisée peut persister jusqu'à ce que survienne une rémission significative.

Dans tous les cas, une supervision rapprochée des patients à haut risque est recommandée, particulièrement durant une thérapie initiale.

Les facteurs de risque de suicide sont les suivants :

- perte de relation ;
- difficultés financières ou professionnelles ;
- support social pauvre ;
- antécédent de tentative de suicide ;
- antécédent familial de suicide ;
- abus d'alcool/dépendance ;

- autres comorbidités ;
- idées suicidaires ;
- sévérité de la dépression ;
- agitation psychomotrice ;
- mauvais estime de soi ;
- désespoir.

Les recommandations françaises de la Fédération française de psychiatrie (FFP) (188). Ces recommandations, issues de la conférence de consensus qui s'est tenue à Paris les19 et 20 octobre 2000, indiquent :

Apprécier le risque suicidaire est un principe général de la prise en charge en ambulatoire d'un épisode dépressif.

La crise suicidaire constitue un moment d'échappement où la personne présente un état d'insuffisance de ses moyens de défense, de vulnérabilité, la mettant en situation de souffrance pas toujours apparente et de rupture.

Cette crise peut être représentée comme la trajectoire qui va du sentiment péjoratif d'être en situation d'échec à l'impossibilité d'échapper à cette impasse, avec élaboration d'idées suicidaires de plus en plus prégnantes et envahissantes jusqu'à l'éventuel passage à l'acte qui ne représente qu'une des sorties possibles de la crise, mais lui confère sa gravité.

Aucun signe (tableau 83) n'est spécifique ou exceptionnel pris isolement. C'est le regroupement des signes qui peuvent être labiles. Leur association ou leur survenue comme une rupture par rapport au comportement habituel doivent alerter l'entourage, et conduire à suspecter l'existence d'une crise suicidaire et à provoquer une investigation complémentaire par le médecin.

Tableau 83. Les manifestations de la crise suicidaire, d'après la Fédération française de psychiatrie, 2000 (188)

Manifestations initiales	Ultérieurement
Fatigue, anxiété, tristesse, pleurs, irritabilité et agressivité. Troubles du sommeil. Perte de goût aux choses, sentiment d'échec et d'inutilité, mauvaise image de soi et sentiment de dévalorisation. Impuissance à trouver des solutions à ses propres problèmes, troubles de la mémoire. Perte d'appétit ou boulimie. Rumination mentale. Appétence alcoolique et tabagique. Retrait par rapport aux marques d'affection et au contact physique, isolement.	Désespoir, souffrance psychique intense. Réduction du sens des valeurs, cynisme. Goût pour le morbide, recherche soudaine d'armes à feu. Une accalmie suspecte, un comportement de départ sont des signes de très haut risque. Facteurs de vulnérabilité : dépression, affections psychiatriques déjà existantes, facteurs de personnalité, alcoolisme et toxicomanie, histoire familiale individuelle, événements de vie douloureux (déplacement, perte d'un être cher, conflits).

Reconnaître la crise suicidaire en milieu sanitaire

Chez un patient ayant des troubles psychiatriques (troubles anxio-dépressifs, troubles de la personnalité, conduites addictives, etc.), il peut s'agir d'une modification ou d'une aggravation récente des troubles, perçue par le patient ou son entourage.

Il ne faut pas hésiter à questionner le patient sur ses idées de suicide. Cette attitude, loin de renforcer le risque suicidaire, ne peut que favoriser l'expression des troubles, si l'entretien est fait dans un climat de confiance, avec tact et sans émettre de jugement de valeur, en sorte que le patient se sente reconnu dans sa souffrance.

Le praticien pourra alors :

- utiliser des outils de repérage adaptés : questionnaires simples (par exemple : Prime-MD et T4 ou MINI GDS, ces tests étant validés comme suffisamment sensibles quoique peu spécifiques) ;
- rechercher des événements de vie récents, éléments conjoncturels pouvant avoir déclenché le processus ;
- situer l'épisode dans son contexte socio-environnemental (famille, profession, milieu de loisir, etc.), ce qui peut révéler une situation d'instabilité, de désinsertion ou de solitude, un entourage proche pathogène, voire une ambiance de contagiosité suicidaire.

Le diagnostic de crise suicidaire s'appuiera, au-delà de la présence d'un syndrome dépressif franc ou d'une pathologie psychiatrique, sur le contexte suicidaire :

- la présence d'idées et leur fréquence ;
- l'intention que le sujet peut livrer ou qu'il a pu communiquer à des tiers soit directement soit indirectement ;
- des conduites de préparation de l'acte.

Le diagnostic de crise suicidaire s'appuiera également sur

- des signes de vulnérabilité psychique :
  - des troubles de l'image de soi,
  - des changements de comportement récents, particulièrement significatifs chez les jeunes adultes, ou une modification de la vie relationnelle chez tout sujet,
  - l'anxiété physique et psychique, notamment les attaques de panique,
  - le sentiment de désespoir qui apparaît significativement plus fort chez les sujets ayant des idées de suicide et qui passent à l'acte ;
- des signes d'impulsivité : l'agressivité dont on sait qu'elle facilite le passage à l'acte ; l'instabilité comportementale ; des conduites à risque ;
- l'éventualité d'un syndrome pré-suicidaire de Ringel où un calme apparent et une attitude de retrait avec diminution de la réactivité émotionnelle et affective, de l'agressivité et des échanges interpersonnels, cachent un développement des fantasmes suicidaires.

On peut se trouver confronté à des comportements passifs (refus alimentaire, refus de soin, syndrome de glissement) qui peuvent être qualifiés d'équivalents suicidaires.

Évaluer la dangerosité et de l'urgence de la crise suicidaire : il est souhaitable d'explorer six éléments.

- 1. Le niveau de souffrance : désarroi ou désespoir, repli sur soi, isolement relationnel, sentiment de dévalorisation ou d'impuissance, sentiment de culpabilité ;
- 2. Le degré d'intentionnalité : idées envahissantes, rumination, recherche ou non d'aide, attitude par rapport à des propositions de soins, dispositions envisagées ou prises en vue d'un passage à l'acte (plan, scénario) ;
- 3. Les éléments d'impulsivité : tension psychique, instabilité comportementale, agitation motrice, état de panique, antécédents de passage à l'acte, de fugue ou d'actes violents ;
- 4. un éventuel élément précipitant : conflit, échec, rupture, perte, etc. ;
- 5. La présence de moyens létaux à disposition : armes, médicaments, etc. ;
- 6. La qualité du soutien de l'entourage proche : capacité de soutien ou inversement renforcement du risque (familles « à transaction suicidaire ou mortifère »).

Un tel bilan exhaustif n'est pas toujours possible. Le médecin généraliste aura à évaluer au moins la crise et son degré d'urgence.

Le tableau ci-dessous résume les trois degrés d'urgence, selon le jury de la conférence, qui peuvent donner une base de réflexion à adapter à chaque cas particulier

Tableau 84. Les degrés d'urgence selon la Fédération française de psychiatrie, 2000 (188)

Urgence faible	Urgence moyenne	Urgence élevée
Le patient en crise : • est dans une relation de confiance établie avec le praticien ; • désire parler et est à la recherche de communication ; • cherche des solutions à ses problèmes ; • pense au suicide mais n'a pas de scénario suicidaire précis ; • pense encore à des moyens et à des stratégies pour faire face à la crise ; • n'est pas anormalement troublée mais psychologiquement souffrante.	Le patient en crise : • présente un équilibre émotionnel fragile ; • envisage le suicide et son intention est claire ; • a envisagé un scénario suicidaire mais dont l'exécution est reportée ; • ne voit de recours autre que le suicide pour cesser de souffrir ; • a besoin d'aide et exprime directement ou indirectement son désarroi ; • est isolé.	Le patient en crise : • est décidé : sa planification est claire et le passage à l'acte est prévu pour les jours qui viennent ; • est coupé de ses émotions : elle rationalise sa décision ou est très émotive, agitée, troublée ; • se sent complètement immobilisé par la dépression ou dans un état de grande agitation ; • dont la douleur et l'expression de la souffrance sont omniprésentes ou complètement tues ; • a un accès direct et immédiat à un moyen de se suicider ; • a le sentiment d'avoir tout fait et tout essayé ; • est très isolé.

Il faudra également tenir compte de l'élément de dangerosité lié à l'accumulation de facteurs de risque, notamment l'âge (> 75 ans).

Concernant les échelles, ces recommandations indiquent que :

- des échelles ont été proposées pour évaluer le risque de suicide mais elles n'ont pas encore démontré leur utilité en clinique (elles sont surtout destinées à la recherche) ;
- pour la pratique, les échelles de Beck sont probablement les plus appropriées en situation de crise suicidaire : l'échelle de désespoir dans toutes les situations, l'échelle d'idéation suicidaire et l'échelle d'intention suicidaire (SIS) dans sa forme abrégée élaborée par J.P. Lindenmayer.

En cas de risque suicidaire l'argumentaire des **recommandations françaises de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (1)** précise en 2002 :

Conformément aux propositions de la conférence de consensus sur le risque suicidaire, il est recommandé d'interroger le patient sur ses idées de suicide, bien qu'aucun facteur de risque suicidaire isolé, ou combinaison de facteurs de risque, ne soit suffisamment sensible ou spécifique pour évaluer le risque réel.

L'hospitalisation est recommandée si la crise suicidaire est « d'urgence élevée », selon les définitions proposées par la conférence de consensus (accord professionnel). Toute autre situation devra être évaluée au cas par cas.

Si l'hospitalisation est refusée et que la dangerosité de la situation l'impose, il pourra être nécessaire de recourir aux dispositions de la loi n° 90-527 du 27 juin 1990 relative aux droits et la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation.

Remarque
La loi de juin 1990 a été modifiée par la loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge (266) et par sa circulaire :

La circulaire du 21 juillet 2011 relative à la présentation des principales dispositions de la loi n°2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge et du décret n°2011-846 du 18 juillet 2011 relatif à la procédure judiciaire de mainlevée ou de contrôle des mesures de soins psychiatriques (267).

2.3.1 Études

Luoma *et al.* ont publié, en 2002, une revue de littérature qui a pour objectif d'examiner les taux de contact avec un professionnel de santé primaire ou de santé mentale chez des sujets avant qu'ils ne décèdent du suicide. La recherche est faite dans Medline, PsycINFO et dans le *Social Sciences Citation Index* depuis leur existence jusqu'à l'an 2000 (198).

Les 40 études retenues sont réalisées au Canada, États-Unis, Finlande, Norvège, Royaume-Uni et Suède. Elles sont distinguées par les auteurs en trois types, selon leur source de données :

- les enregistrements médicaux utilisent comme seules sources de données des enregistrements de l'examen médical ou des rapports de Coroners (quatre études) ;
- les enregistrements médicaux avec des sources d'informations complémentaires qui incluent des entretiens avec des médecins ou des professionnels de santé mentale, des notes de cas avec ces deux types de professionnels et des bases de données médicales préexistantes (21 études) ;
- les autopsies psychologiques, études dans lesquelles la source primaire de données repose sur l'entretien de l'investigateur avec un proche de la victime (15 études).

En soins primaires : en moyenne 45 % (extrêmes de 20 % et 76 %) des patients ont eu un contact dans le mois précédent avec un fournisseur de santé primaire (14 études dont quatre autopsies psychologiques, échantillon variant de 28 à 665 avec un total de 2105). Cette moyenne est plus élevée chez les patients d'âge ≥ 55 ans avec 58 % (extrêmes de 43 et 70 %) comparativement à celle chez les patients d'âge ≤ 35 ans (moyenne de 23 %, extrêmes de 10 % et 36 % $p<0,05$).

En santé mentale : en moyenne 19 % (extrêmes de 7 % et 28 %) des patients ont eu un contact avec un service de santé mentale (21 études dont cinq autopsies psychologiques, échantillon variant de 28 à 10 040 avec un total de 13 262).

Les données portent uniquement sur le mois, l'année précédente et au cours de la vie, il n'y a pas de données sur la semaine précédente. Il n'est pas spécifiquement mentionné que le contact est avec un médecin, les résultats sont présentés en ces deux paragraphes : "*Contact with mental health services" et "contact with primary care providers (fournisseurs de soins primaires)".*

Remarque : les soins de santé primaires constituent le premier point de contact d'une personne avec le système de soins de santé et le premier élément du processus de soins continus.

Au Canada, par exemple, les services des soins de santé primaires comportent les professionnels de santé suivants : assistant dentaire, kinésithérapeute, diététicien, ergothérapeute, infirmier, médecin généraliste, opticien, optométriste, pharmacien, psychologue, sage-femme (selon le site : http://novascotia.ca/dhw/repertoire-sante/).

Younès *et al.* (195) publient, en 2015, une étude prospective incluant 639 cas de suicides (n=141) ou de tentatives de suicides (n=498) déclarés de janvier 2009 à décembre 2013 au réseau français Sentinelle, par 260 médecins généralistes de ce réseau comportant environ 1000 médecins généralistes de la France métropolitaine qui continuellement, volontairement et sans rémunération, déclarent la survenue d'événements de santé. L'objectif de l'étude est d'évaluer s'il y a une différence dans la prise en charge précédant une tentative de suicide ou un suicide, et ce, selon le sexe du patient.

Les données sont recueillies de façon prospective avec des questions standardisées par une étude via Internet. Les médecins ont l'instruction de déclarer tous les cas auxquels ils sont confrontés dans leur pratique quotidienne, que ce soit une personne qui était en fonction ou vue par un autre soignant (service des urgences principalement).

Les critères de jugement sont les caractéristiques de la dernière consultation et leur prise en charge.

Les tableaux ci-dessous précisent les résultats.

Tableau 85. Comparaison des caractéristiques des suicides et des tentatives de suicides dans le réseau Sentinelle (N=639), d'après Younes *et al.*, 2015 (195)

	Suicide	Tentative de suicide	P	OR (IC95 %)
Caractéristiques				
Sexe masculin N (%)	95 (67,4)	198 (39,8)	<0,001	3,1 (2,1-4,6)
Age moyen (IC95 %)	55,6 (52,3-58,8)	42,7 (41,3-44,2)	<0,001	-
Antécédent de tentative suicide				
Oui	39 (27,7)	186 (37,4)	<0,05	0,7 (0,5-1,1)
Non	80 (56,7)	264 (53,0)		
Non précisé	22 (15,6)	48 (9,6)		
Contact antérieur avec le médecin généraliste	90 (63,8)	405 (81,3)	<0,001	0,4 (0,3-0,6)

Tableau 86. Comparaison de la prise en charge des suicides et des tentatives de suicides et de leur prise en charge par le médecin généraliste dans le réseau Sentinelle (N=639), d'après Younes *et al.*, 2015 (195)

	Suicide (N= 90)	Tentative de suicide (N= 405)	P	OR (IC95 %)
Moment de la dernière consultation			NS	
< 1 semaine	19 (21,1)	92 (22,7)		
1 à 4 semaines	33 (36,7)	148 (36,6)		
1 à 6 mois	24 (26,7)	116 (28,6)		
> 6 mois	14 (15,5)	42 (10,4)		
Non précisé	-	7 (1,7)		
Idées suicidaires exprimées à la dernière con-	24 (26,7)	60 (14,8)	<0,01	2,1 (1,2-3,6)

	Suicide (N= 90)	Tentative de suicide (N= 405)	P	OR (IC95 %)
sultation				
Identification par le médecin généraliste de difficultés psychologiques dans l'année précédente				
Dépression	43 (47,8)	207 (51,1)	NS	-
Difficultés psychologiques	60 (66,7)	284 (70,1)	NS	-
Prescriptions du médecin généraliste dans les trois mois précédents				
Soutien psychologique*	29 (32,2)	177 (43,7)	<0,05	0,6 (0,4-0,99)
Prescription d'antidépresseur*	31 (34,4)	172 (42,5)	-	
Prescription d'autre psychotrope *	34 (37,8)	192 (47,4)	-	
Tentative de référer le patient à un spécialiste de santé mentale	29 (32,2)	168 (41,5)	-	
Suivi parallèle avec un psychiatre	28 (31,1)	130 (32,1)	-	
Suivi parallèle avec un psychologue	11 (12,2)	65 (16,1)	-	

* par le médecin généraliste.

Le délai entre la dernière consultation et l'acte suicidaire est comparable entre les tentatives de suicide et le suicide, dans le mois précédent l'évènement avec respectivement 57,8 % et 59,3 %.

L'expression d'idées suicidaires lors de la dernière consultation est plus fréquente dans les suicides même après avoir pris en compte le délai : 32,7 % des suicides *versus* 16,3 % des tentatives de suicide (p<0,01) expriment des idées suicidaires dans le mois précédant l'événement et respectivement 18,4 % et 12 % (p=0,3) dans un délai supérieur à un mois avant l'événement.

Dans l'année précédant l'événement, le médecin généraliste identifie une dépression chez environ 50 % des patients suicidaires et des difficultés psychologiques chez deux tiers, sans différence entre les cas de suicide et les tentatives de suicide.

Dans les trois mois précédant l'événement, les médecins généralistes ont fourni un soutien psychologique plus fréquemment aux tentatives de suicides qu'aux suicides (43,7 % *versus* 32,2 % ; p<0,05).

Smith *et al.* de 2013 (197) ont publié une étude cas-témoins avec pour objectif d'évaluer la qualité de l'évaluation du risque suicidaire chez 488 vétérans ayant un antécédent de dépression, lors de la dernière consultation avant le suicide. Les auteurs utilisent des données du NARDEP, registre national de dépression de la *Veteran's Health Administration*. Ce registre inclut environ 2,2 millions de patients. Le *National Death Index* (NDI) fournit toutes les causes de décès, y compris le suicide.

Les critères d'inclusion sont : un diagnostic de dépression formulé à deux reprises ou formulé une fois et associé à la prescription d'un antidépresseur. Ce diagnostic de dépression est identifié à l'aide de 11 codes de la CIM-9. Les critères d'exclusion sont : bipolarité, schizophrénie ou troubles schizoaffectif.

D'un échantillon initial de 1 892 patients remplissant ces critères et décédés durant la période de 1999-2004, les 244 cas sont randomisés sur l'existence d'une visite durant la période de l'étude. Les 244 témoins sont appariés sur les cas, remplissent les mêmes critères d'inclusion et sont

vivants à la date du suicide de leur cas. Les critères de jugement sont l'évaluation des idées suicidaires, d'un plan suicidaire, de moyens suicidaires, la mise en place d'un plan de sécurité, et le fait d'envisager une hospitalisation.

Chez les cas (âge moyen de 57,2±13,9 ans), cette dernière visite est faite plus souvent par un professionnel de santé mentale (n=93 soit 38,1 % *versus* n =61, soit 25,0 % p = 0,001) et en hospitalisation en santé mentale (n = 19 soit 7,8 *versus* n = 1, soit 0,4 % p<0,001).

Lors de cette visite qui a eu lieu en moyenne 63,3±74,1 jours chez les cas (*vs* 58,4±75,8 jours p=0,49), un diagnostic de dépression est fait chez 33,6 % (n=82) cas (*vs* 27 % (n=66) p=0,12). Chez les cas, cette visite finale est faite en ambulatoire par :

- un professionnel de santé mentale (n = 68 avec une évaluation des idées suicidaires, chez 63,3 %) ;
- un professionnel de soins primaires (n = 84 avec une évaluation des idées suicidaires, chez 9,3 %) ;
- un autre professionnel (n=39 avec une évaluation des idées suicidaires chez 6,1 %, p<0,0001).

Remarque : les données des professionnels, qui ont consulté les témoins, ne sont pas précisées et ces témoins ne sont pas appariés sur le type de professionnel qui les a vus lors de cette dernière visite.

Globalement, les 244 cas ont une fréquence plus élevée de l'évaluation des idées suicidaires (29,9 % *versus* 20,1 % p=0,01), de l'évaluation d'un plan suicidaire (7,0 % *versus* 2,5 % p=0,02), de la conduite d'un plan de sécurité (5,3 % *versus* 1,2 % p=0,01). Cependant, il n'y a pas de différence, chez les cas, pour la présence d'idée suicidaires (15,1 % *versus* 4,1 % p=0,07). De même pour l'évaluation de l'accès à des moyens de suicide (2,5 % *versus* 1,2 % p=0,32), et pour l'envisagement d'une hospitalisation (1,4 % *versus* 0,4 % p = 0,32).

Dans l'année précédant le suicide, la majorité des cas ont eu plus d'une évaluation des idées suicidaires (50 % *vs* 41 % chez les témoins). 42 % des cas ont eu également au moins une évaluation concernant l'existence d'un plan de suicide et 25 % avaient eu au moins, une fois, une évaluation des moyens suicidaires à disposition.

Dans les 30 jours précédant le suicide (111 cas et 111 témoins), on note :

- une fréquence plus élevée chez les cas de l'évaluation des idées suicidaires (29,7 % *versus* 15,3 % p=0,006) ;
- de l'évaluation d'un plan suicidaire (9,9 % *versus* 1,8 % p=0,01) ;
- de la conduite d'un plan de sécurité (7,2 % *versus* 0,9 % p=0,02).

Cependant, il n'y a pas de différence chez les cas pour la présence d'idée suicidaires (27,3 % *versus* 5,9 % p=0,13) ni l'évaluation de l'accès à des moyens de suicide (4,5 % *versus* 0,9 % p=0,10).

Dans les sept jours précédant le suicide (43 cas et 43 témoins), l'évaluation des idées suicidaires n'est pas différente chez les cas (25,6 % *vs* 20,9 % p=0,53) ; la comparaison des autres variables précédemment décrites (ex : évaluation d'un plan suicidaire) n'est pas possible du fait des effectifs faibles.

La majorité des cas ont un déni d'idées suicidaires lorsqu'ils ont été évalués (85 %, IC95 %=75 %-92 %) et même jusqu'à 0 à 7 jours précédant le suicide (73 %, IC95 %= 39 %-94 %).

La majorité des cas (plus de 70 %) n'ont pas eu d'évaluation des idées suicidaires lors de la visite précédant le suicide, même si cette visite a lieu dans un délai de 0 à 7 jours avant le suicide.

Commentaires

Ce registre le NARDEP inclut tous les cas de dépression diagnostiqués dans les services de la *Veterans Health Administration* avec un diagnostic de dépression basé sur 11 codes de la CIM-9, en raison des très nombreuses comparaisons sur de faibles effectifs de patients (n=488 ou 222 ou 86) et sur de faibles effectifs du diagnostic de dépression ; cette étude présente donc des biais.

Gensichen *et al.* de 2010 (196)

Cette étude transversale incluant 626 patients, publiée en 2010 par Gensichen *et al.* (196), a pour objectif d'identifier en soins primaires les facteurs prédicteurs d'idées suicidaires lors d'une dépression caractérisée.

Méthode

C'est une analyse des données à l'inclusion d'un essai clinique contrôlé randomisé réalisé dans 74 centres de santé primaires en Allemagne. Cet essai évalue un « case management » pour la prise en charge de la dépression caractérisée (196).

Les patients (âgés de 18 à 80 ans), recrutés d'avril 2005 à juillet 2006, ont un diagnostic de dépression caractérisée basé sur le *Patient Health Questionnaire*-9 et un entretien clinique basé sur la *International Classification Diagnosis-10 Checklist* pour la dépression. La sévérité de la dépression est basée sur le *Patient Health Questionnaire*-9.

Les critères d'exclusion sont des tendances suicidaires aigues menaçant le pronostic vital et un alcoolisme sévère.

La présence et la sévérité d'idées suicidaires est basé sur l'item du Beck dépression inventory avec une cotation qui varie de 0 (« Je ne pense pas à me faire du mal ») à 3 (« Je le ferais si j'en avais l'opportunité »).

Le critère de jugement principal est la probabilité de la présence d'idées suicidaires estimée par un modèle de régression logistique (ajusté sur l'âge, le sexe, la sévérité de la dépression, les douleurs physiques, les comorbidités physiques, un traitement antidépresseur).

Résultats

Les 626 patients inclus (76,3 % des patients éligibles) ont : un âge moyen de 50,3 ±14,6 ans, un score de *Patient Health Questionnaire*-9 moyen de 17,3 ±3.6, une douleur physique dans 86,4 % (527 cas, score moyen de 45,0 ± 28,5 à l'échelle du *Short Form*-36), une comorbidité physique dans 82 % (score moyen de 1,2±2,0 au Chronic disease score), un traitement antidépresseur dans 58,9 % (369 cas).

Les idées suicidaires sont présentes chez 353 patients (56,4 %). Leur sévérité est la plus faible dans 283 cas (80,2 % : « Je pense au suicide quelquefois ») ; intermédiaire dans 46 cas (13 % : « J'aimerais me suicider ») ; la plus importante dans 24 cas (6,8 % : « Je me suiciderais si j'en avais l'opportunité »).

La probabilité de la présence d'idées suicidaires est significativement associée à l'âge, au sexe, à la douleur physique et à la sévérité de la dépression :

Cette probabilité augmentée de 71 % (p=0,012) chez les hommes et de 16 % (p=0,001) par chaque augmentation d'un point au *Patient Health Questionnaire*-9.

Des facteurs protecteurs de ces idées suicidaires sont :

- l'absence de douleur qui diminue cette probabilité de 1 % (pour chaque point de cette échelle de douleur physique : OR=0,99 ; p=0,004) ;
- et un âge >60 ans qui diminue cette probabilité de 45 % (OR=0,55 ; p= 0,009).

Le tableau ci-dessous présente les détails de ces résultats et ceux d'autres facteurs qui ne sont pas associés à la présence d'idées suicidaires (comorbidités et traitement antidépresseur).

Tableau 87. Prédicteurs d'idées suicidaires (modèle de régression logistique), selon Gensichen *et al.*, 2010 (196)

	Odds Ratio ajusté	IC95 %	p
Groupe âge*			
<40	0,91	0,59-1,43	0,69
40-60	Référence		
>60	0,55	0,35-0,85	0,009
Homme	1,71	1,13-2,58	0,012
Score au PHQ-9 a	1,16	1,09-1,22	<0,001
Sf-36 échelle de douleurs physiques b	0,99	0,98-1,00	0,004
Comorbidités physiques	0,94	0,80-1,09	0,40
Score de maladies chroniques c	1,0	0,91-1,10	0,99
Prise de médicament antidépresseur	0,89	0,62-1,27	0,51

* Ces groupes correspondent aux 25èmes et 75èmes percentiles de l'échantillon.
a : par point de *Patient Health Questionnaire*-9 score. b par point SF-36 *Physical Pain Scale*.
c : par nombre de comorbidités physiques.

Conclusion

Selon les auteurs, la sévérité de la dépression, basée sur le *Patient Health Questionnaire*, est un prédicteur des idées suicidaires chez les patients qui ont une dépression caractérisée. De plus, les douleurs physiques apparaissent être prédictrices d'idées suicidaires. Ces résultats devraient être confirmés par une étude prospective.

Commentaires

Les résultats de cette étude de niveau de preuve 4 sont cohérents dans l'ensemble mais d'interprétation peu simple en pratique clinique. Ils auraient été enrichis par l'analyse en termes de sensibilité et spécificité du score du *Patient Health Questionnaire* pour prédire la présence d'idées suicidaires (en utilisant, par exemple, les catégories de sévérité de la dépression proposées par du *Patient Health Questionnaire*).

2.3.2 Conclusion d'après les données de littérature sur l'évaluation du risque suicidaire

Les états dépressifs sont associés à un risque suicidaire élevé. Il a été rapporté que 15 % des patients qui ont présenté un épisode dépressif majeur au cours de leur vie mourront par suicide et que plus de 60 % des sujets suicidés présentaient une dépression (193).

Les cliniciens doivent évaluer le risque suicidaire lors du bilan initial d'un patient ayant un épisode dépressif et le refaire régulièrement au cours du traitement.

Il ne faut pas hésiter à questionner le patient sur ses idées de suicide. Cette attitude, loin de renforcer le risque suicidaire, ne peut que favoriser l'expression des troubles, si l'entretien est fait dans un climat de confiance, avec tact, en sorte que le patient se sente reconnu dans sa souffrance (11, 35, 188).

L'évaluation du risque suicidaire implique de rechercher les facteurs de risque associés au suicide :

- interroger le patient sur la présence d'événements de vie récents, éléments conjoncturels pouvant avoir déclenché le processus ;

- interroger le patient sur la présence de facteurs de protection (raisons positives de vivre, soutien social fort).

► L'évaluation des idées et des intentions suicidaires

L'évaluation des idées, les intentions suicidaires doit inclure les éléments suivants (1, 11, 13, 23, 34, 35, 185, 186, 188) :

- le début, la durée l'intensité, la fréquence de ces idées suicidaires ;
- la nature active ou passive (exemple : « Je souhaite être mort » *versus* « Penser à me tuer ou se blesser avec une arme ») ;
- interroger le patient sur :
  - l'imminence du passage à l'acte,
  - des comportements préparatoires comme s'il mettait en œuvre un plan de suicide (exemple : marcher mentalement sur le pont, rechercher des méthodes sur internet),
  - des pensées concernant le lieu où le patient pourrait le faire et la vraisemblance d'être trouvé ou interrompu,
  - l'accès à des moyens létaux (par exemple : médicament, toxique, arme à feu, etc.) et sur les actions pour chercher à accéder ou pour explorer des moyens létaux,
  - les actions prises ou autres étapes pour préparer sa fin de vie (exemple : rédaction d'un testament, arranger ses affaires, vendre ou offrir ses biens).

Le médecin doit évaluer la crise suicidaire dans son contexte socio-environnemental (famille, profession, milieu de loisir, etc.), tenir compte du contexte culturel, ce qui peut révéler une situation d'instabilité, de désinsertion ou de solitude, un entourage proche pathogène, voire une ambiance de contagiosité suicidaire.

Le médecin, avec l'accord du patient, peut obtenir des informations auprès des membres de la famille, des autres professionnels de santé.

Des exemples de questions à poser au patient sont proposés (voir le tableau ci-dessous).

Le groupe de travail a décidé de proposer ces exemples de questions à poser au patient, comme un outil annexé au texte des recommandations.

Tableau 88. Exemple de questions à poser au patient d'après le *NHS Choices*, 2014 (11).

- Avez-vous déjà pensé au suicide?
- Avez-vous fait des plans pour mettre fin à vos jours ?
- Avez-vous pensé à comment vous mettriez fin à vos jours ? Si la personne suspecte de dépression répond OUI à cette question, interroger sur les méthodes spécifiques envisagées.
- Avez-vous à votre disposition les moyens pour faire cela ?
- Qu'est-ce qui vous retient de mettre en œuvre ces pensées ?
- Pensez-vous que la vie vaut la peine d'être vécue ?
- Souhaitez-vous être mort ?
- Avez-vous déjà pensé à vous faire du mal de quelque façon ?
- Avez-vous tendance à être impulsif ? Pouvez-vous résister à l'impulsion de faire cela ?
- Qu'est-ce qui vous retient de mettre en œuvre ces pensées ?

Le groupe de travail a décidé de retirer cette phrase de la liste : « Avez-vous entendu des voix vous dire de blesser ou de tuer ? ».

► Les facteurs de risque associés au suicide à rechercher

Les facteurs de risque associés au suicide à rechercher (11, 35, 186, 188) sont proposés dans le tableau ci-dessous :

- rechercher les facteurs de risque associés au suicide ;
- interroger le patient sur la présence d'événements de vie récents, éléments conjoncturels pouvant avoir déclenché le processus ;
- interroger le patient la présence de facteurs de protection (raisons positives de vivre, soutien social fort).

Aucun signe n'est spécifique ou exceptionnel pris isolement. C'est le regroupement des signes qui peut être significatif. Leur association ou leur survenue comme une rupture par rapport au comportement habituel doivent alerter l'entourage, et conduire à suspecter l'existence d'une crise suicidaire et à provoquer une investigation complémentaire par le médecin. Une modification comportementale est un signe d'alerte à prendre en compte.

Tableau 89. Facteurs associés au suicide à rechercher

Facteurs psychosociaux	Antécédents	Caractéristiques cliniques
- Solitude, isolement, précarité. - Sexe masculin. - Personne âgée ou jeune âge (<30 ans). - Perte récente (décès, divorce, métier, situation sociale). - Autres facteurs de stress. - Appartenance à une minorité sexuelle. - Absence de facteurs protecteurs, manque de soutiens.	- Tentative de suicide, d'automutilation. - Antécédent familial de suicide ou de pathologie mentale. - Actes impulsifs et/ou de violence. - Initiation récente d'un traitement antidépresseur.	- Dépression sévère. - Désespoir, absence de désir de continuer. - Douleur psychique. - Psychose. - Impulsivité. - Anxiété sévère, agitation, attaque de panique. - Baisse de l'estime de soi. - Abus de substances psychoactives, ou sevrage. - Maladie somatique invalidante associée, présence de symptômes physiques (douleur chronique, insomnie, limitation fonctionnelle).

Il faudra également tenir compte de l'élément de dangerosité lié à l'accumulation de facteurs de risque, notamment l'âge (> 75 ans).

Évaluation du degré d'urgence suicidaire : un bilan exhaustif n'est pas toujours possible. Le médecin généraliste aura à évaluer au moins la crise et son degré d'urgence.

Tableau 90. Les degrés d'urgence d'après la Fédération française de psychiatrie, 2000 (188)

Urgence faible	Urgence moyenne	Urgence élevée
Le patient en crise : • est dans une relation de confiance établie avec le praticien ; • désire parler et est à la recherche de communication ; • cherche des solutions à ses problèmes ; • pense au suicide mais n'a pas de scénario suicidaire précis ; • pense encore à des moyens et à des stratégies pour faire face à la crise ; • n'est pas anormalement troublé mais psychologiquement souffrant.	Le patient en crise : • présente un équilibre émotionnel fragile ; • envisage le suicide et son intention est claire ; • a envisagé un scénario suicidaire mais dont l'exécution est reportée ; • ne voit de recours autre que le suicide pour cesser de souffrir ; • a besoin d'aide et exprime directement ou indirectement son désarroi ; • est isolé.	Le patient en crise : • est décidé : sa planification est claire et le passage à l'acte est prévu pour les jours qui viennent ; • est coupé de ses émotions : il rationalise sa décision ou est très émotif, agité, troublé ; • se sent complètement immobilisé par la dépression ou dans un état de grande agitation ; • dont la douleur et l'expression de la souffrance sont omniprésentes ou complètement tues ; • a un accès direct et immédiat à un moyen de se suicider • a le sentiment d'avoir tout fait et tout essayé ; • est très isolé.

L'hospitalisation est recommandée si la crise suicidaire est « d'urgence élevée », selon les définitions proposées par la conférence de consensus (accord professionnel). Toute autre situation devra être évaluée au cas par cas. En cas « d'urgence moyenne », une hospitalisation peut être envisagée au cas par cas.

Selon les recommandations de la conférence de consensus de la Fédération française de psychiatrie de 2000 (188), l'hospitalisation est recommandée si la crise suicidaire est d'urgence élevée (cf. chap. III).

Toute autre situation devra être évaluée au cas par cas.

Elle aura pour but :

- la protection du sujet ;

- l'établissement d'une relation de confiance avec le patient ;

- de se centrer sur sa souffrance en facilitant sa mise en mots, en ayant le souci constant de définir et favoriser les soins ultérieurs, en suivant les recommandations qui seront faites dans le chapitre concernant le suivi.

S'il y a un risque suicidaire, le clinicien doit s'assurer de mettre en place l'aide adéquate correspondant au degré de risque suicidaire :

Devant un risque suicidaire :

- discuter et/ou créer un plan de sécurité avec le patient, détaillant les étapes que le patient doit faire si la situation se détériore ;

- évaluer si la personne dispose d'une aide sociale adéquate et fiable (identifier la personne soutien) ;
- conseiller la personne de chercher de l'aide si la situation se détériore ; transmettre à la personne suicidaire les coordonnées des ressources locales qui pourraient lui venir en aide et l'accompagner ;
- avec l'accord de la personne suicidaire, communiquer avec la famille ou les proches pour s'assurer qu'ils savent ou trouver rapidement de l'aide en cas de besoin. Conseiller la famille et les aidants d'être vigilants à : une modification de l'humeur ; une négativité ; le désespoir ; des idées et des plans suicidaires ;
- prendre en compte la toxicité d'un surdosage volontaire des médicaments prescrits. Si besoin limiter la quantité de médicament disponible ;
- tenir compte du risque pour les autres, en particulier du risque de négligence et de violence envers les personnes à charge et l'entourage (s'enquérir d'antécédent de violence, d'idées, de plans et d'intentions d'homicide).

Selon le niveau de risque :

- envisager de référer le patient à une consultation en psychiatrie et établir le contact nécessaire ;
- l'hospitalisation est recommandée si la crise suicidaire est « d'urgence élevée », selon les définitions proposées par la conférence de consensus de la Fédération française de psychiatrie toute autre situation devra être évaluée au cas par cas ;
- si l'hospitalisation est refusée et que la dangerosité de la situation l'impose, il pourra être nécessaire de recourir aux dispositions de la loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge (267) ;
- si le patient est considéré comme à faible risque de suicide, envisager d'augmenter le niveau d'aide tel que des contacts directs ou par téléphone plus fréquents.

2.4 Hospitalisation du patient dépressif

Pour ce chapitre, ont été retenues :

- dix recommandations :
  - de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (Anaes) en 2002 (1),
  - du *Department of Veterans Affairs* (DVA) en 2009 (18),
  - de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) en 2012 (35),
  - du *National Institute for Health and Clinical Excellence* (NICE) de 2009 (12),
  - du *National Health Service* (NHS) *Choices* en 2014 (11),
  - du *British Columbia Ministry of Health* (BCMoH) en 2008 (76),
  - du *New Zealand Guidelines Group* (NZGG) en 2008 (38),
  - du *Queensland Government* (QG) en 2014 (268),
  - du *Ministry of Health Malaysia* (MoH) en 2007 (23),
  - du *National Health Service* (NHS) *Choices* en 2014 (269) ;
- trois études de cohorte non randomisées ont été sélectionnées pour rédiger cette question :
  - Hollander *et al.* en 2013 (270),
  - Huang *et al.* en 2000 (271),
  - Lerer *et al.* en 1999 (272) ;
- une étude cas-témoins de Amiel-Lebigre en 2004 (273) ;
- une revue de la littérature Rodda *et al.* en 2011 (24).

Les publications suivantes n'ont pas été retenues pour les raisons suivantes :

- étude de faible effectif (274) ;

- études non spécifiques à l'hospitalisation (275-280) ;
- études non spécifiques à la dépression (281-284) ;
- étude concernant des patients évalués dans des services d'urgence (285) ;
- étude ayant des biais de réalisation trop nombreux (286).

2.4.1 Les recommandations

Les recommandations françaises de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (Anaes) (1) indiquent, en 2002, que l'hospitalisation en milieu psychiatrique est préconisée :

En cas de risque suicidaire

L'hospitalisation est recommandée si la crise suicidaire est « d'urgence élevée », selon les définitions proposées par la conférence de consensus (accord professionnel). Toute autre situation devra être évaluée au cas par cas. Si l'hospitalisation est refusée et que la dangerosité de la situation l'impose, il pourra être nécessaire de recourir aux dispositions de la loi n° 90-527 du 27 juin 1990 relative aux droits et la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisations.

Remarque

La loi de juin 1990 a été modifiée par la loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge, cf. Journal officiel, 6 juillet 2011 (266) et sa circulaire :

La circulaire du 21 juillet 2011 relative à la présentation des principales dispositions de la loi n°2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge et du décret n°2011-846 du 18 juillet 2011 relatif à la procédure judiciaire de mainlevée ou de contrôle des mesures de soins psychiatriques (267).

La loi du 5 juilet 2011 a été modifiée par la loi n° 2013-869 du 27 septembre 2013 modifiant certaines dispositions issues de la loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge (287).

Dans certaines formes sévères

La présence de symptômes psychotiques ou somatiques sévères associés, ou l'insuffisance de réponse au traitement en cours d'un épisode dépressif sévère, sont une indication de l'hospitalisation (accord professionnel).

À chaque fois qu'une situation particulière l'exige

Un entourage social ou familial insuffisant, ou l'impossibilité de maintenir les nombreux contacts nécessaires à la réassurance du patient, des symptômes psychiatriques ou somatiques sévères associés, une réponse insuffisante au traitement en cours en sont des exemples (accord professionnel).

Dans leur argumentaire, les recommandations de l'Anaes (1) indiquent : le groupe international de consensus (288) a défini un minimum applicable dans tous les pays (tableau ci-dessous), à défaut de règles strictes impossibles à établir en raison des différences dans les systèmes de santé. La plupart des patients sont traités exclusivement dans le secteur des soins primaires. Certains cas compliqués nécessitent une prise en charge spécialisée.

Tableau 91. Dépressions complexes à prendre en charge en soins spécialisés, d'après Ballenger *et al.*, 1999 (288)

• dépression avec symptômes psychotiques ; • dépression avec abus associé de médicaments ou drogues (alcool compris) ; • dépression associée à des troubles paniques ; • dépression atypique (avec agitation) ; • dépression sévère, notamment en cas de risque suicidaire ; • dépression bipolaire ; • dépression multi-récidivante nécessitant un traitement au long terme ; • double dépression et troubles dysthymiques chroniques.

Dans **les recommandations nord-américaines du *Department of Veterans Affairs*** (DVA) (18), en 2009, concernant les maladies dangereuses nécessitant une prise en charge immédiate, on retrouve des maladies psychiatriques ou physiologiques instables.

Quelle qu'en soit la cause, ces situations peuvent servir de signes avant-coureurs de violence :

- idées ou intention de nuire à autrui ;
- escalade verbale ou l'impossibilité d'être recadré ;
- antécédent de comportement violent ;
- agitation sévère ou hostilité ;
- psychose active ;
- intoxication ou sevrage alcoolique ou à la drogue.

- Une attention immédiate et l'intervention, y compris la consultation d'un professionnel de la santé mentale, peuvent être nécessaires afin de diminuer le risque d'escalade de l'agitation ou de pulsions violentes.

Les recommandations préconisent une orientation vers les services et/ou la consultation avec un spécialiste de la santé mentale d'urgence pour les patients présentant l'une des maladies instables suivantes :

- délire ;
- symptômes psychotiques marqués ;
- symptômes dépressifs sévères / dépression (par exemple : catatonie, malnutrition, handicap grave) ;
- le comportement suicidaire ou un homicide ;
- potentiel de violence (par exemple, les idées ou l'intention de nuire à autrui, antécédents de comportement violent, agitation ou hostilité sévère, psychose active) ;
- le sevrage d'une substance ou l'intoxication.

Les recommandations décrivent et détaillent chaque item cité ci-dessus :

Délire : aussi connu comme le syndrome organique du cerveau, la psychose organique, état confusionnel aigu, syndrome cérébral aigu et divers autres noms. C'est un trouble très fréquent de la cognition et de la conscience, avec une apparition brutale qui est souvent méconnue. Cela est particulièrement vrai chez les personnes âgées et les malades chroniques.

Symptômes psychotiques marqués : les patients psychotiques ont une altération du sens de la réalité, qui peut se manifester de plusieurs façons (hallucinations, délires, confusion mentale, ou désorganisation).

Les symptômes dépressifs sévères (par exemple : la catatonie, la malnutrition, un handicap grave).

La présentation clinique des patients déprimés est marquée par des variations considérables, non seulement dans l'expression de divers symptômes neuro-végétatifs, mais aussi dans l'ampleur de la gravité de ces symptômes.

La présence de symptômes dépressifs sévères peut représenter une situation d'urgence, même en l'absence de l'idéation suicidaire.

Le comportement suicidaire

Le potentiel de violence
La violence apparaît souvent comme une réponse à une menace perçue ou à la frustration marquée résultant de l'incapacité à atteindre les objectifs par des moyens non violents. Les facteurs spécifiques qui contribuent à un comportement violent peuvent être d'ordre : psychiatrique, médical, environnemental, social.

Les maladies urgentes instables

Toute maladie menaçant immédiatement la vie, l'intégrité physique, la vision, ou nécessitant des soins médicaux d'urgence. Celles-ci peuvent comprendre l'infarctus du myocarde, une insuffisance respiratoire, une crise hypertensive, une acidocétose diabétique, etc.

L'évaluation et la surveillance des risques

Se référer de toute urgence à des services spécialisés en santé mentale. Les patients souffrant de dépression qui présentent un risque immédiat considérable pour eux-mêmes ou pour autrui.

Pour les personnes souffrant de dépression sévère et ceux souffrant de dépression modérée associée à des problèmes complexes, envisager de se référer à des services spécialisés de santé mentale afin de leur offrir un programme de soins multidisciplinaire coordonné.

La dépression complexe et grave

L'orientation vers des services spécialisés de santé mentale doit normalement se faire pour les personnes souffrant de dépression qui présente un risque important :

- d'automutilation ;
- de symptômes psychotiques,
- qui nécessitent des soins multi-professionnels complexes ;
- ou si un avis d'expert sur le traitement s'avère nécessaire.

L'évaluation d'une personne souffrant de dépression orientée vers des services spécialisés en santé mentale doit inclure :

- l'étude des symptômes, le risque de suicide et, le cas échéant, les antécédents de traitement ;
- les facteurs de stress psychosociaux associés ;
- les facteurs liés à la personnalité ;
- les difficultés relationnelles, en particulier lorsque la dépression est chronique ou récurrente ;
- les comorbidités associées, y compris l'alcool et l'abus de substances psychoactives ainsi que les troubles de la personnalité.

Les recommandations canadiennes de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) (35). Ces recommandations indiquent en 2012 :

Lors d'une dépression complexe, la personne peut démontrer une réponse inadéquate à de multiples traitements. La dépression est parfois compliquée par des symptômes psychotiques ou associée à une comorbidité psychiatrique importante, à des troubles concomitants, ou à des facteurs psychosociaux graves et complexes. La personne peut se trouver en situation de risque vital ou d'auto négligence grave.

Les principes de soins cités rejoignent ceux détaillés dans **les recommandations britanniques du *National Institute for Health and Clinical Excellence*** (NICE) (12).

Faire appel aux services de crise et aux équipes mobiles pour gérer les crises des personnes souffrant de dépression sévère qui représentent un risque important, et pour assurer des soins aigus de qualité.

Envisager l'hospitalisation pour les personnes qui présentent un risque élevé de suicide, d'automutilation ou d'auto-négligence.

Les recommandations britanniques du *National Health Service* (NHS) ***Choices*** (11) indiquent en 2014 :

- Il est nécessaire de se reporter aux services de santé mentale spécialisés si la personne souffrant de dépression :
- représente un risque immédiat pour elle-même ou pour autrui ;
- est activement suicidaire, a un plan de suicide actuel, ou est à risque d'automutilation ;
- présente des symptômes psychotiques, par exemple : des hallucinations, des idées délirantes ;
- présente une forte agitation accompagné de symptômes sévères ;
- présente une auto-négligence sévère ;
- présente une détérioration de sa situation personnelle pouvant exacerber sa maladie mentale.

Si la personne a besoin d'être admise à l'hôpital, tous les efforts doivent être mis en œuvre pour la persuader de s'y rendre volontairement.

- Si la personne refuse d'aller à l'hôpital, l'admission obligatoire peut être nécessaire si la personne :
- nécessite une évaluation et/ou un traitement dans un hôpital ;
- doit être admise dans l'intérêt de sa propre santé ou de sa sécurité, ou pour la protection d'autres personnes.

Les recommandations du *NHS Choices* préconisent de se référer à la loi sur la santé mentale de 2007 (*Mental Health Act*, en Angleterre et au Pays de Galles) dont l'article 2 permet l'admission obligatoire pour l'évaluation de l'état mental jusqu'à 28 jours.

Les recommandations canadiennes du *British Columbia Ministry of Health* (BCMoH) (76) indiquent en 2008 :

L'admission à l'hôpital en soins de courte durée est indiquée quand le patient pose un potentiel dommage à lui-même ou à autrui, par exemple quand le patient montre :

- une pensée active ou un plan suicidaire ;
- une pensée ou un plan d'homicide ;
- des symptômes psychotiques ;
- un comportement à risque ou l'incapacité de prendre soin de lui-même ou d'autrui.

Cette admission peut être volontaire ou non-volontaire.

<u>L'admission volontaire à l'hôpital :</u>

Quand cela est possible, l'admission doit se faire avec le consentement du patient. Selon la loi sur la santé mentale, un adulte peut demander une admission volontaire pour faciliter le traitement d'un trouble mental. Cette admission doit être demandée par le patient lui-même qui peut se décharger à n'importe quel moment exactement de la même manière qu'un patient non psychiatrique.

<u>L'admission involontaire à l'hôpital :</u>

Les recommandations de la BCMOH détaillent les critères de l'admission non-volontaire : après l'examen du patient et la vérification de la présence des quatre critères d'éligibilité (en totalité), à savoir que :

- le patient souffre d'un trouble mental qui porte gravement atteinte à la capacité de la personne à réagir de manière appropriée à son environnement ou à s'associer à d'autres personnes ;
- le patient nécessite un traitement psychiatrique dans ou à travers un établissement désigné ;

- le patient nécessite des soins, une supervision et le contrôle dans ou à travers un établissement désigné destiné à prévenir la détérioration physique ou mentale de la personne ou pour sa propre protection ou pour la protection des autres ;
- le patient ne convient pas à une admission volontaire.

Les recommandations néozélandaises du *New Zealand Guidelines Group* (NZGG) (38) concernant l'orientation des patients vers un service spécialisé en santé mentale, indiquent en 2008 :

Un adulte avec des intentions suicidaires sérieuses, des symptômes psychotiques ou une négligence grave et persistante, doit être renvoyé immédiatement aux services de santé mentale de soins secondaires.

Si une personne souffrant de dépression est évaluée comme étant à risque de suicide : si nécessaire, limiter la quantité de médicament et envisager d'augmenter le niveau de soutien, tels que les contacts directs ou téléphoniques plus fréquents, et envisager l'orientation vers des services spécialisés en santé mentale.

Un adulte avec une dépression résistante à un traitement d'urgence doit être renvoyé aux services de santé mentale de soins secondaires, tout en continuant le traitement. La résistance au traitement est définie comme une réponse non satisfaisante à un traitement adéquat à deux antidépresseurs (avec ou sans thérapie psychologique).

Un praticien de soins primaires prenant en charge un adulte avec une dépression sévère doit avoir un accès facile à la consultation avec un psychiatre.

Les recommandations néozélandaises du *Queensland Government* (QG) (268) indiquent en 2014 :

Envisager l'orientation du patient vers un service de santé mentale en cas de :

- risque de suicide significatif ;
- risque ou danger pour autrui ;
- symptômes psychotiques ou d'agitation sévère ;
- dépression significative persistante malgré un traitement adapté ;
- patient difficile à évaluer ou à gérer.

Les recommandations malaisiennes du *Ministry of Health Malaysia* (MoH) (23) indiquent en 2007 :

Les indications de renvoi à des services psychiatriques comprennent :

- l'incertitude du diagnostic ;
- une tentative de suicide ;
- la planification ou la présence d'idées suicidaires actives ;
- l'absence de réponse au traitement ;
- la nécessité de conseils sur les modalités de poursuite du traitement ;
- une aggravation clinique ;
- des épisodes récurrents ;
- la présence de symptômes psychotiques ;
- une agitation sévère ;
- une auto-négligence.

Ces recommandations définissent également des indications d'admission dans une unité psychiatrique qui peut être volontaire ou involontaire, comprenant :

- l'existence d'un risque d'atteinte à sa personne ;
- la présence de symptômes psychotiques ;
- l'incapacité de prendre soin de sa personne ;

- un manque de contrôle, une impulsivité ;
- l'existence d'un danger pour autrui.

Au sujet de l'hospitalisation en cas de dépression, **les recommandations britanniques du *National Health Service*** (NHS) ***Choices*** (269), en 2014, se basent également sur les recommandations du NICE en 2009 (12) et reviennent sur les articles 2, 3, et 4 de la loi sur la santé mentale (MHA) concernant les indications d'une admission obligatoire.

Elles recommandent d'envisager le renvoi à un médecin spécialiste ou à un service de soins tertiaires pour la dépression complexe si le patient ne répond pas à divers traitements d'augmentation et d'association thérapeutique tels que :

- un essai adéquat de deux antidépresseurs ;
- un essai adéquat d'antidépresseur associé un essai adéquat d'une psychothérapie.

Le patient doit rester dans le service de santé mentale en soins secondaire et doit poursuivre son traitement jusqu'à ce que le renvoi soit décidé.

2.4.2 Revue de la littérature

La revue de la littérature de Rodda *et al.* de 2011 (24), concernant la référence à un service spécialisé en psychiatrie, rejoint les recommandations du NICE en 2009 (12).

2.4.3 Études non randomisées

Étude de cohorte de Hollander *et al.* de 2013 (270)

Dans une étude de cohorte, Hollander *et al.* en 2013 (270) a voulu savoir si l'expérience du chômage était un facteur de risque d'hospitalisation pour trouble dépressif, et si le sexe et le statut d'immigrant modifiaient ce risque.

Méthode : étude de cohorte prospective de 2000 à 2006 (n= 3 284 896) personnes âgées entre 18 et 64 ans avec un fort lien avec le marché du travail suédois afin de comparer les différences de risque d'hospitalisation pour trouble dépressif suivant une période de chômage.

Avant le début de l'étude, tous les participants ont été suivis pendant une période de trois ans afin de détecter une éventuelle hospitalisation pour troubles dépressifs précédant la période de chômage (période de *wash-out*).

Critères d'exclusion : personne sans lien puissant avec le marché du travail, migrant avec permis de résidence en Suède en qualité de réfugié ou résident après décembre 1996, personne traitée pour un épisode dépressif entre 1997 et 1999 (période de *wash-out*).

Les données ont été recueillies à partir des registres officiels recueillis à des fins génériques. Cette étude a été réalisée avec les données statistiques de Suède et le conseil national de la santé et du bien-être. Les variables étudiées comportaient : le statut d'emploi durant le suivi, la notion d'immigration (suédois de naissance ou non), les groupes d'âge, le sexe (féminin, masculin), le niveau d'éducation, le statut marital. Ajoutés à cela : la région de naissance en cas de naissance hors Suède, le lieu de résidence en Suède (petite ou grande ville), la présence ou non d'enfant dans le foyer et les ressources économique durant l'année 2000.

Commentaires : les différences de culture liées au statut d'immigrant peuvent être source de biais, notamment dans la compréhension et l'interprétation des symptômes ainsi que l'utilisation des services de santé. La durée du chômage n'a pas été évaluée dans cette étude. La crise économique, ayant augmenté le risque de chômage, peut être également source de biais.

Résultats

En combinant le statut d'emploi, le genre et le statut d'immigrant ajusté sur l'âge, le niveau d'éducation et le statut marital, les auteurs ont retrouvé les résultats suivants :

- homme avec un emploi suédois de naissance : HR=1
- homme avec un emploi né à l'étranger : HR=1,31 (1,17 à 1,46) ;
- homme sans emploi suédois de naissance : HR=2,26 (2,12 à 2,42) ;
- homme sans emploi né à l'étranger : HR=2,45 (2,13 à 2,82) ;
- femme avec un emploi suédoise de naissance : HR=1,50 (1,43 à 1,58) ;
- femme avec un emploi née à l'étranger : HR=2,14 (1,94 à 2,37) ;
- femme sans emploi suédoise de naissance : HR=2,62 (2,45 à 2,80) ;
- femme sans emploi née à l'étranger : HR=3,47 (3,02 à 3,98).

Tableau 92. Nombre de participants, % et HR(IC 95 %) pour le risque d'hospitalisation pour troubles dépressifs en fonction du statut d'emploi durant le suivi, du statut d'immigrant, du groupe d'âge, du niveau d'éducation et du statut marital, d'après Hollander *et al.*, 2013 (270)

Variables	Hommes (nombre)	Hommes (%)	Hommes HR (IC95 %)	Femmes (nombre)	Femmes (%)	Femmes HR (IC95 %)	Total HR (IC95 %)
Emploi. Perte d'emploi.	1 427 023 297 227	82,76 17,24	1 2,33 (2,19 à 2,49)	1 277 000 283 646	81,83 18,17	1 1,62 (1,53 à 1,73)	1 1,94 (1,85 à 2,03)
Statut d'immigrant : Suédois de naissance. Étranger de naissance.	158 6612 137 638	92,02 7,98	1 1,23 (1,11 à 1,35)	1 424 857 135 789	91,30 8,70	1 1,41 (1,30 à 1,53)	1 1,33 (1,25 à 1,41)
Age : 18-24 25-34 35-44 45-54 55-64			1 1,31 (1,11 à 1,47) 1,77 (1,58 à 1,98) 1,91 (1,71 à 2,14) 1,73 (1,52 à 1,98)			1 1,18 (1,08 à 1,30) 1,21 (1,10 à 1,33) 1,16 (1,05 à 1,28) 0,92 (0,81 à 1,03)	1 1,22 (1,14 à 1,31) 1,43 (1,33 à 1,53) 1,45 (1,34 à 1,56) 1,23 (1,13 à 1,34)
Sexe : Homme. Femme.							1 1,40 (1,35 à 1,46)
Niveau d'éducation : Élevé Bas	1 346 247 378 003	78,08 21,92	1 1,41 (1,32 à 1,51)	1 296 136 264 510	83,05 16,95	1 1,51 (1,42 à 1,61)	1 1,46 (1,40 à 1,53)
Statut :							

Variables	Hommes (nombre)	Hommes (%)	Hommes HR (IC95 %)	Femmes (nombre)	Femmes (%)	Femmes HR (IC95 %)	Total HR (IC95 %)
Marital							
Marié	967 978	56,14	1	817 593	52,39	1	1
Non marié	756 272	43,86	1,29 (1,21 à 1,37)	743 053	47,61	1,32 (1,24 à 1,40)	1,30 (1,24 à 1,36)

Conclusion :

D'après les auteurs, l'expérience du chômage chez les personnes ayant un lien étroit avec le marché du travail est un facteur d'hospitalisation pour troubles dépressifs en Suède, les femmes nées à l'étranger ayant le risque relatif le plus élevé (HR=3.47 (3.02 à 3.98)).

Les différences de culture liées au statut d'immigrant peuvent être source de biais, notamment dans la compréhension et l'interprétation des symptômes ainsi que l'utilisation des services de santé. La durée du chômage n'a pas été évaluée dans cette étude. Cette étude de cohorte est de niveau de preuve 4.

Étude de cohorte de Huang *et al.* de 2000 (271)

Cette étude de cohorte de Huang a été réalisée en 2000. Le but était de déterminer les symptômes dépressifs présentant un risque d'hospitalisation chez le sujet âgé.

Méthode : Cette étude a été réalisée sur six mois et a intéressé cinq comtés dans le Piedmont nord de la Caroline du Nord à partir du site de l'Université Duke. Elle est extraite à partir de l'*Established populations for epidemiologic studies of the elderly* (EPESE). L'EPESE étant une étude de cohorte randomisée d'adultes âgés de 65 ans et plus, non institutionnalisés, vivant dans la communauté entre janvier 1986 et juin 1987, intéressant un total de 4 162 personnes. Sur ces 4 162 personnes, 676 ont été exclus ; 26 en raison de leur prétendue race (ni noir, ni blanc) et 650 en raison de perte d'information sur leur dépression ou hospitalisation. En définitive, l'échantillon comprenait 3 486 adultes vivant dans la communauté, âgés de 65 ans et plus.

Critère principal : une hospitalisation dans les six mois suivant l'entrevue de référence, cette information étant donnée par les dossiers de l'assurance maladie fournis par le ministère américain de la Santé et des Services sociaux et par l'auto-évaluation sur entretien de suivi, un an plus tard.

300 sujets ont été hospitalisés durant la période de l'étude. Les symptômes de dépressions ont été mesurés par une version modifiée de l'échelle du CES-D (*Center for Epidemiologic Studies Depression Scale*). Les variables additionnelles sélectionnées pour l'analyse ont inclus : les caractéristiques démographiques ou de santé documentées ou observées comprenant : l'âge, le sexe, le statut marital, l'origine, le niveau d'éducation, le mode de vie (rural ou urbain). Et pour les données de santé : la présence de comorbidité médicale, le fonctionnement physique, les fonctions cognitives, l'autoévaluation de leur état de santé et le nombre de prescriptions médicales. L'invalidité physique a été évaluée par une version modifiée du *Nagi score* (échelle de performance physique). La cohorte a été stratifiée sur le sexe et l'âge a été stratifié en quatre groupes.

Résultats

La prévalence globale de la symptomatologie dépressive significative dans la cohorte (CES-D score ≥ 9) était de 8,5 % avec une moyenne de 2,9. L'incidence d'hospitalisation durant les six mois était de 9,5 %. Les symptômes dépressifs n'étaient significativement à risque d'hospitalisation que chez les hommes âgés de plus de 75 ans (RR=3,43).

D'après les résultats de cette étude, les variables ayant un risque relatif significatif et donc une association positive avec le risque d'hospitalisation sur au moins un groupe sont :

- les troubles cognitifs (groupe des femmes âgées ≥75 ans/RR=2.32) ;
- le score d'invalidité fonctionnelle Nagi (groupe des hommes âgés/RR=1.57 et des femmes âgées entre 65 et 74 ans /RR=1,32) ;
- une faible autoévaluation de son état de santé (groupe des hommes âgés entre 65 et 74 ans/RR=1,75) ;
- le nombre de prescriptions médicamenteuses (groupe des hommes âgés entre 65 et 74 ans/RR=1,32 et des femmes âgées entre 65 et 74 ans /RR=1,21).

Se reporter aux trois tableaux ci-après :

Tableau 93. Caractéristiques démographiques et de santé des membres de l'échantillon de l'étude de Huang *et al.*, 2000 (271)

Caractéristiques		n	%	% pondéré
Sexe	Masculin	1174	33,7	36,0
	Féminin	2312	66,3	64,0
Age (année)	65-74	2191	62,8	64,4
	≥ 75	1295	37,2	25,6
CES-D score	0-8	3174	91,0	91,5
	≥ 9	312	9,0	8,5
Hospitalisation	Non hospitalisé	3186	91,4	90,5
	Hospitalisé	300	8,6	9,5
Lieu de résidence	Rural	1536	44,1	43,1
	Urbain	1950	55,9	56,9
Statut marital	Marié	1347	38,6	52,0
	Non marié	2139	61,4	48,0
Éducation (année)	0-8	1787	51,3	43,0
	9-12	1192	34,2	38,8
	≥ 13	507	14,5	18,2
Revenus	<5000 $	1381	39,6	29,1
	5000-9999 $	1020	29,3	29,0
	10000-14999 $	421	12,1	14,6
	>15000 $	664	19,0	27,2
Statut cognitif	Sans trouble cognitif	3144	90,2	90,6
	Avec trouble cognitif	342	9,8	9,4
Score d'invalidité fonctionnelle Nagi	0	1816	52,1	55,1
	1	703	20,2	19,1
	2	402	11,5	10,8
	3	317	9,1	8,3
	4-5	248	7,1	6,7
Impact des maladies chroniques	Léger	1378	39,5	40,4
	Modéré	959	27,5	27,1
	Important	1149	33,0	32,5
Autoévaluation de l'état de santé	Excellent	492	14,1	15,5
	Bon	1436	41,3	42,3
	Correct	1109	31,8	30,3

Caractéristiques		n	%	% pondéré
	Faible	449	12,9	11,9
Nombre de prescriptions	0	917	26,3	26,2
	1	632	18,1	18,1
	2	607	17,4	17,9
	3	498	14,3	13,9
	4	352	10,1	10,1
	≥5	480	13,8	13,8

% : Pourcentage.

Tableau 94. Moyenne des variables retenues d'après Huang *et al.*, 2000 (271)

Caractéristiques	Moyenne (déviation standard).
Age (années)	73 (6,3)
CES-D score	2,9 (3,3)
Éducation (années)	9,4 (4,0)
Score d'invalidité fonctionnelle Nagi	0,9 (1,3)
Nombre de prescription	2,3 (2,2)

DS : déviation standard.

Tableau 95. Estimation du RR ajusté et son IC 95 % à partir d'un modèle de régression logistique, d'après Huang *et al.*, 2000 (271)

Variable prédictive	Homme : 65-74	Homme : plus de 75	Femme : 65-74	Femme : plus de 75
Symptômes dépressifs	2,15 (0,75-6,22)	3,43 (1,33-8,86)	1,12 (0,53-2,36)	0,46 (0,19-1,13)
Déficit cognitif	1,18 (0,33-4,26)	0,41 (0,13-1,35)	0,91 (0,37-2,25)	2,32 (1,26-4,25)
Nagi score	1,12 (0,88-1,41)	1,57 (1,14-2,16)	1,32 (1,08-1,61)	1,07 (0,86-1,34)
Conditions chroniques	1,00 (0,74-1,35)	0,86 (0,50-1,49)	1,22 (0,90-1,66)	1,10 (0,80-1,51)
Autoévaluation de l'état de santé	1,75 (1,17-2,63)	1,18 (0,70-1,99)	1,30 (0,89-1,91)	1,27 (0,93-1,74)
Nombre de prescriptions médicales	1,32 (1,13-1,54)	1,05 (0,81-1,34)	1,15 (1,00-1,32)	1,21 (0,98-1,50)

Commentaire

- L'exclusion des 650 sujets au début de l'étude, la durée très courte de l'étude (six mois), le type de mesure utilisé pour évaluer la dépression peuvent être également source de biais.

Conclusion

Cette étude de niveau de preuve 4 a trouvé un risque d'hospitalisation associé à des symptômes dépressifs triplé chez l'homme âgé de plus de 75 ans (RR=3,43). D'après les auteurs, les autres facteurs de risque d'hospitalisation chez le sujet âgé comprennent : la présence de troubles cognitifs :

- une invalidité fonctionnelle au Nagi score ;
- une faible autoévaluation de son état de santé ;
- et le nombre de prescriptions médicamenteuses ;
- avec des associations variables en fonction du sexe et des tranches d'âge (65-74 ans et ≥75 ans).

Étude de cohorte de Lerer *et al.* de 1999 (272)

Lerer *et al.* en 1999 a étudié les causes possibles de l'hospitalisation psychiatriques chez les patients présentant une dépression (résultats du projet *Jerusalem Collaborative Depression*) dans une étude de cohorte de 107 patients qui ont été admis dans les quatre hôpitaux et dans un hôpital général de la région de Jérusalem au cours d'une période de 14 mois.

Le but de cette étude de cohorte, non randomisée, était d'identifier les patients nécessitant une hospitalisation du point de vue sociodémographique, clinique et du traitement, et ainsi identifier les facteurs déclenchants possibles qui doivent encore être évalués.

Méthode : 252 patients subissent un dépistage initial s'ils ont été signalés déprimés par la personne qui a fait leur admission indépendamment de leur diagnostic d'admission précis. Ce dépistage initial consiste en un bref entretien psychiatrique par un membre de l'équipe de recherche. Dans l'article, il n'est pas précisé la formation des membres de l'équipe.

145 patients ont été classés dans l'une des catégories de diagnostic de la CIM-9 (trouble dépressif majeur, épisode isolé, le trouble dépressif majeur, épisode récurrent, trouble atypique dépressif, trouble affectif bipolaire, dépression, type dépressif psychotique, dépression névrotique).

Les 145 patients présentant l'un des diagnostics provisoires suivants, selon la CIM-9, ont été évalués à l'aide d'un entretien clinique détaillée par l'un des enquêteurs.

107 ont répondu aux critères de la DSM III–R (critères diagnostiques pour l'entrée dans la cohorte) et ont subi le reste de la procédure d'évaluation. Les patients répondaient aux critères du DSM III-R pour la dépression caractérisée, unique ou récurrente bipolaire 1, déprimé ou mixte; trouble bipolaire 2, déprimé.

Commentaire

Dans cette étude, l'absence de contrôle par un groupe témoin de patients déprimés non hospitalisés et le nombre peu élevé de patients évalués constituent un biais dans l'analyse de l'étude.

Résultats

Caractéristiques démographiques et psychosociaux :

- 55,2 % des patients étaient ≥ à 60 ans et 20,6 % étaient âgés de plus de 70 ans. 73,8 % étaient des femmes, sans aucune différence dans la répartition hommes / femmes dans tous les groupes d'âge (Chi 2= 3,34, p > 0,1) ;
- 64 patients (59,8 %) étaient mariés, 24 (22,4 %) veufs, 12 (11,2 %) divorcés ou séparés et 7 (6,5 %) célibataires (jamais mariés) ;
- 26 patients (34,7 %) étaient des immigrants récents en Israël (cinq ans ou moins avant d'entrer dans l'étude).

Niveau d'éducation :

- 25 patients (24,3 %) n'ont pas eu plus d'un enseignement primaire (huit ans de scolarité ou moins) ;
- 21 (20,4 %) étaient entrés mais pas terminé leurs études secondaires (<12 années de scolarité) ;
- 27 (26,2 %) avaient terminé leurs études secondaires ;
- 30 (29,1 %) avaient au moins de l'éducation post-secondaire partielle (universitaire ou équivalente).

Travail :

- 21 (19,6 %) des patients étaient des employés salariés, 7 (6,5 %) étaient indépendants, 35 (32,7 %) étaient au foyer, 30 (28,0 %) étaient à la retraite, 9 (8,4 %) étaient au chômage, 3 (2,8 %) étaient en emploi protégé, et 2 (1,9 %) étaient des étudiants.

Niveau social, condition de vie :

- 61 patients (57,5 %) ont défini leur revenu « moyen », 39 (36,8 %) comme « inférieur à la moyenne », et 6 (5,7 %) comme « supérieur à la moyenne moyen ».

Conditions de vie :

- 69 patients (68,3 %) sur la cohorte ont rapporté une personne ou moins par pièce dans leur maison et seulement un plus de deux personnes par chambre.

Caractéristiques cliniques :

- 65 (60,7 %) des patients présentaient un épisode récurrent majeur de la dépression ; 21 (19,6 %), premier épisode de dépression majeure, 13 (12,1 %) bipolaire de type 1 déprimé, 6 (5,6 %) bipolaire de type 2 déprimé, et 2 (1,9 %) bipolaire mixte. Y compris les bipolaires, ce fut le premier épisode dépressif majeur de 26 des patients (24,3 %) ;
- le nombre d'épisodes dépressifs par an pour les patients souffrant d'épisodes dépressifs antérieurs était de 0,4 + 0,48 (intervalle de 0,02 à 0,33).

Sévérité :

- dans cinq cas (4,8 %), la gravité de l'épisode actuel a été classée comme légère, 32 (30,5 %) comme modérée, 48 (45,7 %) sévère sans psychose, 20 (19,0 %) sévère avec la psychose ;
- 18 patients (16,8 %), avaient une dépression chronique, 47 (44,8 %) avaient une dépression mélancolique, et 10 (9,6 %) des patients ont décrit une tendance saisonnière ;
- 16 patients (15,7 %) avaient des scores inférieurs à 18 et 24 patients (23,5 %) des scores HAM-D de plus de 30 ;
- la moyenne de la durée de l'épisode actuel de la dépression était de 17,0 ± 22,4 semaines (extrêmes 1-106 semaines) ;
- 18 patients (16,8 %) avaient fait une tentative de suicide au cours de l'épisode dépressif actuel, tandis que 43 (40,2 %) avaient tenté de se suicider à un moment dans leur vie ;
- 27 patients (26,2 %) avaient subi au moins une séance d'électro-convulsivothérapie ;
- dans 30 % des cas, la gravité de l'épisode dépressif a été classée comme modérée selon les critères du DSM III-R, seulement 19 % étaient psychotiques, 15 % des patients avaient des scores HAM-D inférieur à 18, 44 % étaient mélancoliques.

Hospitalisation antérieure :

- 58 % de la cohorte avait un antécédent d'hospitalisation antérieure pour la dépression avec des admissions fréquentes (moyenne de 0,3 par an) depuis leur première hospitalisation.
- 63 patients (58,8 %) avaient déjà été admis dans une unité psychiatrique. Leur nombre moyen d'admissions par an depuis le début de la maladie était de 0,30 ± 0,25 (intervalle 0,02-1).

Un autre facteur qui peut être important dans le déclenchement de l'hospitalisation est la présence de traitement antérieur.

Traitements antérieurs :

La qualité du traitement antidépresseur administré avant l'hospitalisation, ne suffisait pas, en termes de posologie et de durée du traitement. 24,3 % des patients avaient reçu un traitement antidépresseur adéquat tel que préconisé par l'*Antidepressant Treatment History Form* (ATHF).

Remarque :

L'ATHF s'intéresse à la qualité du traitement antidépresseur, décrit précédemment par Prudic *et al.* en 1990 (289) et modifié par Shapira *et al.* en 1996 (290), et a été confronté de façon rétrospective aux informations recueillies au moyen de la HUDD-Q (*Hebrew University Depression Database Questionnaire*). La force du traitement antidépresseur est évaluée sur une échelle 1-5 sur la base du médicament administré, la posologie, la surveillance de la concentration sanguine et la durée du traitement.

Moins de 20 % des patients ont reçu plus d'un essai d'antidépresseur qu'il soit adéquat ou non.

Maladies associées : aucun patient ne présentait une addiction à l'alcool ou une dépendance ou un abus de substances psychoactives. Une maladie physique concomitante est retrouvée chez 60 % des patients dont 41 % ont été associées à un handicap modéré à grave. Ces maladies physiques concomitantes ont été particulièrement fréquentes chez les patients âgés.

La proportion de patients ayant reçu un antidépresseur (en ne considérant que ceux pour qui la documentation de l'histoire du traitement antidépresseur a été classée comme fiable) était élevé (> 80 %). Ceci peut être lié au fait que la majorité des patients ont été traités par un psychiatre avant l'hospitalisation et, éventuellement, à une plus grande sévérité de leur maladie dépressive.

Conclusion

Selon les auteurs : l'âge avancé, une immigration récente, la présence d'une maladie physique concomitante et un traitement pharmacologique antidépresseur inadéquat peuvent être les facteurs déclenchant de l'hospitalisation psychiatrique chez les patients avec maladie dépressive caractérisée. Ces facteurs doivent être pris en compte dans le ciblage des groupes de patients à haut risque dans le contexte ambulatoire.

Cette conclusion est à relativiser en raison de l'absence de groupe témoin et du nombre peu élevé de patients inclus dans cette étude (niveau de preuve 4).

Dans une étude cas-témoin, Amiel-Lebigre (273) a étudié, en 2004, les facteurs psychosociaux associés à des épisodes dépressifs avec hospitalisation, chez des femmes en France. Le but est d'étudier le rôle des facteurs psychosociaux sur les épisodes dépressifs chez la femme.

Méthode : étude cas-témoin sur 59 femmes hospitalisées comparées à 76 femmes témoins. Un groupe de femmes hospitalisées pour « dépression névrotique » a été comparé à un groupe de femmes témoins issu de la population générale sur six variables : le niveau professionnel, le fait de vivre seule, l'estime de soi, le support social et les événements et difficultés de vie.

Les deux échantillons ont été prélevés sur la population des membres adhérents de la Mutuelle générale de l'Éducation nationale (MGEN). Un groupe d'adhérentes MGEN, hospitalisées dans un hôpital psychiatrique de la MGEN dans la région parisienne, âgées de 30 à 50 ans et présentant des troubles dépressifs a été systématiquement constitué. Ce groupe (n = 59) correspond au groupe « Hosp ».

Parmi les 75 000 adhérents de la section Paris, 2 000 femmes âgées de 30 à 50 ans ont été tirées au sort à l'aide d'une table de nombres au hasard. Un questionnaire de santé, le *Composite Diagnostic Interview Simplified* (CIDIS), a été envoyé, par courrier, à ces 2 000 personnes, accompagné d'une lettre demandant leur participation à une recherche sur la santé mentale.

Un groupe de 470 femmes renvoyèrent le questionnaire correctement rempli. Parmi les personnes potentiellement saines, un groupe de 90 personnes a été tiré au sort et chacune d'elles a été examinée en entretien, à son domicile. Un groupe de 76 femmes, qui ne présentaient pas de troubles mentaux au moment de l'entretien et qui n'en avaient jamais présenté, constitue le groupe des témoins. Six psychologues cliniciens, formés au préalable à ce type d'entretien et d'instruments, ont recueilli l'information. Les patientes hospitalisées ont été interviewées en fin d'hospitalisation alors qu'elles étaient redevenues normothymiques. L'état de normo-thymie des patientes a été évalué par les psychiatres traitants.

Les témoins ont été interviewés à leur domicile. Les données ont été recueillies sur une période rétrospective d'une année, celle précédant l'entretien pour les témoins et celle précédant l'hospitalisation des patientes.

Le *Schedule for Clinical Assessment in Neuropsychiatry* (SCAN) a été utilisé pour évaluer et diagnostiquer les troubles mentaux présentés par les sujets du groupe « Hosp » (hospitalisés) et pour

vérifier que les sujets du groupe « témoins » étaient réellement indemnes de pathologie mentale. Dans la majorité des cas, le degré de sévérité des troubles mentaux a été donné par le logiciel CATEGO.

Les patients du groupe « Hosp » ont été hospitalisés en raison de troubles dépressifs d'origine névrotique auxquels, dans certains cas, des troubles anxieux et l'alcoolisme étaient associés.

Tous les patientes (n = 59) présentaient des troubles dépressifs, dont 40 présentaient aussi des troubles anxieux. Des troubles dépressifs sévères ont été diagnostiqués chez 18 patientes (30,50 %), des troubles d'intensité moyenne chez 38 patientes (64,40 %) et d'intensité légère chez trois patientes (5,08 %). L'alcoolisme a été diagnostiqué chez trois sujets.

Évaluation de l'estime de soi et du support social : l'estime de soi et le support social ont été évalués à l'aide de deux questionnaires construits et utilisés dans de nombreux travaux par Pearlin et al. Ces deux questionnaires ont un petit nombre d'items (estime de soi : huit items, support social : dix items), dont la compréhension est simple. Les réponses en quatre points permettent d'obtenir un score de huit à 32 pour l'estime de soi et de dix à 40 pour le support social.

Les événements et difficultés vécus par les sujets ont été recueillis à l'aide de la *Life Events and Difficulties Schedule* (LEDS).

Commentaire : l'effectif faible de cette étude (n=59), les questions sur l'indépendance des facteurs de risque en cause par rapport à la maladie étudiée sont sources de biais.

<u>Résultats</u>

Les sujets du groupe « Hosp » comparés aux sujets du groupe « témoin » apparaissent comme plus fréquemment exposés à certains facteurs.

Tableau 96. Variables détaillées de l'étude cas témoin d'après Amiel-Lebigre, 2004 (273)

	Hosp (n=59)	Témoin (n=76)	X2 ou test statistique	Sign.	OR	IC 95 %
Caractéristiques sociodémographiques et professionnelles						
Mode de vie :						
- Vit seule	34 (57,6)*	18 (23,68)				
- Vit en cohabitation, mariée ou non	25 (42,4)	58 (76,32)	16,16	0,0001		
Profession :						
- Cadres, professions intellectuelles supérieures	14 (23,73)	31 (40.79)			4,38	1,97-9,86
- Professions intermédiaires	37 (62,71)	32 (42,11)	5,93			
- Employés	7 (11,86) 1	11 (14,47)				
- Autres	(1,70)	2 (2,63)		0,051		
Âges	43,02 ± 5,32	41,24 ± 7,09	ns			
Estime de soi et de support social						
Estime de soi (moyenne)	17,34 ± 4,34	25,66 ± 3,85	11,77	0,001		
Estime de soi < 17	52,54* (31)	2,63* (2)	X2 = 44,80	0,00001	40,96	8,65 -265
Support social (moyenne)	28,93 ± 4,96	33,95 ± 4,17	t = 6,378	0,001		2,78-
Support score < 29	59,32* (35)	18,42* (14)	X2 = 24,03	0,00001	6,46	15,24
Evènements et/ou des difficultés vécues						
Evénement (présence d'un ou plus)						
1. Menace1, indépendant	10 (16,94)*	8 (10,52)*		ns		
2. Menace1, indépendant ou probablement indépendant	10 (16,94)*	8 (10,52)*		ns		
	19 (32,20)*	14 (18,42)*		ns		
3. Menace 1 ou 2, indépendant	21 (35,59)*	14 (18,42)	5,10*	0,03	2,45	1,04 – 5,80
4. Menace 1 ou 2, indépendant ou probablement indépendant						
Difficultés :	4 (6,77)*	3 (3,95)*	3,95	ns		
indépendantes ou probablement indépendantes	15 (25,42)*	1 (1,31)*	18,48	0,0001	25,57	3,34 - 536
	5 (8,47)*	0	fisher	0,02		
1 Ayant duré moins de 6 mois	26 (44,06)*	14 (18,42)*	10,48	0,002	3,49	
2. Ayant duré 6 mois ou plus						1,51 – 8,17
3. Ayant duré 24 mois ou plus						

	Hosp (n=59)	Témoin (n=76)	X2 ou test statistique	Sign.	OR	IC 95 %
Agents déclenchants						

* : pourcentage.

Le fait d'être célibataire, veuve, séparée ou divorcée a été regroupé sous une seule variable : vivre seule.

Dans le groupe « Hosp », un plus grand nombre de sujets vit seul par rapport au groupe « témoin » [57,6 % *vs* 23,68 % ; p< 0,0005, OR = 4,38 (1,97-9,86)]. Cette variable est retenue comme variable de risque potentiel.

Quatre variables, sur les six étudiées seraient des facteurs associés à la dépression « névrotique », à savoir : une mauvaise estime de soi (note < 17) qui est de loin le facteur de risque le plus élevé [OR = 71,43 (8,33 - 588)].

La présence, dans l'année qui a précédé l'hospitalisation, d'une ou de plusieurs « difficultés ayant duré six mois au moins » correspond aussi à un risque très important bien que moindre que précédemment [OR = 15,78 (1,66 - 150,18)].

Le fait d'avoir un support social de mauvaise qualité (note < 29), ainsi qu'avoir vécu dans l'année précédant l'hospitalisation, un ou plusieurs « agents déclenchant », correspond à un OR d'environ 3 [respectivement OR = 3,125 (1,10 – 9,09) et OR = 3,143 (1,07 – 9,19)].

Tableau 97. Facteurs de risque mis en évidence par l'analyse de régression logistique d'après Amiel-Lebigre, 2004 (273)

Variables	OR	IC 95 %	Sign
Estime de soi < 17	71,43	8.33 – 588	0,00001
Support social < 29	3,12	1,10 – 9,09	0,032
Agents déclenchant	3,14	1,07 – 9,19	0,037
Difficultés ayant duré 6 mois ou plus	15,75	1,66 – 150,18	0,016
Vivre seule	1,04		ns
Niveau professionnel	1,02		ns

Conclusion

Cette étude cas-témoin (niveau de preuve 4) a permis de mettre en évidence, selon ses auteurs, quatre facteurs de risque associés à la dépression « névrotique » à savoir :

- une mauvaise estime de soi (note < 17) ;
- la présence, dans l'année qui a précédé l'hospitalisation, d'une ou de plusieurs «difficultés ayant duré six mois au moins » ;
- le fait d'avoir un support social de mauvaise qualité (note < 29) ;
- ainsi qu'avoir vécu dans l'année précédant l'hospitalisation, un ou plusieurs « agents déclenchants ».

Ces facteurs sont intéressants, selon les auteurs, pour considérer que des sujets de la population générale, caractérisée par ceux-ci, ont un risque plus important de présenter un état dépressif que des sujets non exposés à ces facteurs.

► Conclusion sur les indications d'hospitalisation

Conclusion selon les études

Quatre études ont recherché les facteurs de risque d'hospitalisation associés à la dépression :

- une étude de cohorte de niveau de preuve 4 (271) a trouvé un risque d'hospitalisation associé à des symptômes dépressifs triplé chez l'homme âgé de plus de 75 ans (RR=3.43). Les autres facteurs de risque d'hospitalisation, chez le sujet âgé, dans cette étude, étaient :
  - la présence de troubles cognitifs,
  - une invalidité fonctionnelle au *Nagi score*,
  - une faible auto-évaluation de son état de santé,
  - et le nombre de prescriptions médicamenteuses avec des associations variables en fonction du sexe et des tranches d'âge (65-74 ans et ≥75 ans) ;
- une étude de cohorte (270) de niveau de preuve 4 a trouvé que l'expérience du chômage chez les personnes ayant un lien étroit avec le marché du travail est un facteur d'hospitalisation pour troubles dépressifs en Suède, particulièrement chez les femmes nées à l'étranger ;
- une étude cas-témoin (273) de niveau de preuve 4 a permis, selon ces auteurs, de mettre en évidence quatre facteurs de risque associés à la dépression « névrotique » à savoir :
  - une mauvaise estime de soi (note < 17),
  - la présence, dans l'année qui a précédé l'hospitalisation, d'une ou de plusieurs « difficultés ayant duré six mois au moins »,
  - le fait d'avoir un support social de mauvaise qualité (note < 29),
  - ainsi qu'avoir vécu dans l'année précédant l'hospitalisation, un ou plusieurs agents déclenchants ;
- l'étude de cohorte de niveau de preuve 4 de Lerer *et al.* (272) retrouve comme facteurs déclenchants de l'hospitalisation chez les patients présentant une dépression caractérisée : l'âge avancé, une notion d'immigration récente, la présence d'une maladie physique concomitante et un traitement pharmacologique antidépresseur inadéquat.

<u>Conclusion d'après les recommandations</u>

Selon la majorité des recommandations citées (11, 12, 18, 23, 35, 38, 76, 268) qui se rejoignent sur différents points, l'hospitalisation est indiquée dans l'intérêt de sa propre santé ou de sa sécurité, ou pour la protection d'autres personnes :

- patient avec un scénario suicidaire construit iminent, une présence d'idées suicidaires ; avec un risque immédiat d'automutilation ;
- potentiel de violence (par exemple, idées ou intentions de nuire à autrui, antécédents de comportement violent, agitation ou hostilité sévère) ;
- dans certaines formes sévères, en cas de symptômes psychotiques ou somatiques sévères associés (catatonie, dénutrition) ;
- forte agitation anxieuse avec manque de contrôle, impulsivité accompagnée de symptômes dépressifs sévères ;
- sevrage d'une substance psychoactive ou l'intoxication ;
- aggravation de la situation personnelle du patient pouvant exacerber sa maladie mentale ;
- à chaque fois qu'une situation particulière l'exige :
  - un entourage social ou familial insuffisant,
  - l'insuffisance de réponse au traitement dans un contexte d'urgence,
  - une incurie majeure dans un contexte de mélancolie,
  - un âge supérieur à 75 ans et troubles cognitifs.

Si la personne a besoin d'être admise à l'hôpital, tous les efforts doivent être mis en œuvre pour la persuader de s'y rendre volontairement.

Si l'hospitalisation est refusée et que la dangerosité de la situation l'impose, il pourra être nécessaire de recourir aux dispositions de la loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise

en charge (266), et à la loi n° 2013-869 du 27 septembre 2013 (287) modifiant certaines dispositions issues de la loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge.

2.5 Quand référer à un psychiatre

- Pour ce chapitre, 11 recommandations de prise en charge ont été retenues :
- de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (Anaes) en 2002 (1) ;
- du *National Health Service* (NHS) *Choices* en 2014 (184) ;
- du *Department of Veterans Affairs* (DVA) en 2009 (18) ;
- du *Kaiser Permanente* (KP) en 2012 (291) ;
- du *Royal Australian and New-Zealand College of Psychiatrists* en 2009 (292) ;
- du *Singapore Ministry of Health* (SMoH) en 2011 et 2012 (13, 36) ;
- de l'*International Consensus Group on Depression* (ICGD) en 2010 (19) ;
- de l'*Institute for Clinical Systems Improvement* (ICSI) en 2012 (37) ;
- du *Royal College of General Practitioners* (RCGP) en 2014 (22) ;
- du *Michigan Quality Improvement Consortium* (MQIC) en 2014 (183) ;
- de l'*Institute for Clinical Systems Improvement* (ICSI) en 2013 (107).

► Recommandations

Les recommandations françaises de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (Anaes) (1). Ces recommandations indiquent en 2002 :

Une consultation psychiatrique est recommandée :

- quand la situation nécessite un avis psychiatrique, notamment s'il existe une possible incidence médico-légale, en cas de contexte familial difficile, ou en cas de comorbidité psychiatrique ;
- quand le praticien se sent insuffisamment expérimenté pour assurer la prise en charge du patient ;
- quand la prise en charge est difficile dans le cadre de la relation habituelle médecin-malade, par exemple s'il n'est pas possible d'instaurer une véritable « alliance thérapeutique » ;
- en cas de réponse insuffisante au traitement dans les quatre à huit semaines, ou plus tôt selon la sévérité des symptômes (accords professionnels) ;
- à n'importe quel moment de la prise en charge si le patient le souhaite.

Les recommandations britanniques du *National Health Service* (NHS) ***Choices*** (184) indiquent, en 2014, que l'orientation vers les services psychiatriques doit se produire :

- si un risque important de suicide, de préjudice à autrui ou de grave négligence de soi est perçu ;
- en présence de symptômes psychotiques ;
- devant un antécédent ou un trouble bipolaire.

Envisager de référer le patient à un praticien ou un service spécialisé avec un transfert urgent vers :

- un médecin spécialiste ou un service si le patient ne répond pas aux divers traitements proposés (augmentation ou association thérapeutique) ;
- des soins secondaires de santé mentale tout en continuant le traitement, si la personne souffrant de dépression résiste au traitement (résistance définie comme une réponse non satisfaisante après deux essais adéquats d'antidépresseurs).

Les recommandations nord américaines du *Department of Veterans Affairs* (DVA) (18) indiquent en 2009 : certains patients présentent des symptômes graves, des comorbidités

psychiatriques, ou d'autres complications qui nécessitent la consultation d'un spécialiste en psychiatrie.

Une question importante dans l'orientation des patients vers des spécialistes de la santé mentale est la communication et la coordination entre les soins primaires et les spécialistes en santé mentale afin de s'assurer que les patients reçoivent des soins de haute qualité.

Les patients souffrant de trouble dépressif grave ou compliqué doivent être soumis à des soins spécialisés en santé mentale.

Les patients ayant des troubles dépressifs peuvent avoir besoin d'une gestion spécialisée plus avancée si l'un des facteurs de complication suivants, qui peuvent influer sur les décisions de traitement existent :

- l'absence de réponse au traitement adéquat de la dépression ou en cas d'autres complications liées au traitement ;
- un trouble de santé mentale coexistant qui complique considérablement le traitement (par exemple, un antécédent d'hypomanie ou d'un épisode maniaque, un trouble de stress post-traumatique, une psychose, un trouble lié à la prise de substance psychoactives) ;
- une comorbidité qui complique considérablement la planification du traitement de la dépression ;
- une urgence ou une instabilité psychiatrique ;
- des antécédents personnels ou familiaux de tentatives de suicide ou d'idées suicidaires nécessitant une hospitalisation psychiatrique ;
- un épisode dépressif passé impliquant la perte sévère du fonctionnement ou d'autres conséquences.

Le médecin de soins primaires doit envisager de consulter des spécialistes de la santé mentale dans les circonstances suivantes :

- diagnostic imprécis ;
- absence de réponse à deux ou à plusieurs antidépresseurs ;
- trois mois de traitement sans amélioration clinique ;
- nécessité ou demande du patient pour la psychothérapie ou une combinaison de deux médicaments et la psychothérapie ;
- problème d'adhésion du patient au traitement ;
- niveau extrême de détresse et/ou altération extrême du fonctionnement.

Lors de la nécessité d'une consultation, le médecin de soins primaires doit prendre en compte les préférences du patient et les obstacles communs à la consultation spécialisée tels que :

- la réticence des patients à voir un spécialiste en santé mentale ;
- la faisabilité pour le patient ;
- l'éloignement géographique des consultants ;
- la durée de la disponibilité du consultant.

Ces recommandations indiquent également (18) que le médecin de premier recours doit envisager de référer le patient devant les maladies suivantes :

- perte extrême de poids suggérant une anorexie ;
- antécédent d'un mauvais traitement important dans l'enfance ;
- antécédent de liens instables, ou brisés, ou antécédent de comportements criminels débutant dans l'enfance ou dans l'adolescence suggérant un trouble de la personnalité ;
- modèle de compulsion alimentaire (ingestion rapide d'une quantité excessive d'aliments) et/ou de purge (utilisation de vomissements volontaires de laxatifs ou de diurétiques pouvant suggérer une boulimie) ;
- cauchemars fréquents et handicapants ou des *flashbacks* suggestifs d'un trouble du stress post-traumatique ;

- autres troubles mentaux (par exemple : schizophrénie, trouble bipolaire) qui peuvent compliquer la prise en charge des symptômes dépressifs.

Un patient ayant une dépression associée à des symptômes physiques inexpliqués doit se voir proposer une consultation avec un spécialiste en santé mentale. Ces symptômes inexpliqués peuvent constituer un trouble somatoforme.

Les recommandations nord américaines du *Kaiser Permanente* (KP) (291) indiquent en 2012 :

Pour les patients présentant un épisode dépressif caractérisé exprimant une intention ou une planification de suicide, consulter un spécialiste de la santé comportementale.

Pour les patients présentant des idées suicidaires ou des antécédents de tentatives suicidaires, consulter un psychiatre avant la prescription d'un antidépresseur tricyclique ou de venlafaxine.

Les recommandations conjointes australiennes et néozélandaises du *Royal Australian and New-Zealand College of Psychiatrists* (RANZCP) (292) indiquent en 2009 :

La dépression peut être traitée par un médecin généraliste. Parfois, le médecin peut impliquer un spécialiste, soit pour procurer des conseils ou pour prendre en charge le traitement pour une courte période. Le spécialiste peut être un psychologue ou un psychiatre. Le médecin peut également orienter le patient vers une équipe locale spécialisée en santé mentale.

Il est fréquent pour les gens qui souffrent de dépression d'avoir des pensées d'auto-violence. Dans ce cas, il est recommandé de demander de l'aide d'un professionnel au niveau d'un centre de santé mentale, du médecin traitant, d'un service d'urgences hospitalier ou en téléphonant à la ligne d'écoute *Lifeline.*

Les recommandations du *Singapore Ministry of Health* (SMoH) (13) de 2011 rejoignent les recommandations du ***Singapore Ministry of Health*** (SMoH) (36) de 2012 :

L'orientation vers un spécialiste est indiquée lorsque la dépression est associée à un risque élevé de suicide, dans la dépression postnatale sévère, en cas de symptômes psychotiques ou de symptômes évocateurs d'un trouble bipolaire.

Le traitement dans ce cas est plus urgent et nécessite un niveau différent de soins.

L'orientation vers un spécialiste est justifiée en cas de :

- comorbidités médicales nécessitant l'avis d'un expert concernant les interactions médicamenteuses ;
- difficulté de diagnostic ;
- échec à un ou deux essais thérapeutique(s) ;
- nécessité d'une augmentation ou de combinaison thérapeutique ;
- abus de substances ou coexistence de problèmes psychosociaux graves ;
- présence de symptômes psychotiques ;
- indication d'un traitement spécialisé comme l'électroconvulsothérapie.

Le SMOH recommande également l'orientation précoce vers un spécialiste avec une expertise en santé mentale périnatale pour les femmes présentant une dépression préexistante ou une dépression du peripartum d'apparition récente, sauf si cette dernière est considérée comme légère.

L'orientation des patients âgés vers des spécialistes doit être envisagée lorsque :

- le diagnostic est douteux ;
- la crise est grave (comme en témoigne la dépression psychotique) ;
- le traitement indiqué est complexe comme dans les cas de comorbidité médicale ;
- le patient ne répond pas à un antidépresseur adéquat.

Les recommandations de l'*International Consensus Group on Depression* (ICGD) (19) indiquent, en 2010, les situations dans lesquelles l'avis d'un psychiatre est nécessaire à savoir les patients présentant :

- un trouble bipolaire (antécédent d'épisodes maniaques / hypomaniaques) ;
- des symptômes psychotiques ;
- un trouble de l'utilisation de substances psychoactives ;
- un risque de suicide ou de nuire à soi-même ou à autrui ;
- une comorbidité psychiatrique sévère ou des maladies ;
- la résistance au traitement (un antécédent de plusieurs tentatives infructueuses de traitement).

Le patient ayant une dépression sévère doit être hospitalisé.

Les patients qui sont résistants au traitement ou qui ont des complications telles que les tendances suicidaires, une dépression grave, ou des comorbidités importantes devraient être référés à des spécialistes psychiatriques ou à l'hôpital. Si les psychiatres ne sont pas disponibles, consulter des médecins généralistes experts.

Les recommandations nord américaines de l'*Institute for Clinical Systems Improvement* (ICSI) (37) préconisent, en 2012, une orientation ou une prise en charge en parallèle avec un spécialiste en santé mentale, si le patient présente :

- un risque élevé de suicide ;
- une réponse inadéquate au traitement ;
- une comorbidité psychiatrique telle que les troubles bipolaires, la toxicomanie, etc. ;
- des besoins psychosociaux complexes.

La collaboration avec un clinicien de soins de santé comportementale est préconisée en cas de :

- demande des patients pour la psychothérapie ;
- présence de symptômes graves, de troubles ou chez le patient à haut risque de suicide ;
- présence d'autres troubles psychiatriques (par exemple, trouble de la personnalité, des antécédents de manie) ;
- suspicion ou antécédents de toxicomanie ;
- inconfort clinicien avec le cas ;
- nécessité de conseils thérapeutiques (psychiatre ou un autre médecin de la santé mentale) ;
- demande des patients pour un traitement plus spécialisé.

Les recommandations britanniques du *Royal College of General Practitioners* (RCGP) (22) indiquent en 2014 :

L'orientation vers une équipe de santé mentale pour les personnes âgées doit être envisagée s'il y a :

- une difficulté de diagnostic ;
- un risque d'automutilation ou de suicide ;
- une négligence ;
- ou une mauvaise réponse à deux traitements antidépresseurs ou à une psychothérapie.

Les recommandations nord-américaines du *Michigan Quality Improvement Consortium* (MQIC) (183) indiquent en 2014 :

Envisager de se référer à un spécialiste de la santé comportementale lorsque :

- des conseils supplémentaires sont désirés ;
- le médecin traitant n'est pas à l'aise avec la gestion de la dépression du patient ;
- le diagnostic est incertain ou compliqué par d'autres maladies psychiatriques (par exemple, un trouble bipolaire, une psychose, une toxicomanie) ;
- il s'agit d'une situation sociale complexe, une difficulté de gestion, une réponse non optimale aux médicaments à dose thérapeutique ;

- en cas de nécessité de prescrire plusieurs agents thérapeutiques ;
- une nécessité d'une psychothérapie ou d'une hospitalisation existe.

Les recommandations nord-américaines de l'*Institute for Clinical Systems Improvement* (ICSI) (107) indiquent en 2013 : il est nécessaire d'impliquer immédiatement les spécialistes de la santé mentale devant chacune de ces situations :

- pensées et/ou plans suicidaires mettant en jeu la sécurité du patient ;
- pensées violentes ou d'homicides et/ou planification amenant le médecin à douter de la sécurité du patient pour lui-même ou pour les autres ;
- perte récente de contact avec la réalité (psychose) ;
- incapacité de prendre soin de sa personne ou de sa famille.

L'implication du spécialiste de santé mentale peut s'effectuer par :

- un rendez-vous avec un psychiatre ou un psychologue ;
- un contact téléphonique avec un psychiatre ou un psychologue ;
- un transfert dans un service d'urgence.

L'hospitalisation partielle ou totale peut être indiquée chez les patients présentant des symptômes dépressifs persistants, en particulier si les questions de sécurité se posent.

► Conclusion sur les indications d'une consultation psychiatrique d'après les recommandations

Une consultation psychiatrique est recommandée dans les circonstances suivantes (1, 13, 19, 36, 37, 107, 183, 184) :

- en cas de risque de suicide ;
- s'il existe une possible incidence médico-légale, un risque de préjudice à autrui ;
- un niveau extrême de détresse, une altération extrême du fonctionnement ;
- en cas de comorbidité psychiatrique ;
- présence de symptômes psychotiques, d'antécédent de trouble bipolaire ;
- un trouble lié à la prise de substance psychoactives ;
- de diagnostic difficile ;
- d'antécédents personnels ou familiaux de tentatives de suicide, d'un antécédent d'épisode dépressif passé ayant entraîné un dysfonctionnement sévère ;
- quand le praticien se sent insuffisamment expérimenté pour assurer la prise en charge du patient ;
- en cas de réponse insuffisante au traitement dans les quatre à huit semaines, ou plus tôt selon la sévérité des symptômes ;
- quand la prise en charge est difficile dans le cadre de la relation habituelle médecin-malade, par exemple s'il n'est pas possible d'instaurer une véritable « alliance thérapeutique » ;
- en cas de contexte familial difficile ;
- à n'importe quel moment de la prise en charge si le patient le souhaite.

3. Qualifier la dépression

3.1 Contexte de la dépression

Pour répondre à cette question, huit recommandations ont été sélectionnées :

- du *Department of Veterans Affairs* (DVA) en 2009 (18) ;
- de l'*Institute for Clinical Systems Improvement* (ICSI) en 2013 (107) ;
- du *Singapore Ministry of Health* (SMoH) en 2012 (36) ;
- du *Ministry of Health Malaysia* (MoH) en 2007 (23) ;
- du *Singapore Ministry of Health* (SMoH) en 2011 (13) ;
- du *Guidelines and Protocols Advisory Committee* (GPAC) en 2013 (34) ;
- du *National Health Service* (NHS) *Choices* en 2014 (11) ;
- du *Royal College of General Practitioners* (RCGP) en 2014 (22).

Une étude sélectionnée qui ne traitait pas, en fait, du bilan diagnostic d'un épisode dépressif caractérisé (293) n'a pas été retenue.

► Recommandations

Les recommandations nord-américaines du *Department of Veterans Affairs* (DVA) (18) indiquent en 2009 que les antécédents du patient à rechercher comprennent :

- les antécédents psychiatriques ;
- les antécédents familiaux ;
- Les antécédents du service militaire ;
- les antécédents de maltraitance ou d'abus sexuel ;
- les antécédents les traitements pour tout problème de santé mentale ;
- l'inventaire des médicaments y compris pour les médicaments pris en l'automédication et les plantes les maladies ;
- identifier les antécédents psychosociaux ;
- identifier le patient qui peut avoir des symptômes de dépression provenant des effets secondaires d'un médicament ou d'une autre maladie ;
- revoir les traitements du patient, y compris les médicaments en automédication (plantes, vitamines, aliments, compléments alimentaires de bodybuilding).

Les recommandations nord-américaines de l'*Institute for Clinical Systems Improvement* (ICSI) (107). Ces recommandations indiquent en 2013 :

<u>Obtenir les antécédents médicaux du patient</u>

Les antécédents appropriés du patient comprennent les informations concernant la maladie en cours, les antécédents médicaux et les antécédents de traitements incluant les antécédents d'abus de substances et d'addictions.

Il est important de prendre en considération les maladies qui peuvent mimer ou provoquer directement des symptômes de dépression.

Le recueil des antécédents des maladies et un examen clinique rapide sont généralement suffisants pour exclure les autres maladies entraînant une dépression.

Des exemples de tels troubles incluent :

- les démences ;
- les délires ;
- un hypothyroïdisme ;
- la maladie de Parkinson ;
- un accident vasculaire cérébral ;

- une maladie du tissu conjonctif.

D'après l'*Institute for Clinical Systems Improvement*, revoir les antécédents médicaux des patients peut permettre de déceler des maladies qui ont un impact sur la pharmacologie des médicaments, par exemple : les maladies cardiaques, les troubles de la conduction, l'insuffisance hépatique.

La revue de la totalité des médicaments et de la consommation de drogues peut donner une explication des symptômes dépressifs :

- les somnifères ;
- l'arrêt brutal de stimulants et d'autres médicaments spécifiques (par exemple : la varénicline, l'interféron alpha peuvent y contribuer).

L'*Institute for Clinical Systems Improvement* recommande de rechercher, dans les antécédents, les tentatives de suicide.

Les recommandations du *Singapore Ministry of Health* (SMoH) (36) mentionnent en 2012 :

- repérer les autres maladies co-existantes de la dépression ;
- vérifier les antécédents familiaux de maladie mentale, de dépression et de suicide.

Les recommandations malaisiennes du *Ministry of Health Malaysia* (MoH) (23) indiquent, en 2007, pour l'évaluation d'un épisode dépressif de recueillir :

- les antécédents médicaux ;
- les médicaments soumis à une prescription médicale et les médicaments en vente libre ;
- les hospitalisations ;
- les antécédents familiaux ;
- les tentatives de suicides ;
- les antécédents d'épisodes passés maniaques ou hypomaniaques ;
- les antécédents de fonctionnement social et de soutien social.

Les recommandations du *Singapore Ministry of Health* (SMoH) (13) indiquent en 2011 : l'évaluation initiale de la dépression inclut les antécédents, l'examen du statut mental et un examen clinique.

Recueillir les antécédents détaillés des symptômes actuels et déterminer la sévérité et la durée de l'épisode dépressif :

- recueillir les antécédents :
  - des épisodes précédents des épisodes maniaques ou hypomaniaques,
  - des abus de substance psychoactives,
  - des autres maladies psychiatriques ;
- vérifier les antécédents familiaux de maladies mentales, de dépression et de suicide ;
- établir les antécédents personnels.

Les recommandations canadiennes du *Guidelines and Protocols Advisory Committee* (GPAC) (34) indiquent, en 2013, qu'il faut évaluer :

- les antécédents de dépression et les traitements reçus ;
- les antécédents de troubles de l'humeur familiaux.

Les recommandations britanniques du *National Health Service* (NHS) ***Choices*** (11) indiquent, en 2014, d'effectuer une évaluation complète des antécédents incluant :

- les antécédents psychiatriques complets ;
- les antécédents médicaux et des traitements médicamenteux.

Les antécédents médicaux et les traitements suivants peuvent être associés à une dépression caractérisée :

- corticostéroïdes, interféron, méthyldopa, isotrétinoïne, varénicline, traitements hormonaux :
  - l'abus d'alcool, de substances psychoactives illicites,
  - l'utilisation d'alcool ou d'hypnotiques qui peuvent mimer ou induire la dépression,
  - l'arrêt brutal de la cocaïne des anxiolytiques et des amphétamines peut mimer une dépression,
  - les réactions idiosyncrasiques aux substances illicites doivent être envisagées ;
- les antécédents de la vie sociale du patient ;
- les antécédents familiaux, notamment sur les troubles de l'humeur, le suicide ;
- les antécédents professionnels ;
- les antécédents personnels incluant :
  - le développement psychologique,
  - les réponses du patient aux événements importants de la vie.

Selon les recommandations du *NHS Choices* (11) en 2014, il est nécessaire de recueillir :

- les antécédents psychiatriques complets ;
- les antécédents d'actes d'automutilations ;
- les antécédents de tentatives de suicide ;
- les antécédents d'épisodes maniaques ou hypomaniaques ou mixtes.

Les recommandations britanniques du *Royal College of General Practitioners* (RCGP) (22) demande de revoir, en 2014 :

- les antécédents d'une dépression antérieure ;
- revoir les médicaments (incluant les benzodiazépines et l'automédication) ;
- rechercher la confirmation des antécédents auprès des proches ou d'un membre de la famille (avec l'accord du patient) peut aider à clarifier certains aspects du problème.

► Conclusion selon les recommandations

D'après l'ensemble des recommandations il est recommandé de recueillir

- les antécédents psychiatriques complets ;
- les antécédents médicaux et chirurgicaux ;
- les antécédents d'hospitalisation ;
- les antécédents de tentatives de suicides ;
- les antécédents des épisodes maniaques ou hypomaniaques ;
- les antécédents de maltraitance ou d'abus sexuel ;
- les traitements médicamenteux y compris les médicaments en vente libre, les produits de phytothérapie ;
- une addiction ou un sevrage à l'alcool, au tabac, aux hypnotiques et aux anxiolytiques, aux substances psychoactives licites ou illicites, qui peuvent mimer ou induire la dépression. L'arrêt brutal de la cocaïne des anxiolytiques et des amphétamines peut mimer une dépression. Les réactions idiosyncrasiques aux substances illicites doivent être envisagées (11) ;
- les antécédents familiaux : de suicide ; de maladies mentales notamment sur les troubles de l'humeur ;
- les antécédents personnels incluant :
  - les antécédents de fonctionnement social du patient et de soutien social,
  - les antécédents professionnels,
  - le développement psychologique,
  - les réponses du patient aux événements importants de la vie.

Rechercher si nécessaire avec l'accord du patient, la confirmation des antécédents du patient auprès des proches ou d'un membre de la famille (22).

3.2 Évaluation de l'épisode dépressif

Pour répondre à cette question, sept recommandations ont été utilisées :

- du *Department of Veterans Affairs* (DVA) en 2009 (18) ;
- de l'*Institute for Clinical Systems Improvement* (ICSI) en 2013 (107) ;
- du *Singapore Ministry of Health* (SMoH) en 2011 (13) ;
- du *Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists* (RANZCP) en 2004 (14) ;
- du *Ministry of Health Malaysia* (MoH) de 2007 (23) ;
- du *National Health Service* (NHS) *Choices* en 2014 (11) ;
- le guide médecin de la Haute Autorité de Santé en 2009 (128).

► Recommandations

Les recommandations nord américaines du *Department of Veterans Affairs* (DVA) (18). Ces recommandations préconisent, en 2009 :

Les éléments clefs des antécédents de dépression incluent :

- l'utilisation antérieure d'un antidépresseur ;
- une hospitalisation passée pour dépression ou pour une tentative de suicide ;
- et une incapacité dans le fonctionnement de la vie quotidienne.

Les antécédents à rechercher comprennent la revue de l'impact des symptômes dépressifs sur le statut fonctionnel. Les questions typiques incluent :

- durant les semaines passées, avez-vous ressenti un problème physique affectif qui a interféré avec vos activités quotidiennes habituelles ?
- a-t-il été plus difficile de faire des choses pour vous ou votre famille, vos amis, vos voisins ?

Si la réponse est positive, les domaines à explorer comportement : le travail, les loisirs, les activités sociales, et les relations personnelles importantes.

Les recommandations nord-américaines de l'*Institute for Clinical Systems Improvement* (ICSI) (107). Ces recommandations indiquent en 2013 :

Déterminer les antécédents de la maladie actuelle : la survenue des symptômes peut être progressive sur une période de plusieurs mois, voire des années. Elle peut aussi être brutale.

Déterminer l'intensité des symptômes, et le degré de dysfonctionnement.

Les patients diagnostiqués avec un épisode dépressif caractérisé ont une évolution hétérogène vers la guérison spontanée.

Déterminer le nombre et l'intensité des épisodes dépressifs antérieurs, la réponse aux traitements des épisodes précédents.

Les recommandations de l'*Institute for Clinical Systems Improvement* précisent d'évaluer :

- l'antécédent de l'épisode en cours :
  - le début peut être progressif depuis des mois ou des années, ou peut être brutal ;
  - la sévérité des symptômes ;
  - le degré de dysfonctionnement.

Les patients avec une dépression caractérisée ont une évolution hétérogène peuvant varier de symptômes spontanément résolutifs jusqu'à une mise en jeu du pronostic vital.

Les facteurs prédictifs d'une évolution négative incluent :

- une intensité très sévère lors de l'évaluation initiale ;
- l'absence de diminution des difficultés sociales du patient lors de son suivi ;
- un niveau faible d'éducation.

Les recommandations du *Singapore Ministry of Health* (SMoH) (36) mentionne en 2012 :

L'évaluation de base de la dépression inclut, entre autres, la durée de l'épisode dépressif.

Recueillir les antécédents détaillés des symptômes actuels et déterminer la sévérité et la durée de l'épisode dépressif.

Établir les antécédents des épisodes précédents notamment l'existence d'épisodes maniaques ou hypomaniaques.

Les recommandations conjointes australiennes et néozélandaises du *Royal Australian and New-Zealand College of Psychiatrists* (RANZCP) (14) indiquent en 2004 :

Pour l'évaluation d'une dépression, le bilan à effectuer inclut :

- le type ;
- la sévérité ;
- la durée de l'épisode ;
- la durée de tout trouble psychiatrique ou physique coexistant.

Les recommandations malaisiennes du *Ministry of Health Malaysia* (MoH) (23) indiquent, en 2007, pour l'évaluation d'un épisode dépressif :

- les symptômes actuels :
  - le mode de début,
  - la durée et la sévérité des symptômes ;
- le nombre et la sévérité des épisodes passés ;
- la réponse au traitement.

Les recommandations britanniques du *National Health Service* (NHS) ***Choices*** (11) indiquent en 2014 :

Interroger le patient sur :

- les symptômes actuels de la dépression, dont les idées de suicide ;
- les antécédents et l'évolution de la maladie en cours ;
- la sévérité des symptômes ;
- les facteurs déclenchants ;
- le degré de dysfonctionnement ;
- la réponse à un traitement antérieur ;
- la qualité des relations interpersonnelles.

Envisager de poser les questions suivantes :

- Depuis un mois, vous êtes-vous souvent senti découragé, déprimé ou désespéré ?
- Depuis un mois, vous avez-vous souvent ressenti une perte du plaisir ou d'intérêt pour toutes, ou presque, les activités ?

Poser les questions suivantes :

- Depuis un mois, avez-vous souvent ressenti :
  - un sentiment de dévalorisation ?
  - un manque de concentration ?
  - des idées de mort ?

L'organisation mondiale de la santé recommande de poser des questions sur l'humeur déprimée, l'anhédonie et l'incapacité de connaître le plaisir et des pensées négatives durant les deux dernières semaines.

Le guide médecin de la Haute Autorité de Santé (HAS) (128) indique notamment en 2009 :

Les éléments d'évaluation pour les antécédents des troubles dépressifs sont :

- pour le premier épisode :
  - le ou les facteur(s) déclenchant(s) éventuel(s),
  - le mode de début (brutal ou progressif, la progressivité orientant plutôt vers un processus réactionnel),
  - l'âge du patient au début,
  - la sévérité et la durée des symptômes,
  - la nature de la rémission (avec ou sans symptômes résiduels) ;
- Pour les épisodes ultérieurs éventuels :
  - le nombre d'épisodes caractérisés,
  - leur sévérité, leur durée,
  - leur espacement dans le temps (tendance à l'augmentation ou à la réduction des périodes de rémission entre les épisodes) ;
- Quel que soit l'épisode :
  - le retentissement sur la qualité de vie et l'adaptation sociale du patient, sur son entourage,
  - les hospitalisations éventuelles pour dépression,
  - les tentatives de suicide éventuelles ;
- Les modalités de la prise en charge antérieure des troubles dépressifs (médicaments et/ou psychothérapie) et dans les deux cas :
  - nature du traitement,
  - durée,
  - efficacité
  - effets indésirables et leur impact,
  - adhésion du patient au traitement ;
- en particulier pour le dernier épisode :
  - le mode de fonctionnement du patient entre les épisodes,
  - les troubles associés qui, s'ils sont présents, sont à prendre en compte dans le choix du traitement.

► Conclusion

Pour l'évaluation de l'épisode dépressif selon l'ensemble des recommandations et le guide médecin, il est recommandé d'interroger le patient pour :

- le premier épisode dépressif :
  - le ou les facteur(s) déclenchant(s) éventuel(s),
  - le mode de début (brutal ou progressif, la progressivité,
  - l'âge de d'apparition des symptômes,
  - la sévérité et la durée des symptômes,
  - la nature de la rémission (avec ou sans symptômes résiduels),
  - la durée de tout trouble psychiatrique ou physique coexistant,
  - le retentissement sur la qualité de vie et l'adaptation sociale du patient, sur son entourage,
  - les hospitalisations éventuelles pour une dépression,
  - les tentatives de suicide éventuelles ;
- en cas d'épisodes dépressifs ultérieurs (128) :
  - le nombre d'épisodes caractérisés, leur sévérité, leur durée, leur espacement dans le temps (tendance à l'augmentation ou à la réduction des périodes de rémission entre les épisodes),
  - la réponse aux traitements prescrits pour les épisodes antérieurs.

3.3 Recherche d'une addiction

Ont été sélectionnés pour rédiger cette question :

- 16 recommandations :
  - du *New Zealand Guidelines Group* (NZGG) en 2008 (38) ;
  - de l'*Institute for Clinical Systems Improvement* (ICSI) en 2013 et 2012 (37, 107) ;
  - du *British Columbia Ministry of Health* (BCMoH) en 2008 (76) ;
  - du *Canadian Task Force on Preventive Health Care* (CTFPHC) en 2013 (294) ;
  - du *Singapore Ministry of Health* (SMoH) en 2012 (36) ;
  - du *National Health Service* (NHS) *Choices* en 2014 (11) ;
  - du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs (GECSSP) en 2013 (295) ;
  - de l'*US Preventive Services Task Force* (USPSTF) en 2009 (16) ;
  - du *Department of Veterans Affairs* (DVA) en 2013 (185) ;
  - du *Department of Veterans Affairs* (DVA) en 2009 (18) ;
  - du *Michigan Quality Improvement Consortium* (MQIC) en 2014 (183) ;
  - du *Queensland Government* (QG) en 2014 (268) ;
  - du *Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments* (CANMAT) en 2012 (296) ;
  - l'outil d'aide au repérage précoce et intervention brève (RPIB) de la Haute Autorité de Santé (HAS) en 2014 (297) ;
  - de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) en 2008 (298) ;
- l'audition publique de la Haute Autorité de Santé (HAS) en 2007 (299) ;
- le guide pratique de l'Observatoire français des toxicomanies en 2015 (300) ;
- un ouvrage de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale en 2003 (301).

Les questionnaires présentés dans ce chapitre sont :

- le questionnaire DETA (diminuer, entourage, trop et alcool (CAGE) ;
- le questionnaire AUDIT (*Alcohol Use Disorders Identification Test*) ;
- le questionnaire FACE (Formule pour approcher la consommation d'alcool par entretien) ;
- le questionnaire CAST (*Cannabis Abuse Screening Test*) (cannabis) ;
- le Questionnaire DAST-20 (*Drug Abuse Screening Test*) ;
- le Questionnaire MAST (*Michigan Alcoholism Screening Test*) ;
- le questionnaire ADOSPA (Auto/moto, Détente, Oubli, Seul, Problèmes, Amis famille).

Commentaire : le groupe de travail, après discussion, a décidé de ne pas développer davantage l'argumentaire des échelles sur les addictions spécifiques, telles que les addictions aux jeux d'argent, à Internet, etc. La prise en charge de ce type d'addictions concerne les médecins spécialisés en addictologie. Certaines échelles sont présentées dans l'annexe 8 de l'argumentaire.

3.3.1 Les recommandations

L'outil d'aide au repérage précoce et à l'intervention brève (RPBI) : alcool, cannabis, tabac chez l'adulte de la Haute Autorité de Santé (HAS) (297) indique en 2014 :

L'alcool, le tabac et le cannabis sont les trois substances psychoactives les plus consommées en France. Le repérage précoce accompagné d'une intervention brève constitue une réponse individuelle à des consommations à risque de dommages physiques, psychiques ou sociaux.

La HAS propose pour évaluer une consommation à risque de l'alcool en verres standards d'alcool :

- pour les hommes : une consommation >3 verres standards/jour, soit >21 verres standards/semaine ;
- pour les femmes : une consommation >2 verres standards jour, soit >14 verres standards/semaine, et une consommation >4 verres standards par occasion (soirée, fête, repas).

Le verre standard est égal à 10 grammes d'alcool pur, soit :

- 10 cl de vin à 12° ;
- 25 cl de boissons à 5° (bière, sodas alcoolisés [alcopops – prémix]) ;
- 7 cl de vin cuit à 18° ;

- 3 cl d'alcool à 40° (whisky, pastis ou digestif).

La HAS propose le questionnaire FACE (Formule pour approcher la consommation d'alcool par entretien) présenté ci-dessous (302).

1. À quelle fréquence, consommez-vous des boissons contenant de l'alcool ? Jamais = 0 ; Une fois par mois ou moins = 1 ; Deux à quatre fois par mois = 2 ; Deux à trois fois par semaine = 3 ; Quatre fois par semaine ou plus = 4 ; Score :

2. Combien de verres standards, buvez-vous les jours où vous buvez de l'alcool ? 1 ou 2 = 0 ; 3 ou 4 = 1 ; 5 ou 6 = 2 ; 7 à 9 = 3 ; 10 ou plus = 4 ; Score :

3. Est-ce que votre entourage vous a fait des remarques concernant votre consommation d'alcool ? Non = 0 ; Oui = 4 ; Score :

4. Vous est-il arrivé de consommer de l'alcool le matin pour vous sentir en forme ? Non = 0 ; Oui = 4 ; Score :

5. Vous est-il arrivé de boire et de ne plus vous souvenir le matin de ce que vous avez pu dire ou faire ? Non = 0 ; Oui = 4 ; Score :

Interprétation du score total (hommes (H) / femmes (F)) :

Risque faible ou nul : H moins de 5 ; F moins de 4 : *renforcement des conduites favorables à la santé.*

Consommation excessive probable : H 5 à 8 ; F : 4 à 8 : *intervention brève.*

Dépendance probable : H et F plus de 8 : *proposer une consultation d'addictologie.*

Selon la HAS, les pratiques à risque majorant les dommages de l'addiction à l'alcool sont :

- une consommation épisodique massive (beuverie effrénée ivresse aigüe) à partir de six verres standards (soit 60 g d'alcool) par occasion ;
- une association avec le cannabis ou d'autres substances psychoactives.

Les situations particulières entraînant une majoration du risque de dommages sont :

- toute consommation régulière d'alcool en dessous de 25 ans ;
- interactions alcool-médicaments ;
- maladies chroniques et précautions par rapport à l'alcool ;
- consommation d'alcool par les patients âgés, affectés de troubles psychiatriques ou prenant des médicaments psychotropes.

En France, le questionnaire FACE a été retenu dans le cadre du repérage précoce et à l'intervention brève en alcoologie, les deux premières questions portent sur la fréquence de la consommation et les quantités d'alcool consommé (302).

La HAS propose le questionnaire CAST pour l'addiction au cannabis, voir le tableau ci dessous.

Tableau 98. Questionnaire CAST (*Cannabis Abuse Screening Test*) (297, 303, 304)

Questionnaire CAST
1. Avez-vous déjà fumé du cannabis avant midi ? 2. Avez-vous déjà fumé du cannabis lorsque vous étiez seul(e) ? 3. Avez-vous déjà eu des problèmes de mémoire quand vous fumez du cannabis ? 4. Des amis ou des membres de votre famille vous ont-ils déjà dit que vous devriez réduire votre consommation de cannabis ? 5. Avez-vous déjà essayé de réduire ou d'arrêter votre consommation de cannabis sans y parvenir ? 6. Avez-vous déjà eu des problèmes à cause de votre consommation de cannabis (dispute, bagarre, accident, mauvais résultat à l'école...) ?

http://www.ofdt.fr/produits-et-addictions/de-z/cocaine-et-crack/#sd

Interprétation du score du questionnaire CAST devant :

- une réponse positive : donner une information minimale sur les risques ;
- deux réponses positives au test doivent amener à s'interroger sérieusement sur les conséquences de la consommation : donner une intervention brève ;
- trois réponses positives ou plus doivent amener à proposer une consultation d'addictologie.

Devant l'absence de seuils quantitatifs à risque définis, les recommandations de la HAS, en 2014 (297), ont proposé de retenir la fréquence d'un joint/semaine comme étant significative et nécessitant une intervention brève.

Proposer un échange à partir des effets ressentis :

- que ressentez-vous quand vous consommez du cannabis ?
- ressentez-vous des effets désagréables ?
- quels bénéfices pourriez-vous avoir à diminuer ou arrêter votre consommation ?

À partir des effets désagréables ressentis, définir des repères pour la réduction :

Aider en proposant quelques conseils :

- fumer moins en fréquence, en quantité ;
- réduire les occasions ;
- trouver d'autres moyens d'aller bien.

Proposer un suivi, des recours, des sites.

Les recommandations de la HAS, en 2014 (297), préconisent que :

Le questionnement sur la consommation de substances psychoactives est le premier temps d'un suivi. Le suivi peut se résumer à une réévaluation périodique de cette consommation et un renforcement des conduites favorables à la santé, quand la consommation est nulle ou à faible risque. En cas de reprise de la consommation, de survenue de dommages ou de dépendance, une consultation de type entretien motivationnel ou le recours à une consultation d'addictologie sont proposés.

Concernant la consommation d'alcool, des réponses sont apportées par les résultats de l'évolution de la stratégie nationale de diffusion du RPIB auprès des médecins généralistes et à partir de plusieurs méta-analyses. Les recommandations rapportent que le RPIB a apporté des preuves d'efficacité concernant la mortalité liée à l'alcool ainsi que sur un critère intermédiaire concernant la diminution de consommation d'alcool n'ayant pas d'efficacité sur la morbi-mortalité générale :

- les femmes sont moins réceptives au RPIB que les hommes ;
- le RPIB semble faisable en premier recours sous condition de formation préalable ;
- le questionnaire FACE (Formule pour approcher la consommation d'alcool par entretien) a été retenu dans la phase expérimentale française.

Le Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives préconise la promotion du RPIB auprès des professionnels de santé de premier recours (305).

Le repérage précoce en alcoologie consistant en la définition du type de consommation d'alcool d'un patient (en termes de quantité et de fréquence), avant l'apparition de troubles liés à l'alcool. Il est à réaliser au plus tôt, si possible à l'ouverture d'un dossier médical, sinon à un moment opportun mais au plus tard au cours de l'année qui suit l'ouverture du dossier. Les facteurs sont les suivants :

- facteurs liés aux modalités de consommation comme la recherche de « défonce », ou une finalité auto-thérapeutique, antalgique, anxiolytique ou hypnotique ;
- facteurs de vulnérabilité individuelle en cas de troubles psychiques associés ;
- facteurs liés à une situation particulière comme la grossesse, la conduite automobile.

Réaliser une intervention brève et restituer le résultat du questionnaire.

Les recommandations de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) (298) indiquent en 2008 :

Étant donné le grand nombre d'outils disponibles ayant des sensibilités et des spécificités satisfaisantes, il est difficile de choisir un outil plutôt qu'un autre.

Concernant le test Audit (*Alcohol Use Disorders Identification Test*).

Le questionnaire Audit a été mis au point par l'OMS pour dépister les consommations d'alcool à risque, nocives ou massives. Il comporte dix questions couvrant les trois modalités d'usage de l'alcool : la consommation d'alcool dangereuse, la consommation d'alcool nocive et l'alcoolodépendance

Les résultats du questionnaire Audit :

Pour chaque question, plusieurs réponses sont proposées et à chaque réponse correspond une notation de 0 à 4. Le total est la somme de toutes les notes des différentes réponses.

Le questionnaire abrégé Audit-C (306-308) ne comprend que les trois questions du test Audit sur la consommation d'alcool.

Le questionnaire Audit a été spécifiquement conçu pour une utilisation en médecine générale. Il est toutefois long à remplir et son utilisation prend trop de temps pour être utilisé comme un outil de repérage rapide. Les trois premières questions de l'Audit (Audit-C), qui interrogent sur la consommation d'alcool, représentent peut-être la meilleure option, actuellement.

Concernant le test Cage/Deta

Le questionnaire Cage/Deta (*Cut-down Annoyed Guilty Eye-opener*) a également été évalué en tant qu'outil de dépistage pour la consommation à risque ou nocive d'alcool en médecine générale.

Le questionnaire Cage/Deta en quatre items avait une sensibilité de 84 % et une spécificité de 95 % lorsque la valeur seuil de deux réponses positives ou plus a été sélectionnée pour détecter les consommateurs à risque, définis comme consommant 64 g d'alcool par jour ou plus (309).

Les recommandations néozélandaises du *New Zealand Guidelines Group* (NZGG) (38) indiquent en 2008 concernant l'abus d'alcool et/ou de substances psychoactives : le questionnaire AUDIT[5] (*Alcohol Use Disorders Identification Test*) a été désigné comme étant l'outil le plus précis pour identifier la consommation à risque, nocive et dangereuse.

Le questionnaire CAGE (*Cut-down Annoyed, Guilty Eye-opener*), à quatre questions, est le plus précis pour identifier l'abus d'alcool ou la dépendance à vie.

Ces recommandations évoquent une étude américaine ayant donné lieu à deux publications (310, 311) qui a identifié deux questions adaptées de CAGE permettant de détecter 80 % des médicaments pris en cours et des problèmes d'alcool :

- avez-vous consommé des drogues ou avez-vous été plus ivre que vous ne le vouliez dans la dernière année ?
- avez-vous senti que vous vouliez réduire votre consommation d'alcool ou de drogue dans l'année écoulée ?

Si « Oui » à une question, demandez si l'intéressé(e) souhaite de l'aide : souhaitez-vous de l'aide ? Options : non / oui, mais pas maintenant / oui.

À noter qu'une réponse positive à l'une des questions de dépistage détecte la plupart des cas de la maladie concernée.

Si une personne répond positivement à une question de dépistage et veut de l'aide pour régler la question, les recommandations préconisent que le praticien procède à une nouvelle évaluation clinique, reporte une nouvelle consultation ou se réfère au spécialiste de son équipe.

[5] Les questionnaires sont présentés dans la section 3.3.2 Outils pour évaluer une addiction à l'alcool.

Les recommandations nord américaines de l'*Institute for Clinical Systems Improvement* (ICSI) (37, 107), en 2013 et 2012, se rejoignent sur l'intérêt de déterminer l'histoire des médicaments consommés et de la dépendance (toxicomanie).

Les recommandations précisent que les médicaments tels que les stéroïdes, l'interféron, l'alpha-méthyldopa, l'isotrétinoïne, la varénicline et l'hormonothérapie peuvent être associés à la dépression majeure.

La consommation d'alcool et d'hypnotiques pourraient imiter et/ou induire la dépression ; la comorbidité est fréquente. Le sevrage de la cocaïne, des anxiolytiques et les amphétamines peuvent imiter la dépression. Les réactions particulières à d'autres médicaments peuvent se produire et, si possible, un médicament doit être arrêté ou changé si la dépression se développe après le début de son utilisation. Si les symptômes persistent après l'arrêt ou la modification des médicaments, réévaluer pour un trouble de l'humeur primaire ou une anxiété.

Ces recommandations précisent également que l'histoire de la toxicomanie ou de l'alcoolisme et le trouble dépressif majeur sont des entités cliniques distinctes et ne sont pas des expressions différentes de la même affection sous-jacente. Dans la population générale, la prévalence de la toxicomanie varie de 8 à 21 % chez les personnes souffrant de dépression majeure.

Le dépistage de l'addiction à l'alcool, ou à d'autres drogues, est envisageable en utilisant certains outils : le *Cut-down Annoyed Guilty Eye-opener* (CAGE), le *CAGE Adapted to Include Drugs* (CAGE-AID), l'*Alcohol Use Disorders Identification Test-Consumption* (AUDIT-C). Quelques questions peuvent être facilement intégrées dans un entretien clinique.

Les questions de CAGE sont sensibles et spécifiques pour le diagnostic de l'alcoolisme. Une réponse positive a une sensibilité de 85 % et une spécificité de 89 %, et deux réponses positives ont une spécificité de 96 %.

Le questionnaire CAGE-AID élargit le CAGE pour inclure d'autres drogues.

L'outil de dépistage AUDIT détecte avec précision la dépendance à l'alcool chez les hommes et les femmes déprimés et/ou anxieux. La performance globale de l'AUDIT pour détecter l'abus d'alcool est limitée.

L'AUDIT-C, une version modifiée de l'instrument AUDIT à dix questions, peut aider à identifier les personnes qui sont des buveurs dangereux ou qui ont des troubles actifs de la consommation d'alcool.

D'autres instruments ont été examinés : le *Michigan Alcoholism Screening Test* (MAST) (312) et le SMAST (*Short MAST*) (313) (cf. chapitre 3.3.2), le SMAST *Adapted to Include Drugs* (SMAST-AID) (313) et le DAST (cf. chapitre 3.3.4).

Tableau 99. Description des outils de dépistage et étude de leur sensibilité et spécificité d'après l'*Institute for Clinical Systems Improvement*, 2013 et 2012 (37, 107)

OUTILS	Description du questionnaire	Sensibilité / Spécificité
AUDIT	10 items auto-administrés ou entrevue clinique pour évaluer l'utilisation délétère ; validité transculturelle	Score=12 : 97/28
DAST	28 items auto-administrés ou entrevue clinique pour détecter les problèmes de drogue ; adapté du MAST	Score de 6 ou plus : 96/79

OUTILS	Description du questionnaire	Sensibilité / Spécificité
MAST	25 items auto-administrés ou entrevue clinique pour détecter l'alcoolisme	Score de 5 ou plus : 95/98
TWEAK	5 items en entretien clinique pour détecter l'utilisation à haut risque ; adapté de CAGE	Score de 2 : 73/64

Basé sur la majorité des études examinées, le succès dans le traitement de la dépendance à l'alcool, à la cocaïne et à d'autres substances consommées est plus probable s'il s'associe à celui de la dépression.

Quelques rapporteurs ont cherché à savoir si le traitement de la dépendance est utile dans la réduction de la dépression car il existe certaines preuves que les patients souffrant de dépression caractérisée, qui est secondaire à leur dépendance, peuvent avoir une rémission de leur humeur dépressive, une fois l'abus de substance traitée. Cependant, il est difficile de séparer la dépression secondaire de la dépression primaire qui précède ou accompagne le sevrage.

En présence d'une addiction, le traitement de l'abus de substance doit être envisagé, soit avant ou pendant le traitement de la dépression.

Il convient de se concentrer principalement sur le traitement de la dépression, en gardant les circonstances particulières à l'esprit :

- en l'absence d'addiction ;
- en cas d'un refus de traitement de la dépendance ;
- en présence d'une comorbidité médicale ;
- devant un patient issu d'une population particulière. :

Il est raisonnable de tenter de traiter la dépression tout en continuant à aider le patient à comprendre ses besoins particuliers.

Les recommandations canadiennes du *British Columbia Ministry of Health* (BCMoH) (76) indiquent, en 2008, que les troubles liés aux substances comprennent :

- les troubles liés à une substance psychoactive : abus ou dépendance ;
- les troubles induits par une substance psychoactive : sevrage, intoxication, délire, trouble psychotique, troubles de l'humeur, anxiété et troubles du sommeil (induits par une substance psychoactive).

Il y a un chevauchement important entre les troubles de dépendance à une substance et les troubles mentaux concomitants, à savoir que :

- les substances peuvent être utilisées comme une forme d'automédication pour des problèmes de santé mentale (ex : dépression, anxiété) ;
- l'utilisation de substances peut également déclencher, aggraver ou masquer des problèmes de santé mentale ;
- la comorbidité des troubles liés aux substances et à un trouble mental est associée à une morbidité élevée et une mortalité globale plus élevée.

Ces cas complexes nécessitent une approche intégrée qui aborde l'utilisation de substances et de problèmes de santé mentale en même temps.

Les troubles liés à la toxicomanie, tel que définis dans le DSM IV ou le DSM-IV-TR, sont un sous-ensemble de troubles liés aux substances psychoactives et sont classés en abus ou dépendance,

en fonction du nombre et du type de problèmes associés. Un patient présentant certains mais pas tous les critères d'un trouble de l'utilisation de substances peut encore éprouver des problèmes liés à leur utilisation et nécessiter un traitement.

En ce qui concerne l'évaluation du patient, les recommandations préconisent de :

- obtenir l'histoire complète de consommation d'alcool et de drogue, y compris la fréquence, la quantité et la voie d'utilisation ;
- établir un diagnostic, soit sur l'usage problématique (ne répondant pas aux critères d'abus ou de dépendance), d'abus ou de dépendance.

Les questions qui recherchent les symptômes de la dépendance sont utiles pour établir soit l'abus ou la dépendance, mais elles peuvent également découvrir des conséquences négatives de la consommation :

- explorer des domaines tels que les comportements impulsifs ou à risque élevé (éruption cutanée, des comportements de conduite en état d'ébriété, promiscuité) ;
- un examen physique complet, avec des explorations biologiques, constitue le standard du soin et comprend : NFS, dosage des électrolytes, bilan de la fonction hépatique et de la fonction rénale ;
- envisager le dépistage pour le VIH, l'hépatite B et C, les infections sexuellement transmissibles (IST) incluant la syphilis, surtout dans le cas d'une suspicion de comportement à risque ;
- réaliser une intradermoréaction à la tuberculine initiale ;
- envisager le dépistage urinaire de drogue : les patients peuvent croire qu'ils ont utilisé une substance seulement pour trouver qu'ils en ont utilisé une ou plusieurs autres (par ex : la méthamphétamine est couramment substituée ou est un ingrédient majeur dans l'ectasie et le crack cocaïne).

La non-divulgation de certains médicaments par le patient peut compliquer le traitement.

En ce qui concerne le dépistage des troubles liés aux substances psychoactives, les recommandations précisent que divers outils de dépistage sont disponibles qui permettent au médecin de famille d'identifier rapidement les personnes pouvant avoir un problème de consommation de drogues.

Les recommandations canadiennes du *British Columbia Ministry of Health* (BCMoH) (76) préconisent, en 2008, de se renseigner sur les classes suivantes :

- marijuana, cocaine/crack, ecstasy, acide gammahydroxybutyrique (GHB), kétamine ;
- drogues de prescription : benzodiazépines spécialement lorazépame, diazépame et le clonazépame (facilement disponibles dans la rue) ;
- solvants : essence, aérosols, colles ;
- opioïdes : héroïne, morphine, méthadone, codéine, oxycodone ;
- crystal méthamphétamine, amphétamine, prescription de stimulants (dexamphétamine, méthylphénidate) ;
- hallucinogènes : LSD, champignons « magique » ;
- alcool : classer la consommation de boisson standard et se renseigner sur la consommation d'alcool pour les frictions, les bains de bouche.

Dans l'affirmative, se renseigner sur les voies d'administration des substances spécifiques :

- aspiration nasale, injection, voie orale, fumée (cigarette) ou inhalation ;
- partage d'aiguille ou de matériel d'injection (comportement à haut risque).

Sur les préoccupations liées à l'usage de drogues, envisager de modifier le questionnaire CAGE en substituant les substances préoccupantes : l'alcool par la drogue (par exemple : vous êtes-vous déjà senti mal ou coupable de votre consommation de cocaïne?). Bien ce ne soit pas fondé sur des preuves, cela peut servir de point de départ à la discussion.

Le questionnaire CAGE, réalisé par le personnel de l'équipe ou le clinicien, et l'auto-questionnaire AUDIT sont des questionnaires nécessitant moins de 15 minutes dans un contexte de soins primaires. Le questionnaire CAGE comprend quatre questions classées 0 ou 1. Un score de 2 ou plus est significatif (309, 314, 315).

La combinaison du questionnaire CAGE, du dosage du volume globulaire moyen (MCV) et des Gamma-glutamyl transferase (GGT) permet de détecter 75 % des personnes avec des problèmes d'alcool.

Durant la grossesse ou l'adolescence, un score de 1 pourrait signaler un problème d'alcool. CAGE n'étant pas spécifique à la grossesse, considérer l'utilisation du TWEAK (316) (cf. chapitre 3.3.2).

Le questionnaire AUDIT (317) comprend dix questions sur l'utilisation de l'alcool, il est sensible à travers les cultures. Les scores pour chaque question sont classés de 0 à 4, avec la première réponse pour chaque question (jamais) de notation 0, le second (moins que mensuel) marquant 1, le troisième (mensuel) marquant 2, le quatrième (hebdomadaire) marquant 3, et la dernière réponse (quotidiennement ou presque) en marquant 4.

Pour les questions 9 et 10, qui ont seulement trois réponses, le score est de 0,2 et 4 (de gauche à droite). Le score de 8 ou plus est associé à une consommation nocive ou dangereuse.

Le score de 13 ou plus chez les femmes, et de 15 ou plus chez les hommes, est susceptible d'indiquer une dépendance à l'alcool.

Les recommandations canadiennes de la *Canadian Task Force on Preventive Health Care* (CTFPHC) (294) rapportent, en 2013, que la dépression majeure est plus fréquente chez les personnes d'origine autochtone, les femmes au cours de la période du postpartum et les personnes ayant des antécédents d'abus de substances psychoactives.

Les recommandations du *Singapore Ministry of Health* (SMoH) (36) préconisent, en 2012, de seulement orienter les personnes vers un spécialiste en cas d'abus de substances psychoactives.

Les recommandations britanniques du *National Health Service* (NHS) ***Choices*** (11) préconisent, en 2014, de rechercher dans les antécédents médicaux une notion de toxicomanie et/ou de dépendance, en précisant que l'utilisation d'alcool et de somnifères pourrait imiter et/ou provoquer une dépression, et que le sevrage de la cocaïne, des anxiolytiques et des amphétamines peut imiter la dépression. Elles préconisent également de considérer les réactions idiosyncrasiques dues aux substances illicites.

Les recommandations canadiennes du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs sur le dépistage de la dépression chez les adultes (GECSSP) (295) citent, en 2013, les personnes ayant des problèmes liés à l'abus d'alcool ou d'autres drogues comme faisant partie d'un sous-groupe de la population susceptible de présenter un risque accru de dépression au même titre que les personnes :

- ayant des antécédents familiaux de dépression ;
- ayant vécu des expériences traumatiques dans l'enfance ;
- ayant vécu des événements de la vie traumatiques récents ;
- ayant des problèmes de santé chroniques ;
- étant en période périnatale ou postpartum ;
- les personnes d'origine autochtone.

Ces recommandations rejoignent celles des **recommandations nord-américaines de l'*US Preventive Services Task Force*** (USPSTF) (16), en 2009, qui considèrent également à risque accru de dépression :

- les personnes présentant d'autres troubles psychiatriques, y compris l'abus de substances ;
- les personnes ayant des antécédents familiaux de dépression ;
- les personnes atteintes de maladies chroniques ;
- les personnes sans emploi ou de statut socioéconomique inférieur.

Les femmes sont à risque accru par rapport aux hommes.

Les recommandations nord-américaines du *Department of Veterans Affairs* (DVA) (185) s'intéressent, en 2013, à l'addiction et au risque suicidaire.

Les recommandations nord-américaines du *Department of Veterans Affairs* (DVA) (18) précisent, en 2009, que l'alcoolisme et le trouble dépressif majeur sont des entités cliniques distinctes et ne sont pas des expressions différentes de la même affection sous-jacente.

La consommation d'alcool actuelle est identifiable en posant quelques questions pouvant être facilement intégrées dans un entretien clinique. Elles préconisent d'identifier les patients qui nécessitent une évaluation et un traitement pour un trouble de la consommation de substances en donnant les recommandations suivantes :

- les patients doivent être interrogés sur l'utilisation actuelle ou récente de la caféine, la nicotine, l'alcool ou d'autres substances psychoactives ;
- les patients avec consommation courante d'alcool ou autre dépendance à la drogue devraient être gérées selon les recommandations du DVA pour les troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives (318).

Ces recommandations préconisent :

- le dépistage et l'évaluation initiale de la consommation d'alcool pour tous les patients vus dans les établissements de soins primaires. Le dépistage de la consommation abusive d'alcool est au troisième rang des cinq priorités de prévention pour les adultes américains dans les pratiques préventives recommandées par l'*US Preventive Services Task Force* (USPSTF) (16). Le dépistage systématique des autres drogues n'est pas recommandé ;
- le dépistage annuel pour la consommation abusive d'alcool utilisant un outil validé.

Les recommandations préconisent que les patients en soins généraux et psychiatriques devraient être dépistés annuellement pour une éventuelle consommation abusive d'alcool (318) :

- soit en utilisant un questionnaire de dépistage validé pour l'année écoulée sur une consommation abusive d'alcool ;
- soit en sélectionnant l'une des deux brèves méthodes de dépistage : le questionnaire AUDIT-C ou en demandant si le patient a bu de l'alcool dans la dernière année et en utilisant le *Single-Item Alcohol Screening Questionnaire* (SASQ) (319, 320) pour évaluer la fréquence de consommation d'alcool chez les patients qui signalent une consommation.

Le questionnaire CAGE, seul, n'est pas recommandé pour l'évaluation de la consommation d'alcool sur l'année écoulée. Le questionnaire CAGE, utilisé comme un outil d'auto-évaluation, peut être utilisé en complément d'une méthode de dépistage appropriée.

Les recommandations nord-américaines du *Michigan Quality Improvement Consortium* (MQIC) (183) préconisent, en 2014, d'évaluer la consommation d'alcool et de drogues.

Les recommandations néozélandaises du *Queensland Government* (QG) (268) rappelle, en 2014, de ne pas oublier lors de l'évaluation clinique que : les symptômes de la dépression ou de l'anxiété peuvent se produire avec l'utilisation excessive d'alcool.

La consommation d'alcool peut également masquer d'autres troubles, par exemple la dépression, l'agoraphobie, la phobie sociale, le trouble d'anxiété généralisée, une réaction de deuil ou de stress post-traumatique.

Évaluer les symptômes de dépression ou d'anxiété. L'abus de drogues peut également coexister.

Un large éventail de plaintes présentées peut accompagner ou dissimuler la dépression. Ceux-ci comprennent : l'insomnie ou un autre trouble du sommeil, une modification de l'appétit, l'irritabilité, une baisse de l'humeur, des idées suicidaires et/ou des tentatives de suicide, des difficultés de concentration, une inquiétude d'ordre social, des difficultés financières ou conjugales, un

sentiment de déprime, une impuissance ou le désespoir, une perte de jouissance, une augmentation de la consommation d'alcool ou de drogue.

Pour les femmes en postpartum récent : soucis constants au sujet de son bébé ou crainte de nuire au bébé.

Les recommandations préconisent d'encourager la réduction de consommation d'alcool, de caféine et de drogues.

Les recommandations françaises de la Haute Autorité de Santé (HAS) (61) préconisent, en 2014, d'abord une évaluation de la consommation et de la dépendance :

Il est recommandé d'utiliser le test de dépendance à la cigarette de Fagerström en deux ou six questions (321-323) et de repérer également les critères de dépendance ignorés dans ce test (critères de la CIM-10 ; notamment : syndrome de sevrage, perte de contrôle, désir persistant ou incapacité à réduire ou arrêter sa consommation).

Ces informations peuvent être obtenues facilement au cours de l'anamnèse. Il peut être considérer que le patient est dépendant s'il présente un des critères suivants :

- patient ayant rechuté après une tentative d'arrêt ;
- patient continuant à fumer malgré les conséquences de son tabagisme sur sa santé (ex. : BPCO, artérite, cancer, etc.), ou les risques encourus dans certaines situations spécifiques (ex. : intervention chirurgicale, grossesse, etc.) ;
- patient en souci constant d'approvisionnement de tabac (ex. : craint d'être à court de tabac).

La HAS recommande une évaluation des comorbidités anxieuses et dépressives en précisant que les études montrent que les fumeurs souffrant de troubles anxieux présenteront, en moyenne, un syndrome de sevrage tabagique plus intense que les fumeurs sans trouble psychiatrique. Cependant, bien que le niveau d'anxiété augmente au cours des deux semaines suivant le sevrage tabagique, il diminue après un mois de sevrage à un niveau plus faible qu'avant l'arrêt du tabac (61).

Concernant la symptomatologie dépressive, les données montrent qu'elle est plus sévère chez les sujets les plus dépendants du tabac. Les fumeurs ayant des antécédents dépressifs sont en outre les plus exposés à la décompensation d'un trouble de l'humeur à l'arrêt du tabac.

Les troubles anxieux et dépressifs diminuent les chances de succès du sevrage tabagique. Ils doivent impérativement être pris en charge. Il est recommandé de repérer l'anxiété et la dépression éventuelles, antérieures ou concomitantes au tabagisme, et de suivre l'évolution de ces troubles durant le sevrage tabagique.

Il est recommandé de questionner le patient sur les éventuels symptômes anxieux et dépressifs survenus lors des précédentes tentatives d'arrêt (avec ou sans traitement).

L'évaluation des comorbidités psychiatriques et de leur évolution peut être aidée par l'utilisation d'auto-questionnaires :

- la *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HAD) inclus dans le dossier de consultation de tabacologie de l'Inpes ;
- le *Beck Anxiety Inventory* (BAI) ;
- le *Beck Depression Inventory* (BDI).

Il faut également se renseigner sur des éventuelles consommations associées. Il est ainsi recommandé de se renseigner auprès du patient :

- sur la consommation d'autres substances psychoactives : alcool, cannabis, opiacés, cocaïne, médicaments, etc. ;
- sur l'existence d'addictions comportementales.

Des questionnaires validés peuvent être utilisés pour dépister un usage problématique :

- le questionnaire CAGE-DETA (Diminuer, Entourage, Trop, Alcool) pour l'usage problématique d'alcool ;
- le questionnaire CAST (*Cannabis Abuse Screening Test*) pour l'usage problématique de cannabis.

Dans les recommandations de la HAS (61), il est également préciser que les fumeurs ayant des antécédents dépressifs sont les plus exposés à la décompensation d'un trouble de l'humeur à l'arrêt du tabac. En cas d'apparition ou d'aggravation de troubles dépressifs, il est recommandé de mettre en place une prise en charge spécifique de la dépression. En cas d'antécédents dépressifs, il est recommandé, lors du sevrage tabagique, d'être vigilant quant au risque de rechute de la dépression.

Dans l'argumentaire des recommandations de la HAS sur l'addiction au tabac (61), Le Houezec (324), en 2010, a recensé, d'une part, les différentes échelles utilisables en tabacologie (évaluation de la dépendance, évaluation des raisons de fumer, évaluation des symptômes de sevrage tabagique, évaluation des envies de fumer, évaluation de la qualité de vie) traduites et validées en langue française, et, d'autre part, celles qui n'étaient pas encore traduites et validées et qui pourraient être utiles. Le tableau ci-dessous présente les différentes échelles validées en français avec leur valeur de consistance interne (alpha de Cronbach).

Tableau 100. Les différentes échelles validées en français selon Le Houezec, 2010 (324).

Echelles	Version française	Validation en français	Alpha de Cronbach	Alpha de Cronbach Version française
Échelles d'évaluation de la dépendance				
FTND (*Fagerström test for nicotine dependence*) (322)	Oui	Oui	0,64	0,68
HSI (*Heaviness of smoking index*) (322)	Oui	Oui		0,63
CDS-12 (*Cigarette dependence scale*) (325)	Oui	Oui		0,91
CDS-5 (325)	Oui	Oui		0,77
Échelles d'évaluation des raisons de fumer				
MRSS (*Modified reasons for smoking scale*) (326)	Oui	Oui		0,53-0,76
Échelles d'évaluation des symptômes de sevrage				
CWS (*Cigarette withdrawal scale*) (327)	Oui	Oui		0,93
Échelles d'évaluation de l'envie de fumer				
TCQ (*Tobacco craving questionnaire*) (328-330)	Oui	Oui	0,48-0,82	0,66-0,83
Échelle d'évaluation de la qualité de vie				
WHOQOL-SRPB (*World Health Organisation Quality of Life – Spirituality, religiousness and personal beliefs*) (331)	Oui	Oui	0,77-0,95	0,74-0,98

L'audition publique : abus, dépendances et polyconsommation de la Haute Autorité de Santé (HAS), en 2007 (299), rappelle qu'une consommation peut en cacher d'autres : devant une consommation identifiée, il faut rechercher systématiquement d'autres consommations afin de réduire les risques et les dommages qui leur sont liés. L'association à d'éventuelles addictions purement comportementales est possible.

Un entretien standardisé tel que l'*Addiction Severity Index* (ASI)[6] peut être utilisé pour systématiser le recueil des informations dans les situations complexes (intrication de consommations, de dommages et comorbidités notamment) (332-335).

L'attente d'une demande de soins ne suffit pas. Le repérage et l'évaluation des polyconsommations doivent devenir une préoccupation de tous les acteurs en contact avec les publics, quels que soient l'âge, le profil socioprofessionnel des sujets, en tenant compte des interactions bio-psycho-sociales, de leur inscription dans des parcours de vie et des contextes différents.

Le repérage et l'évaluation des consommations problématiques doivent pouvoir s'appuyer sur des outils fiables, simples et validés.

L'ADOSPA (cf. chapitre 3.3.4), version française du questionnaire CRAFFT (Auto/moto, Détente, Oubli, Seul, Problèmes, Amis-famille), est dédié aux adolescents (336-338) (339). Il s'agit d'un outil d'autoévaluation transversale permettant le repérage et la prise de conscience des polyconsommations problématiques. Il doit faire l'objet d'une diffusion très large, non seulement au niveau des professionnels concernés, mais également des acteurs de terrain dans une perspective d'éducation à la santé.

L'évaluation des facteurs de gravité et des dommages de tous ordres est indispensable à l'élaboration d'un projet de soins et à l'orientation adaptée du patient. C'est notamment le cas pour les comorbidités psychiatriques à rechercher et à prendre en charge systématiquement.

La HAS (299) recommande de :

- élargir systématiquement la démarche d'évaluation à l'ensemble des consommations ;
- intégrer dans cette évaluation la dimension psychosociale ;
- intégrer également les savoirs profanes des patients ;
- mieux diffuser et former les professionnels à la passation d'outils standardisés d'évaluation, en particulier l'ASI encore peu utilisé et qui gagnerait à être mis à disposition comme examen complémentaire sur prescription.

La Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec (RSSSQ), en 2001 (340), dans son rapport sur les services de première ligne en alcoolisme et toxicomanie indique qu'en dehors du CAGE-DROGUES, il existe peu de tests rapides pour identifier les problèmes associés à l'abus de drogues.

Le DAST, dans ses versions de 10 ou 20 questions, est un questionnaire considéré comme bref donnant un index quantitatif des conséquences de l'abus de drogues. Il fait partie des tests de dépistage de la consommation de drogues les plus validés. Pourtant, ses concepteurs affirment qu'il n'a pas encore fait l'objet de suffisamment d'études de validation et qu'il devrait être utilisé de façon expérimentale. Des frais sont exigés pour son utilisation.

Selon la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec le *Drug Abuse Screening Test* (DAST) est certainement l'outil le plus utilisé et pour lequel nous avons le plus d'informations concernant sa fidélité et sa validité. Ses questions ciblent divers aspects de l'abus et de la dépendance, mais il est conçu pour dépister et ne devrait pas être utilisé à des fins diagnostiques.

[6] Se référer au lien :
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/echelle_asi-annexe_2_des_recommandations.pdf

3.3.2 Outils pour évaluer une addiction à l'alcool

► Le Questionnaire DETA (CAGE)

Le Questionnaire DETA (CAGE) (acronyme de « diminuer, entourage, trop et alcool ») est la traduction française du questionnaire CAGE (341) :

- Avez-vous déjà ressenti le besoin de diminuer votre consommation de boissons alcoolisées ?
- Votre entourage vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation ?
- Avez-vous déjà eu l'impression que vous buviez trop ?
- Avez-vous déjà eu besoin d'alcool dès le matin ?

Le questionnaire DETA (CAGE) (309, 314, 315), réalisé par le personnel de l'équipe ou le clinicien et l'auto-questionnaire AUDIT (317), sont des questionnaires nécessitant moins de 15 minutes dans un contexte de soins primaires. Le DETA comprend quatre questions classées 0 ou 1, résolument orientées vers la recherche d'un mésusage d'alcool. Il explore la vie entière du sujet.

Le questionnaire DETA, peu coûteux en temps, simple d'application et largement validé, semble donc mieux adapté au repérage de l'abus et de la dépendance que de l'alcoolisation à risque. Durant la grossesse ou l'adolescence, un score de 1 pourrait signaler un problème d'alcool. CAGE n'étant pas spécifique à la grossesse, considérer l'utilisation du TWEAK (76, 316).

Évaluations : une réponse positive = 1 point. Un score supérieur ou égal à 2 indique une alcoolo-dépendance (61).

Un score de 2 ou plus est significatif (76).

Les questions de **CAGE** sont sensibles et spécifiques pour le diagnostic de l'alcoolisme. Une réponse positive a une sensibilité de 85 % et une spécificité de 89 %, et deux réponses positives ont une spécificité de 96 %. Le questionnaire Cage/Deta a également été évalué en tant qu'outil de dépistage pour la consommation à risque ou nocive d'alcool en médecine générale.

Le Cage/Deta en quatre items avait une sensibilité de 84 % et une spécificité de 95 % lorsque la valeur seuil de deux réponses positives ou plus a été sélectionnée pour détecter les consommateurs à risque, définis comme consommant 64 g d'alcool par jour ou plus (309), selon les recommandations de l'Inpes en 2008 (298).

Le questionnaire CAGE-AID (342) élargit le CAGE pour inclure d'autres drogues. (37, 107).

► Le questionnaire AUDIT (*Alcohol Use Disorders Identification Test*)

Le questionnaire AUDIT comprend dix questions sur l'utilisation de l'alcool, il est sensible aux différentes cultures (317).

Le questionnaire AUDIT a été mis au point par l'OMS pour dépister les consommations d'alcool à risque, nocives ou massives. Il comporte dix questions couvrant les trois modalités d'usage de l'alcool : la consommation d'alcool dangereuse, la consommation d'alcool nocive et l'alcoolodépendance.

Les questions du questionnaire sont :

1. Quelle est la fréquence de votre consommation d'alcool ?
2. Combien de verres contenant de l'alcool consommez-vous un jour typique où vous buvez ?
3. Avec quelle fréquence buvez-vous six verres ou davantage lors d'une occasion particulière ?
4. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous constaté que vous n'étiez plus capable de vous arrêter de boire une fois que vous aviez commencé ?
5. Au cours de l'année écoulée, combien de fois votre consommation d'alcool vous a-t-elle empêché de faire ce qui était normalement attendu de vous ?
6. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous eu besoin d'un premier verre pour pouvoir démarrer après avoir beaucoup bu la veille ?

7. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous eu un sentiment de culpabilité ou des remords après avoir bu ?
8. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous été incapable de vous rappeler ce qui s'était passé la soirée précédente parce que vous aviez bu ?
9. Vous êtes-vous blessé(e) ou avez-vous blessé quelqu'un parce que vous aviez bu ?
10. Un parent, un ami, un médecin ou un autre soignant s'est-il inquiété de votre consommation d'alcool ou a-t-il suggéré que vous la réduisiez ?

Les résultats du questionnaire AUDIT :

Pour chaque question, plusieurs réponses sont proposées et à chaque réponse correspond une notation de 0 à 4. Le total est la somme de toutes les notes des différentes réponses (298, 317) :

- Score inférieur ou égal à 6 (chez l'homme) ou inférieur ou égal à 5 (chez la femme) : non consommation ou une consommation non problématique.
- Score supérieur ou égal à 7 (chez l'homme) ou supérieur ou égal à 6 (chez la femme) : consommation d'alcool à risque pour la santé.
- Score supérieur ou égal à 13 : alcoolodépendance.

L'outil de dépistage AUDIT détecte la dépendance à l'alcool chez les hommes et les femmes déprimés et/ou anxieux. La performance globale de l'AUDIT pour détecter l'abus d'alcool est limitée (37, 107).

OUTILS	Description du questionnaire	Sensibilité / Spécificité
AUDIT	10 items auto-administrés ou entrevue clinique pour évaluer l'utilisation délétère ; validité transculturelle	Score = 12 : 97/28

Le questionnaire CAGE, réalisé par le personnel de l'équipe ou le clinicien, et l'auto-questionnaire AUDIT sont des questionnaires nécessitant moins de 15 minutes dans un contexte de soins primaires (76).

Ce questionnaire a été validé en français en 2003 (343).

Le questionnaire Audit a été spécifiquement conçu pour une utilisation en médecine générale. Il est toutefois long à remplir et son utilisation prend trop de temps pour être utilisé comme un outil de repérage rapide (298).

Le questionnaire abrégé Audit-C (*Alcohol Use Disorders Identification Test-Consumption*) (306-308, 344) ne comprend que les trois questions du test Audit sur la consommation d'alcool.

Les trois premières questions de l'Audit (Audit-C) qui interrogent sur la consommation d'alcool sont peut-être la meilleure option, actuellement (298).

Les trois premières questions de l'AUDIT composent l'AUDIT-C (version raccourcie de l'AUDIT). Il permet d'identifier une consommation problématique d'alcool :

- à quelle fréquence, consommez-vous des boissons alcooliques ?
- lorsque vous consommez des boissons alcooliques, combien en consommez-vous un jour typique où vous buvez ?
- au cours d'une même occasion, combien de fois vous est-il arrivé de boire six boissons alcoolisées (= boissons standard) ou plus ?

Interprétation : chaque réponse compte de 0 à 4 points. Le score se situe donc entre 0 (minimum) et 12 (maximum). Un score de 4 points et plus chez les hommes et de 3 points et plus chez les femmes indique que le test est positif.

Le risque d'un problème lié à la consommation d'alcool (consommation problématique ou alcoolodépendance) est augmenté.

L'AUDIT-C, une version modifiée de l'instrument AUDIT à dix questions, peut aider à identifier les personnes qui sont des buveurs dangereux ou qui ont des troubles actifs de la consommation d'alcool (37, 107).

► Le questionnaire FACE

L'outil d'aide au repérage précoce et à l'intervention brève (alcool, cannabis, tabac chez l'adulte) a été proposé par la **Haute Autorité de Santé** (61), en 2014.

La HAS propose le questionnaire **FACE** (Formule pour approcher la consommation d'alcool par entretien) (cf. le tableau ci-dessous) (302).

Tableau 101. Questionnaire FACE

1. À quelle fréquence, consommez-vous des boissons contenant de l'alcool ?
Jamais = 0 ; Une fois par mois ou moins = 1 ; Deux à 4 fois par mois = 2 ; Deux à 3 fois par semaine = 3 ; Quatre fois par semaine ou plus = 4 ; Score :
2. Combien de verres standards buvez-vous, les jours où vous buvez de l'alcool ? 1 ou 2 = 0 ; 3 ou 4 = 1 ; 5 ou 6 = 2 ; 7 à 9 = 3 ; 10 ou plus = 4 ; Score :
3. Est-ce que votre entourage vous a fait des remarques concernant votre consommation d'alcool ? Non = 0 ; Oui = 4 ; Score :
4. Vous est-il arrivé de consommer de l'alcool le matin pour vous sentir en forme ? Non = 0 ; Oui = 4 ; Score :
5. Vous est-il arrivé de boire et de ne plus vous souvenir le matin de ce que vous avez pu dire ou faire ? Non = 0 ; Oui = 4 ; Score :

Interprétation du score total ; hommes (H) / femmes (F)

- risque faible ou nul : H moins de 5 ; F moins de 4 : renforcement des conduites favorables à la santé ;
- consommation excessive probable : H 5 à 8 ; F : 4 à 8 : intervention brève ;
- dépendance probable : H et F plus de 8 : proposer une consultation d'addictologie.

L'outil d'aide au repérage précoce et à l'intervention brève a apporté des preuves d'efficacité concernant la mortalité liée à l'alcool et sur un critère intermédiaire concernant la diminution de consommation d'alcool. Le RPIB semble faisable en premier recours sous condition de formation préalable. Le questionnaire FACE a été retenu dans la phase expérimentale française. Le Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives préconise la promotion du RPIB auprès des professionnels de santé de premier recours (61).

► Le Questionnaire MAST (*Michigan Alcoholism Screening Test*), le questionnaire SMAST (*short Michigan Alcoholism Screening Test*)

Le Test MAST (*Michigan Alcoholism Screening Test*) est un questionnaire comportant 25 questions sur les différents aspects de la consommation d'alcool (312). À chaque question, on répond par oui ou non. Les points attribués en fonction de la réponse varient de 0 à 5. Le questionnaire peut être donné soit par écrit en auto-évaluation, soit par oral.

Ce test a été validé en français (345). Le nombre maximum de points comptabilisables est de 54.

Le score total permet d'évaluer l'absence ou l'existence d'une consommation d'alcool excessive et ses éventuelles répercussions sociales, physiques ou psychologiques :

- de 0 à 3 points, on ne retient pas de problèmes liés à la consommation d'alcool ;
- il existe une zone grise entre 3 et 5 points ;
- au-delà de 5 points, le diagnostic d'alcoolo-dépendance est probable ;
- à partir de 10 points, le diagnostic de dépendance est certain.

Il existe une version courte à 13 questions aussi validée, le *short MAST* (SMAST-*Short Michigan Alcoholism Screening Test*) (313), et une version brève à dix questions : le *brief MAST* (346).

Un total égal ou supérieur à 3 au SMAST suggère fortement une alcoolodépendance (301).

Cette version abrégée (s = *short*) du questionnaire MAST (*Michigan Alcoholism Screening Test)* existe dans des versions en 25, 13, voire dix items (cf. le tableau ci dessous). Elle est donc beaucoup plus difficile à utiliser en médecine courante. Ce questionnaire possède de bonnes capacités à repérer les malades de l'alcool, en particulier les alcoolodépendants.

Tableau 102. Questionnaire SMAST (*Short Michigan Alcoholism Screening Test*[7]) d'après l'Institut national de la santé et de la recherche médicale, 2003 (301)

	oui	non
Pensez-vous que vous consommez de l'alcool en quantité plus que la normale ?	0	2
Vos proches vous ont-ils déjà fait des reproches au sujet de votre consommation d'alcool ?	1	0
Vous êtes-vous déjà senti coupable au sujet de votre consommation d'alcool ?	1	0
Est-ce que vos amis et vos proches parents pensent que vous êtes un buveur normal ?	0	2
Arrivez-vous toujours à stopper votre consommation d'alcool quand vous le voulez ?	? 0	2
Avez-vous déjà assisté à une réunion d'anciens buveurs pour un problème d'alcool ?	5	0
Est-ce que l'alcool a déjà créé des problèmes entre vous et votre conjoint(e) ?	2	0
Avez-vous déjà eu des problèmes professionnels à cause de votre consommation d'alcool ?	2	0
Avez-vous déjà négligé vos obligations, votre famille ou votre travail, pendant deux jours de suite et plus en raison de votre consommation d'alcool ?	2	0
Avez-vous demandé de l'aide ou conseil à autrui au sujet de votre consommation ?	5	0
Avez-vous déjà été hospitalisé en raison de votre consommation d'alcool ?	5	0
Avez-vous déjà été arrêté, ne serait-ce que quelques heures en raison d'un état d'ivresse ?	2	0
Avez-vous déjà été inculpé d'ivresse au volant ?	2	0

► Le Questionnaire TWEAK

Questionnaire TWEAK (316, 347) :

- 1°) Combien de verres devez-vous consommer pour ressentir les premiers effets de l'alcool ? (T1).
- 2°) Combien de verres devez-vous consommer pour vous endormir ou tomber ivre ? Ou si vous ne buvez pas jusqu'à tomber ivre, quel est le nombre de verres le plus élevé que vous pouvez boire ? (T2).
- 3°) Votre entourage vous a-t-il fait des remarques au sujet de votre consommation d'alcool dans l'année passée ?
- 4°) Avez-vous déjà eu besoin d'alcool le matin pour vous sentir en forme ?

- 5°) Vous est-il déjà arrivé de boire et de ne plus vous souvenir ensuite de ce que vous avez pu dire ou faire ?
- 6°) Avez-vous déjà ressenti le besoin de diminuer votre consommation de boissons alcoolisées ?

Les questions 1 et 2 interrogent sur la tolérance. Les questions 3, 4 et 6 sont tirées du DETA.

La question 5 interroge sur les épisodes d'amnésie du lendemain (*Black out*)

Ce questionnaire qui comporte cinq questions formant l'acronyme TWEAK (*Tolerance, Worried, Eye opener, Amnesia (K) cut down*) inclut des items du MAST, du CAGE et du T-ACE. Il a été développé pour évaluer les risques de consommation d'alcool chez les femmes enceintes.

Dans une étude de Russel *et al.* de 1994, incluant 4 743 femmes américaines d'un niveau socio-économique bas (316), la sensibilité et la spécificité du TWEAK sont respectivement évaluées à 79 % et 83 %, dans son aptitude à repérer une consommation de 14 verres au cours d'une semaine normale avant la grossesse (301).

3.3.3 Outils pour évaluer une addiction au tabac

► Questionnaire Test de Fagerström

Les recommandations de la HAS (61) de 2014 « Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours » proposent pour le dépistage de la consommation de tabac de poser les questions ci-dessous :

Les premières questions à poser :	
« Fumez-vous ? »	
SI OUI « Avez-vous déjà envisagé d'arrêter de fumer ? » Proposer un dépliant/brochure sur les risques de la consommation de tabac, les bénéfices de l'arrêt et les méthodes de sevrage. « Voulez-vous qu'on prenne le temps d'en parler ? »	SI NON « Avez-vous déjà fumé ? » Si non : Le patient n'a jamais fumé. Si oui : « Pendant combien de temps ? » Puis : « Depuis quand avez-vous arrêté ? »

Les recommandations de la HAS de 2014 (61) préconisent d'utiliser le test de dépendance à la cigarette de Fagerström en deux ou six questions et de repérer également les critères de dépendance ignorés dans ce test (cf. critères de la CIM-10 ; notamment : syndrome de sevrage, perte de contrôle, désir persistant ou incapacité à réduire ou arrêter sa consommation) (321-323). Ces informations peuvent être obtenues facilement au cours de l'anamnèse.

Le test de Fagerström simplifié en deux questions est :

1. Combien de cigarettes fumez-vous par jour ?

- 10 ou moins 0
- 11 à 20 1
- 21 à 30 2
- 31 ou plus 3

2. Dans quel délai après le réveil fumez-vous votre première cigarette ?

- moins de 5 minutes 3
- 6 à 30 minutes 2
- 31 à 60 minutes 1
- Après plus d'une heure 0

Interprétation selon les auteurs :

- 0-1 : pas de dépendance
- 2-3 : dépendance modérée
- 4-5-6 : dépendance forte

Le test de Fagerström en six questions est présenté ci-dessous.

Le test de Fagerström en six questions :

1. Le matin, combien de temps après être réveillé(e) fumez-vous votre première cigarette ?

- a. Dans les 5 minutes 3
- b. 6 - 30 minutes 2
- c. 31 - 60 minutes 1
- d. Plus de 60 minutes 0

2. Trouvez-vous qu'il est difficile de vous abstenir de fumer dans les endroits où c'est interdit ? (ex. : cinémas, bibliothèques)

- a. Oui 1
- b. Non 0

3. À quelle cigarette renonceriez-vous le plus difficilement ?

- a. À la première de la journée 1
- b. À une autre 0

4. Combien de cigarettes fumez-vous par jour, en moyenne ?

- a. 10 ou moins 0
- b. 11 à 20 1
- c. 21 à 30 2
- d. 31 ou plus 3

5. Fumez-vous à intervalles plus rapprochés durant les premières heures de la matinée que durant le reste de la journée ?

- a. Oui 1
- b. Non 0

6. Fumez-vous lorsque vous êtes malade au point de devoir rester au lit presque toute la journée ?

- a. Oui 1
- b. Non 0

Interprétation selon les auteurs :

- entre 0 et 2 : pas de dépendance ;
- entre 3 et 4 : dépendance faible ;
- entre 5 et 6 : dépendance moyenne ;
- entre 7 et 10 : dépendance forte ou très forte.

3.3.4 Outils pour évaluer une addiction aux drogues

► Le questionnaire CAST (*Cannabis Abuse Screening Test*)

Le questionnaire CAST (*Cannabis Abuse Screening Test*) est indiqué pour l'usage problématique de cannabis (300, 303, 304).

Selon l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT), en 2015, le questionnaire CAST est un questionnaire d'entretien structuré en six items dont l'objectif est de repérer l'usage nocif de cannabis à l'aide de six questions abordant les aspects problématiques de la

consommation (300). Il est destiné aux adolescents et aux jeunes adultes. L'évaluation concerne les 12 derniers mois.

Il existe deux questionnaires CAST, dont une version avancée (cf. tableaux ci-dessous)

Tableau 103. Le questionnaire CAST, d'après l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies, 2015 (300)

Au cours des 12 derniers mois…	Jamais	Rarement	De temps en temps	Assez souvent	Très souvent
Avez-vous déjà fumé du cannabis avant midi ?	0	0	1	1	1
Avez-vous déjà fumé du cannabis lorsque vous étiez seul(e) ?	0	0	1	1	1
Avez-vous déjà eu des problèmes de mémoire quand vous fumez du cannabis ?	0	1	1	1	1
Des amis ou des membres de votre famille vous ont-ils déjà dit que vous devriez réduire votre consommation de cannabis ?	0	1	1	1	1
Avez-vous déjà essayé de réduire ou d'arrêter votre consommation de cannabis sans y parvenir ?	0	1	1	1	1
Avez-vous déjà eu des problèmes à cause de votre consommation de cannabis (dispute, bagarre, accident, mauvais résultat à l'école, etc.) ? Lesquels ?	0	1	1	1	1

Tableau 104. Le questionnaire CAST avancé d'après l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies, 2015 (300)

Au cours des 12 derniers mois…	Jamais	Rarement	De temps en temps	Assez souvent	Très souvent
Avez-vous déjà fumé du cannabis avant midi ?	0	1	2	3	4
Avez-vous déjà fumé du cannabis lorsque vous étiez seul(e) ?	0	1	2	3	4
Avez-vous déjà eu des problèmes de mémoire quand vous fumez du cannabis ?	0	1	2	3	4
Des amis ou des membres de votre famille vous ont-ils déjà dit que vous devriez réduire votre consommation de cannabis ?	0	1	2	3	4
Avez-vous déjà essayé de réduire ou d'arrêter votre consommation de cannabis sans y parvenir ?	0	1	2	3	4
Avez-vous déjà eu des problèmes à cause de votre consommation de cannabis (dispute, bagarre, accident, mauvais résultat à l'école, etc.) ? Lesquels?	0	1	2	3	4

Les scores

Pour le questionnaire CAST le score total est de 0 à 6 :

- un score de 2 ou 3 indique un risque élevé d' usage problématique ;
- un score > 4 = indique un risque très élevé d' usage problématique.

Pour le questionnaire le CAST avancé le score total est de 0 à 24. Un score > 7 indique un usage problématique (304, 348).

L'outil d'aide au repérage précoce et à l'intervention brève (RPBI) : alcool, cannabis, tabac chez l'adulte de la Haute Autorité de Santé (HAS) (297) indique, en 2014, pour l'interprétation du score :

- devant une réponse positive : donner une information minimale sur les risques ;
- deux réponses positives au test doivent amener à s'interroger sérieusement sur les conséquences de la consommation : donner une intervention brève ;
- trois réponses positives ou plus doivent amener à proposer une consultation d'addictologie.

► Questionnaire DAST-20 (*Drug Abuse Screening Test*)

Le **Guide pratique des principaux outils de repérage de l'usage problématique de cannabis de l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies** (OFDT) : le questionnaire DAST-20 (*Drug Abuse Screening Test*) est un questionnaire d'entretien structuré (en 20 items, version courte du DAST en 28 items, lui-même inspiré du MAST) (300).

Le questionnaire DAST-20 est une mesure générale de l'usage excessif de drogues (349). Il évalue le degré de sévérité de la consommation de drogues. Il porte sur les 12 derniers mois. Sa durée de passation est de cinq minutes. La population-cible est constitué des adultes et des adolescents.

Le DAST-20 fournit un indice quantitatif des problèmes reliés à la consommation de drogues, notamment certains symptômes de dépendance aux drogues et d'autres conséquences résultant de l'usage abusif de drogues psychoactives pendant la période des 12 derniers mois.

Le terme abus de drogues signifie soit :

- l'utilisation excessive de médicaments sur ordonnance ou de médicaments en ventre libre ;
- l'usage de drogues à des fins non médicales.

Les drogues en question se classent comme suit : le cannabis (comme la marijuana et le haschich), les solvants, les tranquillisants (comme le Vallium), les barbituriques, la cocaïne, les stimulants (comme les «speed et l'ecstasy»), les hallucinogènes (comme le LSD) ou les narcotiques (comme l'héroïne).

Tableau 105. Questionnaire DAST 20 (*Drug Abuse Screening Test*) d'après l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies, 2015 (300)

	Oui	Non
1. Avez-vous consommé d'autres médicaments ou drogues que ceux qui sont requis pour des raisons médicales ?		
2. Abusez-vous de plus d'un médicament ou d'une drogue à la fois ?		
3. Pouvez-vous toujours cesser de consommer quand vous le désirez ? (Si vous n'avez jamais consommé de médicaments ou d'autres drogues, répondez « Oui »).		
4. Avez-vous déjà eu des pertes de connaissance (« blackouts ») ou des « flashbacks » causés par une consommation de médica-		

	Oui	Non
ments ou d'autres drogues ?		
5. Votre consommation de médicaments ou d'autres drogues vous gêne-t-elle ou vous sentez-vous coupable ? (Si vous n'en avez jamais consommé, répondez « Non »).		
6. Votre conjointe, votre conjoint, votre partenaire ou vos parents se sont-ils déjà plaints de votre consommation de médicaments ou de drogues ?		
7. Avez-vous négligé votre famille à cause de votre consommation de médicaments ou d'autres drogues ?		
8. Avez-vous déjà eu des activités illicites afin d'obtenir des médicaments ou d'autres drogues ?		
9. Avez-vous déjà expérimenté des symptômes de sevrage (sentir malade) lorsque vous avez cessé de consommer des médicaments ou d'autres drogues ?		
10. Avez-vous déjà eu des problèmes médicaux causés par votre consommation de médicaments ou d'autres drogues (perte de mémoire, hépatite, convulsions, hémorragie, etc.) ?		

Score et interprétation

Le score total du test DAST-20 est effectué en additionnant les réponses obtenues. Le score total varie de 0 à 20 évaluant le risque d'usage problématique :

- les réponses NON aux questions 4 et 5 indiquent un problème lié à la consommation de drogues et donnent 1 point ;
- les réponses OUI, à toutes les autres questions, indiquent un problème lié à la consommation de drogues et donnent 1 point ;
- un score de zéro indique qu'aucun problème lié à la consommation de drogues n'a été signalé ;
- un score de 20 indique des problèmes importants liés à l'usage abusif des drogues.

Les scores supérieurs reflètent le degré relatif des problèmes du patient en ce qui concerne la consommation de drogues (cf. tableau ci-dessous).

Tableau 106. Signification des scores du DAST 20 d'après l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies, 2015 (300)

Score de 1 à 5	Score de 6 à 10	Score de 11 à 15	Score de 16 à 20
Niveau de problèmes peu élevé	Niveau de problèmes possiblement modéré	Niveau de problèmes possiblement substantiel	Niveau de problèmes possiblement sévères

Plusieurs études présentent des données proposant l'utilisation d'un seuil de positivité de 5 ou plus sur l'échelle DAST-20 pour signifier un usage abusif de drogues (349, 350).

► Le Questionnaire ADOSPA

L'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) (300) indique, en 2015, que le repérage et l'évaluation des consommations problématiques doivent pouvoir s'appuyer sur des outils fiables, simples et validés.

L'évaluation des facteurs de gravité et des dommages de tous ordres est indispensable à l'élaboration d'un projet de soins et à l'orientation adaptée du patient. C'est notamment le cas pour les comorbidités psychiatriques à rechercher et à prendre en charge systématiquement.

ADOSPA est la version française du questionnaire CRAFFT (*Relax, alone, forget, family or friends, troubles*), originellement élaboré et validé aux États-Unis. C'est un auto-questionnaire (336).

ADOSPA est l'acronyme français proposé pour « Adolescents et Substances Psycho-Actives » mais également pour Auto/moto (conduite d'un véhicule sous influence ou par quelqu'un sous influence d'alcool ou d'autres drogues), Détente (usage auto-thérapeutique), Oubli (troubles mnésiques sous produits), Seul (consommation solitaire), Problèmes, Amis/famille (reproches faits par les amis ou la famille).

Il s'agit d'un questionnaire d'entretien structuré (en six items) élaboré en 1999 pour repérer un usage nocif de substances psycho-actives (alcool ou drogues illicites) et déterminer le niveau de risque (étude ADOTECNO). Il est destiné aux adolescents et aux jeunes adultes (< 21 ans).

L'évaluation du questionnaire porte sur la vie entière. Sa passation prend de 1 à 3 minutes (300).

Ce questionnaire dispose de nombreuses versions traduites, dont une en français (336, 339).

Les questions sont à choix fermé simple binaire.

- 1. Êtes-vous déjà monté(e) dans un véhicule (auto, moto, scooter) conduit par quelqu'un (vous y compris) qui avait bu ou qui était défoncé(e) ?
- 2. Utilisez-vous de l'alcool ou d'autres drogues pour vous détendre, vous sentir mieux ou tenir le coup ?
- 3. Avez-vous oublié des choses que vous deviez faire (ou fait des choses que vous n'auriez pas faites) quand vous utilisez de l'alcool ou d'autres drogues ?
- 4. Consommez-vous de l'alcool et d'autres drogues quand vous êtes seul(e) ?
- 5. Avez-vous déjà eu des problèmes en consommant de l'alcool ou d'autres drogues ?
- 6. Vos amis ou votre famille vous ont-ils déjà dit que vous deviez réduire votre consommation de boissons alcoolisées ou d'autres drogues ?

Un score supérieur ou égal à 2 indique un risque modéré et un score de 3 ou plus indique un risque élevé 4 selon l'audition publique de la Haute Autorité de Santé (HAS) en 2007 (299).

► Les études sur les outils de l'addiction dans l'épisode dépressif caractérisé

Ont été sélectionnées pour répondre à cette question :

- une étude cas témoin de Skule *et al.* de 2014 (351) ;
- une étude de rétrospective de Mallin *et al.* de 2002 (352) ;
- une étude rétrospective de Boschloo *et al.* de 2010 (353).

Étude cas témoin de Skule *et al.* de 2014 (351)

Cette étude examine la structure factorielle de la *Beck Dépression Inventory* – deuxième édition (BDI-II) dans un grand échantillon de personnes demandant un traitement pour la dépression. Certains des participants ont des problèmes concomitants d'abus d'alcool, permettant ainsi une comparaison des deux échantillons.

Dans cette étude, l'objectif de recherche est double : identifier les différences dans la structure factorielle des symptômes dépressifs chez les patients avec et sans abus d'alcool, et identifier les différences dans la sévérité des symptômes dépressifs entre les deux groupes.

Méthode

Les participants ont été recrutés parmi les participants à un cours de comportement cognitif dans le cadre du traitement pour la dépression, par des consultations individuelles ou en groupes, et cela au moment d'une pré-consultation ou pendant des réunions d'information animées par des thérapeutes et menées avant le début du traitement. Le critère d'exclusion était la présence de symptômes psychotiques suicidaires ou aigus.

Les participants venaient de la même région (Sud-Est de la Norvège). La plupart des participants ont été recrutés dans les centres de santé mentale communautaires. Un petit groupe a été recruté dans une clinique prenant en charge les abus de substances.

Les instruments utilisés : le *Beck Depression Inventory* – deuxième édition (BDI-II) :

Le score total indique si la personne présente une dépression légère, modérée ou importante.

- le BDI-II se compose de 21 articles, dont chacun est noté sur une échelle de 0 à 3. Le score maximum est de 63. Le seuil recommandé pour la dépression minimale est de 13.
- l'*Alcohol Use Disorders Identification Test* (AUDIT) se compose de dix items et peut être auto-administré par le patient.

Chaque élément est noté sur une échelle de 4 points et un score supérieur à 7 indique un problème d'alcool.

Les catégories suivantes ont été identifiées : pour le score total : 0-7 : faible risque ; 8-15 : à risque modéré ; 16-19 : risque majeur.

Au total, 525 patients ont donné leur consentement écrit et ont été classé en deux groupes :

- absence de comorbidité liée à la consommation d'alcool (n=358) ;
- présence d'une comorbidité liée à la consommation d'alcool (n=167).

En plus de la BDI-II et du dépistage de l'abus de substances en utilisant l'AUDIT, les participants ont répondu aux questions sur leurs caractéristiques démographiques et leurs antécédents de dépression. Les patients ont terminé l'examen avant le début du cours cognitivo-comportemental du traitement de la dépression.

La différence dans la sévérité des symptômes dépressifs entre les groupes avec et sans comorbidité liée à des problèmes d'alcool a été examinée.

Résultats

Le tableau ci-dessous montre les statistiques descriptives pour les deux échantillons.

Il n'y avait pas de différences significatives dans l'âge et le niveau d'éducation entre les deux échantillons. Il y avait beaucoup plus d'hommes parmi les participants ayant une comorbidité liée à un problème d'alcool. Ils étaient moins susceptibles d'être mariés ou d'avoir un partenaire par rapport à l'échantillon sans problèmes d'alcool.

Le niveau de dépression (tel que mesuré par le score total BDI-II) a été de 3,5 points de plus dans l'échantillon avec la comorbidité liée à des problèmes d'alcool.

Tableau 107. Caractéristiques démographiques des patients avec le score AUDIT et le BDI-II score d'après Skule *et al.*, 2014 (351)

	Absence de comorbidité liée à la consommation d'alcool (n=358)	Présence d'une comorbidité liée à la consommation d'alcool (n=167)	T ou valeur du chi2
Age (M, DS)	42,2 (11,3)	41,8 (13,0)	0,37
% hommes	29,5	50,3	
% femmes	70,5	49,7	22,09***
Niveau d'éducation			
% secondaire inférieur	7,4	6,1	
% secondaire supérieur/Professionnelle	11,6	9,8	
% secondaire supérieur/universitaire	13,3	20,2	

	Absence de comorbidité liée à la consommation d'alcool (n=358)	Présence d'une comorbidité liée à la consommation d'alcool (n=167)	T ou valeur du chi2
% tertiaire	67,7	63,8	4,57
Statut marital			
% célibataire	29,1	39,0	
% marié/partenaire régulier	57,1	37,2	
% divorcé	12,4	23,2	
% veuf/veuve	1,4	0,6	20,9***
AUDIT score (M, DS)	3,2 (2,0)	14,5 (5,8)	-30,2***
BDI-II-score total	23,1 (11,1)	26,6 (10,1)	-3,40***

***p<0,01

Les résultats de l'analyse montrent que le score moyen était significativement plus élevé à la fois sur le facteur somatique-affectif (0,185 (0,053), p<0.001) et sur le facteur cognitif (0,175 (0,044), p<0,001) pour les patients atteints de comorbidité liée à des problèmes d'alcool comparés à ceux sans problèmes d'alcool.

Ces différences indiquent que, bien que la structure de facteur soit très similaire dans les deux échantillons, le niveau de la dépression est variable.

Selon l'auteur, les résultats montrent que les différences relatives entre les groupes étaient d'environ de la même taille sur les deux facteurs, à savoir 0,418 et 0,348 d'écart-type respectivement sur le facteur cognitif et le facteur somatique-affectif. Ce qui représente, selon les critères proposés par Cohen, un effet de taille modérée.

Conclusion

Cette étude de faible niveau de preuve suggère que les symptômes de la dépression chez les patients ayant des problèmes d'alcool ne sont pas simplement des effets transitoires, induits par l'alcool. Les patients atteints de dépression et de comorbidité liée à l'abus d'alcool devraient être pris en charge en parallèle avec un traitement adéquat pour les deux comorbidités.

Remarque

Les participants n'ont pas été soumis à un entretien clinique pour vérifier que leurs symptômes, évalués avec le BDI-II, indiquent un diagnostic formel de dépression, ce qui peut être source de biais ; de même que la prise en compte des comorbidités liées à la consommation d'alcool ne permettent pas d'éclairer les façons complexes dont les symptômes dépressifs et les problèmes d'alcool continuent à interagir au fil du temps.

Cette étude « cas témoin » présente cependant de nombreux biais notamment les modalités de diagnostic de la dépression. Cette étude est de niveau de preuve 4.

Étude de rétrospective de Mallin *et al.* de 2002 (352)

En 2002, cette étude rétrospective examine la fréquence avec laquelle les patients présentant une dépression sont évalués pour un trouble de l'utilisation d'une substance dans un programme de résidence en médecine familiale en milieu universitaire.

Méthode

Une recherche sur les dossiers médicaux électroniques de 42 000 patients sur plus de 36 000 visites médicales ambulatoires par an et sur trois sites cliniques, effectuée par les professeurs de faculté et les résidents de l'Université médicale de Caroline du Sud (Département de médecine familiale), a été réalisée.

Critères d'inclusion :

Patients âgés de 18 ans et plus examinés entre le 1er juin 1989 et le 1er juin 1999 (une période de dix ans) et qui ont été diagnostiqués avec la dépression (DSM-IV code 300,4 dysthymie ou 311,0 Dépression NOS).

Critère d'exclusion :

Diagnostic préalable de dépression ou antécédent de dépression.

Les patients vus et diagnostiqués par les médecins résidents ont été placés dans une strate, et les patients vus et diagnostiqués par les professeurs de la faculté ont été placés dans une deuxième strate. De chacune de ces strates, 100 sujets ont été prélevés au hasard pour participer à l'étude. Ainsi, un total de 200 patients a été sélectionné.

Le diagnostic de la dépression a été associé au dépistage de consommation de substances psychoactives en précisant la présence ou l'absence de documentation.

Inclus comme une preuve de dépistage de l'usage de substances : un antécédent de consommation de substances (alcool, tabac, autres drogues, en précisant les quantités et la fréquence de consommation), le questionnaire CAGE ou d'autres questionnaires évaluant la consommation de substance, ou toute autre mention évoquant une consommation de substance dans le cadre d'un diagnostic différentiel. Il a également été précisé : l'âge du patient, le sexe du patient, la présence de comorbidité psychiatrique, la présence éventuelle d'une consommation de substances en précisant son type, le cas échéant.

Le pourcentage global de patients diagnostiqués avec la dépression et évalués pour des problèmes de consommation de substances a été calculé. Cette information a été stratifié selon l'âge, le sexe, les antécédents psychiatriques, autre que la dépression, et les antécédents de troubles liés à l'utilisation de substances. Ce résultat a ensuite été stratifié selon le type d'examinateur (professeur ou résident). Cela a été fait pour déterminer si une différence significative dans l'évaluation existait entre les deux types d'examinateurs.

Résultats

L'âge moyen de l'échantillon était de 46 ans (écart type 5,3), et la majorité des patients étaient des femmes.

Le tableau ci-dessous donne le nombre de patients déprimés avec dépistage de l'abus de substances stratifié par sexe, âge et antécédent d'utilisation de substances psychoactives.

Il a été constaté que sur 25 % des patients dépistés, le pourcentage d'hommes dépistés (35 %) était plus important que celui des femmes (21 %), les patients plus jeunes ont été sélectionnés plus souvent que les patients plus âgés, et le dépistage des résidents (31 %) était plus fréquent que celui des professeurs (18 %). La majorité des patients sélectionnés présentaient un antécédent de consommation de substances. Le questionnaire CAGE a été utilisé uniquement dans 4 % des cas.

Après stratification sur l'âge du patient, les auteurs ont trouvé une différence statistiquement significative entre les professeurs et les résidents dans leurs taux de dépistage (X^2 = 6,39, p = 0,11). Cela suggère selon les auteurs que les différences dans les taux de dépistage entre professeurs et les résidents existent indépendamment de l'âge des patients.

Tableau 108. Nombre de patients déprimés avec dépistage de l'abus de substances stratifié par sexe, âge et antécédent d'utilisation de substances psychoactives d'après Mallin *et al.*, 2002 (352).

		Echantillon total	Professeurs	Résidents	Valeur de p
Le dépistage global (%)		49 (24,5 %)	18 (18 %)	31 (31 %)	<0,001
Le dépistage	Masculin	17 (34,7 %)	7 (30,4 %)	10 (38,5 %)	<0,001

		Echantillon total	Professeurs	Résidents	Valeur de p
par genre					
	Féminin	32 (21,2 %)	11 (14,3 %)	21 (28,4 %)	
Le dépistage par âge	18-29	11 (31,4 %)	6 (30 %)	5 (33,3 %)	<0,0012
	30-49	29 (30,2 %)	5 (12,2 %)	24 (43,6 %)	
	50-69	10 (24,4 %)	6 (24 %)	4 (25 %)	
	70-89	3 (10,7 %)	1 (7,1 %)	2 (14,3 %)	
Le dépistage des patients avec antécé-dent de co-morbidité psychiatrique	présence	9 (28,1 %)	2 (15,4 %)	7 (36,8 %)	<0,001
	absence	40 (23,8 %)	16 (18,4 %)	24 (29,3 %)	
Le dépistage des patients avec antécé-dent de con-sommation de substance	présence	7 (87,5 %)	3 (100 %)	4 (80 %)	<0,001
	absence	42 (21,9 %)	15 (15,5 %)	27 (28,4 %)	
Le type de dépistage réalisé	CAGE	2 (4 %)	1 (5,6 %)	1 (3,2 %)	<0,001
	Consommation de substance	49 (98 %)	18 (100 %)	31 (96.=,8 %)	
	Autres	0	0	0	

Remarque

Il s'agit d'une étude rétrospective dépendant du dossier médical et pouvant donc être source de biais important. Les modalités du dépistage ont pu entraîner une inclusion large de patients, de même que la supervision des résidents par les professeurs, se traduisant par une deuxième opinion pour les patients qui sont d'abord évalués par les résidents, peuvent également être source de biais.

Conclusion

Les auteurs concluent que cette étude rétrospective révèle un manque de documentation de l'examen des troubles liés à la consommation de substances chez les patients diagnostiqués avec des troubles dépressifs.

Le dépistage de l'utilisation de substances n'a été réalisé que dans 25 % des cas, malgré la fréquence de la comorbidité de ces troubles. En outre, il semble que les femmes et les personnes âgées soient moins souvent dépistées. Cette étude de cohorte, présentant de nombreux biais, notamment son caractère rétrospectif ainsi que les modalités de dépistage et d'examen utilisés, est de niveau de preuve 4.

Une étude rétrospective de Boschloo *et al.* de 2010 (353)

Le questionnaire AUDIT (*Alcohol Use Disorder Identification Test*) instrument d'auto-dépistage, développé pour détecter la consommation d'alcool, a été validé dans le dépistage des troubles liés à la consommation d'alcool (354-356).

Objectif de l'étude : examiner et comparer la performance de l'AUDIT par rapport au CIDI (*gold standard*) réalisé sur l'année précédente (abus ou dépendance à l'alcool) dans un large échantillon de personnes ayant un trouble dépressif et/ou d'anxiété *versus* des personnes n'ayant pas présenté de trouble dépressif ou d'anxiété.

Méthode

Les données de référence de *The Netherlands Study of Depression and Anxiety* (NESDA) de 2008 (357) ont été utilisées, comprenant 2 981 adultes (âgés de 18 à 65 ans) dont : 19 % ont été recrutés dans la communauté, 54 % à partir de milieux de soins primaires et 27 % des soins ambulatoires spécialisés des établissements de soins de santé mentale.

Selon Penninx *et al.* en 2008 (357), l'étude NESDA est une étude de cohorte longitudinale multicentrique d'une durée de huit ans ayant inclus 2981 participants âgés de 18 à 65 ans dont l'objectif était de décrire le déroulement et les conséquences des troubles dépressifs et anxieux à long terme afin de fournir des indications plus détaillées sur les prédicateurs de l'évolution des troubles dépressifs et anxieux chez les adultes.

L'échantillon de l'étude NESDA initial était composé de : 1 701 personnes avec un diagnostic récent (six mois) de dépression et/ou d'un trouble de l'anxiété, 907 personnes ayant un antécédent personnel ou familial de dépression ou d'anxiété et 373 témoins sains. L'évaluation de base de quatre heures comprenait un questionnaire écrit, un entretien, un examen médical, une tâche informatique cognitive et la collecte d'échantillons de sang et de salive. Elle a permis le recueil de nombreuses informations d'ordre démographique, psychosocial, clinique, biologique et génétique. Des évaluations détaillées ont été répétées après un, deux, quatre et huit ans de suivi.

Les critères d'exclusion étaient : maîtrise insuffisante de la langue néerlandaise, un antécédent connu de trouble bipolaire, trouble obsessionnel compulsif, trouble de dépendance ou d'un trouble psychotique.

Afin de comparer la performance du questionnaire AUDIT entre deux groupes distincts, les auteurs ont sélectionné les personnes ayant un score AUDIT-totale valide (n-exclus = 31) et présentant un trouble dépressif et/ou d'anxiété l'année précédente (n = 1 756) *versus* sans trouble dépressif et/ou d'anxiété (n = 648).

Le diagnostic des troubles psychiatriques a été établi avec le CIDI, version 2.1 qui classe les diagnostics selon les critères du DSM-IV.

Les diagnostics suivants ont été évalués : un trouble dépressif (dysthymie ou épisode dépressif majeur), l'anxiété (trouble d'anxiété généralisée, phobie sociale, trouble panique ou d'agoraphobie) et les troubles liés à la consommation d'alcool (abus d'alcool [AA] et la dépendance [AD]).

Des informations sur le sexe, l'âge, le niveau d'éducation, le statut du partenaire et le tabagisme actuel ont été obtenus lors de l'entretien. La gravité des symptômes dépressifs et d'anxiété ainsi que le lieu de soins (soins secondaires spécialisés de santé mentale par rapport aux soins primaires) ont été évalués pour tester la robustesse de l'AUDIT entre les sujets présentant une dépression et/ou une anxiété.

Résultats

L'âge moyen était de 41,3 ans (SD = 13,0) et 65,8 % étaient des femmes. Dans l'année précédente : 4,4 % présentaient un abus d'alcool et 7,5 % de la dépendance à l'alcool. Le tableau 109 ci-dessous présente les caractéristiques de l'échantillon.

Tableau 109. Caractéristiques de l'échantillon stratifié sur le sexe d'après Boschloo *et al.*, 2010 (353)

	Hommes			Femmes		
	Sans Dep/anx N=250	Dep/anx N=573	p	Sans Dep/anx N=398	Dep/anx N=1183	p

	Hommes			Femmes		
Moyenne de l'âge (sd)	42,1 (15.0)	43,5 (11,5)	0,19	40,5 (14.4)	40,4 (12,7)	0,86
Moyenne du niveau d'éducation (sd)	12,9 (3.2)	11.8 (3.2)	<0,001	12,7 (3.2)	11,8 (3,3)	<0,001
N parte-naire (%)	184 (73,6 %)	375 (65,4 %)	0,02	302 (75,9 %)	776 (656 %)	<0,001
N Taba-gisme (%)	78 (31,2 %)	260 (45,4 %)	<0,001	95 (23,9 %)	506 (42,8 %)	<0,001
N AA (%)	23 (92 %)	34 (59 %)	0.09	17 (43 %)	31 (2,6 %)	0,10
N AD (%)	10 (4,0 %)	74 (12,9 %)	<0.001	6 (15 %)	91 (7,7 %)	<0,001

Sd : écart-type ; AA : abus d'alcool ; AD : dépendance à l'alcool ; Dep/anx : Dépression et/ou anxiété.

Le tableau ci-dessous présente les données obtenues dans l'étude pour la sensibilité, spécificité et AUC de l'AUDIT en cas d'absence d'antécédent de trouble dépressif et/ou anxiété *versus* présence d'antécédent de trouble dépressif et/ou anxiété.

Tableau 110. Sensibilité, Spécificité et AUC de l'AUDIT dans la détection de l'abus et de la dépendance à l'alcool d'après Boschloo *et al.*, 2010 (353)

	n	n	AA					AD				
			Sans dep/anx		**Dep/anx**			**Sans dep/anx**		**Dep/anx**		
			Se	**Sp**	**Se**	**Sp**		**Se**	**Sp**	**Se**	**Sp**	
Hommes	**Sans dep/anx**	**Dep/anx**	**N=240**		**N=499**			**N=227**		**N=539**		
≥ 5	156	323	0,83	0,41	0,82	0,52		1,00	0,41	0.95	0,52	
≥ 6	119	271	0,70	0,57	0,76	0,62		0,90	0,57	0.92	0,62	
≥ 7	95	231	0,57	0,66	0,68	0,70		0,90	0,66	0.91	0,70	
≥ 8	74	194	0,52	0,75	0,56	0,76		0,80	0,75	0.88	0,76	
≥ 9	56	174	0,39	0,82	0,56	0,81		0,80	0,82	0.88	0,81	
≥ 10	44	158	0,17	0,85	0,53	0,83		0,80	0,85	0.84	0,83	
≥ 11	34	138	0,17	0,90	0,35	0,86		0,80	0,90	0.82	0,86	
≥ 12	23	114	0,13	0,93	0,32	0,89		0,50	0,93	0.72	0,89	
	AUC (95 % IC)		0,66 (0,54-0,77)		0,74 (0 66-083)		P=0,23	0,89 (079-099)		0,89 (084-0 93)		P=0,98
Femmes	**Sans**	**Dep/**	**n = 392)**		**N=109**			**N=381**		**N=11**		

	n	n	AA					AD				
	dep/anx	**anx**			**2**					**52**		
≥ 2	306	764	1,00	0,25	0,94	0,39		1,00	0,25	0,93	0,39	
≥ 3	262	648	1,00	0,36	0,87	0,49		1,00	0,38	0,93	0,49	
≥ 4	209	533	1,00	0,50	0,81	0,60		1,00	0,50	0,93	0,60	
≥ 5	135	395	1,00	0,70	0,74	0,72		1,00	0,70	0,88	0,72	
≥ 6	95	305	0,94	0,81	0,61	0,80		1,00	0,81	0,85	0,80	
≥ 7	66	239	0,76	0,87	0,55	0,86		1,00	0,87	0,77	0,86	
≥ 8	51	192	0,59	0,90	0,39	0,89		0,67	0,90	0,75	0,89	
	AUC (95 % IC)		0,92 (0,88-0,96)		0,78 (0,70-0,86)		P=0.002	0,94(0,90-0,98)		0,88 (0,84-0,93)		P=0,06

AA : Abus d'alcool ; AD : Dépendance à l'alcool ; Dep/anx : dépression et/ou anxiété ; Se : sensibilité ; Sp : spécificité ; AUC : aire sous la courbe ROC ; IC : Intervalle de confiance

Dans cette étude, l'AUDIT détecte la dépendance à l'alcool chez les hommes déprimés et/ou anxieux (AUC = 0,89) et les femmes (AUC = 0,88), comparable à ses performances dans les contrôles sains.

La performance de l'AUDIT, dans la détection de l'abus d'alcool, est pour les hommes déprimés/anxieux de (AUC = 0,74) et pour les femmes de (AUC = 0,78).

L'étude présente des biais : l'échantillon n'est pas pleinement représentatif des personnes déprimées et/ou anxieuses avec un trouble lié à la consommation d'alcool ; les sujets présentant un antécédent d'addiction ont été initialement exclu. D'autre part, la performance a été testée par rapport au CIDI qui a été validé dans la détection de l'abus d'alcool et surtout de la dépendance à l'alcool mais qui est un auto-questionnaire.

Conclusion

Selon l'auteur, l'AUDIT détecte la dépendance à l'alcool, mais pas l'abus d'alcool, chez les personnes déprimées et/ou anxieuses. Le point de rupture (cutt-off point) > 9 (sensibilité : 0,88 ; spécificité : 0,76) pour les hommes et > 6 (sensibilité de 0,85 et une spécificité de 0,80) pour les femmes est proposé (niveau de preuve 4).

Selon l'auteur, le dépistage avec le questionnaire AUDIT peut être utile pour identifier les personnes déprimées et/ou anxieuses souffrant de dépendance à l'alcool.

Conclusion sur les données des études

Une étude de niveau de preuve 4 montre que l'AUDIT détecte la dépendance à l'alcool chez les hommes déprimés et/ou anxieux (AUC = 0,89) et les femmes (AUC = 0,88) mais pas l'abus d'alcool.

► Conclusion sur les outils d'addiction

Toutes les recommandations préconisent de rechercher dans les antécédent médicaux :

- la consommation des substances psychoactives : alcool, médicaments, cannabis, opiacés, cocaïne, etc. ;
- une dépendance du tabac ;
- sur l'existence d'addictions comportementales.

Une recommandation, précise que :

- l'utilisation d'alcool et de somnifères peut imiter et/ou provoquer une dépression ;
- le sevrage de la cocaïne, des anxiolytiques et des amphétamines peut imiter la dépression.

Il est rappelé de ne pas oublier que les symptômes de la dépression ou de l'anxiété peuvent se produire avec l'utilisation excessive d'alcool et que la consommation d'alcool peut également masquer d'autres troubles, par exemple la dépression (268).

Il est conseillé d'envisager les réactions idiosyncrasiques dues aux substances illicites (11).

Il est recommandé d'orienter le patient vers un spécialiste en cas d'abus de substances psychoactives (36).

Étant donné le grand nombre d'outils disponibles ayant des sensibilités et des spécificités satisfaisantes, il est difficile de choisir un outil plutôt qu'un autre (298).

Plusieurs recommandations préconisent l'utilisation d'outils pour identifier l'usage problématique de l'alcool, l'abus, la dépendance.

Des questionnaires validés peuvent être utilisés pour une évaluation de :

- la consommation et de la dépendance du tabac :
  - le test de Fagerström (à 2 ou 6 questions) (61) ;
- l'usage problématique d'alcool :
  - le questionnaire CAGE-DETA (37, 38, 61, 76, 107, 298),
  - le questionnaire FACE (61),
  - le questionnaire AUDIT (37, 38, 107) ;
- les situations particulières entraînant une majoration du risque de dommages par l'alcool :
  - toute consommation régulière d'alcool en dessous de 25 ans,
  - interactions alcool-médicaments,
  - maladies chroniques et précautions par rapport à l'alcool,
  - consommation d'alcool par les patients âgés, affectés de troubles psychiatriques ou prenant des médicaments psychotropes ;
- l'usage problématique de cannabis :
  - le questionnaire CAST (61),
  - le DAST (76, 340) ;
- l'usage d'autres substances psychoactives illicites :
  - le questionnaire CAGE-DROGUES, dans ses versions de 10 ou 20 questions (340),
  - le questionnaire CAGE par substitution de la substance préoccupante (ex. : « Vous êtes-vous déjà senti mal ou coupable de votre consommation de cocaïne ? »),
  - le questionnaire CAGE-AID pour inclure d'autres drogues (37, 107).

D'autres outils de l'évaluation des addictions existent, par exemple le TSR (ASI), un entretien standardisé qui peut être utilisé pour systématiser le recueil des informations dans les situations complexes (intrication de consommations, de dommages et comorbidités (299).

Il existe différents outils spécialisés pouvant être utilisés dans le cas des addictions non liées à une substance psychoactive, par exemple : le jeu pathologique (définitions du DSM-IV, définitions du DSM 5, le *South Oaks Gambling Screen (SOGS)*, les addictions à Internet (*Internet Addiction Test*) la dépendance au sexe.

Devant la spécificité de leur évaluation et de leur prise en charge, il est proposé d'adresser les patients ayant ce type d'addiction à un médecin addictologue.

3.4 Bilan initial du patient

Pour répondre à cette question ont été sélectionnées 17 recommandations :

- de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (Anaes) en 2002 (1) ;
- du *Department of Veterans Affairs* (DVA) en 2009 (18) ;
- de l'*Institute for Clinical Systems Improvement* (ICSI) en 2013 (107) ;
- du *Guidelines and Protocols Advisory Committee* (GPAC) en 2013 (34) ;
- de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) en 2012 (35) ;
- du *Ministry of Health Malaysia* (MoH) en 2007 (23) ;
- du *Singapore Ministry of Health* (SMoH) en 2012 (36) ;
- du *Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists* (RANZCP) en 2004 (14) ;
- du *National Health Service* (NHS) *Choices* en 2014 (11) ;
- du *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE) en 2014 (358) ;
- du *National Institute for Health and Clinical Excellence* (NICE) en 2009 (12) ;
- du *New Zealand Guidelines Group* (NZGG) en 2008 (38) ;
- du *Singapore Ministry of Health* (SMoH) de 2011 (13) ;
- de Härter *et al.* en 2010 (15) ;
- de l'*International Consensus Group on Depression* (ICGD) en 2010 (19) ;
- du guide médecin de la Haute Autorité de Santé en 2009 (128) ;
- du *Royal College of General Practitioners* (RCGP) de 2014 (22) ;
- d'une revue de la littérature de Rodda *et al.* de 2011 (24) ;
- d'une étude de cohorte de Zimmerman *et al.* de 2006 (359) ;
- d'un avis d'auteur de DeMers *et al.* de 2014 (360).

► Les recommandations

Les recommandations françaises de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (Anaes) (1) indiquent, en 2002, la démarche à suivre et les objectifs à atteindre sont les suivants :

- affirmer le diagnostic de dépression, et apprécier le risque suicidaire (accord professionnel) ;
- rechercher des troubles psychiatriques (y compris la prise d'alcool ou de drogues) ou somatiques (en particulier des troubles vasculaires, endocriniens, ou des maladies neurologiques dégénératives) antérieurs ou associés, qui, s'ils sont présents, sont à prendre en compte dans le choix du traitement (accord professionnel) ;
- évaluer les incapacités fonctionnelles : une décision d'arrêt de travail ou d'aménagement des horaires de travail, ainsi que la mise en place d'aides sociales dépendent de cette évaluation (accord professionnel) ;
- informer le patient, et s'il en est d'accord, son entourage, sur la nature des troubles dépressifs, les effets bénéfiques et indésirables du traitement (grade A) ;
- et définir avec lui un projet thérapeutique qui doit obtenir son adhésion afin d'éviter les abandons de traitement et être réévalué régulièrement (accord professionnel) ;
- informer le patient, après amélioration symptomatique, et s'il en est d'accord, son entourage, des signes précoces de rechute (accord professionnel).

Les recommandations nord américaines du *Department of Veterans Affairs* (DVA) (18). Les recommandations préconisent en 2009 :

Les éléments les plus importants lors de l'évaluation clinique comprennent :

- une évaluation clinique se concentrant sur les antécédents médicaux et sur un examen rapide des systèmes d'organes qui est généralement suffisant pour exclure les troubles médicaux pouvant créer une dépression caractérisée ;
- un rapide examen clinique doit être conduit pour détecter une maladie endocrine, cardiaque, vasculaire cérébrale ou neurologique qui peut exacerber ou provoquer les symptômes de dépression.

Dans certaines sous populations de patients (par exemple : patient âgé, ou ayant un traumatisme crânien), une évaluation des fonctions cognitives est indiquée.

Chez les patients âgés, conduire un examen complet du statut mental (MSE) peut consister en l'utilisation d'outils standardisés tels que le *Mini-Mental State Examination* (MMSE).

Un examen de laboratoire doit être effectué pour évaluer des causes réversibles de démence si le dépistage suggère une atteinte cognitive, et si le patient ne délire pas, l'évaluation de la dépression doit être poursuivie.

Si le délire est présent, considérer le cas du patient comme une urgence médicale et stabiliser le patient avant de continuer l'évaluation de la dépression.

Les composantes importantes à rechercher du statut de l'état mental incluent :

- un débit de parole ralentie ;
- les soupirs ;
- le retard ou l'agitation psychomotrice ;
- les yeux baissés ;
- un sourire absent ou très peu présent.

Noter la détermination des antécédents médicaux et de l'abus ou de la dépendance de substances psychoactives qui peuvent contribuer aux symptômes ou provoquer la dépression.

Les praticiens doivent interroger avec respect chaque patient à l'aide de questions précises et spécifiques sur l'existence de maltraitance ou d'abus sexuel dans leurs antécédents.

Les tests pertinents de laboratoire selon les indications de l'examen clinique sont à effectuer par exemple :

- numération complète de formule sanguine ;
- profil biochimique ;
- dosages thyroïdiens ;
- dosage de la vitamine B 12 et des folates ;
- test de grossesse chez les patientes en âge de procréer pour guider le choix de la prescription ;
- recherche de toxiques ;
- un ECG pour les patients âgés de plus de 40 ans.

Utiliser les données provenant des antécédents et de l'examen clinique pour orienter avec prudence les examens de laboratoires.

Les autres pathologies psychiatriques peuvent compliquer le traitement du patient ou créer un risque supplémentaire d'événements secondaires, ces maladies comprennent :

- les troubles bipolaires ;
- les troubles liés à un stress traumatique ;
- la suicidalité ;
- les tendances meurtrières ;
- la psychose.

Les recommandations du DVA (18) indiquent de rechercher :

- les incapacités de fonctionnement dans les rôles de la vie quotidienne ;

- l'utilisation de médicaments et de substance psycho-actives ;
- les symptômes et signes de trouble du stress post traumatiques ;
- des signes de manie, une hypomanie.

Selon le DVA, les informations complémentaires au PHQ-9 peuvent aider à diagnostiquer une dépression et à déterminer la sévérité des symptômes tels que :

- des symptômes physiques inexpliqués médicalement ;
- une maladie chronique invalidante ;
- l'utilisation concomitante ou l'abus de substances psychoaffectives ;
- la diminution des fonctions sensorielles physiques ou cognitives ;
- être victime ou avoir un antécédent d'une maltraitance ou d'un abus sexuel ou de négligence affective ;
- les antécédents familiaux de dépression caractérisée ;
- la perte de relations personnelles significatives, de systèmes de soutien ou d'un statut économique ;
- des troubles neurologiques par exemple une sclérose multiple, une maladie de Parkinson, un AVC, un traumatisme crânien fermé ;
- un rôle prolongé en tant qu'aidant pour un membre de sa famille ayant une maladie chronique invalidante ;
- le deuil conjugal, le veuvage.

Les recommandations nord américaines de l'*Institute for Clinical Systems Improvement* (ICSI) (107) indiquent en 2013 :

Effectuer un examen clinique centré sur le problème du patient et des tests diagnostiques selon les indications données par l'examen clinique. Le bénéfice de la recherche des tests de laboratoire incluant le test de la thyroïde n'a pas été établi.

Les médecins doivent rechercher et traiter les maladies associées des patients souffrant de dépression (niveau de preuve faible, recommandations forte).

Les tests de laboratoire doivent être d'autant plus envisagés si :

- l'examen clinique détecte des symptômes qui sont rarement rencontrés dans les troubles de l'humeur ou de l'anxiété ;
- le patient est âgé ;
- le premier épisode dépressif survient après l'âge de 40 ans.

Déterminer les antécédents des traitements médicamenteux et la consommation abusive d'alcool et de drogues.

Évaluer les tendances suicidaires.

Un épisode dépressif caractérisé peut être associé à d'autres problèmes psychiatriques incluant les troubles de la personnalité, les psychoses, les troubles alimentaires et un abus de substances psychoactives.

Il est important pour émettre un pronostic et évaluer les facteurs de risque de recueillir les antécédents psychiatriques.

Par exemple, un épisode connu antérieur de dépression caractérisée concomitante à une maladie mentale ou à une maladie du comportement, et à une tentative d'auto-agressivité passée, peut aider à établir un niveau de risque et le besoin d'impliquer un autre professionnel en santé mentale.

Les patients avec un antécédent d'un symptôme d'un épisode maniaque peuvent être déstabilisés s'ils sont traités par un antidépresseur. Si un épisode maniaque ou hypomaniaque se produit, changer le diagnostic pour celui d'un trouble bipolaire

Les patients déprimés peuvent présenter des symptômes de panique associés et des inquiétudes généralisées. Les médecins de premier recours doivent rechercher les symptômes pour ces troubles et leur facteur potentiel.

Évaluer les situations suivantes :

- consommation excessive de produits contenant des stimulants tels que les boissons énergétiques, les boissons contenant de la caféine ;
- la présence de maladies ayant créé les symptômes ;
  - maladie de la thyroïde,
  - maladie cardiaque,
  - syndrome du côlon irritable,
  - migraines,
  - troubles vestibulaires,
  - troubles respiratoires et pulmonaires ;
- utilisation des médicaments tels que les psychostimulants ;
- utilisation des substances psychoactives illégales telles que la cocaïne, la méthamphétamine, la tétrahydrocannabinol, ou l'alcool.

L'*Institute for Clinical Systems Improvement* recommande d'évaluer le contexte culturel des patients et leurs problèmes sociaux et psycho-sociaux (107).

Les cliniciens doivent reconnaître l'impact de la culture et des différences culturelles sur la santé mentale et physique (faible niveau de preuve, recommandation forte).

La réussite des soins est susceptible de survenir davantage quand le médecin :
- utilise une démarche appréciative en posant des questions qui produisent sur le patient un effet positif ;
- observe les normes culturelles et les croyances ;
- utilise un interprète chaque fois que cela est possible ;
- cherche à incorporer les croyances du patient dans le plan de traitement ; les expériences et la culture personnelle du patient influencent les croyances du patient, son attitude et ses préférences.

Si ces expériences sont prises en considération, l'ouverture d'esprit du patient pour changer sera augmentée (incluant l'ouverture d'esprit pour accepter et adhérer au traitement) (faible niveau de preuve).

Les médecins doivent reconnaître l'impact de la culture et des différences culturelles sur la santé physique et mentale (niveau de preuve faible, recommandations forte).

Selon les recommandations de l'*Institute for Clinical Systems Improvement* (107), il faut évaluer les facteurs de stress :

- une perte significative ;
- des conflits ;
- des difficultés financières ;
- les changements de la vie du patient ;
- les situations de maltraitance et d'abus sexuels.

Envisager la durée et l'intensité du facteur de stress et la possibilité pour une amélioration spontanée. Être conscient que la prévalence des facteurs de stress psychosociaux peut être plus importante dans certaines populations de patients.

L'équipe soignante doit prendre en compte ces problèmes en considération dans certaines populations. Les exemples de facteurs de stress incluent les problèmes de logement, de soin quotidien, les moyens de transport, le chômage, l'instabilité financière, le statut de travailleur immigré.

L'implication du coût des soins pour les patients peut affecter leur compliance, ce qui inclut le remboursement par l'assurance maladie des frais de santé, ou l'utilisation de médicaments génériques *versus* les médicaments de marque.

Une recherche récente sur la dépression chez des femmes de milieux défavorisés minoritaires a décrit une amélioration significative de leurs symptômes et de leurs fonctionnement social indépendamment du fait que le traitement reçu soit un médicament ou une psychothérapie du moment que le traitement était suffisamment accessible (disponibilité des moyens de garde des enfants et des moyens de transport).

Le décalage qui existe entre les aspirations des patients et leurs réalisations peut être un facteur prédictif plus important de la maladie psychiatrique que le statut socio-économique (faible niveau de preuve).

Les recommandations canadiennes du *Guidelines and Protocols Advisory Committee* (GPAC) (34) indiquent, en 2013, d'évaluer :

- le diagnostic différentiel particulièrement en dépistant les troubles bipolaires I et II ;
- les facteurs de stress psycho-sociaux ;
- toutes les maladies associées à la dépression: bronchopathie chronique obstructive, migraine, les problèmes de dos, cancer, épilepsie, asthme, accident vasculaire cérébral, maladies de la thyroïde, diabètes, maladies cardiaques).

Recueillir les informations collatérales auprès de la famille ou des amis.

Les recommandations canadiennes de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) (35) :

L'évaluation complète d'une personne potentiellement atteinte de dépression ne s'appuie pas uniquement sur le nombre de symptômes. Il faut aussi tenir compte du degré d'incapacité ou de limitation dans les activités associé à la dépression potentielle, ainsi que de la durée de l'épisode.

En plus d'évaluer les symptômes et les incapacités associés, il faut tenir compte de la manière dont les facteurs suivants ont influé sur l'apparition, l'évolution et la sévérité de la dépression d'une personne :

- tout antécédent de dépression et de comorbidité de troubles mentaux ou physiques ;
- tout antécédent d'humeur irritable (afin de déterminer si la dépression peut être attribuable à un trouble bipolaire) ;
- les traitements antérieurs, ainsi que la réponse à ces traitements ;
- la qualité des relations interpersonnelles ;
- les conditions de vie et l'isolement social.

Les cliniciens devraient évaluer le risque suicidaire lors de l'évaluation des personnes qui souffrent de dépression et le refaire régulièrement au cours du traitement.

Si cela est indiqué sur le plan clinique, des analyses de laboratoire devraient être réalisées, dont l'examen des fonctions hépatiques et un bilan des fonctions métaboliques.

Dans le cadre de l'évaluation clinique, porter attention aux :

- comorbidités psychiatriques (par exemple : troubles anxieux, troubles liés à la dépendance ou à l'abus de substances, troubles bipolaires) ;
- problèmes physiques (par exemple : maladies chroniques) ;
- besoins de populations spécifiques (par exemple : femmes en période périnatale et personnes âgées).

En cas de besoin, se référer aux guides de pratique pertinents et vérifier auprès de spécialistes.

Par exemple, lorsqu'une personne présente des symptômes d'anxiété et de dépression, il est recommandé d'évaluer la nature et l'importance des symptômes.

Si la personne :

- a une dépression accompagnée de symptômes d'anxiété, la priorité devrait d'abord être accordée au traitement du trouble dépressif ;
- souffre de trouble anxieux et de dépression comorbide ou de symptômes dépressifs, envisager de traiter le trouble anxieux en premier lieu ;
- présente des symptômes anxieux et dépressifs, sans diagnostic formel, associés à des limitations dans les activités, discuter avec elle des symptômes à traiter en premier et du choix en matière d'intervention.

Les recommandations malaisiennes du *Ministry of Health Malaysia* (MoH) (23) indiquent, en 2007, pour l'évaluation d'un épisode dépressif :

L'évaluation de la dépression consiste à :

- recueillir les antécédents détaillés ;
- réaliser un examen de l'état mental, un examen clinique et les examens complémentaires quand ils sont indiqués (niveau 1) ;
- rechercher :
  - les facteurs de stress psychosociaux,
  - les l'abus d'alcool ou de drogues,
  - les autres maladies psychiatriques,
  - les dysfonctionnements sociaux et professionnels ;
- réaliser un examen clinique réalisé pour exclure les maladies physiques ou chirurgicales qui peuvent provoquer ou imiter des symptômes dépressifs.

L'examen de l'état mental inclut l'évaluation de la sévérité des symptômes dépressifs, la présence des symptômes psychotiques et le risque de violence envers soi-même ou envers les autres.

Les examens de laboratoire peuvent s'avérer nécessaire, particulièrement :

- si la présentation de la dépression est atypique ;
- si les symptômes suggèrent une cause médicale ;
  - chez les sujets âgés,
  - pour un premier épisode dépressif après l'âge de 40 ans,
  - en l'absence de facteurs déclencheurs,
  - dans le cas où une dépression ne répond pas au traitement standard (niveau 1).

Les recommandations du *Singapore Ministry of Health* (SMoH) (36) mentionnent en 2012 :

L'évaluation de base de la dépression inclut les antécédents, l'examen de l'état mental, l'examen clinique, et la durée de l'épisode dépressif.

Rechercher l'utilisation abusive de substances à effets psychogènes, la présence d'autres maladies psychiatriques.

Établir les soutiens disponibles et les ressources du patient.

Évaluer le dysfonctionnement et déterminer les événements de vie et les facteurs de stress.

Effectuer un examen de l'état mental. Cet examen mental inclut l'évaluation de la sévérité des symptômes et de la recherche de symptômes psychotiques.

Toutes les évaluations d'une dépression doivent comporter une évaluation du risque de suicide, du risque d'atteinte à soi-même ou pour les autres.

Effectuer un examen clinique afin d'éliminer une maladie physique ou chirurgicale.

Les examens de laboratoire peuvent être indiqués dans le cas d'une maladie qui peut provoquer des symptômes identiques aux symptômes de dépression (Grade D, niveau 4).

Les recommandations conjointes australiennes et néozélandaises du *Royal Australian and New-Zealand College of Psychiatrists* (RANZCP) (14) indique, en 2004, pour l'évaluation d'une dépression :

Le bilan inclut à la fois les facteurs de stress contributeurs, les soutiens individuels, les ressources et le mode d'adaptation du patient.

L'évaluation doit fondamentalement concerner le risque de suicide ou le risque pour les autres, aussi bien dans le cadre des actes de violence que des négligences (dépression dans le post-partum).

Les recommandations britanniques du *National Health Service* (NHS) ***Choices*** (11) indiquent, en 2014, d'évaluer :

- les abus d'alcool, de substances psycho actives illicites, ou de prescriptions médicamenteuses ;
- les pertes récentes, incluant le deuil ;
- les facteurs de stress psychosociaux par exemple ; les pertes, conflits, difficultés financières, les changements de vie, une maltraitance.

Envisager le rôle d'un problème de santé.

Vérifier que le traitement qui a été prescrit est optimum pour le problème de santé physique et la compliance du patient.

Les recommandations du *NHS Choices* préconisent d'effectuer un examen de l'état mental et un examen clinique. Un examen clinique doit être réalisé lors de la première consultation pour évaluer la présence éventuelle de toute cause organique de la dépression et des comorbidités physiques.

Les investigations à mener pour exclure la possibilité d'une maladie organique sont guidées par la présentation clinique du patient. Les examens de base à pratiquer sont les suivants :

- biochimie ;
- glucose sanguin ;
- urée et électrolytes ;
- créatinine ;
- test de la fonction hépatique et de la thyroïde ;
- le dosage du calcium ;
- hématologie, formule sanguine complète ;
- vitesse de sédimentation des érythrocytes, niveau de la protéine C-réactive ;
- une recherche sanguine ou urinaire de drogues.

Dans le cas d'une indication donnée par l'examen clinique ou selon les antécédents du patient, envisager une sérologie HIV ou de la syphilis.

Envisager de demander un avis spécialisé pour des examens s'ils sont indiqués, telle qu'une imagerie cérébrale si le patient présente :

- des céphalées inexpliquées ;
- un changement de la personnalité ;
- des signes potentiels de lésion ;
- des convulsions ;
- un état où l'attention est altérée,
- l'examen clinique détecte des symptômes qui sont rarement rencontrés dans les troubles de l'humeur ou dans les troubles de l'anxiété ;
- le patient est âgé ;
- le premier épisode dépressif survient après 40 ans.

Les recommandations britanniques du *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE) (358) et du ***National Institute for Health and Clinical Excellence*** (NICE) (12) indiquent en 2014 et 2009 :

Le praticien compétent en psychiatrie doit :

- évaluer l'état mental du patient, le mode de fonctionnement associé, le mode des difficultés sociales et interpersonnelles ;
- envisager d'utiliser une méthode de mesure validée pour l'évaluation des symptômes, des fonctions et/ou du handicap du patient ;
- pour les patients ayant des difficultés de langue ou de communication, par exemple les patients avec un handicap sensoriel ou une difficulté d'apprentissage, envisager :
  - d'utiliser le thermomètre du stress « *Distress Thermometer* »,
  - interroger un membre de la famille ou de l'entourage sur les symptômes du patient.

Dans le cas où la souffrance du patient est identifiée des investigations complémentaires doivent être menées.

Un patricien qui ne dispose pas de compétence dans l'évaluation de la santé mentale doit adresser le patient à un professionnel compétent. Si le professionnel de santé n 'est pas le médecin traitant, il doit en informer le médecin traitant du patient.

Le *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE) recommande d'être respectueux et sensible à la diversité culturelle, ethnique ou religieuse lorsque l'on s'occupe de la dépression d'un patient et d'être attentif aux possibles variations de la dépression.

Le *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE) indique pour l'évaluation et la prise en charge initiale d'un patient qui est susceptible d'avoir une dépression de ne pas considérer uniquement le nombre des symptômes dépressifs mais effectuer une évaluation compréhensive prenant en compte :

- la sévérité des symptômes ;
- la durée des symptômes ;
- le degré de handicap fonctionnel ;
- le handicap associé à la dépression possible.

Les recommandations du *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE) demandent d'interroger le patient sur la durée et la sévérité de la dépression :

- les antécédents de dépression, les maladies associées physiques ou mentales ;
- tout antécédent d'épisode d'humeur élevée ;
- la réponse aux traitements antérieurs ;
- la qualité des relations interpersonnelles ;
- les conditions de vie et le degré d'isolement social.

Si une personne présente une difficulté d'apprentissage ou un déficit cognitif acquis, envisager de consulter un spécialiste pertinent pour l'élaboration du plan de traitement. Quand cela est possible, procurer les mêmes interventions que pour les autres patients en ajustant, si nécessaire, la méthode de délivrance des médicaments ou la durée de prescription.

Toujours interroger les patients dépressifs directement sur les idées et les intentions de suicide.

S'il existe un risque de suicide ou de porter atteinte à soi-même :

- évaluer s'il existe un soutien social adéquate et si les patients connaissent les personnes ou organismes susceptibles de leur venir en aide ;
- organiser l'aide appropriée en fonction du niveau de risque ;
- leur conseiller de demander de l'aide dans le cas où la situation se dégrade.

Le *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE) propose des considérations supplémentaires à prendre en compte pour les personnes ayant un problème de santé physique chronique.

Si le patient a un problème de santé physique chronique lui poser trois questions pour améliorer la précision de l'évaluation :

Durant le mois précédent, avez-vous souvent été gêné par :

- les sentiments de dévalorisation ;
- un manque de concentration ;
- des pensées de mort ?

Envisager le rôle du problème de santé physique et de tout médicament prescrit dans la dépression. Vérifier que le traitement idéal pour le problème de santé physique a été administré et que le patient a adhéré à ce traitement. Faire appel à un avis spécialisé, si nécessaire.

Les recommandations néozélandaises du *New Zealand Guidelines Group* (NZGG) (38) indiquent en 2008 :

Le groupe de travail note que les critères pour la dépression, l'anxiété et l'abus de substance de la CIM-10 ou du DSM-IV peuvent être utiles pour cadrer le dialogue à propos des symptômes spécifiques.

Le praticien doit revoir la totalité des médicaments et des maladies qui peuvent causer la dépression, ou représenter les symptômes, et prescrire des examens de laboratoire selon les indications trouvées, par exemple, pour le dosage des hormones thyroïdiennes.

Discuter des facteurs suivants qui pourront aider à placer les problèmes actuels du patient dans leur contexte :

- durée de symptômes et tous les traitements éventuels reçus qui ont été essayés ;
- handicap de fonctionnement ;
- les antécédents familiaux et personnels d'épisodes similaires et la manière dont ils ont été pris en charge ;
- tous les facteurs déclenchant tels que les facteurs de stress psychosociaux (violence domestique, abus sexuel) ;
- tous les facteurs qui perpétuent la maladie (par exemple, les connaissances qui sont inutiles) ;
- les ressources disponibles de protection à la fois interne (par exemple, la connaissance de soi) et externe (par exemple, les soutiens sociaux) ;
- toute expérience d'un épisode maniaque ;
- toute idée de suicide ou toute tentative de suicide.

Question de dépistage de l'anxiété :

- Durant le mois passé avez-vous été préoccupé par des problèmes quotidiens ? Si la réponse est « oui », poser la question « Aide » ci-dessous :

Question de dépistage des problèmes d'alcool et de drogues :

- Avez-vous pris davantage de drogues ou de l'alcool que vous n'étiez supposé le faire durant l'année passée ?
- Avez-vous ressenti que vous vouliez réduire votre consommation de boissons ou de drogue durant l'année passée ?

Si la réponse à l'une ou l'autre de ces questions est « oui », poser la question « Aide » (ci-dessous).

Question « Aide » :

- Existe-t-il une chose pour laquelle vous voudriez une aide ? :

Options de réponse : Non / Oui mais pas maintenant / Oui.

Action complémentaire :

- une réponse positive à l'une de ces questions de dépistage détecte, dans la majorité des cas, le trouble concerné ;
- à une personne qui répond positivement à une question de dépistage et identifie qu'il a besoin d'aide pour régler le problème, le groupe de travail recommande que le praticien :
  - procède à un examen clinique ultérieur,
  - planifie une autre consultation ou réfère le patient à son médecin généraliste ou à une infirmière, comme approprié.

Les recommandations du *Singapore Ministry of Health* (SMoH) (13) indiquent en 2011 :

L'évaluation initiale de la dépression inclut les antécédents, l'examen du statut mental et un examen clinique :

- rechercher l'existence de maladies co-existantes ;
- établir les ressources et les soutiens disponibles ;
- évaluer le handicap de fonctionnement et déterminer les événements de vie et les facteurs de stress ;
- effectuer un examen du statut mental. Cela inclut une évaluation de la sévérité des symptômes et l'évaluation des symptômes psychotiques. Toutes les évaluations de la dépression comporteront une évaluation du risque de suicide de violence contre soi-même ou pour les autres ;
- effectuer un examen médical afin d'exclure les pathologies médicales ou chirurgicales.

Les tests d'examens de laboratoire peuvent être indiqués s'il existe une nécessité d'exclure des pathologies médicales qui peuvent entraîner des symptômes similaires (Grade D, niveau 4).

Les recommandations allemandes de Härter *et al.* (15) pour le diagnostic d'un trouble dépressif : il faut recueillir les principaux symptômes, des symptômes complémentaires (degré de sévérité), la durée et l'évolution de l'épisode dépressif (niveau de preuve B, force de la preuve IIb).

Les patients dépressifs rapportent rarement des symptômes dépressifs typiques. Ils se plaignent plutôt de ne plus être capables de dormir, de se réveiller très tôt, de perdre d'appétit, d'un manque général de d'énergie et ou de symptômes physiques, de douleur prolongée.

Pour cette raison, la présence d'un trouble dépressif ou de symptômes dépressifs doit être activement explorée (niveau de preuve 0, force de la preuve III).

Dans les troubles dépressifs, il est important de vérifier soigneusement par un examen l'existence :

- de maladies concomitantes somatiques ;
- des médicaments prescrits et des substances pouvent être accompagnées de symptômes dépressifs.

Dans les cas où les patients reçoivent seulement un traitement par psychothérapie, leur état physique doit être soigneusement vérifié (niveau de preuve 0, force de la preuve III).

Le clinicien doit évaluer cliniquement, à chaque consultation, la suicidalité de tous les patients, avec un trouble dépressif et, si nécessaire, l'explorer davantage (niveau de preuve consensus clinique, force de la preuve IV).

Les recommandations de l'*International Consensus Group on Depression* (ICGD) (19). Ces recommandations indiquent en 2010 :

Établir un diagnostic correct en utilisant des outils de dépistage et de diagnostic en association avec un examen clinique psychiatrique complet.

Évaluer la sévérité de la dépression du patient, les déclencheurs de stress actuel, les comorbidités et le risque de suicide.

► Le guide médecin

Le guide médecin de la Haute Autorité de Santé (HAS) (128) indique, en 2009, dans le bilan de l'épisode dépressif :

Rechercher chez le sujet une bipolarité qui serait passée inaperçue et qui renverrait à un autre type de traitement et s'enquérir des antécédents personnels et familiaux.

La dépression peut affecter la capacité du patient à prendre soin de lui-même, justifiant une incitation particulière à la prévention (hygiène de vie, précautions élémentaires de santé, dépistages, contraception, etc.).

La dépression peut affecter la sexualité dans plusieurs de ses aspects, justifiant une prise en charge (désir, libido, effets indésirables du traitement).

Il est possible d'évaluer le retentissement sur la qualité de vie du patient avec l'échelle d'évaluation globale du fonctionnement (voir annexe 4).

Le guide médecin (128) indique de rechercher :

- les comorbidités psychiatriques (troubles anxieux), en particulier l'existence de troubles de la personnalité qui justifie une évaluation ;
- les addictions (alcool et autres addictions) ;
- les comorbidités somatiques impliquées dans l'évolution ou les conséquences de la dépression, par exemple, les troubles vasculaires, endocriniens, en particulier l'hypothyroïdie ou les maladies neurologiques dégénératives ;
- les traitements en cours pour prendre en compte les interactions médicamenteuses, surtout en cas de prescription d'antidépresseur.

Évaluer l'environnement familial, le niveau de soutien psychosocial, l'isolement relationnel, le contexte économique et professionnel du patient.

Évaluer l'efficience cognitive du patient et ses capacités d'adaptation : niveau de contrôle interne, stratégie d'ajustement à l'adversité, capacités à demander de l'aide.

► Le bilan initial pour le patient âgé

Les recommandations britanniques du *Royal College of General Practitioners* (RCGP) (22) demande en 2014 de revoir les antécédents :

- effectuer une exploration sensible des symptômes ;
- rechercher les facteurs déclencheurs, un deuil récent ;
- des facteurs prédisposants tels que les drogues ou l'alcool ;
- revoir les médicaments (incluant les benzodiazépines et l'automédication).

Effectuer un examen de l'état mental :

- rechercher la présence de symptômes psychotiques, des pensées d'atteinte à soi-même ou des antécédents d'atteinte à soi-même ;
- utiliser le *Mini-Mental State Examination (MMSE)* ou le GP-COG dans le cas où une déficience cognitive est suspectée ;
- évaluer le risque le risque suicidaire ;
  - rechercher si des planifications de suicide ont été faites par le patient,
  - demander au patient ce qui l'empêche d'agir à partir des pensées ou des planifications.

Il est vital que le médecin explore les idées du patient et ses plans concernant la violence contre soi-même aussi bien que les facteurs qui les empêchent de réaliser leurs plans.

L'examen physique est centré sur l'examen neurologique sur la mesure de la tension artérielle et du pouls. Cela peut aider à identifier les contre-indications de certaines classes d'antidépresseurs.

Les investigations appropriées : les tests sanguins comprenant :

- une formule sanguine complète ;
- la biochimie incluant la calcémie,
- la glycémie ;
- les tests de la fonction thyroïdienne ;
- le dosage de la B12, des folates, et de la vitamine D.

Exclure un motif organique.

Comme les symptômes de la dépression peuvent être causés par une anémie, une maladie hépatique ou rénale, un diabète, l'examen clinique et les tests sanguins pertinents doivent être réalisés afin d'exclure une cause organique des symptômes du patient.

Revue de la littérature de Rodda *et al.* de 2011 (24).

Étant donné l'importance de l'association existant entre les comorbidités médicales et la dépression le premier pas important dans la prise en charge de la dépression de la fin de vie est d'exclure les facteurs responsables sous-jacents ou les facteurs qui exacerbent la dépression.

Les facteurs de risque de la dépression chez les personnes âgées peuvent être liés à des :

- facteurs physiques :
  - maladies chroniques telles que le diabète, l'insuffisance cardiaque, la bronchopneumopathie chronique obstructive, l'infarctus du myocarde,
  - maladies organiques du cerveau telles que la démence, l'accident vasculaire cérébral, la maladie de parkinson, une maladie cérébro-vasculaire, une cardiopathie ischémique,
  - maladies endocrines /métaboliques : maladies de la thyroïde, hypercalcémie, carence en B 12 et en folates,
  - un cancer, une douleur chronique, une invalidité ;
- facteurs psychosociaux :
  - isolation sociale ;
  - modification des conditions financières ;
  - être un aidant ;
  - changement du rôle social, perte du statut social ;
  - deuil et perte ;
  - difficultés à s'adapter à une maladie, à la douleur, à l'invalidité ;
  - de faibles moyens de défense contre l'anxiété et à propos de la mort ;
  - antécédent de dépression ;
  - vivre dans une institution.

Des examens par exemple, des tests sanguins de routine, peuvent être indiqués à l'état initial.

Les investigations à envisager quand une dépression est suspectée :

Réaliser :

- formule sanguine complète ;
- urée et électrolytes ;
- test de la fonction hépatique ;
- tests de la thyroïde ;
- vitamine B 12 folates ;
- glycémie à jeun ;
- profil osseux.

Les examens supplémentaires seront dictés par la présentation clinique

► **Etude de cohorte de Zimmerman *et al.*** de 2006 (359)

Le but de l'étude de cohorte non randomisée nord-américaine de Zimmerman *et al.* de 2006 était de savoir si un antécédent familial de dépression devait être considéré comme faisant partie des critères diagnostiques de la dépression (359).

Méthode

1 800 patients psychiatriques ambulatoires ont été évalués par un entretien de diagnostic semi-structuré dans le cadre d'une infrastructure d'évaluation de recherche qui a été intégré au département de psychiatrie de l'Hôpital de *Rhode Island*. Les antécédents familiaux ont été basés sur des informations fournies par le patient.

Tous les patients ont donné leur consentement éclairé, écrit. Les patients ont été interrogés par un évaluateur de diagnostic qui a administré une version modifiée de l'entrevue clinique structurée pour le DSM-IV. Tous les patients ont été questionnés sur les symptômes de la dépression. Selon les auteurs, les évaluateurs étaient hautement qualifiés et ont été suivis tout au long du projet pour minimiser les biais.

Résultats

Les données d'histoire familiale étaient disponibles pour 1 776 patients. Vingt-quatre patients n'ont pas été élevés par leurs parents et n'avaient aucune information sur les antécédents psychiatriques de leurs parents, et n'avaient pas d'autres parents du premier degré.

Les caractéristiques démographiques de l'échantillon sont présentées dans le tableau ci-dessous.

Tableau 111. Caractéristiques démographiques de l'échantillon (N=1 776) d'après Zimmerman *et al.*, 2006 (359)

Caractéristiques		N	%
Genre	Masculin	686	38,6
	Féminin	1090	61,4
Statut marital	Marié	730	41,1
	Jamais marié	546	30,7
	Divorcé	247	13,9
	Séparé	118	6,6
	Concubinage	103	5,8
	Veuvage	32	1,8
Niveau d'éducation	Inferieur au secondaire	191	10,8
	Diplômé lycée	1123	63,2
	Diplômé collège ou supérieur	462	26,0
Moyenne d'âge (SD)		37,8	12,6

Les antécédents familiaux ont été recueillis sur 9 763 parents au premier degré de 1 776 patients. Les données du tableau ci-dessous montrent la fréquence des critères de symptômes DSM-IV et les quatre variantes du critère de l'histoire de la famille.

Tableau 112. Étude des symptômes du trouble dépressif caractérisé (critères du DSM IV) et antécédents familiaux de (N = 1 776) d'après Zimmerman *et al.*, 2006 (359)

Symptômes	N	Sensibilité	Spécificité	OR	VPP	VPN
Humeur dépressive	988	92,8	82,4	60,2	84,4	91,8
Perte d'intérêt ou de plaisir	831	80,4	87,7	29,2	87,0	81,4
Perturbation de l'appétit / poids	818	68,7	77,1	7,4	75,4	70,6
Troubles du sommeil	1035	83,1	67,2	30,0	72,2	79,5
Changement psychomoteur	612	55,3	86,9	8,2	81,2	65,5
Perte d'énergie	1064	86,9	67,7	13,9	73,4	83,4
Dévalorisation / culpabilité excessive	872	75,5	78,0	10,9	77,9	75,6
Diminution de la concentration / indécision	1034	87,4	71,7	17,6	76,0	84,8
Décès / pensées suicidaires	648	57,3	84,8	7,5	79,5	66,0
Antécédent familial- un parent dépressif	851	54,2	58,5	1,7	57,2	55,5
Antécédent familial-deux parents dépressifs	302	20,2	86,3	1,6	60,3	51,4
Antécédent familial-un parent traité	731	46,5	64,3	1,6	57,2	54,0
Antécédent familial deux parents traités	227	14,9	89,4	1,5	59,0	50,6

OR : *Odds Ratio*, VPP : Valeurs prédictives positives, VPN : Valeurs prédictives négatives

La sensibilité du critère d'antécédent familial était plus faible que chacun des symptômes.

Basé sur la définition la plus large de la variable de l'histoire de la famille, la spécificité était inférieure à tous les autres symptômes. Basée sur la définition la plus étroite (deux ou plusieurs membres de la famille qui ont été traités pour la dépression), la spécificité était plus élevée que tous les critères de symptômes, bien que la sensibilité ait chuté à 15 %. Pour les quatre définitions de la variable de l'histoire de la famille, les odds ratios étaient significativement supérieurs à 1, mais inférieurs aux ratios de chacun des critères de symptômes du DSM-IV.

Commentaires : dans cette étude, les patients dont la dépression était en rémission partielle ou totale ont été inclus dans le groupe non dépressif, ce qui constitue une source de biais. De même,

les données concernant les antécédents familiaux de dépression ont été recueillies à partir d'un seul informateur, le patient ce qui peut également être une source de biais important.

Selon les auteurs, la variable des antécédents familiaux de dépression n'est pas suffisante pour être recommandée en tant que critère de diagnostic, même si cela correspond à un jugement de valeur. La méthode de vérification de l'information de l'histoire de la famille sous-estime la prévalence réelle des taux de dépression familiale d'environ 50 % par rapport à des entretiens directs des membres de la famille (361, 362).

Conclusion

Dans cette étude de cohorte de niveau de preuve 4, la sensibilité du critère d'antécédent familial de dépression était plus faible que chacune des symptômes étudiés selon les critères du DSM IV. Selon les auteurs, les antécédents familiaux de dépression ne peuvent pas être recommandés en tant que critère de diagnostic, même si cela correspond à un jugement de valeur. Le recueil des antécédents familiaux basé sur des informations fournies uniquement par le patient et le classement des patients en rémission partielle ou totale dans le groupe non dépressif peut être source de biais important. Le faible niveau de preuve de cette étude ne permet pas retenir la conclusion des auteurs.

► Avis d'auteur de DeMers *et al.,* 2014 (360)

DeMers *et al.* (360) en 2014 ont rédigé un article qui s'intéresse aux domaines d'intérêts cliniques à rechercher chez les personnes âgées souffrant de dépression. Les auteurs indiquent de :

- revoir les médicaments avec des effets secondaires dépressifs ;
- évaluer les comorbidités médicales ;
- évaluer les complications et les conséquences de la dépression (par exemple, la déshydratation, la malnutrition) ;
- évaluer et traiter de façon adéquate la douleur ;
- évaluer les tendances suicidaires (le plan, l'intention, la létalité, et l'accès à des moyens de suicide) ;
- rechercher une psychose (peut avoir besoin de médicaments ou d'hospitalisation supplémentaires) ;
- rechercher une notion de toxicomanie, de dépendance, ou de sevrage de substances psychoactives ;
- rechercher une déficience cognitive ;
- se renseigner sur le traitement préalablement reçu et son résultat auprès du patient et des membres de la famille.

Les auteurs (360) citent également des facteurs de risque pour la dépression à rechercher chez les personnes âgées :

- isolement social ; le statut de veuf, divorcé ou séparé ;
- statut socioéconomique bas ;
- le sexe féminin ;
- douleur non contrôlée ;
- présence de comorbidités ;
- insomnie ;
- déficience cognitive ;
- présence de troubles fonctionnels.

En ce qui concerne les addictions alcool et toxicomanie, des signes d'alerte et des facteurs de risque sont rapportés ci-dessous :

- célibat ;
- sexe masculin ;
- faible revenu ;

- antécédent d'alcool ou de toxicomanie ;
- peu ou pas de connexions sociales ;
- présence de douleur chronique ;
- comorbidité de dépression ou d'anxiété ;
- participation à un crime.

Chez les personnes âgées de plus de 65 ans, l'utilisation abusive d'alcool et de drogues est plus rare mais la prévalence est en augmentation. Bien qu'il existe des instruments d'aide au dépistage des troubles liés à la consommation d'alcool (tel que le questionnaire CAGE pour la dépendance et les tests d'identification des désordres liés à la consommation nocive d'alcool), le fait de demander simplement au patient son modèle spécifique de consommation d'alcool est probablement la meilleure première étape. Il peut également être nécessaire d'interroger les membres de la famille qui l'accompagnent.

Les médicaments les plus couramment consommés par les patients âgés sont les stupéfiants et les benzodiazépines. Moins de 1 % de la consommation de drogues illicites est réalisée par des personnes âgées de plus de 65 ans, mais cette proportion a beaucoup augmenté ces dernières années. La recherche de dépression chez les aidants ou fournisseurs de soins à une personne âgée, avec ou sans démence en soins primaires, peut être limitée par des facteurs de temps.

► Conclusion générale sur le bilan initial

- Pour réaliser le bilan initial de l'épisode dépressif, effectuer une anamnèse, un examen clinique et un entretien clinique (1, 11-15, 18, 19, 22, 23, 34-36, 38, 107, 128, 358) :
- Effectuer un examen clinique pour rechercher l'existence d'une maladie associée (par exemple : troubles vasculaires, endocriniens (thyroïde diabète), maladies neurologiques dégénératives, antérieures ou associées, maladies cardiaques qui, s'ils sont présents, sont à prendre en compte dans le choix du traitement).
- Apprécier le risque suicidaire, et proposer si nécessaire un plan d'action préventif, évaluer le risque de violence contre soi-même ou pour les autres.
- Rechercher la prise concomitante de médicaments, de compléments alimentaires, de produits, de phytothérapie.
- Réaliser un entretien clinique pour rechercher un trouble psychiatrique associé : une anxiété, une psychose, des troubles de la personnalité, des troubles alimentaires.
- Rechercher une consommation abusive d'alcool, médicaments, substances psychoactives, un sevrage (alcool tabac, drogues).
- Évaluer les fonctions cognitives, notamment pour les patients âgés ou ayant subi un traumatisme crânien.
- Évaluer les incapacités fonctionnelles : une décision d'arrêt de travail, ou d'aménagement des horaires de travail, la mise en place d'aides sociales, dépendent de cette évaluation.
- Rechercher les facteurs déclenchant : événements de vie positifs ou négatifs (promotion, déménagement, divorce).
- Évaluer le fonctionnement socio-professionnel, personnel et familial : les conditions de vie et le degré d'isolement social.
- Évaluer le contexte culturel des patients.
- Déterminer les facteurs de stress psycho-sociaux :

  - un deuil récent, une perte, la perte de relations personnelles significatives, de systèmes de soutien ou d'un statut économique, etc.,
  - l'existence de maltraitance actuelle ou d'abus sexuel, de maltraitance dans leurs antécédents,
  - la diminution des fonctions sensorielles physiques ou cognitives,
  - un rôle prolongé en tant qu'aidant pour un membre de sa famille ayant une maladie chronique invalidante,
  - envisager la durée et l'intensité du facteur de stress et la possibilité pour une amélioration spontanée,

- être conscient que la prévalence des facteurs de stress psychosociaux peut être plus importante dans certaines populations de patients ayant des problèmes de logement, de chômage, d'instabilité financière, un statut de travailleur immigré.

- Établir les ressources et les soutiens disponibles pour le patient.
- Recueillir si nécessaire les informations collatérales auprès de la famille ou des amis avec l'accord du patient.
- Effectuer les tests pertinents de laboratoire selon les indications de l'examen clinique, par exemple :
  - numération complète de formule sanguine ;
  - urée et électrolytes ; test de la fonction hépatique calcémie ;
  - glycémie ;
  - dosages thyroïdiens ;
  - dosage de la vitamine B 12 et des folates ; et de la vitamine D ;
  - test de grossesse chez les patientes en âge de procréer pour guider le choix de la prescription ;
  - recherche de toxiques ;
  - un ECG pour les patients âgés de plus de 40 ans.
- Informer le patient, et s'il en est d'accord son entourage, sur la nature des troubles dépressifs, les effets bénéfiques et indésirables du traitement
- Définir avec lui un projet thérapeutique qui doit obtenir son adhésion afin d'éviter les abandons de traitement et être réévalué régulièrement.
- Informer le patient, après amélioration symptomatique, et s'il est d'accord son entourage, des signes précoces de rechute.

Plusieurs consultations peuvent s'avérer nécessaire pour établir le diagnostic d'un épisode dépressif caractérisé.

Discussions du groupe de travail

Le groupe de travail a préféré retenir après discussion le terme de souffrance liée au travail par rapport au terme de « burn-out ».

Le groupe de travail a discuté de l'intérêt de donner des exemples d'un bilan biologique initial, notamment sur l'utilité de proposer un bilan thyroïdien dans le cadre d'un bilan initial. Le groupe de travail n'a pas souhaité ajouter un exemple d'examens biologiques à la phrase : « Il est recommandé de réaliser un examen clinique pour rechercher l'existence d'une maladie associée et d'effectuer les tests de laboratoire éventuels selon les indications de cet examen ».

4. Mesures générales avant d'envisager le traitement

4.1 Évaluation de l'alliance thérapeutique

4.1.1 Introduction

Ont été sélectionnées pour rédiger cette question :

- 9 recommandations :
  - du *National Health Service* (NHS) *Choices* en 2014 (168) ;
  - de l'*Institute for Clinical Systems Improvement* (ICSI) en 2013 (107) ;
  - de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) en 2012 (35) ;
  - du *Singapore Ministry of Health* (SMoH) en 2011 (13) ;
  - de l'*American Psychiatric Association* (APA) en 2010 (186) ;
  - de l'*International Consensus Group on Depression* (ICGD) de 2010 (19) ;
  - de Härter *et al.* en 2010 (15) ;
  - du *Department of Veterans Affairs* (DVA) en 2009 (18) ;
  - du *British Columbia Ministry of Health* (BCMoH) en 2008 (76) ;
- 1 étude randomisée :
  - de Bedi *et al.* de 2000 (363)
- 2 études non randomisées :
  - de Frémont *et al.* de 2008 (364)
  - de Sacks *et al.* de 2014 (365)

Les publications indiquées ci-dessous n'ont pas été retenues pour répondre à la question traitée pour les raisons suivantes qui sont parfois associées :

- Les études traitant de l'évaluation d'un traitement antidépresseur (366) ;
- Les études dont le déroulement clinique ne concerne pas le thème de la question traitée (367-374).

4.1.2 Recommandations

Les recommandations britanniques du *National Health Service* (NHS) **Choices** (168). En 2014, ces recommandations, relatives à la relation avec le patient et ses aidants, fixent pour objectifs de :

- construire une relation de confiance ;
- explorer les options de traitement dans une atmosphère d'espoir et d'optimisme ;
- fournir des informations d'un niveau approprié, incluant une information écrite, dans un langage approprié ;
- fournir des interprètes si nécessaire ;
- éviter le langage clinique sans explication ;
- s'assurer que la personne déprimée peut donner un consentement libre et éclairé, basé sur la mise à disposition d'informations claires concernant la prise en charge proposée.

Si la famille ou des aidants sont impliqués dans le soutien du patient déprimé :

- fournir une information verbale et écrite sur la dépression et sa prise en charge ;
- proposer une évaluation à l'aidant si nécessaire ;
- fournir une information sur les groupes et organisations locaux de soutien ;
- négocier entre la personne déprimée et sa famille/aidant en ce qui concerne la confidentialité et le partage de l'information ;
- les enfants, ou autre personne dépendante du patient, doivent être pris en compte et une évaluation du risque pour ses personnes doit être faite.

Les recommandations nord-américaines de l'*Institute for Clinical Systems Improvement* (ICSI) (107). En 2013, ces recommandations, concernant un plan de traitement compréhensif avec une prise de décision partagée, indiquent :

- une approche collaborative des soins est recommandée pour les patients qui ont une dépression en soins primaires (haut niveau de preuves, forte recommandation) ;
- un accord écrit, concernant le plan du traitement engageant le patient et sa famille, est recommandé (faible niveau de preuve, forte recommandation) ;
- le clinicien doit évoquer toutes les possibilités de traitement. Ces possibilités incluent les médicaments antidépresseurs et/ou les psychothérapies et les traitements de médecine intégrative (faible niveau de preuve, forte recommandation) ;
- le clinicien doit établir et maintenir un suivi du patient (faible niveau de preuve, forte recommandation).

Le modèle de soins collaboratifs

Il a été démontré pour ce modèle une amélioration de l'adhérence au traitement, de la qualité de vie du patient et de l'évolution de la dépression. Un impact bénéfique sur les coûts médicaux directs a également été montré.

La conception d'une équipe pour des soins collaboratifs implique :

- des praticiens de soins primaires qui utilisent une approche basée sur des preuves pour la prise en charge de la dépression et des outils standards pour mesurer la sévérité, la réponse au traitement et la rémission ;
- une procédure systématique pour suivre et rappeler au patient, à des intervalles appropriés, les rendez-vous avec le médecin généraliste et pour surveiller l'adhérence et l'efficacité ;
- un membre de l'équipe (rôle de gestionnaire de soins) qui utilise le système de suivi et avoir de fréquents contacts avec le patient pour fournir une éducation complémentaire, un soutien de self-management, et surveiller la réponse dans le but d'aider dans la facilitation des modifications du traitement et la prévention des rechutes ;
- une communication fréquente et régulière entre l'équipe de soins primaires et le psychiatre, la supervision clinique et les consultations directes du patient étant nécessaires.

Il y a des enjeux pour mettre en place un modèle de soins collaboratifs qui doivent être connus et pris en compte par les organisations sanitaires. Certains de ces enjeux doivent prendre en compte les points suivants :

- identifier les patients déprimés en pratique ;
- identifier la formation, l'expérience souhaitée pour les gestionnaires de soins ;
- établir les responsabilités et les limites de la pratique des gestionnaires de soins ;
- le positionnement des gestionnaires de soins (centralisés ou basé en clinique) ;
- décider du type d'interaction du gestionnaire de soins avec le patient (téléphonique ou en présentiel) ;
- déterminer le niveau de supervision des psychiatres.

Éduquer et engager le patient

Pour être efficaces, les soins, offerts pour la dépression caractérisée considérée comme une maladie, requièrent un engagement actif de chaque patient et de sa famille, et une éducation au long cours du patient, débutant au moment du diagnostic.

Souvent, le pessimisme, la faible motivation, la faible énergie, le sens de l'isolement social et la culpabilité peuvent mener à une non-adhérence du traitement.

Les sujets de l'éducation du patient doivent inclure :

- la cause, les symptômes et l'histoire naturelle de la dépression caractérisée ;
- les options du traitement et le processus pour trouver la meilleure adéquation pour un individu donné ;

- l'information de ce qui est attendu durant le déroulement du traitement ;
- comment surveiller les symptômes et les effets secondaires ;
- le protocole de suivi (consultation au cabinet et/ou contact téléphonique) ;
- la durée du traitement ;
- la communication avec l'aidant du patient.

Un patient doit planifier d'avoir des rendez-vous pendant six mois à un an. La fréquence des consultations dépend de la sévérité de la dépression.

L'éducation du patient doit inclure le diagnostic, le pronostic, et les options du traitement incluant les coûts, la durée, les effets secondaires et les bénéfices attendus.

Le soutien et l'éducation en soins primaires sont cruciaux et contribuent à un bon suivi tout au long du traitement. Cela peut aider le patient à comprendre les options et les ressources de soins disponibles en soins primaires.

Des messages importants pour l'éducation du patient et de sa famille sont :

- la dépression est une affection médicale, non un défaut de caractère ;
- le traitement est efficace pour la majorité des patients ;
- le but du traitement est la rémission – être de façon prédominante libre de symptômes ;
- la prévention de la rechute est un aspect clé de la prise en charge – pas juste devenir mieux mais également se sentir bien. Le risque de récurrence est significatif : 50 % après le 1er épisode, 70 % après deux épisodes, 90 % après trois épisodes (faible niveau de preuve) ;
- le patient et sa famille doivent être alertés tôt par les signes et les symptômes de récidive, et demander précocement un traitement si la dépression revient.

Trois types de stratégie d'engagement du patient ont un haut niveau de preuve qui soutient leur usage et qui documente leur impact positif :

- *La prise en charge du patient par lui-même* : il est important pour le patient d'envisager et d'adopter quelques responsabilités pour sa prise en charge. Ces responsabilités peuvent varier d'un simple comportement fiable pour la prise de ses médicaments et de la notification des effets indésirables au médecin à une acceptation de participer à des ateliers ou une thérapie cognitive comportementale.
- *L'activation comportementale :* la planification d'activité est une intervention comportementale de renforcement dans laquelle il est indiqué au patient d'augmenter son implication quotidienne dans des activités de loisir pour accroitre leur interaction positive avec l'environnement. C'est une intervention attractive pour le traitement de la dépression parce que c'est un concept simple, facile à indiquer et efficace. En plus, cette activation comportementale ne requiert pas de compétences complexes de la part du patient ni du médecin.
- *L'activité physique* : lors de la prescription d'une activité physique soit comme unique prescription soit associée à un traitement médicamenteux ou une psychothérapie, la complexité et les circonstances individuelles de chaque patient devant être pris en compte.

Lors de cette prescription, plusieurs mises en garde doivent être appliquées :

- anticiper les barrières (le désespoir et la fatigue peuvent rendre l'effort physique difficile) ;
- avoir des attentes réalistes (certains patients sont vulnérables à la culpabilité s'ils n'arrivent pas à réaliser la prescription) ;
- initier une activité réalisable (marcher seul ou en groupe est souvent une bonne option) ;
- accentuer l'aspect de plaisir (le choix d'une activité doit être guidée par les préférences du patient et l'exercice doit être agréable) ;
- encourager l'adhérence (un effet antidépresseur plus important est observé lorsque l'entraînement continue au-delà de 16 semaines) ; un objectif de 30 minutes d'un exercice aérobie d'intensité modérée, trois à cinq jours par semaine est recommandée globalement pour les adultes en bonne santé.

Discuter des options thérapeutiques

Partager la prise de décision est une pratique qui guide le patient, sa famille et le médecin à travers un processus solide qui prend en compte les valeurs du patient, ses priorités et ses buts dans la discussion des risques et bénéfices des options de traitement.

Les aspects centraux de la collaboration patient-médecin incluent l'exploration des préoccupations concernant le traitement antidépresseur : prendre en compte les préférences du traitement et fournir une prise en charge continue et de soutien.

Les recommandations canadiennes de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) (35). Ces recommandations indiquent, en 2012, comme points de bonnes pratiques cliniques de soins centrés sur la personne que :

Les bons soins centrés sur la personne

Il importe de tenir compte des besoins et des préférences de la personne. Une bonne communication, étayée par de l'information issue de données probantes, est essentielle pour que la personne prenne des décisions éclairées concernant son traitement.

Avec la personne qui souffre de dépression :

- établir une relation de confiance et explorer les options de traitement avec espoir et optimisme ; expliquer comment la maladie peut évoluer et faire savoir qu'un rétablissement est possible ;
- s'assurer que la confidentialité, la vie privée et la dignité sont respectées ;
- fournir des renseignements sur la dépression et ses traitements, sur les groupes d'entraide ou de soutien, et sur les autres ressources offertes ;
- être sensible aux divers contextes culturels, ethniques et religieux, et être conscient des variations possibles dans la présentation de la dépression. S'assurer que des renseignements détaillés sont accessibles dans la langue appropriée ;
- aborder le sujet de la stigmatisation et de la discrimination parfois associées à la dépression ;
- s'assurer que la personne est en mesure de donner un consentement éclairé et valable avant le début du traitement. Son consentement devrait être fondé sur des renseignements clairs, fournis verbalement et formulé dans le plan d'intervention ;
- promouvoir et expliquer l'importance de saines habitudes de vie ;
- encourager la personne à adopter des choix de vie sains, notamment une bonne hygiène du sommeil, la pratique régulière d'une activité physique, une consommation d'alcool et de caféine modérée et, si possible, aucun usage de drogues illicites.

Stratégies organisationnelles

Il paraît judicieux d'articuler l'ensemble des actions sur la base du modèle de soins chroniques qui est davantage connu et utilisé pour les maladies physiques. Ce modèle semble utile pour structurer l'organisation des soins de la dépression.
Le modèle de soins chroniques met l'accent sur les résultats cliniques (la rémission des symptômes et le fonctionnement optimal de l'individu) qui seront produits grâce aux interactions entre un patient informé, motivé et actif d'une part, et une équipe de soins formée et proactive d'autre part.

Six composantes vont influencer l'efficacité de ces interactions :

- l'organisation du système de soins ;
- les modèles de prestation de soins et services : au Québec, et sur la base de données probantes à l'appui, certains aspects qui devraient figurer dans les modèles de prestation et de services retenus sont :
  - a) bien définir les rôles et responsabilités des différents acteurs engagés dans le soin des personnes atteintes de dépression,
  - b) s'assurer d'une bonne coordination entre les professionnels,

- c) favoriser le travail en équipe et les soins en collaboration,
- d) établir un plan de traitement interdisciplinaire (au besoin), en collaboration avec les personnes atteintes de dépression,
- e) offrir un suivi régulier et proactif aux personnes atteintes,
- f) offrir les services d'un gestionnaire de cas pour les personnes ayant des besoins plus complexes,
- g) envisager d'adopter un modèle de soins par étapes ;

- le soutien à la décision clinique : les intervenants de 1ère ligne devraient pouvoir bénéficier du soutien et des conseils d'un professionnel (de 1ère ou 2e ligne) ou d'un psychiatre ;
- le soutien à l'autogestion de soins : la personne atteinte de dépression doit être habilitée et soutenue de manière à gérer sa santé et ses soins. Du temps doit être consacré à la personne pour qu'elle puisse devenir un acteur central de la prise en charge de sa maladie. Le soutien à l'autogestion de soins nets est également offert par des organismes communautaires ;
- un système d'information clinique : il serait souhaitable qu'un système d'information clinique soit disponible en version électronique ou imprimée. Il a pour fonctions [1] de permettre l'échange d'informations entre les professionnels engagés dans les soins de la personne [2] d'assurer un suivi systématique de la personne et [3] de fournir une rétroaction sur l'efficacité des interventions ;
- la communauté : les cliniciens devraient connaître les ressources disponibles dans la communauté et encourager les personnes souffrant de dépression à les utiliser au besoin.

Soins en collaboration

Les soins en collaboration sont des soins dispensés par des prestataires de spécialités, disciplines ou secteurs différents, qui travaillent ensemble à offrir de services complémentaires et un soutien mutuel. Comme dans tout partenariat efficace, des objectifs communs, un processus décisionnel bien défini et équitable et des communications ouverts et régulières sont d'une importance capitale.

Les soins en collaboration comprennent généralement deux éléments :

- le suivi proactif des patients par une équipe multidisciplinaire, habituellement composée d'un médecin généraliste et d'un gestionnaire de cas (souvent une infirmière) ;
- la supervision clinique d'un spécialiste de santé mentale (généralement un psychiatre).

Les initiatives de soins en collaboration sont plus efficaces lorsque plusieurs des stratégies pour améliorer les pratiques cliniques sont mises en place :

- l'éducation du patient et le soutien à l'autogestion des soins ;
- le suivi systématique ;
- des mesures standardisées de l'évolution clinique ;
- un registre des patients ;
- la supervision clinique ;
- le soutien à la décision clinique ;
- des soins par étapes ;
- un plan de prévention de la rechute.

- **Les recommandations du *Singapore Ministry of Health*** (SMoH) (13). Ces recommandations indiquent en 2011 :

Les points suivants doivent être réalisés (recommandation de grade A, niveau 1++) :

- éduquer le patient sur la maladie aide à clarifier des incertitudes et des fausses idées ;
- la dépression doit être expliquée comme une affection médicale qui est associée à des changements neurochimiques et du fonctionnement cérébral ;
- un suivi adéquat améliore l'adhérence au traitement, permet une surveillance étroite et une détection précoce des modifications de la maladie ;

- discuter le type et la durée du traitement. Si les antidépresseurs sont utilisés, il est conseillé d'expliquer qu'ils ne sont pas addictifs. Fournir des informations sur les différents types d'antidépresseurs disponibles et sur les possibles effets secondaires ;
- conseiller sur des modifications du mode de vie, tels que l'exercice physique et la réduction du stress.

Lorsque cela est indiqué, et avec l'accord du patient, impliquer des membres de sa famille ou des amis dans les soins de la personne qui a une dépression de manière à ce qu'il existe un soutien adapté du patient (avis d'experts).

Les recommandations nord américaines de l'*American Psychiatric Association* (APA) (186). Ces recommandations indiquent, en 2010, en ce qui concerne l'établissement et le maintien d'une alliance thérapeutique :

- une évaluation psychiatrique débute par l'établissement d'un rapport thérapeutique et le développement d'une alliance avec le patient, indépendamment de la modalité de traitement finalement choisie ;
- l'alliance elle-même peut être l'agent thérapeutique actif primaire, même chez les patients qui reçoivent une monothérapie médicamenteuse ;
- pour établir et maintenir l'alliance thérapeutique, il est important pour le praticien d'être sensible aux problèmes du patient ;
- en raison de leur état dépressif, les patients ont d'eux-mêmes une image négative. Ils peuvent se sentir indignes d'aide, embarrassés ou honteux d'avoir cette maladie, coupables d'être une charge pour sa famille et le médecin, et distants par rapport aux autres ;
- les patients peuvent également avoir une opinion négative d'expériences de traitement antérieur ou avoir des méconnaissances concernant les traitements psychiatriques, ce qui peut influencer la relation thérapeutique ;
- de tels problèmes nécessitent une discussion ouverte pour éduquer le patient sur les buts et le cadre du traitement et pour procurer un environnement d'empathie et d'échanges dans lequel le patient se sent à l'aise pour exprimer ses doutes et ses peurs, et ses autres problèmes ;
- les facteurs culturels et religieux peuvent influencer l'opinion du patient sur la maladie dépressive, sa réceptivité à un traitement psychiatrique et sa préférence aux modalités de traitement ;
- établir une alliance thérapeutique avec un clinicien d'un domaine thérapeutique différent peut constituer une difficulté supplémentaire pour certains patients.

La prise en charge de l'alliance thérapeutique doit également inclure une sensibilisation aux problèmes liés aux mécanismes de transfert et de contre-transfert, même s'ils ne sont pas directement abordés dans le traitement.

Parce que les patients ont fréquemment de fortes préférences concernant les options de traitement, le médecin doit identifier les souhaits du patient pour le traitement et collaborer avec le patient pour le choix parmi les traitements les plus effectifs.

L'adhérence au traitement peut être améliorée par la délivrance d'un soin centré sur le patient et par une forte alliance thérapeutique avec le médecin.

Les problèmes sévères ou persistants de faible alliance ou de non adhérence au traitement peuvent être causés par la symptomatologie dépressive. Ils peuvent également présenter des conflits psychologiques ou une condition psychopathologique pour lesquels une psychothérapie doit être envisagée.

Si cela est possible et approprié, la famille doit être impliquée dans les discussions concernant la maladie du patient et les plans de traitement. Lorsque les membres de la famille sont impliqués, ils peuvent être également encouragés pour avoir un rôle utile afin d'améliorer l'adhérence du traitement et soutenir l'alliance thérapeutique.

Les recommandations de l'*International Consensus Group on Depression* (ICGD) (19). Ces recommandations indiquent, en 2010, en ce qui concerne l'alliance thérapeutique et l'éducation du patient :

Durant la visite initiale, le médecin doit établir une relation de collaboration positive avec le patient et sa famille, et les éduquer sur la dépression, son traitement et les objectifs du traitement.

Le patient a besoin d'être conscient que la dépression est une affection chronique qui dure souvent toute la vie et qui doit être prise en charge en conséquence.

Le patient a également besoin d'être informé sur :

- les options du traitement, particulièrement des antidépresseurs, incluant les potentiels effets secondaires ;
- les interactions inter-médicamenteuses ;
- le fait que les antidépresseurs ont besoin d'être pris quotidiennement, durant deux à quatre semaines pour ressentir un effet ;
- l'importance de prendre le médicament prescrit, de ne pas interrompre le traitement sans en informer le médecin. Ce traitement doit être pris sans tenir compte d'une amélioration symptomatique ;
- la planification d'activités agréables, une recommandation pouvant être utile ;
- le médecin doit répondre immédiatement à toute inquiétude du patient concernant la prise de ses médicaments, telle que la crainte d'avoir des effets secondaires, de développer une dépendance aux médicaments ou de prendre des médicaments en général ;
- la description du plan de suivi ;
- le fait de rassurer le patient que tout problème qui surviendra au cours du traitement sera pris en compte de façon appropriée ;
- le fait que les patients perçoivent l'attention du médecin lorsqu'ils lui posent des questions et qu'il existe un effet réciproque sur la volonté du patient pour coopérer aux conseils de traitement du médecin ;
- l'attitude du médecin qui doit être celle de la compréhension, de la compassion, du soutien et de l'écoute ;
- le développement de l'alliance thérapeutique qui aide à améliorer l'adhérence du patient au traitement, la qualité des soins et, globalement, l'évolution.

Les recommandations allemandes de Härter *et al.* (15). Ces recommandations indiquent en 2010 en ce qui concerne l'initiation du traitement :

Le fondement d'une coopération du patient, particulièrement lorsque le traitement vient juste de débuter, est :

- la création d'une relation stable entre le soignant et le patient ;
- la mise à disposition d'information personnalisées et compréhensibles ;
- et la mise à jour régulière des informations.

Les patients déprimés doivent être informés sur les symptômes, l'évolution de la maladie et le traitement de la dépression. Lorsque cela est approprié et si le patient est d'accord, cela s'applique également à sa famille (niveau de preuve A, force des preuves IV).

Les services psychosociaux pour le patient et leur proches/famille doivent être fournis comme une aide supplémentaire utile dans le contexte d'une stratégie globale de traitement, de manière à améliorer le niveau d'information, l'acceptation et la bonne volonté du patient à coopérer (niveau de preuve B, force des preuves Ib-Ia).

Les patients et ses proches doivent recevoir des informations concernant les groupes d'aide au patient et les groupes pour les membres des familles. Ils doivent être encouragés à participer à de tels groupes, si besoin (niveau de preuve A, force des preuves IV).

Lors de la mise en route d'un traitement antidépresseur, le patient doit être informé en totalité des possibles effets indésirables, de la possible période de latence et la durée du traitement (niveau de preuve est un consensus clinique, force de la preuve IV).

Les sujets importants qui doivent être abordés lors de la consultation sont :

- reconnaître et éliminer les préoccupations liées aux antidépresseurs (par exemple, le développement d'une addiction, d'une tolérance, modification de la personnalité) ;
- expliquer les mécanismes biologiques de l'action ;
- expliquer la période de latence ;
- expliquer les possibles effets indésirables ;
- donner les raisons pour la durée du traitement (niveau de preuve force de preuve IV).

Il peut être avantageux d'inclure les membres de la famille ou des groupes d'entraide lors de la mise en route du traitement.

Des explications détaillées et une surveillance rapprochée (hebdomadaire) sont recommandées durant les quatre premières semaines dans le but d'améliorer la coopération et l'adhérence du patient (niveau de preuve est un consensus clinique, force de la preuve IV).

Les recommandations nord-américaines du *Department of Veterans Affairs* (DVA) (18). Ces recommandations indiquent, en 2009, en ce qui concerne la décision partagée et l'autogestion :

Décision partagée et plan de traitement

Une prise de décision sur la base d'informations est une collaboration entre le patient et le soignant pour aboutir à un accord sur la décision du professionnel de santé. La prise de décision informée explique la maladie, souligne les options de traitement et guide le patient pour ce qu'il doit envisager pour sa santé.

Avant l'initiation du traitement, le soignant donne au patient les informations qui vont l'aider à prendre les décisions concernant les options de traitement. La discussion doit inclure les points suivants :

- décrire la probabilité de l'évolution des différents traitements ;
- discuter ce qui est personnellement important en ce qui concerne les risques et les bénéfices de chaque option ;
- encourager le patient à participer dans les décisions concernant ses soins médicaux ;
- souligner qu'il n'y a pas de réponse médicale qui soit exacte pour toutes les personnes et que les décisions qui seront plus utiles pour un patient donné dépendent souvent des préférences et des valeurs du patient.

Les recommandations sont :

- les patients doivent avoir des informations qui sont raisonnables pour eux sur les options de leur traitement ;
- les patients doivent être informés sur les risques et les bénéfices de chaque option de traitement ;
- les patients doivent être évalués pour leur compréhension des implications de leur choix.

Psychoéducation et self-management

Les recommandations sont :

a) Une psychoéducation doit être faite chez toute personne qui a une dépression et ce, à tout niveau de sévérité et dans tous les lieux de soins. Elle doit être fournie verbalement et avec des supports d'éducation écrits (*recommandation de grade I*).

b) Il doit y avoir une éducation sur la nature de la dépression et des options de son traitement. Elle doit inclure les points suivants (*recommandation de grade I*) :

- la dépression est une affection médicale et non un défaut de caractère ;

- une éducation sur les causes, les symptômes et l'histoire naturelle de la dépression caractérisée ;
- le traitement est souvent efficace et c'est la règle plutôt que l'exception ;
- le but du traitement est la rémission complète, ce qui peut nécessiter l'essai de plusieurs traitements ;
- le traitement de la dépression peut permettre de réduire l'invalidité physique et une vie plus longue ;
- l'éducation sur les diverses options de traitement, incluant les avantages et les inconvénients de chaque, les effets secondaires, à quoi s'attendre durant le traitement et la durée du traitement.

c) Quand une pharmacothérapie antidépressive est utilisée, les messages clés suivants doivent être donnés pour améliorer l'adhérence au traitement (recommandation de grade B) :

- les effets secondaires précèdent le bénéfice thérapeutique, mais typiquement s'atténuent avec le temps alors que les bénéfices augmentent ;
- une légère augmentation des idées suicidaires dans le 1er mois peut apparaître et les patients doivent contacter leur soignant si cela se produit ;
- un traitement efficace implique souvent des ajustements de médicament et/ou de dosage dans le but de maximiser la réponse, tout en minimisant les effets secondaires ;
- la plupart des personnes ont besoin d'être sous médicament pour au moins six à 12 mois après une réponse adéquate ;
- habituellement cela prend deux à six semaines avant qu'une amélioration soit observée ;
- continuer de prendre le traitement même après s'être senti bien ;
- ne pas arrêter de prendre le médicament sans une discussion préalable avec le soignant.

d) L'éducation ciblée sur l'adhérence du traitement doit être focalisée sur les points suivants (*recommandation de grade I*) :

- éducation sur le risque de rechute en général, essentiellement sur le fait que le risque de rechute est élevé, particulièrement lorsque la fréquence des épisodes précédents augmente ;
- éducation sur comment monitorer les symptômes et les effets secondaires ;
- éducation sur les signes et symptômes précoces de rechute ou de récurrence, avec des encouragements à réclamer le traitement tôt, an cas où ces signes ou symptômes apparaissent.

e) Un but majeur de l'utilisation de stratégies d'autogestion est de d'améliorer l'engagement actif du patient dans son traitement. Une stratégie commune permet au patient de sélectionner un ou deux but(s) d'autogestion à atteindre, dans un délai fixé durant le traitement.

L'éducation doit incorporer les principes de l'autogestion et peut inclure des informations et buts associés à *:*

- la nutrition : la plupart des patients avec une dépression caractérisée n'ont pas une alimentation équilibrée. L'opinion des experts suggère que l'alimentation doit être incluse dans le contenu thérapeutique. Cependant, il n'y a pas de preuve robuste indiquant que l'amélioration de l'alimentation influence l'issue du traitement (recommandation de grade I) ;
- l'exercice : la dépression caractérisée est associée à un niveau faible d'exercice. Il existe des preuves fortes que l'exercice a souvent un effet antidépresseur significatif (recommandation de grade B) ;
- la bibliothérapie (l'usage de textes pour s'aider) : elle peut être utile aux patients pour comprendre leur maladie et développer des compétences d'autogestion. Des programmes guidés d'autogestion, qui implique un comportement cognitif ciblé et un contrôle intermittent par un professionnel de santé, sont significativement plus efficaces que l'absence de traitement contrôlé et aussi efficace que des thérapies selon un mode plus traditionnel (exemple : thérapie cognitivo-comportementale individuelle ou de groupe) (recommandation de grade B) ;
- l'hygiène du sommeil : les patients avec une dépression caractérisée ont souvent des problèmes substantiels de sommeil incluant insomnie, hypersomnie et troubles du maintien du

sommeil. L'éducation concernant une hygiène appropriée du sommeil doit être inclus pour tout patient présentant un trouble du sommeil (recommandation de grade I) ;
- l'usage du tabac : la consommation de tabac a été démontrée comme ayant un impact sur la guérison de la dépression. Par conséquent, les patients qui sont traités pour dépression doivent être conseillés de s'abstenir jusqu'à la rémission de leur symptômes. Un traitement de la dépendance à la nicotine doit être envisagé chez les patients traités pour une dépression (recommandation de grade I) ;
- la consommation de café : l'opinion des experts suggère que la consommation excessive de caféine peut exacerber certains symptômes de la dépression tels que les troubles du sommeil ou les symptômes anxieux (recommandation de grade I) ;
- la consommation et l'abus de l'alcool : il est démontré que la consommation d'une faible quantité d'alcool a un impact sur la guérison de la dépression. Par conséquent, il est conseillé aux patients traités pour dépression de s'abstenir, jusqu'à ce que leurs symptômes soient en rémission (recommandation de grade I) ;
- activités de loisir : l'activation comportementale (des activités planifiées systématiquement et contrôlées de loisir ou de renforcement) ont des effets antidépresseurs significatifs (recommandation de grade B).

f) Les stratégies psychoéducatives doivent être incorporées dans un protocole de traitement organisé et structuré, qui implique un contrôle structuré et systématique de l'adhésion et de la réponse au traitement ainsi que des stratégies d'autogestion (recommandation de grade B).

Les recommandations canadiennes du *British Columbia Ministry of Health* (BCMoH) (76).

Ces recommandations indiquent en 2008 en ce qui concerne l'autogestion, la relation avec le patient et sa famille ; les informations du patient et de sa famille :

Autogestion et soins primaires

L'autogestion est un but important pour le médecin, le patient et sa famille, lors de l'adaptation au cours d'une dépression.

L'autogestion existe lorsqu'une personne développe les connaissances et aptitudes pour avoir un rôle actif dans une prise en charge performante de sa maladie mentale avec le soutien de sa famille, ses proches, le médecin et d'autres services apportant un soutien, si cela est approprié et disponible.

Les aptitudes d'autogestion prennent du temps pour être développées et nécessitent d'être vérifiées par le médecin, avec le patient et sa famille.

Les patients et leur famille, ayant de fortes aptitudes d'autogestion, tendent à avoir une meilleure évolution de leur pathologie, incluant des symptômes moins intenses, moins de rechutes et une meilleure qualité de vie pour la patiente et les personnes impliquées.

Le médecin, le patient et leur famille peuvent utiliser une liste de contrôle de l'autogestion (tableau ci-dessous) pour les aider à s'assurer que les aspects clefs de l'autogestion et de soutien associé sont inclus dans le plan de gestion du patient.

Tableau 113. Liste de contrôle du plan d'autogestion d'après le *British Columbia Ministry of Health*, 2008 (76)*.

Il y a une relation de travail positive entre le patient, le médecin et sa famille ?
Il y a une relation positive de travail avec d'autres services ou fournisseur de soutien ?
Le patient est activement impliqué dans le traitement et le processus de gestion ?
La famille est activement impliquée dans le traitement et le processus de gestion ?
Le patient et sa famille ont accès à des informations de haute qualité concernant :
- la nature du trouble diagnostiqué, les symptômes et l'évolution attendue ?
- les options de traitement effectif et de gestion ?
- les ressources additionnelles et les supports ?
Le patient et sa famille ont une bonne compréhension du trouble diagnostiqué ?
Les options de traitement effectif et de gestion ont été passées en revue avec le patient et sa famille ?
Un plan de gestion effectif qui inclut la prévention de rechute et la gestion d'une crise a été développé en consultation avec le patient et sa famille ?
Le patient et sa famille savent comment surveiller les symptômes et l'évolution au cours du temps ?
Il y a un temps réservé durant la consultation pour aborder les problèmes du patient et de sa famille avec le médecin ?
Comme nécessaire, des consultations sont programmées avec le patient et sa famille pour vérifier et modifier le plan de gestion ?
Le patient et sa famille apprennent et mettent en pratique comment :
- Utiliser quotidiennement les aptitudes de gestion pour maintenir ou augmenter les progrès ?
- Identifier les *lapses* (défaillances ? traduire par le GT) et les rechutes des symptômes ?
- Prévenir ou répondre aux *lapses*, rechutes et crises ?
- S'engager dans des comportements d'autogestion et dans des choix de mode de vie sain ?
Les membres de la famille sont dépistés pour leurs propres problèmes de santé incluant la santé mentale et l'abus de substances ?
Le patient et sa famille ont été adressés pour un soutien communautaire supplémentaire à des services ou institution qui sont concordants avec leurs besoins d'information et de gestion ?

*Pour chacune de ces questions la réponse proposée est OUI ou NON.

Relation avec le patient et sa famille

De bonnes relations sont caractérisées par une communication claire et une approche collaborative qui aide le patient, la famille et le médecin à agir dans des buts communs.

Une alliance positive entre le médecin, le patient et sa famille est importante pour plusieurs raisons :

- Trois quarts des personnes ont un soin de santé mentale en médecine générale ;
- Une relation de travail peut interférer avec les capacités du patient, manager leur pathologie et peut même occasionner l'arrêt du traitement.
- Des preuves ont montré que le premier contact entre le médecin, le patient et sa famille est spécialement important pour construire une bonne alliance thérapeutique.

- Il peut être plus important de travailler à la construction d'une alliance positive durant les premières consultations, même si le traitement est un peu retardé.

Tableau 114. Conseils rapides : création de l'alliance selon les recommandations du *British Columbia Ministry of Health*, 2008 (76)

Si le patient est adressé lors d'une hospitalisation, s'organiser pour voir le patient et sa famille avant la sortie.
Si le patient est adressé par un autre professionnel ou un ami, impliquer cette personne dans le contact initial avec le patient et avec la famille du patient.
Fournir des informations précises concernant la confidentialité, les droits et comment l'information est partagée avec la famille et d'autres professionnels ou institutions sanitaires.
Encourager un échange régulier et ouvert de l'information.
Inclure du temps durant la consultation pour aborder les problèmes du patient et de sa famille, même si ce n'est pas jugé comme étant une priorité clinique.
Partager avec le patient et sa famille les preuves montrant qu'ils peuvent effectivement gérer les symptômes de la maladie mentale ou d'abus de substances avec des ressources et des soutiens appropriés.
Mettre en relation le patient et sa famille avec d'autres institutions pour une assistance pratique ou des aides dont ils ont besoin (exemple : financières, logement, éducatif, professionnelles, répit).
Fournir une assistance si le patient est peu disposé ou incapable de venir au rendez-vous au cabinet.
Utiliser les visites comme des opportunités pour poursuivre l'éducation concernant la maladie et la gestion effective.

L'implication active améliore l'évolution : afin de maximiser l'évolution favorable, le patient et sa famille ont besoin d'être impliqués dans les processus d'identification et de gestion de problème. L'implication active est associée à une meilleure évolution du patient et de sa famille pour l'adaptation à ses problèmes communs.

Impliquer la famille : il y a des preuves qu'une implication active de la famille dans le processus de traitement peut avoir des effets bénéfiques spécifiques sur l'évolution de la santé, incluant une meilleure adhérence au traitement, une amélioration du fonctionnement du patient, une amélioration du bien-être de la famille, peu de rechute et un pronostic globalement meilleur.

Les plans de gestion habituellement incluent certaines formes de soutien du patient dans sa vie quotidienne. La famille a besoin d'être directement impliquée parce qu'elle est typiquement le fournisseur principal de ces types de soutien incluant :

- soutien émotionnel et aide pour la résolution de problèmes ;
- assistance dans les activités de la vie quotidienne (exemple : courses alimentaires, exécution d'une prescription) ;
- avoir un lieu stable et sécurisé ou rester si besoin ;
- encouragement pour les soins personnels élémentaires (s'alimenter régulièrement, hygiène, etc.) ;
- encourager le patient à entreprendre des actes d'autogestion ;
- être une personne contact à appeler en cas de situation à haut risque ou de moment de stress ;
- être positif en ce qui concerne la gestion des « hauts et des bas », ainsi un incident ne sera pas une rechute ;
- accès à des informations pour le patient et sa famille ;

- accéder à des informations est une composante essentielle de la gestion effective pour le patient et sa famille.

Les bénéfices de l'éducation

Initier une éducation au cours de la 1ère consultation. Les bénéfices au fil du temps incluent :

- une connaissance améliorée du trouble et de ses symptômes ;
- des compétences interpersonnelles améliorées ;
- une baisse des taux de rechute ;
- un raccourcissement de la durée d'hospitalisation pour les patients qui nécessitent un traitement en hospitalisation ;
- une meilleure communication parmi les concernés.

L'éducation et l'accès à l'information peuvent aider le patient et sa famille avec :

- le maintien d'une estime de soi et un sens de controle de la direction de leur vie ;
- une réduction du sens de la stigmatisation ou de la honte, étant donné que ces problèmes sont communs ;
- la compréhension des symptômes ou expériences difficiles ;
- la gestion des émotions associées à l'annonce du diagnostic, les options de traitement et l'impact sur leur vie ;
- l'identification et la modification des réponses d'adaptation bien intentionnées mais qui ne produisent pas d'aide.

Les besoins d'information du patient et de sa famille

Le patient et sa famille ont typiquement besoin de savoir :

- le nom et les symptômes des troubles diagnostiqués ;
- le pronostic et l'évolution attendue des troubles ;
- les options de traitement efficace incluant avantages et inconvénients, coût, taux de succès, etc. ;
- les compétences d'autogestion ;
- ce que peut faire la famille et les amis pour aider ;
- comment prévenir les défaillances et les rechutes ;
- comment répondre aux défaillances et aux rechutes ;
- comment répondre aux crises ;
- les aptitudes de gestion du stress.

Comprendre comment prendre soin de soi et le mode de vie sont associés à la santé et au bien-être (exemple : alimentation, exercice, drogues et alcool).

Le patient et sa famille auront typiquement des besoins d'information concernant des problèmes spécifiques et requièrent des conseils pratiques et des conseils de résolution de problèmes. Les exemples communs incluent :

- les comportements psychotiques ;
- les attaques de panique ;
- les envies d'abus de substance ;
- les reprises et rechutes d'abus de substance ;
- les comportements et pensées suicidaires ;
- les difficultés à sortir de son domicile ou à quitter le lit ;
- les comportements à risque ou dangereux ;
- comment préserver ou retrouver le fonctionnement social, à domicile, scolaire et/ou professionnel ? ;
- que faire pendant que le patient est en attente de ressources supplémentaires ? ;
- comment avoir une aide rapide durant les périodes difficiles, les crises et les urgences ?

4.1.3 Études randomisées

Étude de Bedi *et al.* de 2000 (363)

Cette étude randomisée incluant 323 patients qui ont une dépression caractérisée, recrutés en soins primaires, publiée en 2000 par Bedi *et al.* (363), évalue si les patients qui choisissent leur traitement (i) se portent mieux, (ii) ont une satisfaction différente de ce traitement comparativement aux patients qui ne choisissent pas leur traitement.

Méthode

Les patients sont recrutés dans des centres de soins primaires au Royaume-Uni avec les critères d'inclusion suivants : âge de 18 à 70 ans, un diagnostic de dépression caractérisée établi selon les *Research Diagnostic Criteria*. Les critères d'exclusion sont : une psychose, une dépression post-natale, un deuil récent, un alcoolisme ou un mésusage médicamenteux ou des idées suicidaires. Le *Beck Depression Inventory* et le *Short Form-36* sont complétés.

Les patients sont répartis en quatre groupes selon que le traitement (antidépresseur ou consultations de soutien) est randomisé ou prescrit selon leur préférence.

Les *Research Diagnostic Criteria*, le *Beck Depression Inventory* et le *Short Form-36* sont complétés à huit semaines.

Le critère principal de jugement est la rémission qui est définie selon le score au *Beck Depression Inventory* à l'inclusion dans l'étude. Si ce score est <20, la rémission est définie par un score <10. Si ce score >20, la rémission est définie par un score<20.

Résultats

Le traitement a été randomisé chez 103 patients (52 soutien et 51 sous antidépresseur) et choisi par 220 patients (140 soutien et 80 sous antidépresseur).

Ces trois groupes de patients (140 ; 80 et 103) n'étaient pas différents en termes de moyenne d'âge (variant de 36 à 38 ans), d'âge de début de la dépression (variant de 30,3±11,8 à 31±15 ans), de score moyen de *Beck Depression Inventory* (variant de 25,4±9,4 à 27±7,9). Dans ces trois groupes de patients, la distribution des patients selon les stades de sévérité – léger, modéré, sévère ou stade de sévérité inconnu – était différente (p=0,004) : dans le groupe « antidépresseur de préférence », la fréquence de ces stades était de 12 %, 78 % et 10 %. Dans le groupe de préférence « consultation de soutien », ces fréquences étaient respectivement de 32 %, 62 %,4 % et 2 %. Dans le groupe « traitement randomisé », ces fréquences étaient respectivement de 22 %,63 %,11 % et 4 %.

La visite de suivi a été réalisée chez 78 des 103 patients qui ont eu un traitement randomisé et chez 137 patients qui ont eu le traitement de leur préférence.

La satisfaction du patient pour son traitement est peu influencée par le fait que le traitement ait été randomisé ou choisi par le patient.

Il y a peu de différence entre les groupes, bien qu'il y ait certains éléments indiquant que les patients qui ont un traitement antidépresseur randomisé sont moins satisfaits que lorsque ce type de traitement est la préférence du patient.

Les patients qui ont choisi l'accompagnement de soutien ont suivi plus de sessions que ceux pour lesquels ce type de traitement a été randomisé.

Conclusion

Les auteurs concluent que ces résultats ne confirment pas plusieurs hypothèses qui sont formulées en ce qui concerne le traitement le plus approprié dans la dépression.

C'est une étude de niveau de preuve 4.

4.1.4 Études non randomisées

Enquête de Frémont *et al.,* 2008 (364)

Cette enquête réalisée en France incluant 598 patients et 110 médecins généralistes, publiée par Frémont *et al.* en 2008 (364), a pour objectif de caractériser la relation médecin-patient en se basant sur leur ressenti par rapport à la maladie et à sa prise en charge.

Méthode

Parmi 300 médecins généralistes (échantillon représentatif selon l'âge, le sexe et la région d'exercice), l'étude est proposée à ceux qui consultent au moins cinq patients déprimés par semaine. Chaque médecin doit inclure trois à huit patients. La période d'inclusion était de 15 jours durant lesquels les médecins devaient proposer l'enquête à tous leurs patients, pour lesquels ils avaient porté eux-mêmes le diagnostic de dépression au cours des trois mois précédents.

Le médecin et le patient remplissent un questionnaire en miroir, le volet patient est anonymisé.

Des groupes homogènes de couples patient-médecin sont identifiés par une analyse factorielle en composantes multiples, puis par une classification mixte.

Résultats

Au total 110 médecins ont inclus au moins un patient. Les 598 patients sont âgés en moyenne de 51 ans (61 % ont entre 31 et 65 ans). Il s'agissait d'un 1er épisode dépressif pour 340 patients, d'une rechute de moins de sept ans pour 133 patients, d'une rechute de plus de sept ans pour 116 patients et d'une dépression sévère pour 112 patients.

Concernant la relation thérapeutique, 95 % des médecins estiment que la qualité relationnelle participe de manière efficace à la rémission. Les deux tiers des médecins s'estiment bien informés sur la façon de gérer la relation thérapeutique avec un patient déprimé et 88 % trouvent ce sujet intéressant ; ainsi, un quart des médecins sont intéressés mais se sentent insuffisamment informés.

L'annonce du diagnostic : le nombre moyen de consultation avant l'annonce du diagnostic est de 1,8 et, dans plus de la moitié des cas, cette annonce est faite lors de la 1ère consultation. L'annonce du diagnostic est déclaré difficile par les médecins dans 15 % des cas. Les patients considèrent dans 47 % des cas que le médecin a pris son temps, lors de la consultation d'annonce, le mot de dépression ne survenant qu'après un processus de discussion. Au total, 40 % des médecins déclarent avoir pris leur temps pour annoncer le diagnostic.

Le traitement : le nombre moyen de consultations avant la mise en place d'un traitement est de 1,8. Dans plus de la moitié des cas, le traitement est prescrit dès la première consultation.

La relation thérapeutique est généralement de bonne qualité d'après les auteurs : 64 % des patients déclarent attendre beaucoup de leur médecin et de leur traitement, 69 % estiment que le médecin s'appuie sur eux pour la guérison et 60 % pensent que le médecin et le patient participent au résultat.

Il y a quatre types d'alliance thérapeutique. Cette typologie correspond à une typologie de binômes médecin-patient et d'alliance thérapeutique et non à un effet lié au profil du médecin, car, seuls 19 % se retrouvent dans un seul type de relation, 81 % des médecins sont impliqués dans deux, trois ou quatre types de relation.

Alliance clinique (38 %) : me diagnostic et le traitement sont acceptés sans difficulté (prescription, souvent dès la première consultation, acceptée sans difficulté par le patient). Le patient ne demande pas plus de temps au médecin ; la relation est plutôt clinique, sans effet excessif, avec une confiance du patient ; et les deux partenaires sont satisfaits de la prise en charge globale.

Alliance fusionnelle ou thérapeutique (27 %) : cette relation peut être définie comme une relation « d'empathie bénéfique ». Le diagnostic et le traitement sont acceptés sans difficulté. Le patient a

beaucoup d'attentes et le médecin doit le rassurer mais sans que cela ne pèse, car il se sent dans une véritable relation de partenariat. La transparence est une clé de voûte de leur relation et les deux partenaires sont satisfaits de la prise en charge.

Alliance de raison (18 %) : c'est une relation qui vient à bout des difficultés et des réticences. L'annonce du diagnostic est souvent mal acceptée par le patient, qui ne le pressentait pas. Le patient étant réticent à reconnaître sa pathologie, le médecin doit faire des examens cliniques préalables ; le traitement est mis en place plus tardivement et il est également difficilement accepté par le patient. Néanmoins, ressentant un médecin proche de ses préoccupations et qui prend son temps pour l'écouter, le patient est, au final, satisfait de la prise en charge et un relationnel de bonne qualité se crée.

Alliance difficile (17 %) : elle signe un échec de la relation. Le diagnostic est difficile à énoncer pour le médecin et difficile à accepter pour le patient. Le traitement est prescrit tardivement, changé plus souvent qu'habituellement, avec une difficulté pour le médecin à parler des effets indésirables et un tâtonnement perçu par le patient. La relation est plus conflictuelle. Le médecin ne se sent pas dans une relation de partenariat, il cache des choses à son patient, en particulier ses hésitations. Le patient cache également des choses à son médecin. Il perçoit un manque de transparence, reproche au médecin de n'être pas proche de ses préoccupations, de ne pas prendre le temps de l'écouter, de ne pas être disponible. Au final, le médecin est fréquemment insatisfait de la prise en charge et se sent en impasse.

Conclusion : sur les données observées d'après cette enquête, les médecins généralistes mettent en avant l'importance de la relation thérapeutique avec le patient déprimé, fondée autant que possible sur la transparence et le partenariat et dont la qualité est garante d'une bonne observance thérapeutique. C'est une étude de niveau de preuve 4.

Étude de Sacks *et al.,* de 2014 (365)

Cette étude rétrospective incluant 5 253 patients qui ont une dépression caractérisée, recrutés en soins primaires aux États-Unis est publiée en 2014 par Sacks *et al.* (365). Elle a pour objectif d'évaluer la relation entre l'activation du patient, la réponse au traitement et la rémission.

Méthode

Les patients sont recrutés dans des centres de soins primaires aux États-Unis avec les critères d'inclusion suivants :

- âge ≥18 ans ;
- un score au *Patient Activation Measure* en 2011 ;
- un score de PHQ-9≥10 en 2011 ;
- et un score au *Patient Health Questionnaire*-9 en 2012.

Le diagnostic de dépression et de sa sévérité est établi selon les critères du DSM-IV en se basant sur le score au *Patient Health Questionnaire*-9 :

- un score<5 représente l'absence de dépression ;
- un score ≥ 10 ou 15 ou 20 représente respectivement une dépression modérée, modérément sévère et sévère.

Les critères de jugement principaux sont la réponse au traitement (une baisse ≥ 50 % du score de PHQ-9) et la rémission (un score de PHQ-9 <5) mesurées un an après le PHQ initial.

L'activation du patient est mesurée uniquement à l'inclusion du patient dans l'étude par le *Patient Activation Measure* (échelle comportant 13 items, score total de 0 à 100) qui, selon les auteurs, permet une mesure de la connaissance du patient, sa compétence et sa confiance dans la gestion de sa santé.

Elle est considérée en quatre niveaux d'activation croissante, allant de la passivité du sujet en ce qui concerne sa santé (niveau 1) à une attitude proactive pour sa santé (niveau 4).

Résultats

Les 5 253 patients ont une dépression :

- modérée dans 53,5 % (n=2 811) ;
- modérément sévère dans 30,4 % (n=1 597) ;
- ou sévère dans 16,1 % (n=845).

Leur âge est de 18 à 35 ans dans 28 %, 36 à 50 ans dans 33,5 %, 51 à 65 ans dans 28 % et supérieur à 65 ans dans 10,6 %. Ces fréquences de classe d'âge, avec une majorité de patients âgés de 36 à 50 ans, sont similaires dans les différents groupes de sévérité de la dépression.

Chez les 5 253 patients, la modification moyenne du score de PHQ-9 et de -5 points, la fréquence de rémission de 24,7 % et de réponse au traitement de 40,7 %.

Ces valeurs sont respectivement de :

- -3,2 ; 28,8 % et 39,1 % en cas de dépression modérée ;
- -6,4 ; 22,9 % et 43,8 % en cas de dépression modérément sévère ;
- -8, 6, 14,2 % et 40,5 % en cas de dépression sévère.

Tableau 115. Analyse bivariée du niveau de PAM en 2011 et de l'évolution, de la dépression en 2012, stratifié par la sévérité de la dépression en 2011 chez 5253 patients déprimés d'après Sacks *et al.*, 2014 (365)

PAI à l'inclusion	Changement du score de PHQ-9	Rémission de la dépression (%)	Réponse de la dépression (%)
Patients déprimés (n=5253)			
PAM 1 (14,9 %)	4,4	16,5	33,6
PAM 2 (18,5 %)	4,6	20,5	36,9
PAM 3 (40,6 %)	5,2	25,2	40,9
PAM 4 (26,3 %)	5,5***	31,4***	47,1***
Dépression modérée (n=2811)			
PAM 1 (11,9 %)	2,4	21,8	33,1
PAM 2 (18,1 %)	3,3	25,7	36,3
PAM 3 (41,5 %)	3,2	28,5	38,1
PAM 4 (28,4 %)	3,4	34,2***	44,8***
Dépression modérée-sévère (n=1597)			
PAM 1 (16,7 %)	5,2	15,4	35,6
PAM 2 (18,0 %)	5,3	17,7	39,9
PAM 3 (40,0 %)	6,8	24,7	45,5
PAM 4 (25,2 %)	7,4***	28,8***	49,1**
Dépression sévère (n=845)			
PAM 1 (19,9 %)	7,2	7,7	31,6
PAM 2 (20,4 %)	7,5	9,9	33,7
PAM 3 (38,7 %)	8,9	14,1	41,9
PAM 4 (21,1 %)	10,7***	24,7***	52,8***

PAM 1 : *Patient Activation Measure* niveau l, le plus faible ; PAM 2 : *Patient Activation Measure* niveau 2 ; PAM 3 : *Patient Activation Measure* niveau 3 ; PAM 4 : *Patient Activation Measure* niveau 4, le plus élevé.

En cas de dépression modérée, les patients qui ont un niveau d'activation maximal (PAM niveau 4) ont une probabilité de rémission environ deux fois plus élevée (OR=1,98), comparativement à celle des patients qui ont un niveau d'activation le plus faible (PAM niveau 1).

En cas de dépression sévère, cette probabilité est respectivement environ quatre fois plus élevée (OR=3,98).

Conclusion

Cette étude rétrospective suggère avec un très faible niveau de preuve que le Patient Activation Measure peut être un prédicteur de l'évolution d'une dépression, incluant la rémission et la réponse au traitement. Selon les auteurs, cette relation semble être importante en cas de dépression sévère.

Cependant, cette étude comporte des limites méthodologiques non négligeables : le recueil uniquement à l'inclusion du *Patient Activation Measure* ; la non prise en compte d'autres facteurs qui influencent l'évolution de la dépression (par exemple, le traitement, la fréquence du suivi) ; l'absence de certitude sur le recueil concomitant du score du *Patient Health Questionnaire* et du *Patient Activation Measure* à l'inclusion ; l'absence d'analyses de sensibilité. C'est une étude de niveau de preuve 4.

4.1.5 Conclusion générale sur l'alliance thérapeutique

Différents facteurs liés à un épisode dépressif caractérisé peuvent conduire à une non-adhésion du traitement :

- le pessimisme ;
- la faible motivation ;
- la faible énergie ;
- le sens de l'isolement social ;
- la culpabilité ;
- ou une opinion négative d'expériences de traitement antérieur ou avoir des méconnaissances concernant les traitements psychiatriques.

Développer l'alliance thérapeutique aide à améliorer l'adhésion du patient au traitement, la qualité des soins et, globalement, l'évolution.

Pour établir et maintenir l'alliance thérapeutique, il est important pour le praticien de :

- être sensible aux problèmes du patient ;
- rassurer le patient que tout problème qui surviendra au cours du traitement sera pris en compte de façon appropriée.

Les patients perçoivent l'attention du médecin lorsqu'ils lui posent des questions et il existe un effet réciproque sur la volonté du patient pour coopérer aux conseils de traitement du médecin. L'attitude du médecin doit être celle de la compréhension, la compassion, du support et de l'écoute.

Lors de la relation avec le patient et ses proches, avoir pour objectif de construire une relation de confiance et réaliser une éducation au long cours du patient, débutant au moment du diagnostic.

Les informations qui doivent être abordées lors de l'éducation du patient sur la dépression :

- les causes, les symptômes, l'évolution de la maladie (aborder le sujet de la stigmatisation et de la discrimination parfois associées à la dépression) ;
- les possibilités de traitement : médicaments antidépresseurs et/ou les psychothérapies ; la probabilité de l'évolution des différents traitements ;
- prendre en compte les valeurs du patient, ses priorités et ses buts dans la discussion des risques et bénéfices des options de traitement ;
- donner les raisons pour la durée du traitement ;
- pour les antidépresseurs expliquer :
  - les mécanismes biologiques de l'action, la période de latence,
  - expliquer les possibles effets indésirables, qui peuvent précéder le bénéfice thérapeutique,

- la possibilité d'une légère augmentation des idées suicidaires dans le 1er mois. les patients doivent contacter leur médecin si cela se produit,
- les interactions inter-médicamenteuses,
- la possibilité d'avoir à ajuster le médicament et/ou le dosage pour obtenir un traitement efficace,
- reconnaître et éliminer les préoccupations liées aux antidépresseurs, par exemple : développement d'une addiction, modification de la personnalité ;

- ce qui est attendu durant le déroulement du traitement :
  - ne pas interrompre le traitement sans en informer le médecin,
  - comment surveiller les symptômes et les effets secondaires,
  - les signes et symptômes précoces de récidive avec des encouragements à réclamer le traitement précocement si la dépression revient,
  - comment prévenir et répondre aux défaillances et aux rechutes,
  - les aptitudes de gestion du stress ;
- le protocole de suivi (consultation au cabinet et/ou contact téléphonique) ; rappeler au patient à des intervalles appropriés les rendez-vous avec le médecin généraliste afin de surveiller l'adhésion et l'efficacité ;
- des renseignements sur les associations de patients et d'usagers, les groupes d'entraide, etc. ;

Le médecin s'assure :

- de procurer des informations d'un niveau approprié, dans un langage approprié ;
- d'éviter le langage clinique sans explication ;
- que la personne est en mesure de donner un consentement éclairé et valable avant le début du traitement. Son consentement devrait être fondé sur des renseignements clairs, fournis verbalement et formulé dans le plan d'intervention ;
- de procurer des interprètes si nécessaire.

Obtenir un accord écrit concernant le plan du traitement engageant le patient et sa famille est recommandé.

Des explications détaillées et une surveillance rapprochée (hebdomadaire) sont recommandées durant les quatre premières semaines dans le but d'améliorer la coopération et l'adhésion du patient.

Une communication entre l'équipe de soins primaires et le psychiatre sont nécessaires.

Un exemple de conseils rapides en vue de créer une l'alliance avec le patient et la famille à poser est proposé ci-dessous.

Donner des informations précises concernant la confidentialité, les droits et comment l'information est partagée avec la famille et d'autres professionnels de santé. Encourager un échange régulier et ouvert de l'information. Inclure du temps durant la consultation pour aborder les problèmes du patient et de sa famille, même si ce n'est pas jugé comme étant une priorité clinique. Partager avec le patient et sa famille les preuves qui montrent qu'ils peuvent effectivement gérer les symptômes de la maladie mentale ou d'abus de substances avec des ressources et des soutiens appropriés. Mettre en relation le patient et sa famille avec d'autres institutions pour une assistance pratique ou des aides dont ils ont besoin (exemple : financières, logement, éducatif, professionnelles, répit). Fournir une assistance si le patient est peu disposé ou incapable de venir au rendez-vous au cabinet. Utiliser les visites comme des opportunités pour poursuivre l'éducation concernant la maladie et la gestion effective.

Les stratégies d'autogestion qui peuvent être proposées au patient :

L'autogestion existe lorsqu'une personne développe les connaissances et aptitudes pour avoir un rôle actif dans une prise en charge performante de sa dépression avec le soutien de sa famille, de ses proches, et de son médecin.

Afin d'améliorer l'engagement actif du patient dans son traitement, proposer au patient de sélectionner un ou deux but(s) d'autogestion à atteindre, en adoptant par exemple des responsabilités sur sa prise en charge :

- un simple comportement fiable pour la prise de ses médicaments ;
- la notification des effets indésirables au médecin ;
- une acceptation de participer à des ateliers ou une thérapie cognitive comportementale.

L'éducation du patient doit incorporer les principes de l'autogestion et peut inclure des informations et des buts associés à un encouragement du patient à modifier son mode de vie, notamment :

- une bonne hygiène du sommeil ;
- la réduction du stress ;
- une consommation d'alcool et de caféine modérée et, si possible, aucun usage de drogues illicites ;
- une alimentation équilibrée ;
- la pratique régulière d'une activité physique :
  - anticiper les barrières (le désespoir et la fatigue peuvent rendre l'effort physique difficile),
  - avoir des attentes réalistes (certains patients sont vulnérables à la culpabilité si ils n'arrivent pas à réaliser la prescription),
  - initier une activité réalisable (marcher seul ou en groupe est souvent une bonne option),
  - accentuer l'aspect de plaisir (le choix d'une activité doit être guidée par les préférences du patient et l'exercice doit être agréable) ;
  - encourager l'adhésion ;
- activités de loisir : l'activation comportementale : proposer au patient des activités de loisir planifiées systématiquement et contrôlées ;
- la bibliothérapie (l'usage de textes pour s'aider) : elle peut être utile aux patients pour comprendre leur maladie et développer des compétences d'autogestion.

Le patient et leur famille peuvent utiliser une liste de contrôle de l'autogestion (tableau ci-dessous) pour les aider à s'assurer que les aspects clefs de l'autogestion et de soutien associé sont inclus dans le plan de gestion du patient.

Tableau 116. Exemple de liste de contrôle du plan d'autogestion

Il y a une relation de travail positive entre le patient, le médecin et sa famille ?
Il y a une relation positive de travail avec un autre professionnel de santé ?
Le patient est activement impliqué dans le traitement et le processus de gestion ?
La famille est activement impliquée dans le traitement et le processus de gestion ?
Le patient et sa famille ont accès à des informations de haute qualité concernant :
- la nature du trouble diagnostiqué, les symptômes et l'évolution attendue ?
- les options de traitement effectif et de gestion ?
- les ressources additionnelles et les supports ?
Le patient et sa famille ont une bonne compréhension du trouble diagnostiqué ?
Les options de traitement effectif et de gestion ont été passées en revue avec le patient et sa

famille ?

Un plan de gestion effectif qui inclut la prévention de rechute et la gestion d'une crise a été développé en consultation avec le patient et sa famille ?

Le patient et sa famille savent comment surveiller les symptômes et l'évolution au cours du temps ?

Il y a un temps réservé durant la consultation pour aborder les problèmes du patient et de sa famille avec le médecin ?

Comme nécessaire, des consultations sont programmées avec le patient et sa famille pour vérifier et modifier le plan de gestion ?

Le patient et sa famille apprennent et mettent en pratique comment :

- utiliser quotidiennement les aptitudes de gestion pour maintenir ou augmenter les progrès ?
- identifier les rechutes des symptômes ?
- prévenir ou répondre aux rechutes et crises ?
- s'engager dans des comportements d'autogestion et dans des choix de mode de vie sain ?

Les membres de la famille sont dépistés pour leurs propres problèmes de santé incluant la santé mentale et l'abus de substances ?

Le patient et sa famille ont été adressés pour un soutien communautaire supplémentaire à des services ou institution qui sont concordants avec leurs besoins d'information et de gestion ?

* Pour chacune de ces questions, la réponse proposée est OUI ou NON.

4.2 Apprécier le soutien de l'entourage

4.2.1 Introduction

Ont été sélectionnées pour répondre à la question posée :

- les recommandations nord-américaines de l'*American Psychiatric Association* (APA) de 2010 (186) ;
- les recommandations allemandes de Härter *et al.* de 2010 (15) ;
- les recommandations canadiennes du *British Columbia Ministry of Health* (BCMoH) de 2008 (76) ;
- les recommandations britanniques du *National Health Service* (NHS) Choices de 2014 (168).

4.2.2 Les recommandations

Les recommandations nord-américaines de l'*American Psychiatric Association* (APA) (186). En ce qui concerne le soutien à l'entourage, ces recommandations indiquent, en 2010 :

Si cela est possible et approprié, la famille doit être impliquée dans les discussions concernant la maladie du patient et les plans de traitement. Lorsque les membres de la famille sont impliqués, ils peuvent être également encouragés pour avoir un rôle utile afin d'améliorer l'adhésion au traitement et soutenir l'alliance thérapeutique.

Les recommandations allemandes de Härter *et al.* (15). En ce qui concerne l'initiation du traitement, ces recommandations indiquent, en 2010 :

Les patients déprimés doivent être informés sur les symptômes, l'évolution de la maladie et le traitement de la dépression. Lorsque cela est approprié et si le patient est d'accord, cela s'applique également à sa famille (niveau de preuve A, force des preuves IV).

Les services psychosociaux pour le patient et leur proches/famille doivent être fournis comme une aide supplémentaire utile dans le contexte d'une stratégie globale de traitement, de manière à

améliorer le niveau d'information, l'acceptation et la bonne volonté du patient à coopérer (niveau de preuve B, force des preuves Ib-Ia).

Les patients et ses proches doivent recevoir des informations concernant les groupes d'aide au patient et les groupes pour les membres des familles ; Ils doivent être encouragés à participer à de tels groupes, si besoin (niveau de preuve A, force des preuves IV).

Il peut être avantageux d'inclure les membres de la famille ou des groupes d'entraide lors de la mise en route du traitement.

Les recommandations canadiennes du *British Columbia Ministry of Health* (BCMoH) (76). En ce qui concerne l'autogestion, la relation avec le patient et sa famille, ainsi que les informations du patient et de sa famille, ces recommandations indiquent, en 2008 :

Autogestion et soins primaires

L'autogestion est un but important pour le médecin, le patient et sa famille, lors de l'adaptation au cours d'une dépression.

L'autogestion existe lorsqu'une personne développe les connaissances et aptitudes pour avoir un rôle actif dans une prise en charge performante de sa maladie mentale avec le soutien de sa famille, ses proches, le médecin et d'autres services apportant du soutien, si cela est approprié et disponible. Les aptitudes d'autogestion prennent du temps pour être développées et nécessitent d'être vérifiées par le médecin avec le patient et sa famille.

Les patients et leur famille avec de fortes aptitudes d'autogestion tendent à avoir une meilleure évolution de leur pathologie, incluant des symptômes moins intenses, moins de rechutes et une meilleure qualité de vie pour la patiente et les personnes impliquées.

Le médecin, le patient et leur famille peuvent utiliser une liste de contrôle de l'autogestion (tableau ci-dessous) pour les aider à s'assurer que les aspects clefs de l'autogestion et de soutien associé sont inclus dans le plan de gestion du patient.

Tableau 117. Liste de contrôle du plan d'autogestion d'après le *British Columbia Ministry of Health*, 2008 (76)*

Il y a une relation de travail positive entre le patient, le médecin et sa famille ?
Il y a une relation positive de travail avec d'autres services ou fournisseur de soutien ?
Le patient est activement impliqué dans le traitement et le processus de gestion ?
La famille est activement impliquée dans le traitement et le processus de gestion ?
Le patient et sa famille ont accès à des informations de haute qualité concernant :
- la nature du trouble diagnostiqué, les symptômes et l'évolution attendue ?
- les options de traitement effectif et de gestion ?
- les ressources additionnelles et les supports ?
Le patient et sa famille ont une bonne compréhension du trouble diagnostiqué ?
Les options de traitement effectif et de gestion ont été passées en revue avec le patient et sa famille ?
Un plan de gestion effectif qui inclut la prévention de rechute et la gestion d'une crise a été développé en consultation avec le patient et sa famille ?
Le patient et sa famille savent comment surveiller les symptômes et l'évolution au cours du temps ?
Il y a un temps réservé durant la consultation pour aborder les problèmes du patient et de sa famille avec le médecin ?
Comme nécessaire, des consultations sont programmées avec le patient et sa famille pour vérifier et modifier le plan de gestion ?
Le patient et sa famille apprennent et mettent en pratique comment :
- utiliser quotidiennement les aptitudes de gestion pour maintenir ou augmenter les progrès ?
- identifier les rechutes des symptômes ?
- prévenir ou répondre aux rechutes et crises ?
- s'engager dans des comportements d'autogestion et dans des choix de mode de vie sain ?
Les membres de la famille sont dépistés pour leurs propres problèmes de santé incluant la santé mentale et l'abus de substances ?
Le patient et sa famille ont été adressés pour un soutien communautaire supplémentaire à des services ou institution qui sont concordants avec leurs besoins d'information et de gestion ?

*Pour chacune de ces questions, la réponse proposée est OUI ou NON.

Relation avec le patient et sa famille

De bonnes relations sont caractérisées par une communication claire et une approche collaborative qui aide le patient, la famille et le médecin, à agir dans des buts communs.

Une alliance positive entre le médecin, le patient et sa famille est importante pour plusieurs raisons :

- trois quarts des personnes ont un soin de santé mentale en médecine générale ;
- une relation de travail peut interférer avec les capacités du patient, manager leur pathologie et même occasionner l'arrêt du traitement ;

- des preuves ont montré que le premier contact entre le médecin, le patient et sa famille est spécialement important pour construire une bonne alliance thérapeutique ;
- il peut être plus important de travailler à la construction d'une alliance positive durant les premières consultations, même si le traitement est un peu retardé.

Tableau 128. Conseils rapides : création de l'alliance selon les recommandations du *British Columbia Ministry of Health*, 2008 (76)

Si le patient est adressé lors d'une hospitalisation, s'organiser pour voir le patient et sa famille avant la sortie.
Si le patient est adressé par un autre professionnel ou un ami, impliquer cette personne dans le contact initial avec le patient et avec la famille du patient.
Fournir des informations précises concernant la confidentialité, les droits et comment l'information est partagée avec la famille et d'autres professionnels ou institutions sanitaires.
Encourager un échange régulier et ouvert de l'information.
Inclure du temps durant la consultation pour aborder les problèmes du patient et de sa famille, même si ce n'est pas jugé comme étant une priorité clinique.
Partager, avec le patient et sa famille, les preuves qui montrent qu'ils peuvent effectivement gérer les symptômes de la maladie mentale ou d'abus de substances avec des ressources et des soutiens appropriés.
Mettre en relation le patient et sa famille avec d'autres institutions pour une assistance pratique ou des aides dont ils ont besoin (exemple : financières, logement, éducatif, professionnelles, répit).
Fournir une assistance si le patient est peu disposé ou incapable de venir au rendez-vous au cabinet.
Utiliser les visites comme des opportunités pour poursuivre l'éducation concernant la maladie et la gestion effective.

L'implication active améliore l'évolution. Pour maximiser l'évolution favorable, le patient et sa famille ont besoin d'être impliqués dans les processus d'identification et de gestion de problème. L'implication active est associée à une meilleure évolution du patient et de sa famille pour l'adaptation à ses problèmes communs.

Impliquer la famille : il y a des preuves qu'une implication active de la famille dans le processus de traitement peut avoir des effets bénéfiques spécifiques sur l'évolution de la santé incluant une meilleure adhésion au traitement, une amélioration du fonctionnement du patient, une amélioration du bien-être de la famille, peu de rechute et un pronostic globalement meilleur.

Les plans de gestion habituellement incluent certaines formes de soutien du patient dans sa vie quotidienne. La famille a besoin d'être directement impliquée parce qu'elle est typiquement le fournisseur principal de ces types de soutien incluant :

- soutien émotionnel et aide pour la résolution de problèmes ;
- assistance dans les activités de la vie quotidienne (exemple : courses alimentaires, exécution d'une prescription) ;
- avoir un lieu stable et sécurisé ou rester si besoin ;
- encouragement pour les soins personnels élémentaires (s'alimenter régulièrement, hygiène, etc.) ;
- encourager le patient à entreprendre des actes d'autogestion ;
- être une personne contact à appeler en cas de situation à haut risque ou de moment de stress ;
- être positif en ce qui concerne la gestion des « hauts et des bas », ainsi un incident ne sera pas une rechute ;

- accès à des informations pour le patient et sa famille ;
- accéder à des informations est une composante essentielle de la gestion effective pour le patient et sa famille.

Les recommandations britanniques du *National Health Service* (NHS) **Choices** (168) indiquent en 2014 :

Si la famille ou des aidants sont impliqués dans le soutien du patient déprimé :

- fournir une information verbale et écrite sur la dépression et sa prise en charge ;
- proposer une évaluation à l'aidant si nécessaire ;
- fournir une information sur les groupes et organisations locaux de soutien ;
- négocier entre la personne déprimée et sa famille/aidant en ce qui concerne la confidentialité et le partage de l'information ;
- les enfants, et/ou toute autre personne dépendante du patient, doivent être pris en compte et une évaluation du risque pour ces personnes doit être faite.

4.2.3 Conclusion sur le soutien familial

Les patients déprimés doivent être informés sur les symptômes, l'évolution de la maladie et le traitement de la dépression. Lorsque cela est approprié et si le patient est d'accord, cela s'applique également à sa famille.

Lorsque les membres de la famille sont impliqués, ils peuvent être également encouragés pour avoir un rôle utile afin d'améliorer l'adhésion au traitement et soutenir l'alliance thérapeutique.

Si la famille ou des aidants sont impliqués dans le soutien du patient déprimé :

- fournir une information verbale et écrite sur la dépression et sa prise en charge ;
- proposer une évaluation à l'aidant si nécessaire ;
- fournir une information sur les groupes et organisations locaux de soutien ;
- négocier entre la personne déprimée et sa famille/aidant en ce qui concerne la confidentialité et le partage de l'information ;
- les enfants, et/ou toute autre personne dépendante du patient, doivent être pris en compte et une évaluation du risque pour ces personnes doit être faite.

La famille a besoin d'être directement impliquée parce qu'elle est typiquement le fournisseur principal de ces types de soutien incluant :

- soutien émotionnel et aide pour la résolution de problèmes ;
- assistance dans les activités de la vie quotidienne (exemple : courses alimentaires, exécution d'une prescription) ;
- avoir un lieu stable et sécurisé ou rester si besoin ;
- encouragement pour les soins personnels élémentaires (s'alimenter régulièrement, hygiène, etc.) ;
- encourager le patient à entreprendre des actes d'autogestion ;
- être une personne contact à appeler en cas de situation à haut risque ou de moment de stress ;
- être positif en ce qui concerne la gestion des « hauts et des bas », ainsi un incident ne sera pas une rechute ;
- accès à des informations pour le patient et sa famille ;
- accéder à des informations est une composante essentielle de la gestion effective pour le patient et sa famille.

Annexe 1. Méthode de travail

► Méthode Recommandations pour la pratique clinique

Les recommandations de bonne pratique (RBP) sont définies dans le champ de la santé comme « des propositions développées méthodiquement pour aider le praticien et le patient à rechercher les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques données ».

La méthode Recommandations pour la pratique clinique (RPC) est la méthode préférentielle à la Haute Autorité de Santé (HAS) pour élaborer des recommandations de bonne pratique. Il s'agit d'une méthode rigoureuse qui repose sur :

- la participation des professionnels et des représentants des patients ainsi que les usagers concernés par le thème de la RBP ;
- la transparence vis-à-vis de l'analyse critique de la littérature, de l'essentiel des débats et des décisions prises par les membres du groupe de travail, des avis formalisés des membres du groupe de lecture, de l'ensemble des participants aux différents groupes ;
- l'indépendance d'élaboration des recommandations, de part : le statut de la HAS – autorité publique indépendante à caractère scientifique –, l'indépendance des groupes impliqués (groupe de travail, groupe de lecture), et l'indépendance financière ;
- la gestion des intérêts déclarés par les experts du groupe de travail.

Choix du thème de travail

La HAS prend l'initiative de l'élaboration de la recommandation (autosaisine) ou répond à la demande d'un autre organisme, tel que :

- un conseil national professionnel de spécialité, le Collège de la médecine générale, un collège de bonne pratique, une société savante ou toute autre organisation de professionnels de santé ;
- une institution, une agence sanitaire ou un organisme de santé publique ;
- un organisme d'assurance maladie ;
- une association représentant des usagers du système de santé.

Après inscription du thème de la recommandation au programme de la HAS, une phase de cadrage préalable à l'élaboration de toutes RBP est mise en œuvre (voir guide note de cadrage). Elle a pour but, en concertation avec le demandeur, les professionnels et les usagers concernés, de choisir la méthode d'élaboration de la RBP et d'en délimiter le thème. Cette phase de cadrage permet en particulier de préciser l'objectif des recommandations et les bénéfices attendus en termes de qualité et de sécurité des soins, les questions à traiter, les professionnels et les usagers concernés par la recommandation.

Coordination du projet

Le déroulement d'une RBP, du cadrage à la diffusion des recommandations, est sous la responsabilité d'un chef de projet de la HAS chargé de :

- veiller au respect de la méthode et à la qualité de la synthèse des données de la littérature ;
- assurer la coordination et d'organiser la logistique du projet.

Le chef de projet veille en particulier à ce que :

- la composition des groupes soit conforme à celle définie dans la note de cadrage ;
- l'ensemble des membres désignés permette d'assurer la diversité et un équilibre entre les principales professions mettant en œuvre les interventions considérées, les différents courants d'opinion, les modes d'exercice, les lieux d'exercice.

Le chef de projet participe à l'ensemble des réunions.

Pour chaque thème retenu, la méthode de travail comprend les étapes suivantes.

Groupe de travail

Un groupe de travail multidisciplinaire et multiprofessionnel est constitué par la HAS. Il comprend de façon optimale 15 à 20 membres :

- des professionnels de santé, ayant un mode d'exercice public ou privé, d'origine géographique ou d'écoles de pensée diverses ;
- des représentants d'associations de patients et d'usagers ;
- et, si besoin, d'autres professionnels concernés et des représentants d'agences publiques.

Un président est désigné par la HAS pour coordonner le travail du groupe en collaboration avec le chef de projet de la HAS. Un chargé de projet est également désigné par la HAS pour identifier, sélectionner, analyser la littérature et en rédiger une synthèse critique sous la forme d'un argumentaire scientifique ; il aide également à la rédaction des recommandations.

Rédaction de l'argumentaire scientifique

La rédaction de l'argumentaire scientifique repose sur l'analyse critique et la synthèse de la littérature et sur les avis complémentaires du groupe de travail.

La recherche documentaire est systématique, hiérarchisée et structurée. Le chef de projet, le président du groupe de travail et le ou les chargés de projet participent à l'élaboration de la stratégie de recherche documentaire, réalisée par un documentaliste. Elle est effectuée sur une période adaptée au thème et mise à jour jusqu'à la publication des RBP.

Une sélection bibliographique des références selon les critères de sélection définis est effectuée par le chargé de projet, le chef de projet et le président du groupe de travail en amont de la première réunion du groupe de pilotage.

Chaque article retenu est analysé selon les principes de la lecture critique de la littérature, en s'attachant d'abord à évaluer la méthode d'étude employée, puis les résultats.

L'analyse de la littérature précise le niveau de preuve des études.

Rédaction de la version initiale des recommandations

Les membres du groupe de travail se réunissent deux fois, voire plus si nécessaire, pour élaborer, à partir de l'argumentaire scientifique et des propositions de recommandations rédigés par le ou les chargés de projet, la version initiale des recommandations qui sera soumise au groupe de lecture.

Groupe de lecture

De même composition qualitative que le groupe de travail, il comprend 30 à 50 professionnels et représentants de patients ainsi que des usagers du système de santé élargis aux représentants des spécialités médicales, des professions ou de la société civile non présents dans le groupe de travail.

Il est consulté par voie électronique (utilisation de l'outil informatique GRaAL disponible sur le site de la HAS) et donne un avis formalisé (cotations et commentaires) sur le fond et la forme de la version initiale des recommandations, en particulier sur son applicabilité et sa lisibilité. Les membres du groupe de lecture peuvent aussi donner leur avis sur tout ou partie de l'argumentaire scientifique.

Version finale des recommandations

Les cotations et commentaires du groupe de lecture sont ensuite analysés et discutés par le groupe de travail, qui modifie si besoin l'argumentaire et rédige la version finale des recommandations et leur(s) fiche(s) de synthèse, au cours d'une réunion de travail.

Selon le niveau de preuve des études sur lesquelles elles sont fondées, les recommandations ont un grade variable, coté de A à C selon l'échelle proposée par la HAS (cf. tableau 1).

Validation par le Collège de la HAS

La RBP est soumise au Collège de la HAS pour adoption. À la demande du Collège de la HAS, les documents peuvent être amendés. Les participants en sont alors informés.

Diffusion

Au terme du processus, la HAS met en ligne sur son site (www.has-sante.fr) la ou les fiches de synthèse, les recommandations et l'argumentaire scientifique.

Pour en savoir plus sur la méthode d'élaboration des recommandations pour la pratique, se référer au guide : « Élaboration de recommandations de bonne pratique : Méthode Recommandations pour la pratique clinique ». Ce guide est téléchargeable sur le site Internet de la HAS : www.has-sante.fr.

► Gestion des conflits d'intérêts

Les participants aux différentes réunions ont communiqué leurs déclarations d'intérêts à la HAS.

Elles ont été analysées selon la grille d'analyse du guide des déclarations d'intérêts et de gestion des conflits d'intérêts de la HAS et prises en compte en vue d'éviter les conflits d'intérêts. Les déclarations des membres du groupe de travail ont été jugées compatibles avec leur participation à ce groupe par le comité de gestion des conflits d'intérêts.

Le guide et les déclarations d'intérêts des participants au projet sont consultables sur le site de la HAS : www.has-sante.fr.

► Actualisation

L'actualisation de cette recommandation de bonne pratique sera envisagée en fonction des données publiées dans la littérature scientifique ou des modifications de pratique significatives survenues depuis sa publication.

Annexe 2. Recherche documentaire

► Méthode de recherche documentaire

La recherche a porté sur les sujets et les types d'études définis en phase de cadrage et a été limitée aux publications en langue anglaise et française. La période de recherche est fonction de la thématique de recherche et est indiquée dans le tableau ci-après. Une veille a été menée jusqu'en mai 2017.

Sources

- pour la littérature francophone : base SantéPsy, Banque de Données en Santé Publique (BDSP) ;
- pour la littérature internationale : bases Medline, Embase, PsycInfo ;
- Cochrane Library ;
- sites internet publiant des recommandations, des rapports d'évaluation technologique ou économique ;
- sites internet des sociétés savantes compétentes dans le domaine étudié ;
- bibliographie des experts et références citées dans les documents analysés.

Liste des sites internet consultés

- Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé (ANSM)
- Ascodocpsy
- Assurance Maladie
- Base LARA (Libre Accès aux RApports scientifiques et techniques)
- Base OSCARS (Observation et Suivi Cartographique des Actions Régionales de Santé)
- Bibliothèque Médicale Lemanissier
- Catalogue et Index des Sites Médicaux Francophones (CISMeF)
- Collège National pour la Qualité des Soins en Psychiatrie (CNQSP)
- Comité d'Evaluation et de Diffusion des Innovations Technologiques (CEDIT)
- Conseil National Professionnel de Psychiatrie (CNPP)
- Diffusion des REcommandations Francophones en Consultation de Médecine Générale (DREFC)
- Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES)
- Fédération Régionale de Recherche en Psychiatrie et Santé Mentale Hauts-de-France (F2RSM)
- Fondation FondaMental
- Haute Autorité de Santé (HAS)
- Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS)
- Institut de Recherche en Santé Publique (IReSP)
- Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé (IRDES)
- Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (Inserm). Expertise collective
- Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES)
- Institut National de Veille Sanitaire (INVS)
- Intersyndicale de Défense de la Psychiatrie Publique (IDEPP)
- La Documentation française
- Ministère de la santé
- Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale (MNASM)
- Observatoire national du suicide
- PsyCom
- Psydoc-France
- Réseau d'Evaluation en Economie de la Santé (REES)
- Société Française de Médecine Générale (SFMG)

- Union Nationale de Familles et Amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques (UNAFAM)
- European Commission Joint Research Centre
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA)
- European network for Health Technology Assessment (EUnetHTA)
- European Observatory on Health Systems and Policies
- Euroscan International Network
- Regional Office for Europe. World Health Organization. Health Evidence Network (HEN)
- Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE)
- Société Scientifique de Médecine Générale (SSMG)
- Federal Office of Public Health (FOPH)
- Swiss Medical Board
- Swiss Network for Health Technology Assessment (SNHTA)
- Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI)
- Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWIG)
- Center for Folkesundhed og Kvalitetsudvikling
- Sundhedsstyrelsen
- Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía (AETSA)
- Agencia de Evaluación de Tecnologias Sanitarias Instituto de Salud Carlos III (ISCIII)
- Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS)
- Axencia de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia (avalia-t)
- Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (Osteba)
- Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (Agenas)
- Ministero della Salute
- Sistema Nazionale Linee Guida (SNLG-ISS)
- College voor Zorgverzekeringen
- Gezondheidsraad Raad
- Kunnskapssenteret
- Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU)
- BMJ Clinical Evidence
- British Association for Psychopharmacology (BAP)
- Centre for Evidence-based Purchasing (CEP)
- Guidelines. Summarising clinical guidelines for primary care
- Health and Safety Executive Horizon Scanning (HSE)
- Health and Social Care Information Centre (HSCIC)
- Health Information and Quality Authority (HIQA)
- Healthcare Improvement Scotland
- Mental Health Foundation
- National Health Services England (NHS)
- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE)
- National Institute for Health Research (NIHR)
- Office of Health Economics (OHE)
- Royal College of Psychiatrists
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN)
- The Health Foundation
- UK Department of Health (DoH)
- Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health (CADTH)
- Canadian Best Practices Portal
- Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT)
- Canadian Psychiatric Association
- Canadian Task Force on Preventive Health Care (CTFPHC)
- College of Physicians and Surgeons of Alberta

- Commissaire à la Santé et au Bien-être Québec
- General Practice Services Committee (GPSC)
- Health Canada
- Health Quality Ontario (HQO)
- Institut National de Santé Publique du Québec (INSPQ)
- Institut National d'Excellence en Santé et en Services Sociaux (INESSS)
- Institute for Clinical Evaluative Sciences (ICES)
- Public Health Agency of Canada (PHAC)
- Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)
- American Psychiatric Association (APA)
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC)
- Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI)
- Kaiser Permanente
- Michigan Quality Improvement Consortium (MQIC)
- National Institutes of Health (NIH)
- National Center for Biotechnology Information (NCBI) Bookshelf
- University of Michigan Health System
- US Department of Veterans Affairs
- US Preventive Services Task Force (USPTF)
- Adelaide Health Technology Assessment (AHTA)
- Australia Beyondblue
- Australian and New Zealand Horizon Scanning Network (ANZHSN)
- Australian Primary Health Care Research Institute (APHCRI)
- Centre for Clinical Effectiveness (CCE)
- Health Services Assessment Collaboration (HSAC)
- Medical Services Advisory Committee (MSAC)
- New Zealand Guidelines Group (NZGG)
- New Zealand Health Technology Assessment (NZHTA)
- Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists (RANZCP)
- Ministry of Health Malaysia
- Singapore Ministry of Health
- Centre for Reviews and Dissemination (CRD)
- Cochrane HTA database
- Guidelines International Network (GIN)
- International Association for Suicide Prevention (IASP)
- National Guideline Clearinghouse (NGC)
- The Commonwealth Fund
- Trip Database
- World Federation for Mental Health (WFMH)
- World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP)
- World Health Organization

Bases de données bibliographiques

La stratégie de recherche dans les bases de données bibliographiques est construite en utilisant, pour chaque sujet, soit des termes issus de thésaurus (descripteurs), soit des termes libres (du titre ou du résumé). Ils sont combinés avec les termes décrivant les types d'études.

Le tableau suivant présente la stratégie de recherche dans les bases de données Medline, Embase, PsycInfo, SantéPsy. Dans ce tableau, des références doublons peuvent être présentes entre les différentes thématiques de recherche.

Type d'étude / Sujet		Période de recherche	Nombre de références trouvées
	Termes utilisés		
RECOMMANDATIONS, CONFERENCES DE CONSENSUS		janv. 03 juil. 2014	159
Etape 1	(depression OR depressed OR depressive)/ti OR (depressive disorder OR depression)/de		
AND			
Etape 2	(guidance OR guideline* OR consensus OR position paper OR recommendation* OR statement*)/ti OR Health Planning Guidelines/de OR (guideline OR Practice Guideline OR Consensus Development Conference, NIH OR Consensus Development Conference)/type		
DIAGNOSTIC			
Metaanalyses, Revues systématiques		janv. 03 juil. 2014	125
Etape 3	(depressive disorder OR depression)/diagnosis/de OR (((depression OR depressed OR depressive)/ti OR (depressive disorder OR depression)/de) AND ((diagnosis OR diagnostic OR diagnose* OR diagnosing OR recognize* OR recognition OR recognizing OR assess OR assesses OR assessment OR assessing)/ti OR (Medical History Taking OR Interview, Psychological)/de))		
AND			
Etape 4	(meta analys* OR metaanalys* OR meta-analys*)/ti,ab OR meta-analysis/type OR (systematic literature review* OR systematic literature search* OR systematic overview* OR systematic review* OR systematical literature review* OR systematical overview* OR systematical review* OR systematically research* OR systematically review* OR systematically search*)/ti,ab OR (Cochrane Database Syst Rev OR Health Technol Assess)/revue		
Essais contrôlés randomisés		janv. 03 juil. 2014	122
Etape 3			
AND			
Etape 5	(random* OR single-blind OR double-blind)/ti,ab OR (random allocation OR single-blind method OR double-blind method)/de OR Randomized Controlled Trial/type		
Autres essais cliniques		janv. 03 juil. 2014	172
Etape 3			
AND			
Etape 6	(clinical trial OR multicenter study OR cross-over study OR comparative study)/ti,ab OR (Clinical Trial OR Controlled Clinical Trial OR Multicenter Study OR Comparative Study)/type OR Cross-Over Studies/de		
Cohortes		janv. 03 juil. 2014	100
Etape 3			
AND			
Etape 7	(cohort* OR follow-up study OR follow-up studies OR prospective study OR longitudinal study OR longitudinal studies)/ti OR (Cohort Studies OR Follow-Up Studies OR Prospective Studies OR Longitudinal Studies)/de		
Sensibilité, spécificité		janv. 03 juil. 2014	176
Etape 3			
AND			
Etape 8	(sensibility OR sensitive OR sensitivity OR specific OR specificity)/ti OR (diagnosis performance OR false negative OR		

	false positive OR predictive value OR prognostic value OR predictive value OR reliability OR reliable OR reproducibility)/ti,ab OR Evaluation Studies/type OR (False Negative Reactions OR False Positive Reactions OR Observer Variation OR Predictive Value Of Tests OR Reproducibility Of Results OR Sensitivity and Specificity)/de		
DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL			
Metaanalyses, Revues systématiques		janv. 03 juil. 2014	9
Etape 9	((depression OR depressed OR depressive)/ti OR (depressive disorder OR depression)/de) AND (differential diagnosis/ti OR Diagnosis, Differential/de)		
AND			
Etape 4			
Essais contrôlés randomisés		janv. 03 juil. 2014	38
Etape 9 AND Etape 5			
Autres essais cliniques		janv. 03 juil. 2014	152
Etape 9 AND Etape 6			
Cohortes		janv. 03 juil. 2014	83
Etape 9 AND Etape 7			
Sensibilité, spécificité		janv. 03 juil. 2014	121
Etape 9 AND Etape 8			
CLASSIFICATIONS / NOSOLOGIE		pas de limite juil. 2014	165
Etape 10	(Depressive Disorder OR Depression)/classification/de OR (((depression OR depressed OR depressive)/ti OR (Depressive Disorder OR Depression)/de) AND (classification* OR classify OR nosolog* OR nosograph* OR boundaries OR boundary OR categories OR category OR typology)/ti)		
ECHELLES ET QUESTIONNAIRES - VALIDATION DES VERSIONS FRANÇAISES		pas de limite juil. 2014	90
Etape 1			
AND			
Etape 11	(questionnaire* OR scale*)/ti OR (Questionnaires OR Psychological Tests OR Psychiatric Status Rating Scales)/de		
AND			
Etape 12	(France OR francais* OR french)/ti,ab OR France/de OR France/pays de publication OR (France OR francais* OR french)/affiliation OR (France OR francais* OR french)/revue		
SEVERITE - ECHELLES ET QUESTIONNAIRES		pas de limite mai 2015	85
Etape 1			
AND			
Etape 13	severity/ti		
AND			
Etape 14	(questionnaire* OR scale*)/ti OR (Interview, Psychological OR Psychiatric Status Rating Scales OR Psychological Tests OR Questionnaires OR Severity of Illness Index)/de		
SEVERITE - EVALUATION HORS ECHELLES ET QUESTIONNAIRES		pas de limite mai 2015	95
(Etape 3 AND Etape 13) NOT Etape 14			

FREINS AU DIAGNOSTIC			
Recommandations, Conférences de consensus		pas de limite juin 2015	6
Etape 3			
AND			
Etape 15	(resistance* OR barrier* OR difficulty OR difficulties)/ti OR Health Services Accessibility/de		
OR			
Etape 1			
AND			
Etape 16	(underdiagnosis OR under-diagnosis OR undiagnosis OR un-diagnosis OR nondiagnosis OR non-diagnosis OR underdiagnosed OR under-diagnosed OR undiagnosed OR un-diagnosed OR nondiagnosed OR non-diagnosed OR underdiagnosing OR under-diagnosing OR undiagnosing OR un-diagnosing OR nondiagnosing OR non-diagnosing OR delayed diagnosis OR late diagnosis OR delayed recognition OR late recognition OR delayed assessment OR late assessment OR delayed detection OR late detection)/ti,ab OR delayed diagnosis/de		
AND			
Etape 2			
Metaanalyses, Revues systématiques		pas de limite juin 2015	5
((Etape 3 AND Etape 15) OR (Etape 1 AND Etape 16)) AND Etape 4			
Essais cliniques		pas de limite juin 2015	27
((Etape 3 AND Etape 15) OR (Etape 1 AND Etape 16)) AND (Etape 5 OR Etape 6)			
Cohortes		pas de limite juin 2015	13
((Etape 3 AND Etape 15) OR (Etape 1 AND Etape 16)) AND Etape 7			
Autres études		pas de limite juin 2015	98
((Etape 3 AND Etape 15) OR (Etape 1 AND Etape 16)) NOT (Etape 2 OR Etape 4 OR Etape 5 OR Etape 6 OR Etape 7)			
DIAGNOSTIC CONCERTE ENTRE DIFFERENTS SOIGNANTS PARCOURS DE SOINS			
Recommandations, Conférences de consensus		pas de limite juil. 2014	11
Etape 3			
AND			
Etape 17	(coordinate* OR coordinating OR coordinated OR coordination)/ti OR (care coordination OR coordinated care OR coordinated management OR coordinated strategy OR coordinated strategies)/ti,ab OR (collaborate* OR collaborating OR collaborated OR collaboration OR collaborative)/ti OR (care collaboration OR collaborative care OR collaborative management OR collaborative strategy OR collaborative strategies OR shared care OR shared management OR shared strategy OR shared strategies OR multidisciplinary OR interdisciplinary OR joint working)/ti,ab OR (team OR teams)/ti OR (team care OR team management OR team strategy OR team strategies)/ti,ab OR (delegate* OR delegated OR delegation)/ti OR (transition of care OR continuum of care)/ti,ab OR (Interdisciplinary Communication OR Patient Care Team OR Continuity of Patient Care OR Patient Handoff OR Delegation, Professional)/de OR (case management OR disease management OR care management program* OR care model*)/ti,ab OR clinical model*/ti OR (integrated care OR integrated management OR chronic disease model* OR chronic disease care OR chronic illness model* OR chronic illness care)/ti,ab OR management model*/ti OR (clinical protocol* OR critical protocol* OR care protocol* OR clinical pathway* OR critical		

	pathway* OR care pathway* OR care strategies OR care strategy OR management strategies OR management strategy OR clinical strategies OR clinical strategy OR care bundle* OR patient-centered OR patient centered)/ti,ab OR (Case Management OR Critical Pathways OR Delivery of Health Care, Integrated OR Disease Management OR Long-Term Care OR Medication Therapy Management OR Patient Care Planning)/de		
AND			
Etape 2			
Metaanalyses, Revues systématiques		pas de limite juil. 2014	3
Etape 3 AND Etape 17 AND Etape 4			
Essais cliniques		pas de limite juil. 2014	38
Etape 3 AND Etape 17 AND (Etape 5 OR Etape 6)			
Cohortes		pas de limite juil. 2014	16
Etape 3 AND Etape 17 AND Etape 7			
Autres études		pas de limite juil. 2014	120
(Etape 3 AND Etape 17) NOT (Etape 2 OR Etape 4 OR Etape 5 OR Etape 6 OR Etape 7)			
DIAGNOSTIC DES COMORBIDITES		pas de limite mai 2015	265
Etape 1			
AND			
Etape 18	Substance-Related Disorders/diagnosis/de		
OR			
Etape 19	Substance-Related Disorders/de OR ((substance OR drug) AND (disorder* OR abuse))/ti OR (addicted OR addiction OR dependence OR alcoholism OR alcohol OR tobacco OR nicotine OR smoking)/ti OR (comorbidity OR comorbidities)/ti OR Comorbidity/de		
AND			
Etape 20	(diagnosis OR diagnose* OR diagnosing OR investigate* OR investigation OR investigating OR recognize* OR recognition OR recognizing OR assess OR assesses OR assessment OR assessing OR test OR tests OR testing OR detect OR detects OR detection OR checkup OR check-up OR marker* OR biomarker* OR assay* OR examinate OR examination OR evaluate OR evaluation OR screening OR questionnaire* OR scale*)/ti OR (Medical History Taking OR Early Diagnosis OR Questionnaires OR Diagnostic Services OR Biological Markers OR Mass Screening OR Substance Abuse Detection)/de		
EVALUATION DU RISQUE SUICIDAIRE			
Recommandations, Conférences de consensus		pas de limite mai 2015	34
Etape 1			
AND			
Etape 21	suicid*/ti OR Suicide/de		
AND			
Etape 2			
Evaluation du risque		pas de limite mai 2015	119
Etape 1 AND Etape 21			
AND			
Etape 22	warning sign*/ti,ab OR (identification OR identify OR screen OR screened OR screening OR test OR tests OR testing OR detect OR detects OR detection OR investigate* OR investigation OR investigating OR recognize* OR recognition OR recognizing OR assess OR assesses OR assessment OR assessing)/ti OR (Risk		

	Assessment OR Mass Screening)/de		
Echelles, Questionnaires		pas de limite mai 2015	90
Etape 1 AND Etape 21			
AND			
Etape 23	(questionnaire* OR scale*)/ti OR (Interview, Psychological OR Psychiatric Status Rating Scales OR Psychological Tests OR Questionnaires OR Medical History Taking OR Suicide/classification)/de		
Epidémiologie		pas de limite mai 2015	73
Etape 1 AND Etape 21			
AND			
Etape 24	(epidemiolog* OR prevalence OR incidence)/ti OR (Suicide/epidemiology OR Suicide/statistics and numerical data OR Suicide/trends)/de		
Facteurs de risque		pas de limite mai 2015	81
Etape 1 AND Etape 21			
AND			
Etape 25	(risk factor* OR at risk OR at-risk OR predictor* OR prone OR proneness)/ti,ab OR (Risk Factors OR Sex Factors OR Socioeconomic Factors OR Suicide/etiology)/de		
EVALUATION POUR EVENTUEL RECOURS A L'HOSPITALISATION			
Recommandations, Conférences de consensus		pas de limite mai 2015	5
Etape 1			
AND			
Etape 26	(hospitalization OR hospitalisation OR admission)/ti,ab OR (Hospitalization OR Hospitals, Psychiatric OR Psychiatric Department, Hospital)/de		
AND			
Etape 2			
Identification et décision		pas de limite mai 2015	23
Etape 1 AND Etape 26			
AND			
Etape 27	(identification OR identify OR screen OR screened OR screening OR test OR tests OR testing OR detect OR detects OR detection OR investigate* OR investigation OR investigating OR recognize* OR recognition OR recognizing OR assess OR assesses OR assessment OR assessing)/ti OR Risk Assessment/de OR Mass Screening/de OR (choose OR choice OR decision)/ti OR (decision pathway* OR decision analysis)/ti,ab OR (Decision Support Techniques OR Decision Making OR Choice Behavior OR Decision Trees)/de OR (algorythm* OR algorithm*)/ti OR framework*/ti,ab OR (strategic OR strategical OR strategically OR strategics OR strategies OR strategising OR strategize OR strategized OR strategizing OR strategy)/ti OR flow chart*/ti,ab OR (criteria* OR select OR selection OR sort OR classif* OR prioriti* OR priority OR include OR inclusion)/ti OR (Critical Pathways OR Case Management OR Patient Selection)/de		
Echelles, Questionnaires		pas de limite mai 2015	109
Etape 1 AND Etape 26 AND Etape 23			
Epidémiologie		pas de limite mai 2015	35
Etape 1 AND Etape 26 AND Etape 24			
Facteurs de risque		pas de limite mai 2015	65
Etape 1 AND Etape 26 AND Etape 25			

► Critères de sélection des articles

La revue systématique de la littérature a été limitée aux études relatives à l'efficacité ou la sécurité des interventions proposées.

Ont été incluses dans la revue systématique de la littérature, les publications suivantes, en français ou anglais :

- recommandations de bonne pratique (revue systématique + avis d'experts pluridisciplinaires + avis de représentants d'usagers) publiées depuis 2003 ;
- revues systématiques d'essais contrôlés, avec ou sans méta-analyse, publiées en français ou anglais depuis 2003 ;
- essais contrôlés randomisés ou non, publiés depuis 2003 et dont la publication est postérieure aux revues systématiques répondant à la même question ;
- études de cohorte ou études comparatives publiées depuis 2003 et dont la publication est postérieure aux revues systématiques répondant à la même question.

► Résultats

Les chiffres donnés ci-après sont des chiffres globaux pour les deux parties de l'argumentaire scientifiques (diagnostic et traitement) de cette recommandation et correspondent à l'ensemble des références identifiées, analysées et retenues globalement ; pour chacun de ces chiffres, les doublons ont été soustraits.

Nombre références identifiées : 5 786

Nombres de références analysées : 1 567

Nombre de références retenues : 553

Annexe 3. Glossaire

Les modalités évolutives de l'état dépressif caractérisé ont été distinguées en plusieurs critères opérationnels définis à partir de données issues des études de suivi. Ils permettent d'individualiser les différentes étapes du traitement des troubles dépressifs : traitement de l'accès, de consolidation et de maintien. Cette terminologie a été adoptée dans la plupart des pays du monde.

La réponse

Se manifeste par une amélioration significative du tableau clinique au décours d'une action thérapeutique.

La rémission complète

Constitue l'évolution optimale à court terme. Elle est définie par une disparition de la symptomatologie dépressive pendant au moins deux mois consécutifs (ou au plus deux symptômes dépressifs d'intensité légère). Dans les études, la rémission complète correspond à un score inférieur ou égal respectivement à sept et dix aux échelles de dépression HDRS et MADRS).

Le rétablissement et la guérison

Traduit la fin de l'épisode dépressif en cours. Il correspond à une rémission d'une durée de plus de six mois (c'est-à-dire six mois après la disparition complète de la symptomatologie). Le rétablissement persiste sans traitement et correspond alors à la guérison, ou bien persiste avec un traitement de maintien (préventif de la récidive).

Les différents modes d'évolution morbide après un épisode dépressif correspondent aux complications évolutives de l'épisode dépressif caractérisé.

La rémission partielle

Correspond à une amélioration de l'état clinique suffisante pour que le patient ne réponde plus aux critères d'état dépressif caractérisé, mais certains symptômes persistent et le fonctionnement reste altéré. Ces situations, qui peuvent être durables, sont variées sur le plan clinique et fonctionnel. Elles sont regroupées actuellement sous le terme de symptômes résiduels qui rend compte de leur diversité mais aussi des liens évolutifs avec l'épisode dépressif.

La récidive

Correspond à l'apparition d'un nouvel épisode dépressif caractérisé après consolidation, c'est-à-dire au-delà d'une période asymptomatique de six mois. Le traitement préventif de la récidive correspond au traitement de maintien.

La rechute

Correspond à la réapparition de la symptomatologie d'un épisode en cours. La rechute peut apparaître après la réponse ou après une période de rémission de moins de six mois. La réapparition des symptômes est suffisamment significative pour que l'état clinique du patient réponde à nouveau aux critères diagnostiques d'état dépressif caractérisé. Le traitement préventif de la rechute correspond au traitement de consolidation.

Annexe 4. Autres spécifications de l'épisode dépressif

Les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) (10) indiquent, en 2014 :

D'autres spécifications **de l'épisode dépressif** sont possibles en fonction des caractéristiques symptomatiques :

- avec participation anxieuse ;
- avec traits mixtes ;
- mélancolique ;
- atypique ;
- sévère ;
- avec caractéristiques psychotiques ;
- catatonique ;
- avec début dans le post-partum ;
- et, pour les troubles récurrents seulement, le type saisonnier.

Annexe 5. PHQ questionnaire

Au cours des deux dernières semaines, à quelle fréquence avez-vous été gêné(e) par les problèmes suivants ?

	Jamais	Plusieurs jours	Plus de la moitié des jours	Presque tous les jours
1. Une diminution marquée d'intérêt ou de plaisir dans vos activités ?	0	1	2	3
2. Un sentiment d'abattement, de dépression ou de perte d'espoir ?	0	1	2	3
3. Difficultés à vous endormir, à rester endormi(e), ou au contraire une tendance à trop dormir ?	0	1	2	3
4. Une sensation de fatigue ou de manque d'énergie ?	0	1	2	3
5. Un manque ou un excès d'appétit ?	0	1	2	3
6. Une mauvaise opinion de vous-même : l'impression que vous êtes un(e) raté(e) ou que vous vous êtes laissé(e) aller ou que vous avez négligé votre famille ?	0	1	2	3
7. De la peine à vous concentrer, par exemple pour lire le journal ou regarder la télévision.	0	1	2	3
8. L'impression de parler ou de vous déplacer si lentement que cela se remarquait – ou, au contraire, une fébrilité ou agitation telle que vous ne teniez pas en place ?	0	1	2	3
9. Penser vous que vous préféreriez être mort€ ou penser à vous faire du mal ?	0	1	2	3

Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. J Gen Intern Med 2001;16(9):606-13 (41)

Annexe 6. Échelle de dépression gériatrique

Échelle de dépression gériatrique (version à 15 items)	Oui / Non
1. Êtes-vous satisfait de votre vie ?	
2. Avez-vous renoncé à un grand nombre de vos activités ?	
3. Avez-vous le sentiment que votre vie est vide ?	
4. Vous ennuyez-vous souvent ?	
5. Êtes-vous de bonne humeur la plupart du temps ?	
6. Avez-vous peur que quelque chose de mauvais vous arrive ?	
7. Êtes-vous heureux (se) la plupart du temps ?	
8. Avez-vous le sentiment d'être désormais faible ?	
9. Préférez-vous rester seul(e) dans votre chambre plutôt que de sortir ?	
10. Pensez-vous que votre mémoire est plus mauvaise que celle de la plupart des gens ?	
11. Pensez-vous qu'il est merveilleux de vivre à notre époque ?	
12. Vous sentez-vous une personne sans valeur actuellement ?	
13. Avez-vous beaucoup d'énergie ?	
14. Pensez-vous que votre situation actuelle est désespérée ?	
15. Pensez-vous quela situation des autres est meilleure que la vôtre ?	

Clement JP, Nassif RF, Leger JM, Marchan F. Mise au point et contribution à la validation d'une version française brève de la Geriatric Depression Scale de Yesavage. L'Encéphale 1997;23(2):91-9 (375) .

Annexe 7. Enquêtes d'opinions des médecins et des patients sur les questionnaires de la dépression

Contexte des enquêtes

En 2006, le *Quality and Outcomes Framework* du Royaume-Uni offre une incitation financière au médecin généraliste pour faire un dépistage de la dépression à l'aide d'un questionnaire bref à deux questions et pour mesurer la sévérité d'une dépression au début du traitement chez tous les cas diagnostiqués, en utilisant des questionnaires validées qui peuvent être complétés durant ou après la consultation (175). Les trois questionnaires concernés sont :

- Patient Health Questionnaire-9 ;
- Hospital Anxiety and Depression Scale ;
- Beck Depression Inventory-II (BDI-II).

Enquête de Dowrick *et al.* de 2009 (376)

Dans cette enquête réalisée sur 34 médecins et sur 24 patients, les auteurs concluent, au sujet du diagnostic et du suivi d'une dépression, que les médecins généralistes ont une forte préférence pour le jugement clinique, compte tenu du score de la mesure de la sévérité.

Les médecins généralistes considèrent utile l'introduction de mesure de sévérité pour :

- améliorer leur évaluation de la dépression ;
- adapter les interventions à la sévérité et éviter des prescriptions inutiles ;
- aider une pratique standardisée.

Les 24 patients perçoivent les échelles de sévérité comme un complément au jugement clinique du médecin parce qu'elles leur paraissent efficaces et structurés, et montrent que leur problèmes sont considérés sérieusement. En très grande majorité, ils considèrent que les questionnaires sont utiles pour assister le médecin généraliste pour le diagnostic et le suivi de la dépression. Certains rapportent que le score est précieux pour l'amélioration de la cible du traitement ou que le questionnaire les a aidés à augmenter leur autocompréhension, si bien qu'ils peuvent organiser leurs pensées et s'exprimer mieux envers le médecin.

Malgré la prudence des médecins généralistes concernant les mesures de sévérité de la dépression, les auteurs de cette enquête en concluent que ces mesures sont susceptibles d'être bénéfiques en consultation de soins primaires. Elles augmentent la confiance des patients dans le sentiment que les médecins sont exacts dans leur diagnostic et qu'ils font des efforts systématiques pour évaluer et prendre en charge leur problèmes de santé mentale.

Enquête de Leydon *et al.* de 2011 (377)

Cette enquête rapporte l'opinion de 34 médecins généralistes concernant l'utilisation de questionnaire de sévérité pour le diagnostic et pour le suivi de la dépression.

Les résultats observés de cette enquête suggèrent que l'utilisation des questionnaires de sévérité créé une intrusion dans la consultation. Les médecins généralistes se polarisent sur deux techniques : évaluation formelle *versus* investigation personnelle, mettant l'accent sur le besoin de s'assurer que les scores sont utilisés de manière prudente comme une aide au jugement clinique plutôt que comme un substitut.

Un point important à relever : ces défis servent implicitement une fonction de préservation de l'identité des médecins généralistes comme des professionnels délivrant une expertise, et construite comme constitutive du processus de diagnostic.

Annexe 8. Questionnaires pour l'addiction / Exemples d'outils d'addiction spécialisés

► Le questionnaire ADDICTION SEVERITY INDEX – TSR (ASI)

Le questionnaire ADDICTION SEVERITY INDEX – TSR (ASI) est un entretien standardisé qui peut être utilisé pour systématiser le recueil des informations dans les situations complexes (intrication de consommations, de dommages et comorbidités notamment) (299).

Se référer au lien ci-dessous pour le questionnaire :

http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/echelle_asi-annexe_2_des_recommandations.pdf

L'*Addiction Severity Index* (ASI), créé en 1980, à Philadelphie, par l'équipe du Dr McLellan, utilisé dans le monde pour l'évaluation des usagers de substances (332). Depuis 1992, le laboratoire de Psychiatrie de l'Université Segalen à Bordeaux travaille sur son utilisation et son adaptation en France.

Depuis 2003, une version française modifiée et validée de l'ASI permet une évaluation multifactorielle de l'ensemble des addictions avec ou sans substances (jeu, troubles du comportement alimentaire). http://www.federationaddiction.fr/formation/initiation-a-loutil-asi-addiction-severity-index/#sthash.R5bfGKjq.dpuf

► Outils d'évaluation de la dépendance aux jeux d'argent

- Les critères de trouble lié au jeu d'argent selon la classification du DSM-5 de l'*American Psychiatric Association* (APA) de 2013 (4), avec sa traduction française (3).

Critères diagnostiques du DSM 5

A. Pratique inadaptée, persistante et répétée du jeu d'argent conduisant à une altération du fonctionnement ou une souffrance, cliniquement significative, comme en témoigne, chez le sujet, la présence d'au moins quatre des manifestations suivantes au cours d'une période de 12 mois.

1) Besoin de jouer avec des sommes d'argent croissantes pour obtenir l'état d'excitation désiré.

2) Agitation ou irritabilité lors des tentatives de réduction ou d'arrêt de la pratique du jeu.

3) Efforts répétés mais infructueux pour contrôler, réduire ou arrêter la pratique du jeu.

4) Préoccupation par le jeu (remémoration d'expériences de jeu passées ou par la prévision de tentatives prochaines ou par des moyens de se procurer de l'argent pour jouer).

5) Joue souvent lors des sentiments de souffrance/malêtre (par exemple : sentiments d'impuissance, de culpabilité, d'anxiété, de dépression).

6) Après avoir perdu de l'argent au jeu, retourner souvent jouer un autre jour pour recouvrer ses pertes (pour « se refaire »).

7) Ment pour dissimuler l'ampleur réelle de ses habitudes de jeu.

8) Met en danger ou a perdu une relation affective importante, un emploi ou des possibilités d'étude ou de carrière à cause du jeu.

9) Compte sur les autres pour obtenir de l'argent et se sortir de situations financières désespérées dues au jeu.

B.A. pratique du jeu d'argent n'est pas mieux expliquée par un épisode maniaque.

Trouble de l'usage léger = présence de 4 à 5 critères.

Trouble de l'usage moyen = présence de 6 à 7 critères.

Trouble de l'usage grave = présence de 8 à 9 critères.

La section jeu pathologique du DSM-IV

La section jeu pathologique du DSM-IV (DSM-IV-jeu) est un autre outil de référence pour le diagnostic de jeu pathologique (378). La traduction française de cet entretien diagnostique a été réalisée en 1996 par Guelfi *et al*. (379).

Au niveau de ses propriétés psychométriques, la fiabilité et la validité du DSM-IV-jeu ont été attestées par de multiples études (380-382).

En termes de validité, selon les études, la sensibilité varie de 0,83 à 0,95 (0,25 à 0,9 par critère), la spécificité de 0,96 à 1 (0,63 à 1 par critère), la valeur prédictive positive de 0,64 à 1 par critère et la valeur prédictive négative de 0,62 à 0,91 par critère ; les taux de faux négatifs varient entre 0,05 et 0,17 et les taux de faux positifs entre 0,004 et 0,02.

En termes de fiabilité, selon les études, le coefficient α de Cronbach varie de 0,77 à 0,98.

Concernant la distribution des critères du DSM-IV-jeu, Toce-Gerstein *et al.* (383) ont pu montrer que les items les plus retrouvés chez les joueurs à problème (score 3-4) sont avant tout l'item « retourne jouer un autre jour pour recouvrer ses pertes », et à un moindre degré les items « préoccupation par le jeu », « joue pour soulager une humeur dysphorique » et « mensonge De la même manière, les items qui différencient le plus les joueurs pathologiques (score supérieur ou égal à 5) des joueurs à problème sont « agitation ou irritabilité lors des tentatives d'arrêt » et « efforts répétés et infructueux pour contrôler, réduire ou arrêter le jeu », soit des critères de dépendance, notamment concernant les manifestations de sevrage.

Enfin, les items qui différencient le plus les joueurs pathologiques les plus atteints (score 8-10) des joueurs pathologiques les moins atteints (score 5-7) sont : « mise en danger d'une relation affective importante ou d'un emploi » et « actes illégaux », soit ceux qui traduisent les dommages induits à long terme.

La section jeu pathologique du DSM-IV est, en général, considérée comme étant bien plus discriminante que le SOGS. Par exemple, on considère qu'en moyenne, la prévalence du jeu pathologique avec le SOGS est deux fois plus élevée qu'avec le DSM-IV-jeu (384).

Test du SOGS (*South Oaks Gambling Screen*)

Les questions sont cotées de 1 à 5 : 1 rarement ; 2 occasionnellement ; 3 parfois ; 4 souvent ; 5 toujours.

Selon les outils de dépistage et de diagnostic de l'INSERM, en 2008 (385), le South Oaks Gambling Screen (SOGS) a été développé par Henri Lesieur (386) et traduit en langue française par Lejoyeux en 1999 (387).

Il s'agit d'un auto-questionnaire conçu à partir du DSM-III et constitué de 20 items cotés, à raison d'un point par item.

Dans la cotation retenue, un score inférieur ou égal à 2 caractérise l'absence de problème de jeu, un score de 3 ou 4 la notion de jeu à risque ou problématique et, enfin, un score supérieur ou égal à 5 est associé à la notion de jeu pathologique.

Concernant les propriétés psychométriques du SOGS, la fiabilité et la validité de l'outil ont été attestées par de multiples études (386, 388-391).

En termes de validité, selon les études, la sensibilité varie de 0,91 à 0,94, laspécificité de 0,98 à 1, la valeur prédictive positive est à 0,96 et la valeur prédictive négative de 0,97.

Au niveau de ses propriétés psychométriques, la sensibilité et la validité de construction sont parfois limites. Le fort taux de faux positifs souvent retrouvé peut contribuer à une surévaluation dela prévalence du jeu pathologique au niveau des évolutions diagnostiques, beaucoup constatent qu'elles n'ont pas été prises en compte par cet outil déjà ancien, et qu'en particulier, il n'y a pas eu de révision depuis la parution du DSM-IV.

► Le Questionnaire de l'addiction à internet : *Internet Addiction Test* (IAT)

L'*Internet Addiction Test* (IAT) est un test développé par Kimberly Young qui mesure l'utilisation excessive d'Internet (392).

Il est composé de 20 items et en fonction des réponses, un score de 0 à 100 est obtenu.

Un score inférieur à 49 indique que le patient peut passer parfois plus de temps sur Internet que prévu mais que celui-ci garde le contrôle de son utilisation d'Internet.

Un score de 50 à 79 révèle un usage problématique d'Internet avec de possibles conséquences sur la vie du patient.

Un score supérieur à 80 montre un usage problématique d'Internet avec de sévères répercussions sur la vie du patient.

https://www.respadd.org/wp-content/uploads/2021/11/Flyer-Test-IAT-BAT.pdf

Le questionnaire de l'addiction à l'usage d'Internet – *Internet Addiction Test* (IAT)

Les questions sont cotées de 1 à 5 : 1 Rarement ; 2 Occasionnellement ; 3 Parfois ; 4 Souvent ; 5 Toujours.

- À quelle fréquence demeurez-vous en ligne plus longtemps que vous ne l'aviez prévu ?

- À quelle fréquence négligez-vous vos travaux domestiques pour passer plus de temps en ligne ?

- À quelle fréquence préférez-vous le divertissement que vous procure l'Internet, à l'intimité avec votre partenaire ?

- À quelle fréquence vous arrive-t-il de créer de nouvelles relations interpersonnelles en étant en ligne ?

- À quelle fréquence vos proches se plaignent-ils du temps que vous passez en ligne ?

- À quelle fréquence négligez-vous vos études ou vos travaux scolaires à cause du temps passé en ligne ?

- À quelle fréquence regardez-vous vos courriels avant de faire d'autres tâches pressantes ?

- À quelle fréquence votre performance au travail ou votre productivité ont été affectées à cause de l'Internet ?

- À quelle fréquence avez-vous été sur la défensive ou offusqué si quelqu'un vous demandait ce que vous faites en ligne ?

- À quelle fréquence oubliez-vous vos problèmes personnels en focalisant votre attention sur l'Internet ?

- À quelle fréquence avez-vous anticipé de vous retrouver encore en ligne ?

- À quelle fréquence avez-vous pensé que la vie sans Internet serait ennuyante, vide et sans joie ?

- À quelle fréquence vous êtes-vous mis en colère si quelqu'un vous dérangeait lorsque vous étiez en ligne ?

- À quelle fréquence avez-vous manqué de sommeil parce que vous étiez resté en ligne trop tard le soir ?

- À quelle fréquence avez-vous pensé à l'Internet ou souhaité être en ligne, quand vous n'étiez pas en ligne ?

- À quelle fréquence, lorsque vous étiez en ligne, vous êtes-vous dit à vous-mêmes : « juste quelques minutes encore » ?

- À quelle fréquence avez-vous tenté sans succès de diminuer votre temps d'utilisation de l'Internet ?

- À quelle fréquence avez-vous-tenté de dissimuler le temps que vous passez en ligne ?

-À quelle fréquence avez-vous choisi d'être en ligne plutôt que de sortir avec d'autres personnes ?

- À quelle fréquence vous êtes-vous senti déprimé, triste ou nerveux si vous n'étiez pas en ligne et que votre humeur revenait à la normale si vous retourniez en ligne ?

Le score total au questionnaire est obtenu par la somme des points aux différents items.

- Score de 0 à 9 : pas d'usage excessif d'Internet.
- Score de 50 à 79 : usage problématique d'Internet avec de possibles conséquences sur votre vie.
- Score de 80 à 100 : usage problématique d'Internet avec de sévères répercussions sur votre vie.
-

Références

1. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Prise en charge d'un épisode dépressif isolé de l'adulte en ambulatoire. Recommandations pour la pratique clinique. Paris: ANAES; 2002. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/rpc_depression_2002_-_mel_2006_-_argumentaore.pdf

2. Organisation mondiale de la santé. CIM-10. Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes. Genève: OMS; 1993.

3. American Psychiatric Association. DSM-5. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2015.

4. American Psychiatric Association. DSM-5. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fifth edition. Arlington: APA; 2013.

5. Olié E, Courtet P. Dépression récurrente : facteurs de risque, facteurs de vulnérabilité. L'Encéphale 2010;36(Suppl 5):S117-S22.

6. World Health Organization. The global burden of disease: 2004 update. Geneva: WHO; 2008. http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GBD_report_2004update_full.pdf

7. Haute Autorité de Santé. Prise en charge des complications évolutives d'un épisode dépressif caractérisé de l'adulte. Recommandations pour la pratique clinique. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2007. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/complications_evolutives_edc_-_argumentaire_v2.pdf

8. Ministère de la Santé. Programme national d'actions contre le suicide 2011-2014. Paris: Ministère de la Santé; 2011. http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Programme_national_d_actions_contre_le_suicide_2011-2014.pdf

9. Ministère de la Santé. Plan Psychiatrie et Santé mentale 2011-2015. Paris: Ministère de la Santé; 2011.

10. Haute Autorité de Santé. Manifestations dépressives à l'adolescence : repérage, diagnostic et prise en charge en soins de premier recours. Recommandation de bonne pratique. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2014. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-12/manifestations_depressives_argumentaire_scientifique.pdf

11. NHS Choices. Depression: primary care presentation. Map of medicine. London: NHS Choices; 2014.

12. National Institute for Health and Clinical Excellence. Depression in adults: recognition and management. NICE clinical guideline 90. London: NICE; 2009. https://www.nice.org.uk/guidance/cg90/resources/depression-in-adults-recognition-and-management-975742636741

13. Singapore Ministry of Health. Depression. Clinical practice guidelines. Singapore: MOH; 2011. https://www.moh.gov.sg/content/dam/moh_web/HPP/Doctors/cpg_medical/current/2012/depression/Depression%20CPG_R11.pdf

14. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists. Australian and New Zealand clinical practice guidelines for the treatment of depression. Aust N Z J Psychiatry 2004;38(6):389-407.

15. Härter M, Klesse C, Bermejo I, Schneider F, Berger M. Unipolar depression: diagnostic and therapeutic recommendations from the current S3/National Clinical Practice Guideline. Dtsch Arztebl Int 2010;107(40):700-8.

16. U.S.Preventive Services Task Force. Screening for depression in adults: U.S. preventive services task force recommendation statement. Ann Intern Med 2009;151(11):784-92.

17. Institut national de santé publique du Québec. Synthèse des connaissances sur le dépistage de la dépression en première ligne chez les adultes. Québec: Gouvernement du Québec; 2014. http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1831_Depistage_Depression_Adultes.pdf

18. Department of Veterans Affairs, Department of Defense. Management of major depressive disorder. Clinical practice guideline. Washington: VA/DoD; 2009. http://www.healthquality.va.gov/guidelines/MH/mdd/MDDFULL053013.pdf

19. International Consensus Group on Depression, Nutt DJ, Davidson JR, Gelenberg AJ, Higuchi T, Kanba S, *et al.* International consensus statement on major depressive disorder. J Clin Psychiatry 2010;71(Suppl E1):e08.

20. American Psychiatric Association. DSM-IV-TR. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Texte révisé. Paris: Masson; 2003.

21. Boyer P, Dardennes R, Even C. Dépression et santé publique. Données et réflexions. Paris: Masson; 1999.

22. Royal College of General Practitioners, Royal College of Psychiatrists. Management of depression in older people: why this is important in primary care. London: RCGP; 2014. http://www.rcgp.org.uk/clinical-and-research/clinical-resources/~/media/Files/CIRC/Mental%20Health%20-%202014/3%20%20Managing%20Depression%20In%20Older%20People.ashx

23. Ministry of Health Malaysia, Malaysian Psychiatric Association, Academy of Medicine of Malaysia.

Management of major depressive disorder. Clinical practice guidelines. Putrajaya: MoH; 2007. http://www.moh.gov.my/penerbitan/CPG2017/3897.pdf

24. Rodda J, Walker Z, Carter J. Depression in older adults. BMJ 2011;343:d5219.

25. Agency for Healthcare Research and Quality. Screening for depression in adults and older adults in primary care. An updated systematic review. Evidence report/number 75. Rockville: AHRQ; 2009. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK36403/pdf/TOC.pdf

26. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments, Patten SB, Kennedy SH, Lam RW, O'Donovan C, Filteau MJ*, et al.* Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) clinical guidelines for the management of major depressive disorder in adults. I. Classification, burden and principles of management. J Affect Disord 2009;117(Suppl 1):S5-14.

27. American Psychiatric Association. Highlights of changes from DSM-IV-TR to DSM-5. Arlington: APA; 2013. http://www.dsm5.org/Documents/changes%20from%20dsm-iv-tr%20to%20dsm-5.pdf

28. American Psychiatric Association. DSM5: the future of psychiatric diagnosis. Arlington: APA; 2012.

29. Mitchell AJ, Vaze A, Rao S. Clinical diagnosis of depression in primary care: a meta-analysis. Lancet 2009;374(9690):609-19.

30. Stein DJ, Lund C, Nesse RM. Classification systems in psychiatry: diagnosis and global mental health in the era of DSM-5 and ICD-11. Curr Opin Psychiatry 2013;26(5):493-7.

31. Watts G. Critics attack *DSM-5* for overmedicalising normal human behaviour. BMJ 2012;344:e1020.

32. Nemeroff CB, Weinberger D, Rutter M, MacMillan HL, Bryant RA, Wessely S*, et al.* DSM-5: a collection of psychiatrist views on the changes, controversies, and future directions. BMC Med 2013;11:202.

33. American Psychiatric Association. Troubles dépressifs. Dans: American Psychiatric Association, ed. DSM-5. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2015. p. 181-220.

34. Guidelines and Protocols Advisory Committee. Major depressive disorder in adults: diagnosis and management. Victoria: GPAC; 2013. http://www2.gov.bc.ca/assets/gov/health/practitioner-pro/bc-guidelines/depression_full_guideline.pdf

35. Institut national de santé publique du Québec. Faire face à la dépression au Québec. Protocole de soins à l'intention des intervenants de première ligne. Montréal: INSPQ; 2012. http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1509_FaireFaceDepressionQc_ProtoSoinsInterv1reLigne.pdf

36. Singapore Ministry of Health, Chua HC, Chan LL, Chee KS, Chen YH, Chin SA*, et al.* Ministry of Health clinical practice guidelines: depression. Singapore Med J 2012;53(2):137-43.

37. Institute for Clinical Systems Improvement. Major depression in adults in primary care. Health care guideline. Fifteenth edition. Bloomington: ICSI; 2012.

38. New Zealand Guidelines Group. Identification of common mental disorders and management of depression in primary care. An evidence-based best practice guideline. Wellington: Ministry of Health; 2008.

39. Arroll B, Goodyear-Smith F, Crengle S, Gunn J, Kerse N, Fishman T*, et al.* Validation of PHQ-2 and PHQ-9 to screen for major depression in the primary care population. Ann Fam Med 2010;8(4):348-53.

40. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB. Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD: the PHQ primary care study. Primary Care Evaluation of Mental Disorders. Patient Health Questionnaire. JAMA 1999;282(18):1737-44.

41. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. J Gen Intern Med 2001;16(9):606-13.

42. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The Patient Health Questionnaire-2: validity of a two-item depression screener. Med Care 2003;41(11):1284-92.

43. Löwe B, Spitzer RL, Gräfe K, Kroenke K, Quenter A, Zipfel S*, et al.* Comparative validity of three screening questionnaires for DSM-IV depressive disorders and physicians' diagnoses. J Affect Disord 2004;78(2):131-40.

44. Norton J, de Roquefeuil G, David M, Boulenger JP, Ritchie K, Mann A. Prévalence des troubles psychiatriques en médecine générale selon le *patient health questionnaire* : adéquation avec la détection par le médecin et le traitement prescrit. L'Encéphale 2009;35(6):560-9.

45. Manea L, Gilbody S, McMillan D. Optimal cut-off score for diagnosing depression with the Patient Health Questionnaire (PHQ-9): a meta-analysis. CMAJ 2012;184(3):E191-E6.

46. Manea L, Gilbody S, McMillan D. A diagnostic meta-analysis of the Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) algorithm scoring method as a screen for depression. Gen Hosp Psychiatry 2015;37(1):67-75.

47. Whiting PF, Rutjes AW, Westwood ME, Mallett S, Deeks JJ, Reitsma JB*, et al.* QUADAS-2: a revised tool for the quality assessment of diagnostic accuracy studies. Ann Intern Med 2011;155(8):529-36.

48. Jaksic N, Ivezic E, Jokic-Begic N, Suranyi Z, Stojanovic-Spehar S. Factorial and diagnostic validity of the Beck Depression Inventory-II (BDI-II) in Croatian primary health care. J Clin Psychol Med Settings 2013;20(3):311-22.

49. Furukawa TA. Assessment of mood: guides for clinicians. J Psychosom Res 2010;68(6):581-9.

50. Bouvard M, Cottraux J. Protocoles et échelles d'évaluation en psychiatrie et psychologie. Paris: Masson; 2010.

51. Beck AT, Steer RA, Brown GK. BDI-II Inventaire de dépression de Beck [En ligne] 1998. http://www.ecpa.fr/psychologie-clinique/test.asp?id=1501

52. Morin AJS, Moullec G, Maiano C, Layet L, Just JL, Ninot G. Psychometric properties of the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) in French clinical and nonclinical adults. Rev Epidémiol Santé Publique 2011;59(5):327-40.

53. Radloff LS. The CES-D scale: a self report depression scale for research in the general population. Appl Psychol Meas 1977;1:385-401.

54. Furher R, Rouillon F. La version française de l'échelle CES-D (Center for Epidemiologic Studies-depression scale). Description et traduction de l'échelle d'autoévaluation. Psychiatr Psychobiol 1989;4(3):163-6.

55. Langevin V, François M, Boini S, Riou A. Center for epidemiologic studies-depression scale (CES-D). DMT 2011;127:475-80.

56. American Psychiatric Association. DSM III. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Arlington: APA; 1980.

57. Montgomery SA, Asberg M. A new depression scale designed to be sensitive to change. Br J Psychiatry 1979;134:382-9.

58. Centre technique national d'études et de recherches sur les handicaps et les inadaptations, Misès R. Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent R-2012. Correspondance et transcodage CIM10. 5e édition. Rennes: Presse de l'EHESP; 2012.

59. Organisation mondiale de la santé. Manuel de la classification statistique internationale des maladies, traumatismes et causes de décès. 9è édition. Genève: OMS; 1977.

60. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Diagnostic et prise en charge en ambulatoire du trouble anxieux généralisé de l'adulte. Recommandations pour la pratique clinique. Paris: ANAES; 2001.

61. Haute Autorité de Santé. Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours. Recommandation de bonne pratique. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2014. https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1718021/fr/arret-de-la-consommation-de-tabac-du-depistage-individuel-au-maintien-de-l-abstinence-en-premier-recours

62. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. Acta Psychiatr Scand 1983;67(6):361-70.

63. Roberge P, Doré I, Menear M, Chartrand E, Ciampi A, Duhoux A, *et al.* A psychometric evaluation of the French Canadian version of the Hospital Anxiety and Depression Scale in a large primary care population. J Affect Disord 2013;147(1-3):171-9.

64. Spinhoven P, Ormel J, Sloekers PP, Kempen GI, Speckens AE, van Hemert AM. A validation study of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) in different groups of Dutch subjects. Psychol Med 1997;27(2):363-70.

65. Orive M, Padierna JA, Quintana JM, Las-Hayas C, Vrotsou K, Aguirre U. Detecting depression in medically ill patients: Comparative accuracy of four screening questionnaires and physicians' diagnoses in Spanish population. J Psychosom Res 2010;69(4):399-406.

66. Friedman S, Samuelian JC, Lancrenon S, Even C, Chiarelli P. Three-dimensional structure of the Hospital Anxiety and Depression Scale in a large French primary care population suffering from major depression. Psychiatry Res 2001;104(3):247-57.

67. Bjelland I, Dahl AA, Haug TT, Neckelmann D. The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale. An updated literature review. J Psychosom Res 2002;52(2):69-77.

68. Brennan C, Worrall-Davies A, McMillan D, Gilbody S, House A. The Hospital Anxiety and Depression Scale: a diagnostic meta-analysis of case-finding ability. J Psychosom Res 2010;69(4):371-8.

69. Bocéréan C, Dupret E. A validation study of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) in a large sample of French employees. BMC Psychiatry 2014;14(1):354.

70. Caci H, Bayle FJ, Mattei V, Dossios C, Robert P, Boyer P. How does the Hospital and Anxiety and Depression Scale measure anxiety and depression in healthy subjects? Psychiatry Res 2003;118(1):89-99.

71. Cosco TD, Doyle F, Ward M, Mcgee H. Latent structure of the Hospital Anxiety And Depression Scale: a 10-year systematic review. J Psychosom Res 2012;72(3):180-4.

72. Kjaergaard M, rfwedson Wang CE, Waterloo K, Jorde R. A study of the psychometric properties of the Beck Depression Inventory-II, the Montgomery and Asberg Depression Rating Scale, and the Hospital Anxiety and Depression Scale in a sample from a healthy population. Scand J Psychol 2014;55(1):83-9.

73. Pettersson A, Bostrom KB, Gustavsson P, Ekselius L. Which instruments to support diagnosis of depression have sufficient accuracy? A systematic review. Nord J Psychiatry 2015:1-12.

74. Straat JH, van der Ark LA, Sijtsma K. Multi-method analysis of the internal structure of the Type D Scale-14 (DS14). J Psychosom Res 2012;72(4):258-65.

75. Terluin B, Brouwers EPM, van Marwijk HWJ, Verhaak PFM, van der Horst HE. Detecting depressive and anxiety disorders in distressed patients in primary care; comparative diagnostic accuracy of the Four-Dimensional Symptom Questionnaire (4DSQ) and the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). BMC Fam Pract 2009;10:58.

76. British Columbia Ministry of Health. Family physician guide. For depression, anxiety disorders, early psychosis and substance use disorders. Victoria: BCMOH; 2008. http://www.health.gov.bc.ca/library/publications/year/2008/fpg_full.pdf

77. Hamilton M. A rating scale for depression. J Neurol Neurosurg Psychiatry 1960;23:56-62.

78. Zimmerman M, Martinez JH, Young D, Chelminski I, Dalrymple K. Severity classification on the Hamilton Depression Rating Scale. J Affect Disord 2013;150(2):384-8.

79. Williams JB. A structured interview guide for the Hamilton Depression Rating Scale. Arch Gen Psychiatry 1988;45(8):742-7.

80. Bech P, Allerup P, Reisby N, Gram LF. Assessment of symptom change from improvement curves on the Hamilton depression scale in trials with antidepressants. Psychopharmacology 1984;84(2):276-81.

81. Lepine JP, Godchau M, Brun P. Anxiety and depression in inpatients. Lancet 1985;2(8469-70):1425-6.

82. Bondolfi G, Jermann F, Rouget BW, Gex-Fabry M, McQuillan A, Dupont-Willemin A*, et al.* Self- and clinician-rated Montgomery-Asberg Depression Rating Scale: evaluation in clinical practice. J Affect Disord 2010;121(3):268-72.

83. Muller MJ, Himmerich H, Kienzle B, Szegedi A. Differentiating moderate and severe depression using the Montgomery-Asberg depression rating scale (MADRS). J Affect Disord 2003;77(3):255-60.

84. Hammond MF. Rating depression severity in the elderly physically ill patient: reliability and factor structure of the Hamilton and the Montgomery-Asberg Depression Rating Scales. Int J Geriatr Psychiatry 1998;13(4):257-61.

85. Svanborg P, Asberg M. A comparison between the Beck Depression Inventory (BDI) and the self-rating version of the Montgomery Asberg Depression Rating Scale (MADRS). J Affect Disord 2001;64(2-3):203-16.

86. Peyre F, Martinez R, Calache M, Verdoux H, Bourgeois M. Revalidation de l'échelle de depression de Montgomery et Asberg (M.A.D.R.S.) sur un groupe de 147 patients déprimés hospitalisés. Ann Med Psychol 1989;147(7):762-7.

87. Adler M, Hetta J, Isacsson G, Brodin U. An item response theory evaluation of three depression assessment instruments in a clinical sample. BMC Med Res Methodol 2012;12:84.

88. Carneiro AM, Fernandes F, Moreno RA. Hamilton depression rating scale and montgomery-asberg depression rating scale in depressed and bipolar I patients: psychometric properties in a Brazilian sample. Health Qual Life Outcomes 2015;13:42.

89. Carmody TJ, Rush AJ, Bernstein I, Warden D, Brannan S, Burnham D*, et al.* The Montgomery Asberg and the Hamilton ratings of depression: a comparison of measures. Eur Neuropsychopharmacol 2006;16(8):601-11.

90. Engedal K, Kvaal K, Korsnes M, Barca ML, Borza T, Selbaek G*, et al.* The validity of the Montgomery-Aasberg depression rating scale as a screening tool for depression in later life. J Affect Disord 2012;141(2-3):227-32.

91. Liu J, Xiang YT, Lei H, Wang Q, Wang G, Ungvari GS*, et al.* Guidance on the conversion of the Chinese versions of the Quick Inventory of Depressive Symptomatology-Self-Report (C-QIDS-SR) and the Montgomery-Asberg Scale (C-MADRS) in Chinese patients with major depression. J Affect Disord 2014;152-154:530-3.

92. Schulte-van Maaren YW, Carlier IV, Zitman FG, van Hemert AM, de Waal MW, van der Does AJ*, et al.* Reference values for major depression questionnaires: the Leiden Routine Outcome Monitoring Study. J Affect Disord 2013;149(1-3):342-9.

93. Senra Rivera C, Rancano Perez C, Sanchez Cao E, Barba Sixto S. Use of three depression scales for evaluation of pretreatment severity and of improvement after treatment. Psychol Rep 2000;87(2):389-94.

94. Zimmerman M, Chelminski I, Posternak M. A review of studies of the Montgomery-Asberg Depression Rating Scale in controls: implications for the definition of remission in treatment studies of depression. Int Clin Psychopharmacol 2004;19(1):1-7.

95. Zimmerman M, Posternak MA, Chelminski I. Derivation of a definition of remission on the Montgomery-Asberg depression rating scale corresponding to the definition of remission on the Hamilton rating scale for depression. J Psychiatr Res 2004;38(6):577-82.

96. Zimmerman M, Posternak MA, Chelminski I. Implications of using different cut-offs on symptom severity scales to define remission from depression. Int Clin Psychopharmacol 2004;19(4):215-20.

97. Bech P, Allerup P, Larsen ER, Csillag C, Licht RW. The Hamilton Depression Scale (HAM-D) and the Montgomery-Asberg Depression Scale (MADRS). A psychometric re-analysis of the European genome-

based therapeutic drugs for depression study using Rasch analysis. Psychiatry Res 2014;217(3):226-32.

98. Duru G, Fantino B. The clinical relevance of changes in the Montgomery-Asberg Depression Rating Scale using the minimum clinically important difference approach. Curr Med Res Opin 2008;24(5):1329-35.

99. Cunningham JL, Wernroth L, von KL, Berglund L, Ekselius L. Agreement between physicians' and patients' ratings on the Montgomery-Asberg Depression Rating Scale. J Affect Disord 2011;135(1-3):148-53.

100. Fantino B, Moore N. The self-reported Montgomery-Asberg Depression Rating Scale is a useful evaluative tool in Major Depressive Disorder. BMC Psychiatry 2009;9:26.

101. Ferreri M, Cousin FR, Rufin JC, Alby JM. Validation du HARD, diagramme d'évaluation de la dépression par la MADRS. A propos d'une étude multicentrique de la mianserine. L'Encéphale 1986;12(6):343-50.

102. Hawley CJ, Gale TM, Sivakumaran T, Hertfordshire Neuroscience Research group. Defining remission by cut off score on the MADRS: selecting the optimal value. J Affect Disord 2002;72(2):177-84.

103. Heo M, Murphy CF, Meyers BS. Relationship between the Hamilton Depression Rating Scale and the Montgomery-Asberg Depression Rating Scale in depressed elderly: a meta-analysis. Am J Geriatr Psychiatry 2007;15(10):899-905.

104. Santen G, Danhof M, Della Pasqua O. Sensitivity of the Montgomery Asberg Depression Rating Scale to response and its consequences for the assessment of efficacy. J Psychiatr Res 2009;43(12):1049-56.

105. Poirot I. Syndromes dépressifs et échelles d'évaluation (1 ère partie). Méd Sommeil 2005;2(5):38-41.

106. Svanborg P, Asberg M. A new self-rating scale for depression and anxiety states based on the Comprehensive Psychopathological Rating Scale. Acta Psychiatr Scand 1994;89(1):21-8.

107. Institute for Clinical Systems Improvement. Adult depression in primary care. Health care guideline. 16th edition. Bloomington: ICSI; 2013.

108. Flood M, Buckwalter KC. Recommendations for mental health care of older adults: Part 1--an overview of depression and anxiety. J Gerontol Nurs 2009;35(2):26-34.

109. Société de formation thérapeutique du généraliste, Haute Autorité de Santé. Prise en charge du patient adulte se plaignant d'insomnie en médecine générale. Recommandations pour la pratique clinique. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2006. https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/rpc_sftg_insomnie_-_argumentaire_mel.pdf

110. Friedman B, Heisel MJ, Delavan RL. Psychometric properties of the 15-item geriatric depression scale in functionally impaired, cognitively intact, community-dwelling elderly primary care patients. J Am Geriatr Soc 2005;53(9):1570-6.

111. Robison J, Gruman C, Gaztambide S, Blank K. Screening for depression in middle-aged and older puerto rican primary care patients. J Gerontol A Biol Sci Med Sci 2002;57(5):M308-M14.

112. Hugonot-Diener L, Ousset PJ. Echelle Cornell de dépression dans la démence (CSDD). Dans: Hugonot-Diener L, Barbeau E, Michel BF, Thomas-Antérion C, Robert P, ed. Grémoire : tests et échelles de la maladie d'Alzheimer et des syndromes apparentés. Paris: Solal; 2009. p. 272-74.

113. Mitchell AJ, Bird V, Rizzo M, Meader N. Diagnostic validity and added value of the Geriatric Depression Scale for depression in primary care: a meta-analysis of GDS30 and GDS15. J Affect Disord 2010;125(1-3):10-7.

114. Ellison JM, Kyomen HH, Harper DG. Depression in later life: an overview with treatment recommendations. Psychiatr Clin North Am 2012;35(1):203-29.

115. Colasanti V, Marianetti M, Micacchi F, Amabile GA, Mina C. Tests for the evaluation of depression in the elderly: a systematic review. Arch Gerontol Geriatr 2010;50(2):227-30.

116. Lacoste L, Trivalle C. Échelles d'évaluation de la dépression en consultation gérontologique. NPG Neurol Psychiatr Gériatr 2005;5(26):44-51.

117. Alexopoulos GS, Abrams RC, Young RC, Shamoian CA. Cornell Scale for Depression in Dementia. Biol Psychiatry 1988;23(3):271-84.

118. Hugonot-Diener L. Évaluation thymique. Dans: Guide pratique de la consultation en gériatrie. Paris: Elsevier Masson; 2014. p. 31-40.

119. Hugonot-Diener L, Barbeau E, Michel BF, Thomas-Antérion C, Robert P. Gremoire : tests et échelles de la maladie d'Alzheimer et des syndromes apparentés. Paris: Solal; 2009.

120. Hugonot-Diener L, Clément JP. Questionnaire de dépistage de dépression des sujets très âgés (DEP-GER). Dans: Hugonot-Diener L, Barbeau E, Michel BF, Thomas-Antérion C, Robert P, ed. Grémoire : tests et échelles de la maladie d'Alzheimer et des syndromes apparentés. Paris: Solal; 2009. p. 269-71.

121. Hugonot-Diener L, Clément JP. Echelle de dépression gériatrique (GDS). Dans: Hugonot-Diener L, Barbeau E, Michel BF, Thomas-Antérion C, Robert P, ed. Grémoire : tests et échelles de la maladie d'Alzheimer et des syndromes apparentés. Paris: Solal; 2009. p. 275-76.

122. Raskin A, Schulterbrandt J, Reatig N, McKeon JJ. Replication of factors of psychopathology in interview,

ward behavior and self-report ratings of hospitalized depressives. J Nerv Ment Dis 1969;148(1):87-98.

123. National Institute for Health and Care Excellence. Bipolar disorder: the assessment and management of bipolar disorder in adults, children and young people in primary and secondary care. NICE clinical guideline 185. Manchester: NICE; 2014. http://www.nice.org.uk/guidance/cg185/resources/guidance-bipolar-disorder-the-assessment-and-management-of-bipolar-disorder-in-adults-children-and-young-people-in-primary-and-secondary-care-pdf

124. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments, International Society for Bipolar Disorders, Yatham LN, Kennedy SH, Schaffer A, Parikh SV*, et al.* Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) and International Society for Bipolar Disorders (ISBD) collaborative update of CANMAT guidelines for the management of patients with bipolar disorder: update 2009. Bipolar Disord 2009;11(3):225-55.

125. International Society for Bipolar Disorders, Ghaemi SN, Bauer M, Cassidy F, Malhi GS, Mitchell P*, et al.* Diagnostic guidelines for bipolar disorder: a summary of the International Society for Bipolar Disorders Diagnostic Guidelines Task Force Report. Bipolar Disord 2008;10(1 Pt 2):117-28.

126. World Federation of Societies of Biological Psychiatry, Grunze H, Vieta E, Goodwin GM, Bowden C, Licht RW*, et al.* The World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for the Biological Treatment of Bipolar Disorders: update 2010 on the treatment of acute bipolar depression. World J Biol Psychiatry 2010;11(2):81-109.

127. Llorca PM, Courtet P, Martin P, Abbar M, Gay C, Meynard JA*, et al.* Dépistage et prise en charge du trouble bipolaire : résultats. Recommandations formalisées d'experts (RFE). L'Encéphale 2010;36(Suppl 4):S86-102.

128. Haute Autorité de Santé. Affections psychiatriques de longue durée. Troubles dépressifs récurrents ou persistants de l'adulte. Guide médecin. Guide Affection longue durée. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2009. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-04/gm_ald23_troubles_depressifs_webavril2009.pdf

129. Haute Autorité de Santé. Patient avec un trouble bipolaire : repérage et prise en charge initiale en premier recours. Fiche Mémo. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2015. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-10/fiche_memo_trouble_bipolaire_vd.pdf

130. Hättenschwiler J, Höck P, Luther R, Modestin J, Seifritz E. Troubles bipolaires : diagnostic. Forum Méd Suisse 2009;9(42):750-4.

131. Conus P, Berger G, Theodoridou A, Schneider R, Umbricht D, Michaelis-Conus K*, et al.* Intervention précoce dans les troubles bipolaires. Forum Méd Suisse 2008;8(17):316-9.

132. Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques, Coldefy M, Nestrigue C. La prise en charge de la dépression dans les établissements de santé. Etudes et Résultats 2013;(860).

133. Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, Beck F, Guignard R. La dépression en France (2005-2010) : prévalence, recours au soin et sentiment d'information de la population. Santé Homme 2012;(421):43-5.

134. Kruijshaar ME, Hoeymans N, Spijker J, Stouthard ME, Essink-Bot ML. Has the burden of depression been overestimated? Bull World Health Organ 2005;83(6):443-8.

135. Boessen R, Groenwold RH, Knol MJ, Grobbee DE, Roes KC. Comparing HAMD(17) and HAMD subscales on their ability to differentiate active treatment from placebo in randomized controlled trials. J Affect Disord 2013;145(3):363-9.

136. Faries D, Herrera J, Rayamajhi J, Debrota D, Demitrack M, Potter WZ. The responsiveness of the Hamilton Depression Rating Scale. J Psychiatr Res 2000;34(1):3-10.

137. Furukawa TA, Akechi T, Azuma H, Okuyama T, Higuchi T. Evidence-based guidelines for interpretation of the Hamilton Rating Scale for Depression. J Clin Psychopharmacol 2007;27(5):531-4.

138. Helmreich I, Wagner S, Konig J, Kohnen R, Szegedi A, Hiemke C*, et al.* Hamilton depression rating subscales to predict antidepressant treatment outcome in the early course of treatment. J Affect Disord 2015;175:199-208.

139. Lecrubier Y, Bech P. The Ham D(6) is more homogenous and as sensitive as the Ham D(17). Eur Psychiatry 2007;22(4):252-5.

140. Leucht S, Fennema H, Engel R, Kaspers-Janssen M, Lepping P, Szegedi A. What does the HAMD mean? J Affect Disord 2013;148(2-3):243-8.

141. Licht-Strunk E, van der Windt DA, van Marwijk HW, de Haan M, Beekman AT. The prognosis of depression in older patients in general practice and the community. A systematic review. Fam Pract 2007;24(2):168-80.

142. Luckenbaugh DA, Ameli R, Brutsche NE, Zarate CA, Jr.,. Rating depression over brief time intervals with the Hamilton Depression Rating Scale: standard vs. abbreviated scales. J Psychiatr Res 2015;61:40-5.

143. Mottram P, Wilson K, Copeland J. Validation of the Hamilton Depression Rating Scale and Montgommery and Asberg Rating Scales in terms of AGECAT depression cases. Int J Geriatr Psychiatry 2000;15(12):1113-9.

144. Santen G, Gomeni R, Danhof M, Della PO. Sensitivity of the individual items of the Hamilton depression rating scale to response and its consequences for the assessment of efficacy. J Psychiatr Res 2008;42(12):1000-9.

145. Santor DA, Debrota D, Engelhardt N, Gelwicks S. Optimizing the ability of the Hamilton Depression Rating Scale to discriminate across levels of severity and between antidepressants and placebos. Depress Anxiety 2008;25(9):774-86.

146. Bagby RM, Ryder AG, Schuller DR, Marshall MB. The Hamilton Depression Rating Scale: has the gold standard become a lead weight? Am J Psychiatry 2004;161(12):2163-77.

147. Ballesteros J, Bobes J, Bulbena A, Luque A, Dal-Re R, Ibarra N*, et al.* Sensitivity to change, discriminative performance, and cutoff criteria to define remission for embedded short scales of the Hamilton depression rating scale (HAMD). J Affect Disord 2007;102(1-3):93-9.

148. Romera I, Perez V, Menchon JM, Polavieja P, Gilaberte I. Optimal cutoff point of the Hamilton Rating Scale for Depression according to normal levels of social and occupational functioning. Psychiatry Res 2011;186(1):133-7.

149. López-Pina JA, Sánchez-Meca J, Rosa-Alcázar AI. The Hamilton Rating Scale for Depression: a meta-analytic reliability generalization study. Int J Clin Health Psychol 2009;9(1):143-59.

150. Shafer AB. Meta-analysis of the factor structures of four depression questionnaires: Beck, CES-D, Hamilton, and Zung. J Clin Psychol 2006;62(1):123-46.

151. Trajkovic G, Starcevic V, Latas M, Lestarevic M, Ille T, Bukumiric Z*, et al.* Reliability of the Hamilton Rating Scale for Depression: a meta-analysis over a period of 49 years. Psychiatry Res 2011;189(1):1-9.

152. Aalto AM, Elovainio M, Kivimaki M, Uutela A, Pirkola S. The Beck Depression Inventory and General Health Questionnaire as measures of depression in the general population: a validation study using the Composite International Diagnostic Interview as the gold standard. Psychiatry Res 2012;197(1-2):163-71.

153. Choi SW, Schalet B, Cook KF, Cella D. Establishing a common metric for depressive symptoms: linking the BDI-II, CES-D, and PHQ-9 to PROMIS depression. Psychol Assess 2014;26(2):513-27.

154. Hiroe T, Kojima M, Yamamoto I, Nojima S, Kinoshita Y, Hashimoto N*, et al.* Gradations of clinical severity and sensitivity to change assessed with the Beck Depression Inventory-II in Japanese patients with depression. Psychiatry Res 2005;135(3):229-35.

155. Kapci EG, Uslu R, Turkcapar H, Karaoglan A. Beck Depression Inventory II: evaluation of the psychometric properties and cut-off points in a Turkish adult population. Depress Anxiety 2008;25(10):E104-10.

156. Steer RA, Brown GK, Beck AT, Sanderson WC. Mean Beck Depression Inventory-II scores by severity of major depressive episode. Psychol Rep 2001;88(3 Pt 2):1075-6.

157. Leung CM, Wing YK, Kwong PK, Lo A, Shum K. Validation of the Chinese-Cantonese version of the hospital anxiety and depression scale and comparison with the Hamilton Rating Scale of Depression. Acta Psychiatr Scand 1999;100(6):456-61.

158. Schneibel R, Brakemeier EL, Wilbertz G, Dykierek P, Zobel I, Schramm E. Sensitivity to detect change and the correlation of clinical factors with the Hamilton Depression Rating Scale and the Beck Depression Inventory in depressed inpatients. Psychiatry Res 2012;198(1):62-7.

159. Furlanetto LM, Mendlowicz MV, Romildo BJ. The validity of the Beck Depression Inventory-Short Form as a screening and diagnostic instrument for moderate and severe depression in medical inpatients. J Affect Disord 2005;86(1):87-91.

160. Subica AM, Fowler JC, Elhai JD, Frueh BC, Sharp C, Kelly EL*, et al.* Factor structure and diagnostic validity of the Beck Depression Inventory-II with adult clinical inpatients: comparison to a gold-standard diagnostic interview. Psychol Assess 2014;26(4):1106-15.

161. Mitchell C, Dwyer R, Hagan T, Mathers N. Impact of the QOF and the NICE guideline in the diagnosis and management of depression: a qualitative study. Br J Gen Pract 2011;61(586):e279-e89.

162. Arnau RC, Meagher MW, Norris MP, Bramson R. Psychometric evaluation of the Beck Depression Inventory-II with primary care medical patients. Health Psychol 2001;20(2):112-9.

163. Dutton GR, Grothe KB, Jones GN, Whitehead D, Kendra K, Brantley PJ. Use of the Beck Depression Inventory-II with African American primary care patients. Gen Hosp Psychiatry 2004;26(6):437-42.

164. Steer RA, Ball R, Ranieri WF, Beck AT. Dimensions of the Beck Depression Inventory-II in clinically depressed outpatients. J Clin Psychol 1999;55(1):117-28.

165. Kriston L, von Wolff A. Not as golden as standards should be: interpretation of the Hamilton Rating Scale for Depression. J Affect Disord 2011;128(1-2):175-7.

166. Huang C, Chen JH. Meta-Analysis of the Factor Structures of the Beck Depression Inventory-II. Assessment 2015;22(4):459-72.

167. Wang YP, Gorenstein C. Assessment of depression in medical patients: a systematic review of the utility of the Beck Depression Inventory-II. Clinics (Sao Paulo) 2013;68(9):1274-87.

168. NHS Choices. Depression: mild to moderate. Map of medicine. London: NHS Choices; 2014.

169. National Institute for Health and Care Excellence. Depression in adults quality standard. NICE quality standard 8. Manchester: NICE; 2011. https://www.nice.org.uk/guidance/qs8

170. Cameron IM, Crawford JR, Lawton K, Reid IC. Psychometric comparison of PHQ-9 and HADS for measuring depression severity in primary care. Br J Gen Pract 2008;58(546):32-6.

171. Cameron IM, Cardy A, Crawford JR, du Toit SW, Hay S, Lawton K, *et al.* Measuring depression severity in general practice: discriminatory performance of the PHQ-9, HADS-D, and BDI-II. Br J Gen Pract 2011;61(588):e419-e26.

172. Yeung AS, Jing Y, Brenneman SK, Chang TE, Baer L, Hebden T, *et al.* Clinical Outcomes in Measurement-based Treatment (Comet): a trial of depression monitoring and feedback to primary care physicians. Depress Anxiety 2012;29(10):865-73.

173. Lowe B, Kroenke K, Herzog W, Grafe K. Measuring depression outcome with a brief self-report instrument: sensitivity to change of the Patient Health Questionnaire (PHQ-9). J Affect Disord 2004;81(1):61-6.

174. Moore M, Ali S, Stuart B, Leydon GM, Ovens J, Goodall C, *et al.* Depression management in primary care: an observational study of management changes related to PHQ-9 score for depression monitoring. Br J Gen Pract 2012;62(599):e451-e7.

175. Kendrick T, Dowrick C, McBride A, Howe A, Clarke P, Maisey S, *et al.* Management of depression in UK general practice in relation to scores on depression severity questionnaires: analysis of medical record data. BMJ 2009;338:b750.

176. American Psychiatric Association. Handbook of psychiatric measures. Arlington: APA; 2000.

177. National Institute for Health and Clinical Excellence. Depression in adults with a chronic physical health problem: recognition and management. London: NICE; 2009. https://www.nice.org.uk/guidance/cg91/resources/depression-in-adults-with-a-chronic-physical-health-problem-recognition-and-management-pdf-975744316357

178. McIntyre RS, Konarski JZ, Mancini DA, Fulton KA, Parikh SV, Grigoriadis S, *et al.* Measuring the severity of depression and remission in primary care: validation of the HAMD-7 scale. CMAJ 2005;173(11):1327-34.

179. British Association for Psychopharmacology, Anderson IM, Ferrier IN, Baldwin RC, Cowen PJ, Howard L, *et al.* Evidence-based guidelines for treating depressive disorders with antidepressants: a revision of the 2000 British Association for Psychopharmacology guidelines. J Psychopharmacol 2008;22(4):343-96.

180. Benazzi F. Severity gradation of the Montgomery Asberg Depression Rating Scale (MADRAS) in outpatients. J Psychiatry Neurosci 1999;24(1):51-2.

181. Guy W. Clinical Global Impression. Dans: US Department of Heath Education and Welfare, ed. ECDEU assessment manual for psychopharmacology. Revised. Rockville: National Institute of Mental Health; 1976.

182. Kadouri A, Corruble E, Falissard B. The improved Clinical Global Impression Scale (iCGI): development and validation in depression. BMC Psychiatry 2007;7:7.

183. Michigan Quality Improvement Consortium. Primary care diagnosis and management of adults with depression. Southfield: MQIC; 2014. http://mqic.org/pdf/mqic_primary_care_diagnosis_and_management_of_adults_with_depression_cpg.pdf

184. NHS Choices. Depression: moderate to severe. Map of medicine. London: NHS Choices; 2014.

185. Department of Veterans Affairs, Department of Defense. VA/DoD clinical practice guideline for assessment and management of patients at risk for suicide. Washington: VA/DoD; 2013. https://www.healthquality.va.gov/guidelines/MH/srb/VADODCP_SuicideRisk_Full.pdf

186. American Psychiatric Association. Treatment of patients with major depressive disorder. Practice guideline. Third ed. Arlington: APA; 2010. http://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/mdd.pdf

187. Lane J, Archambault J, Collins-Poulette M, Camirand R. Prévention du suicide. Guide de bonnes pratiques à l'intention des intervenants des centres de santé et de services sociaux. Québec: Ministère de la Santé et des Services sociaux; 2010. http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2010/10-247-02.pdf

188. Fédération française de psychiatrie, Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge. Conférence de consensus, 19 et 20 octobre 2000. Amphithéâtre Charcot - Hôpital de la Pitié Salpêtrière - Paris. Texte des recommandations. Paris: ANAES; 2000. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/suicilong.pdf

189. Observatoire National du Suicide. Suicide. Etat des lieux des connaissances et perspectives de recherche. Paris: ONS; 2014. http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapportons2014-mel.pdf

190. Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques, Aouba A, Péquignot F, Camelin L, Laurent F, Jougla E. La mortalité par suicide en France en 2006. Etudes et Résultats 2009;(702).

191. Institut national de veille sanitaire, Terra JL, Beck F, Guignard R, du Roscoät E, Saïas T, *et al.* Suicide et

tentatives de suicide : état des lieux en France. Numéro thématique. BEH 2011;(47-48).

192. Institut national de la santé et de la recherche médicale. Intérêt de l'autopsie psychologique dans le dépistage des facteurs de risque du suicide. Dans: médicale Indlsedlr, ed. Suicide : autopsie psychologique, outil de recherche en prévention. Paris: INSERM; 2005. p. 19-46.

193. Courtet P, Vaiva G. Suicide et dépression. Dans: Goudemand M, ed. Etats dépressifs. Paris: Flammarion Médecine Sciences;Lavoisier; 2010. p. 75-85.

194. Holma KM, Melartin TK, Haukka J, Holma IA, Sokero TP, Isometsa ET. Incidence and predictors of suicide attempts in DSM-IV major depressive disorder: a five-year prospective study. Am J Psychiatry 2010;167(7):801-8.

195. Younes N, Melchior M, Turbelin C, Blanchon T, Hanslik T, Chee CC. Attempted and completed suicide in primary care: not what we expected? J Affect Disord 2015;170:150-4.

196. Gensichen J, Teising A, Konig J, Gerlach FM, Petersen JJ. Predictors of suicidal ideation in depressive primary care patients. J Affect Disord 2010;125(1-3):124-7.

197. Smith EG, Kim HM, Ganoczy D, Stano C, Pfeiffer PN, Valenstein M. Suicide risk assessment received prior to suicide death by Veterans Health Administration patients with a history of depression. J Clin Psychiatry 2013;74(3):226-32.

198. Luoma JB, Martin CE, Pearson JL. Contact with mental health and primary care providers before suicide: a review of the evidence. Am J Psychiatry 2002;159(6):909-16.

199. Ducher JL, Dalery J. Corrélations entre l'échelle d'idéation suicidaire de Beck, l'échelle d'évaluation du risque suicidaire RSD et l'échelle Hamilton dépression. L'Encéphale 2008;34(2):132-8.

200. Ducher JL, Terra JL. L'échelle d'évaluation du risque suicidaire RSD possède-t-elle une valeur prédictive? Encephale 2006;32(5 Pt 1):738-45.

201. Antypa N, van der Does AJ, Penninx BW. Cognitive reactivity: investigation of a potentially treatable marker of suicide risk in depression. J Affect Disord 2010;122(1-2):46-52.

202. Astruc B, Torres S, Jollant F, Jean-Baptiste S, Castelnau D, Malafosse A*, et al.* A history of major depressive disorder influences intent to die in violent suicide attempters. J Clin Psychiatry 2004;65(5):690-5.

203. Azorin JM, Kaladjian A, Besnier N, Adida M, Hantouche E, Lancrenon S*, et al.* Suicidal behaviour in a French Cohort of major depressive patients: characteristics of attempters and nonattempters. J Affect Disord 2010;123(1-3):87-94.

204. Barbier D. Le suicide. Presse Med 2001;30(35):1719-26.

205. Bernal M, Haro JM, Bernert S, Brugha T, de GR, Bruffaerts R*, et al.* Risk factors for suicidality in Europe: results from the ESEMED study
3864. J Affect Disord 2007;101(1-3):27-34.

206. Bjerkeset O, Romundstad P, Gunnell D. Gender differences in the association of mixed anxiety and depression with suicide. Br J Psychiatry 2008;192(6):474-5.

207. Blair-West GW, Cantor CH, Mellsop GW, Eyeson-Annan ML. Lifetime suicide risk in major depression: sex and age determinants. J Affect Disord 1999;55(2-3):171-8.

208. Bradvik L, Berglund M. Depressive episodes with suicide attempts in severe depression: suicides and controls differ only in the later episodes of unipolar depression. Arch Suicide Res 2010;14(4):363-7.

209. Cheatle MD. Assessing suicide risk in patients with chronic pain and depression. J Fam Pract 2014;63(6 Suppl):S6-S11.

210. Cukrowicz KC, Duberstein PR, Vannoy SD, Lynch TR, McQuoid DR, Steffens DC. Course of suicide ideation and predictors of change in depressed older adults. J Affect Disord 2009;113(1-2):30-6.

211. Dalca IM, McGirr A, Renaud J, Turecki G. Gender-specific suicide risk factors: a case-control study of individuals with major depressive disorder. J Clin Psychiatry 2013;74(12):1209-16.

212. Galfalvy HC, Oquendo MA, Mann JJ. Evaluation of clinical prognostic models for suicide attempts after a major depressive episode. Acta Psychiatr Scand 2008;117(4):244-52.

213. Gao K, Wu R, Wang Z, Ren M, Kemp DE, Chan PK*, et al.* Disagreement between self-reported and clinician-ascertained suicidal ideation and its correlation with depression and anxiety severity in patients with major depressive disorder or bipolar disorder. J Psychiatr Res 2015;60:117-24.

214. Hegerl U, Wittenburg L, European Alliance Against Depression Consortium. Focus on mental health care reforms in Europe: the European alliance against depression: a multilevel approach to the prevention of suicidal behavior. Psychiatr Serv 2009;60(5):596-9.

215. Hepner KA, Rowe M, Rost K, Hickey SC, Sherbourne CD, Ford DE*, et al.* The effect of adherence to practice guidelines on depression outcomes. Ann Intern Med 2007;147(5):320-9.

216. Lehfeld H, Althaus DA, Hegerl U, Ziervogel A, Niklewski G. Suicide attempts: results and experiences from the German Competency Network on Depression. Adv Psychosom Med 2004;26:137-43.

217. Nicoli M, Bouchez S, Nieto I, Gasquet I, Kovess V, Lepine JP. Ideation et conduites suicidaires en France :

prevalence sur la vie et facteurs de risque dans l'etude ESEMeD. Encephale 2012;38(4):296-303.

218. Nutting PA, Dickinson LM, Rubenstein LV, Keeley RD, Smith JL, Elliott CE. Improving detection of suicidal ideation among depressed patients in primary care. Ann Fam Med 2005;3(6):529-36.

219. Oquendo MA, Galfalvy H, Russo S, Ellis SP, Grunebaum MF, Burke A*, et al.* Prospective study of clinical predictors of suicidal acts after a major depressive episode in patients with major depressive disorder or bipolar disorder. Am J Psychiatry 2004;161(8):1433-41.

220. Schneider B, Philipp M, Muller MJ. Psychopathological predictors of suicide in patients with major depression during a 5-year follow-up. Eur Psychiatry 2001;16(5):283-8.

221. Schulberg HC, Lee PW, Bruce ML, Raue PJ, Lefever JJ, Williams JW, Jr.,*, et al.* Suicidal ideation and risk levels among primary care patients with uncomplicated depression. Ann Fam Med 2005;3(6):523-8.

222. Sokero TP, Melartin TK, Rytsala HJ, Leskela US, Lestela-Mielonen PS, Isometsa ET. Prospective study of risk factors for attempted suicide among patients with DSM-IV major depressive disorder. Br J Psychiatry 2005;186:314-8.

223. Szekely A, Konkoly TB, Mergl R, Birkas E, Rozsa S, Purebl G*, et al.* How to decrease suicide rates in both genders? An effectiveness study of a community-based intervention (EAAD). PloS one 2013;8(9):e75081.

224. Torzsa P, Rihmer Z, Gonda X, Szokontor N, Sebestyen B, Faludi G*, et al.* Family history of suicide: a clinical marker for major depression in primary care practice? J Affect Disord 2009;117(3):202-4.

225. Vanderhorst RK, McLaren S. Social relationships as predictors of depression and suicidal ideation in older adults. Aging Ment Health 2005;9(6):517-25.

226. Wang Y, Sareen J, Afifi TO, Bolton SL, Johnson EA, Bolton JM. A Population-Based Longitudinal Study of Recent Stressful Life Events As Risk Factors for Suicidal Behavior in Major Depressive Disorder. Arch Suicide Res 2015.

227. Chastang F, Rioux P, Dupont I, Kovess V, Zarifian E. Enquête prospective sur les tentatives de suicide. Encephale 1997;23(2):100-4.

228. Olgiati P, Serretti A, Colombo C. Retrospective analysis of psychomotor agitation, hypomanic symptoms, and suicidal ideation in unipolar depression. Depress Anxiety 2006;23(7):389-97.

229. Corruble E, Hatem N, Damy C, Falissard B, Guelfi JD, Reynaud M*, et al.* Defense styles, impulsivity and suicide attempts in major depression. Psychopathology 2003;36(6):279-84.

230. Cheng ST, Yu EC, Lee SY, Wong JY, Lau KH, Chan LK*, et al.* The geriatric depression scale as a screening tool for depression and suicide ideation: a replication and extention. Am J Geriatr Psychiatry 2010;18(3):256-65.

231. Dumais A, Lesage AD, Alda M, Rouleau G, Dumont M, Chawky N*, et al.* Risk factors for suicide completion in major depression: a case-control study of impulsive and aggressive behaviors in men. Am J Psychiatry 2005;162(11):2116-24.

232. Ichimura A, Matsumoto H, Aoki T, Andoh H, Yano H, Nakagawa Y*, et al.* Characteristics of suicide attempters with depressive disorders. Psychiatry Clin Neurosci 2005;59(5):590-4.

233. Jahn DR, Cukrowicz KC, Linton K, Prabhu F. The mediating effect of perceived burdensomeness on the relation between depressive symptoms and suicide ideation in a community sample of older adults. Aging Ment Health 2011;15(2):214-20.

234. Lynch TR, Johnson CS, Mendelson T, Robins CJ, Ranga K, Krishnan R*, et al.* Correlates of suicidal ideation among an elderly depressed sample. J Affect Disord 1999;56(1):9-15.

235. Lynch TR, Johnson CS, Mendelson T, Robins CJ, Ranga K, Krishnan R*, et al.* New onset and remission of suicidal ideation among a depressed adult sample. J Affect Disord 1999;56(1):49-54.

236. Miller PK. Depression, sense and sensitivity: on pre-diagnostic questioning about self-harm and suicidal inclination in the primary care consultation. Commun Med 2013;10(1):37-49.

237. Riihimaki K, Vuorilehto M, Melartin T, Haukka J, Isometsa E. Incidence and predictors of suicide attempts among primary-care patients with depressive disorders: a 5-year prospective study. Psychol Med 2014;44(2):291-302.

238. Upadhyaya AK, Conwell Y, Duberstein PR, Denning D, Cox C. Attempted suicide in older depressed patients: effect of cognitive functioning. Am J Geriatr Psychiatry 1999;7(4):317-20.

239. Uebelacker LA, German NM, Gaudiano BA, Miller IW. Patient health questionnaire depression scale as a suicide screening instrument in depressed primary care patients: a cross-sectional study. Prim Care Companion CNS Disord 2011;13(1).

240. Vuorilehto M, Valtonen HM, Melartin T, Sokero P, Suominen K, Isometsa ET. Method of assessment determines prevalence of suicidal ideation among patients with depression. Eur Psychiatry 2014;29(6):338-44.

241. Witte TK, Timmons KA, Fink E, Smith AR, Joiner TE. Do major depressive disorder and dysthymic disorder confer differential risk for suicide? J Affect Disord 2009;115(1-2):69-78.

242. Bazin N. Conduites suicidaires et depression du sujet age. Psychol Neuropsychiatr Vieil 2004;2(Suppl 1):S29-S33.

243. Coryell WH. Clinical assessment of suicide risk in depressive disorder. CNS Spectr 2006;11(6):455-61.

244. Frierson RL, Melikian M, Wadman PC. Principles of suicide risk assessment. How to interview depressed patients and tailor treatment. Postgrad Med 2002;112(3):65-71.

245. Giordana JY, Roelandt JL, Porteaux C. La Santé Mentale des personnes âgées : Prévalence et représentations des troubles psychiques. Encephale 2010;36(3 Suppl):59-64.

246. Gonda X, Fountoulakis KN, Kaprinis G, Rihmer Z. Prediction and prevention of suicide in patients with unipolar depression and anxiety. Ann Gen Psychiatry 2007;6:23.

247. Hardy P. Dépressions sévères : morbi-mortalité et suicides. Encephale 2009;35(Suppl 7):S269-S71.

248. Hawton K, Casanas IC, Haw C, Saunders K. Risk factors for suicide in individuals with depression: a systematic review. J Affect Disord 2013;147(1-3):17-28.

249. Hazif-Thomas C, Decayeux S, Thomas P. Dépression du sujet âgé et risque suicidaire. Soins Psychiatr 2006;(246):32-5.

250. Lecrubier Y. The influence of comorbidity on the prevalence of suicidal behaviour. Eur Psychiatry 2001;16(7):395-9.

251. Leger JM. Pronostic de la depression du sujet age. Psychol Neuropsychiatr Vieil 2004;2(Suppl 1):S53-S9.

252. Miret M, yuso-Mateos JL, Sanchez-Moreno J, Vieta E. Depressive disorders and suicide: Epidemiology, risk factors, and burden. Neurosci Biobehav Rev 2013;37(10 Pt 1):2372-4.

253. Mittal V, Brown WA, Shorter E. Are patients with depression at heightened risk of suicide as they begin to recover? Psychiatr Serv 2009;60(3):384-6.

254. Nemeroff CB, Compton MT, Berger J. The depressed suicidal patient. Assessment and treatment. Ann N Y Acad Sci 2001;932:1-23.

255. Oquendo MA, Currier D, Mann JJ. Prospective studies of suicidal behavior in major depressive and bipolar disorders: what is the evidence for predictive risk factors? Acta Psychiatr Scand 2006;114(3):151-8.

256. Richard-Devantoy S, Jollant F. Le suicide de la personne âgée : existe-t-il des spécificités liées à l'âge ? Sante Ment Que 2012;37(2):151-73.

257. Rihmer Z, Gonda X. Prevention of depression-related suicides in primary care. Psychiatr Hung 2012;27(2):72-81.

258. Rouillon F. Epidemiologie des troubles depressifs. Rev Prat 2008;58(4):361-5.

259. Sakinofsky I. Treating suicidality in depressive illness. Part I: current controversies. Can J Psychiatry 2007;52(6 Suppl 1):71S-84S.

260. Schuster JP, Manetti A, Aeschimann M, Limosin F. Troubles psychiatriques du sujet age : donnees epidemiologiques et morbi-mortalite associee. Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil 2013;11(2):181-5.

261. Taleb M, Rouillon F, Hegerl U, Hamdani N, Gorwood P. Les programmes d'action contre la dépression. Encephale 2006;32(1 Pt 1):9-15.

262. Terra JL. Risque suicidaire et dépression. Rev Prat 2008;58(4):385-8.

263. Van OK, Conwell Y. Suicides in late life. Curr Psychiatry Rep 2011;13(3):234-41.

264. Lejoyeux M, Leon E, Rouillon F. Prevalence et facteurs de risque du suicide et des tentatives de suicide. Encephale 1994;20(5):495-503.

265. Organisation mondiale de la santé. La violence dirigée contre soi-même. Dans: Organisation mondiale de la santé, Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi A, Lozano-Ascencio R, ed. Rapport mondial sur la violence et la santé. Genève: OMS; 2002. p. 205-35. http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/chap7fr.pdf

266. Loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge. Journal Officiel 2011;6 juillet 2011.

267. Ministère de la Justice et des libertés. Circulaire du 21 juillet 2011 relative à la présentation des principales dispositions de la loi n°2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge et du décret n°2011-846 du 18 juillet 2011 relatif à la procédure judiciaire de mainlevée ou de contrôle des mesures de soins psychiatriques. Bulletin Officiel 2011;2011/07.

268. Queensland Government. Primary care manual. Section 4. Mental health and substance misuse. Brisbane: Queensland Government; 2014.

269. NHS Choices. Depression: severe and complex. Map of medicine. London: NHS Choices; 2014.

270. Hollander AC, Bruce D, Ekberg J, Burstrom B, Ekblad S. Hospitalisation for depressive disorder following unemployment--differentials by gender and immigrant status: a population-based cohort study in Sweden. J Epidemiol Community Health 2013;67(10):875-81.

271. Huang BY, Cornoni-Huntley J, Hays JC, Huntley RR, Galanos AN, Blazer DG. Impact of depressive symptoms on hospitalization risk in community-dwelling older persons. J Am Geriatr Soc 2000;48(10):1279-84.

272. Lerer B, Shapira B, Bloch M, Hanin B, Trudart T, Alexander JR, *et al.* Possible precipitants of psychiatric hospitalization in patients with major depression: results from the Jerusalem Collaborative Depression Project. Depress Anxiety 1999;9(4):156-62.

273. Amiel-Lebigre F. Facteurs psychosociaux associés a des épisodes dépressifs avec hospitalisation chez des femmes: étude cas-témoins. Encephale 2004;30(2):97-105.

274. Callahan CM, Wolinsky FD. Hospitalization for major depression among older Americans. J Gerontol A Biol Sci Med Sci 1995;50(4):M196-M202.

275. Prina AM, Cosco TD, Dening T, Beekman A, Brayne C, Huisman M. The association between depressive symptoms in the community, non-psychiatric hospital admission and hospital outcomes: a systematic review. J Psychosom Res 2015;78(1):25-33.

276. Gormley N, O'Leary D, Costello F. First admissions for depression: is the 'no-treatment interval' a critical predictor of time to remission? J Affect Disord 1999;54(1-2):49-54.

277. Draper B, Low LF. Patterns of hospitalisation for depressive and anxiety disorders across the lifespan in Australia. J Affect Disord 2009;113(1-2):195-200.

278. Sederer LI, Summergrad P. Criteria for hospital admission. Hosp Community Psychiatry 1993;44(2):116-8.

279. Shajahan PM, Cavanagh JT. Admission for depression among men in Scotland, 1980-95: retrospective study. BMJ 1998;316(7143):1496-7.

280. Kahn JP. Les déprimés hospitalises: une catégorie spécifique? Encephale 1996;22(Spec No 7):57-62.

281. Simone C, Carolin L, Max S, Reinhold K. Associations between community characteristics and psychiatric admissions in an urban area. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2013;48(11):1797-808.

282. Amiel-Lebigre F, Lacalmontie E, Menard F. First-time hospitalisation for depressive and/or anxiety disorders and severe life events. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2002;37(12):586-91.

283. Morken G, Lilleeng S, Linaker OM. Seasonal variation in suicides and in admissions to hospital for mania and depression. J Affect Disord 2002;69(1-3):39-45.

284. Cohen-Mansfield J, Wirtz PW. Characteristics of adult day care participants who enter a nursing home. Psychol Aging 2007;22(2):354-60.

285. Way BB, Banks S. Clinical factors related to admission and release decisions in psychiatric emergency services. Psychiatr Serv 2001;52(2):214-8.

286. Fortney J, Rushton G, Wood S, Zhang L, Xu S, Dong F, *et al.* Community-level risk factors for depression hospitalizations. Adm Policy Ment Health 2007;34(4):343-52.

287. Loi n° 2013-869 du 27 septembre 2013 modifiant certaines dispositions issues de la loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge. Journal Officiel 2013;29 septembre.

288. Ballenger JC, Davidson JR, Lecrubier Y, Nutt DJ, Goldberg D, Magruder KM, *et al.* Consensus statement on the primary care management of depression from the International Consensus Group on Depression and Anxiety. J Clin Psychiatry 1999;60(Suppl 7):54-61.

289. Prudic J, Sackeim HA, Devanand DP. Medication resistance and clinical response to electroconvulsive therapy. Psychiatry Res 1990;31(3):287-96.

290. Shapira B, Lidsky D, Gorfine M, Lerer B. Electroconvulsive therapy and resistant depression: clinical implications of seizure threshold. J Clin Psychiatry 1996;57(1):32-8.

291. Kaiser Permanente. Adult depression. National guideline summary. Oakland: Kaiser Permanente; 2012. http://www.providers.kaiserpermanente.org/info_assets/cpp_cod/cod_depression_cmi_5-2012.pdf

292. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists. Coping with depression. Australian treatment guide for consumers and carers. Melbourne: RANZCP; 2009. http://www.ranzcp.org/Files/ranzcp-attachments/Resources/Publications/CPG/Australian_Versions/AUS_Depression-pdf.aspx

293. Elfering A, Kaser A, Melloh M. Relationship between depressive symptoms and acute low back pain at first medical consultation, three and six weeks of primary care. Psychol Health Med 2014;19(2):235-46.

294. Canadian Task Force on Preventive Health Care, Joffres M, Jaramillo A, Dickinson J, Lewin G, Pottie K, *et al.* Recommendations on screening for depression in adults. CMAJ 2013;185(9):775-82.

295. Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs. Résumé à l'intention des cliniciens. Recommandations du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs sur le dépistage de la dépression chez les adultes. Calgary: GECSSP; 2013. http://canadiantaskforce.ca/files/guidelines/2013-depression-clinician-summary-fr.pdf

296. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments, Beaulieu S, Saury S, Sareen J, Tremblay J, Schutz CG, *et al.* The Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) task force recommendations for the management of patients with mood disorders and comorbid substance use disorders. Ann Clin Psychiatry 2012;24(1):38-55.

297. Haute Autorité de Santé. Outil d'aide au repérage précoce et à l'intervention brève. Alcool, cannabis, tabac chez l'adulte. Saint-Denis La Plaine; 2014. http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1795221/fr/outil-d-aide-au-reperage-precoce-et-intervention-breve-alcool-cannabis-tabac-chez-l-adulte

298. Institut national de prévention et d'éducation pour la santé. Alcool et médecine générale. Recommandations cliniques pour le repérage précoce et les interventions brèves. Saint-Denis: INPES; 2008. http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1146.pdf

299. Haute Autorité de Santé. Abus, dépendances et polyconsommations : stratégies de soins. Recommandations de la commission d'audition. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2007. https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_615021/fr/abus-dependances-et-polyconsommations-strategies-de-soins

300. Observatoire français des drogues et des toxicomanies, Fédération addiction, Obradovic I. Guide pratique des principaux outils de repérage de l'usage problématique de cannabis chez les adolescents. Saint-Denis La Plaine: OFDT; 2015. http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/epfxiot9.pdf

301. Institut national de la santé et de la recherche médicale. Alcool. Dommages sociaux. Abus et dépendance. Paris: INSERM; 2003. http://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/154/expcol_2003_alcool.pdf?sequence=1

302. Arfaoui S, Dewost AV, Demortlere G, Abesdris J, Abramovici F, Michaud P. Repérage précoce du risque alcool : savoir faire « FACE ». Rev Prat Med Gen 2004;18(641):201-5.

303. Observatoire français des drogues et des toxicomanies, Beck F, Legleye S. Drogues et adolescence. Usages de drogues et contextes d'usage entre 17 et 19 ans, évolutions récentes ESCAPAD 2002. Paris: OFDT; 2003. http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/epfxfbja.pdf

304. Legleye S, Karila L, Beck F, Reynaud M. Validation of the CAST, a general population Cannabis Abuse Screening Test. J Subst Use 2007;12(4):233-42.

305. Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives. Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013-2017. Paris: La Documentation française; 2013. http://www.drogues.gouv.fr/sites/drogues.gouv.fr/files/atoms/files/plan_gouvernemental_drogues_2013-2017_df.pdf

306. Bush K, Kivlahan DR, McDonell MB, Fihn SD, Bradley KA. The AUDIT alcohol consumption questions (AUDIT-C): an effective brief screening test for problem drinking. Ambulatory Care Quality Improvement Project (ACQUIP). Alcohol Use Disorders Identification Test. Arch Intern Med 1998;158(16):1789-95.

307. Aertgeerts B, Buntinx F, Ansoms S, Fevery J. Screening properties of questionnaires and laboratory tests for the detection of alcohol abuse or dependence in a general practice population. Br J Gen Pract 2001;51(464):206-17.

308. Gordon AJ, Maisto SA, McNeil M, Kraemer KL, Conigliaro RL, Kelley ME*, et al.* Three questions can detect hazardous drinkers. J Fam Pract 2001;50(4):313-20.

309. King M. At risk drinking among general practice attenders: validation of the CAGE questionnaire. Psychol Med 1986;16(1):213-7.

310. Brown RL, Leonard T, Saunders LA, Papasouliotis O. A two-item conjoint screen for alcohol and other drug problems. J Am Board Fam Pract 2001;14(2):95-106.

311. Arroll B, Goodyear-Smith F, Kerse N, Fishman T, Gunn J. Effect of the addition of a "help" question to two screening questions on specificity for diagnosis of depression in general practice: diagnostic validity study. BMJ 2005;331(7521):884.

312. Selzer ML. The Michigan alcoholism screening test: the quest for a new diagnostic instrument. Am J Psychiatry 1971;127(12):1653-8.

313. Selzer ML, Vinokur A, van RL. A self-administered Short Michigan Alcoholism Screening Test (SMAST). J Stud Alcohol 1975;36(1):117-26.

314. Ewing JA. Detecting alcoholism. The CAGE questionnaire. JAMA 1984;252(14):1905-7.

315. Mayfield D, McLeod G, Hall P. The CAGE questionnaire: validation of a new alcoholism screening instrument. Am J Psychiatry 1974;131(10):1121-3.

316. Russell M, Martier SS, Sokol RJ, Mudar P, Bottoms S, Jacobson S*, et al.* Screening for pregnancy risk-drinking. Alcohol Clin Exp Res 1994;18(5):1156-61.

317. Saunders JB, Aasland OG, Babor TF, de la Fuente JR, Grant M. Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption--II. Addiction 1993;88(6):791-804.

318. Department of Veterans Affairs. VA/DoD Clinical practice guideline for management of substance use disorders (SUD). Washington: VA/DoD; 2009. http://www.healthquality.va.gov/guidelines/MH/sud/sud_full_601f.pdf

319. Williams R, Vinson DC. Validation of a single screening question for problem drinking. J Fam Pract 2001;50(4):307-12.

320. Canagasaby A, Vinson DC. Screening for hazardous or harmful drinking using one or two quantity-frequency questions. Alcohol Alcohol 2005;40(3):208-13.

321. Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, Fagerstrom KO. The Fagerstrom Test for Nicotine

Dependence: a revision of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. Br J Addict 1991;86(9):1119-27.

322. Fagerstrom K. Determinants of tobacco use and renaming the FTND to the Fagerstrom Test for Cigarette Dependence. Nicotine Tob Res 2012;14(1):75-8.

323. Fagerstrom KO, Schneider NG. Measuring nicotine dependence: a review of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. J Behav Med 1989;12(2):159-82.

324. Le Houezec J, Société française de tabacologie. Échelles internationales d'évaluation utilisables en tabacologie. Synthèse de recensement, de traduction et de validation [En ligne] 2010. http://societe-francaise-de-tabacologie.com/misesaupoint/RapSFT2010_Echelles_DGS.pdf

325. Etter JF, Le HJ, Perneger TV. A self-administered questionnaire to measure dependence on cigarettes: the cigarette dependence scale. Neuropsychopharmacology 2003;28(2):359-70.

326. Berlin I, Singleton EG, Pedarriosse AM, Lancrenon S, Rames A, Aubin HJ, *et al.* The Modified Reasons for Smoking Scale: factorial structure, gender effects and relationship with nicotine dependence and smoking cessation in French smokers. Addiction 2003;98(11):1575-83.

327. Etter JF. A self-administered questionnaire to measure cigarette withdrawal symptoms: the Cigarette Withdrawal Scale. Nicotine Tob Res 2005;7(1):47-57.

328. Singleton EG, Anderson LM, Heishman SJ. Reliability and validity of the Tobacco Craving Questionnaire and validation of a craving-induction procedure using multiple measures of craving and mood. Addiction 2003;98(11):1537-46.

329. Heishman SJ, Singleton EG, Moolchan ET. Tobacco Craving Questionnaire: reliability and validity of a new multifactorial instrument. Nicotine Tob Res 2003;5(5):645-54.

330. Berlin I, Vorspan F, Singleton EG, Warot D, Notides C, Heishman SJ. Reliability and validity of the French version of the tobacco craving questionnaire. Eur Addict Res 2005;11(2):62-8.

331. World Health Organization Quality of Life - SRPB. A cross-cultural study of spirituality, religion, and personal beliefs as components of quality of life. Soc Sci Med 2006;62(6):1486-97.

332. McLellan AT, Luborsky L, Woody GE, O'Brien CP. An improved diagnostic evaluation instrument for substance abuse patients. The Addiction Severity Index. J Nerv Ment Dis 1980;168(1):26-33.

333. McLellan AT, Luborsky L, Cacciola J, Griffith J, Evans F, Barr HL, *et al.* New data from the Addiction Severity Index. Reliability and validity in three centers. J Nerv Ment Dis 1985;173(7):412-23.

334. Grabot D, Auriacombe M, Martin C, Landry M, McLellan AT, Bergeron J, *et al.* L'Addiction Severity Index : un outil d'évaluation fiable et valide des comportements de dépendance. Dans: Leger JM, ed. Comptes rendus du congrès de psychiatrie et neurologie de langue française, St Etienne, 15-19 juin 1992. Paris: Masson; 1993. p. 213-9.

335. McLellan AT, Kushner H, Metzger D, Peters R, Smith I, Grissom G, *et al.* The Fifth Edition of the Addiction Severity Index. J Subst Abuse Treat 1992;9(3):199-213.

336. Karila L, Legleye S, Beck F, Corruble E, Falissard B, Reynaud M. Validation d'un questionnaire de repérage de l'usage nocif d'alcool et de cannabis dans la population générale: le CRAFFT-ADOSPA. Presse Méd 2007;36(4 Pt 1):582-90.

337. Knight JR, Sherritt L, Shrier LA, Harris SK, Chang G. Validity of the CRAFFT substance abuse screening test among adolescent clinic patients. Arch Pediatr Adolesc Med 2002;156(6):607-14.

338. Knight JR, Shrier LA, Bravender TD, Farrell M, Vander Bilt J, Shaffer HJ. A new brief screen for adolescent substance abuse. Arch Pediatr Adolesc Med 1999;153(6):591-6.

339. Bernard M, Bolognini M. French validity of two substance-use screening tests among adolescents: a comparison of the CRAFFT and DEP-ADO. J Subst Use 2005;10(3):385-95.

340. Régie régionale de la santé et des services sociaux du Québec, April N, Rouillard P. Les services de première ligne en acoolisme et toxicomanie. Québec: Régie régionale de la santé et des services sociaux du Québec; 2001.

341. Rueff B, Crnac J, Darne B. Dépistage de malades « alcooliques » par l'autoquestionnaire systématique DETA. Parmi des consultants hospitaliers. Presse Med 1989;18(33):1654-6.

342. Brown RL, Rounds LA. Conjoint screening questionnaires for alcohol and other drug abuse: criterion validity in a primary care practice. Wis Med J 1995;94(3):135-40.

343. Accietto C. La validation d'une version française du questionnnaire A.U.D.I.T. "Alcohol Use Identification Test" [thèse]. Genève: Faculté de médecine; 2003.

344. Bradley KA, McDonell MB, Bush K, Kivlahan DR, Diehr P, Fihn SD. The AUDIT alcohol consumption questions: reliability, validity, and responsiveness to change in older male primary care patients. Alcohol Clin Exp Res 1998;22(8):1842-9.

345. Yersin B, Trisconi Y, Paccaud F, Gutzwiller F, Magnenat P. Accuracy of the Michigan Alcoholism Screening Test for screening of alcoholism in patients of a medical department. Arch Intern Med 1989;149(9):2071-4.

346. Pokorny L. The brief MAST. Am J Psychiatry 1982;129:342-5.

347. Réseau sud aquitain des professionnels de soins en addictologie. TWEAK [En ligne] 2011. http://www.resapsad.org/sites/resapsad.cpm.aquisante.priv/files/Tweak.pdf

348. Legleye S, Piontek D, Kraus L. Psychometric properties of the Cannabis Abuse Screening Test (CAST) in a French sample of adolescents. Drug Alcohol Depend 2011;113(2-3):229-35.

349. Skinner HA. The Drug Abuser Screening Test. Addict Behav 1982;7(4):363-71.

350. Gavin DR, Ross HE, Skinner HA. Diagnostic validity of the drug abuse screening test in the assessment of DSM-III drug disorders. Br J Addict 1989;84(3):301-7.

351. Skule C, Ulleberg P, Dallavara LH, Berge T, Egeland J, Brennen T, *et al.* Depressive symptoms in people with and without alcohol abuse: factor structure and measurement invariance of the Beck Depression Inventory (BDI-II) across groups. PloS one 2014;9(2):e88321.

352. Mallin R, Slott K, Tumblin M, Hunter M. Detection of substance use disorders in patients presenting with depression. Subst Abus 2002;23(2):115-20.

353. Boschloo L, Vogelzangs N, Smit JH, van den BW, Veltman DJ, Beekman AT, *et al.* The performance of the Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT) in detecting alcohol abuse and dependence in a population of depressed or anxious persons. J Affect Disord 2010;126(3):441-6.

354. Allen JP, Litten RZ, Fertig JB, Babor T. A review of research on the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT). Alcohol Clin Exp Res 1997;21(4):613-9.

355. Reinert DF, Allen JP. The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): a review of recent research. Alcohol Clin Exp Res 2002;26(2):272-9.

356. Reinert DF, Allen JP. The alcohol use disorders identification test: an update of research findings. Alcohol Clin Exp Res 2007;31(2):185-99.

357. Penninx BW, Beekman AT, Smit JH, Zitman FG, Nolen WA, Spinhoven P, *et al.* The Netherlands Study of Depression and Anxiety (NESDA): rationale, objectives and methods. Int J Methods Psychiatr Res 2008;17(3):121-40.

358. National Institute for Health and Care Excellence. Depression overview. NICE pathways. Manchester: NICE; 2014. http://pathways.nice.org.uk/pathways/depression

359. Zimmerman M, McGlinchey JB, Young D, Chelminski I. Diagnosing major depressive disorder VII. Family history as a diagnostic criterion. J Nerv Ment Dis 2006;194(9):704-7.

360. DeMers S, Dinsio K, Carlson W. Psychiatric care of the older adult: an overview for primary care. Med Clin North Am 2014;98(5):1145-68.

361. Andreasen NC. Reliability and validity of proverb interpretation to assess mental status. Compr Psychiatry 1977;18(5):465-72.

362. Orvaschel H, Thompson WD, Belanger A, Prusoff BA, Kidd KK. Comparison of the family history method to direct interview. Factors affecting the diagnosis of depression. J Affect Disord 1982;4(1):49-59.

363. Bedi N, Chilvers C, Churchill R, Dewey M, Duggan C, Fielding K, *et al.* Assessing effectiveness of treatment of depression in primary care. Partially randomised preference trial. Br J Psychiatry 2000;177:312-8.

364. Frémont P, Gérard A, Sechter D, Vanelle JM, Vidal M. L'alliance thérapeutique au début d'une prise en charge pour dépression par le généraliste. L'Encéphale 2008;34(2):205-10.

365. Sacks RM, Greene J, Hibbard JH, Overton V. How well do patient activation scores predict depression outcomes one year later? J Affect Disord 2014;169:1-6.

366. Kwan BM, Dimidjian S, Rizvi SL. Treatment preference, engagement, and clinical improvement in pharmacotherapy versus psychotherapy for depression. Behav Res Ther 2010;48(8):799-804.

367. Magnezi R, Glasser S, Shalev H, Sheiber A, Reuveni H. Patient activation, depression and quality of life. Patient Educ Couns 2014;94(3):432-7.

368. Williams J, Stubbs B, Gaughran F, Craig T. 'Walk This Way' - a pilot of a health coaching intervention to reduce sedentary behaviour and increase low intensity exercise in people with serious mental illness: study protocol for a randomised controlled trial. Trials 2016;17(1):594.

369. Hunot VM, Horne R, Leese MN, Churchill RC. A cohort study of adherence to antidepressants in primary care: the influence of antidepressant concerns and treatment preferences. Prim Care Companion J Clin Psychiatry 2007;9(2):91-9.

370. Calvat T. L'aide familale, un sacrifice consenti ? Réciproques 2009;2:135-9.

371. Gourion D, Mouchabac S. L'effet placebo : implications cliniques, biologiques, et thérapeutiques dans la dépression. L'Encéphale 2016;42(1 Suppl 1):1S24-1S30.

372. Lang S. La psychoéducation, un projet d'alliance thérapeutique soignants-familles. Rech Soins Infirm 2011;(107):98-116.

373. Lemogne C. L'empathie en médecine, nécessaire mais non dénuée de risques. Rev Prat 2015;65(8):1027-30.

374. Metz MJ, Franx GC, Veerbeek MA, de Beurs E, van der Feltz-Cornelis CM, Beekman AT. Shared Decision Making in mental health care using Routine Outcome Monitoring as a source of information: a cluster randomised controlled trial. BMC Psychiatry 2015;15:313.

375. Clement JP, Nassif RF, Leger JM, Marchan F. Mise au point et contribution à la validation d'une version française brève de la Geriatric Depression Scale de Yesavage. L'Encéphale 1997;23(2):91-9.

376. Dowrick C, Leydon GM, McBride A, Howe A, Burgess H, Clarke P*, et al.* Patients' and doctors' views on depression severity questionnaires incentivised in UK quality and outcomes framework: qualitative study. BMJ 2009;338:b663.

377. Leydon GM, Dowrick CF, McBride AS, Burgess HJ, Howe AC, Clarke PD*, et al.* Questionnaire severity measures for depression: a threat to the doctor-patient relationship? Br J Gen Pract 2011;61(583):117-23.

378. American Psychiatric Association. DSM IV. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Arlington: APA; 1994.

379. American Psychiatric Association. DSM-IV. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Paris: Masson; 1996.

380. Stinchfield R. Reliability, validity, and classification accuracy of a measure of DSM-IV diagnostic criteria for pathological gambling. Am J Psychiatry 2003;160(1):180-2.

381. Stinchfield R, Govoni R, Frisch GR. DSM-IV diagnostic criteria for pathological gambling: reliability, validity, and classification accuracy. Am J Addict 2005;14(1):73-82.

382. Zimmerman M, Chelminski I, Young D. A psychometric evaluation of the DSM-IV pathological gambling diagnostic criteria. J Gambl Stud 2006;22(3):329-37.

383. Toce-Gerstein M, Gerstein DR, Volberg RA. A hierarchy of gambling disorders in the community. Addiction 2003;98(12):1661-72.

384. Cox BJ, Enns MW, Michaud V. Comparisons between the South Oaks Gambling Screen and a DSM-IV-based interview in a community survey of problem gambling. Can J Psychiatry 2004;49(4):258-64.

385. Institut national de la santé et de la recherche médicale. Outils de dépistage et de diagnostic. Dans: Institut national de la santé et de la recherche médicale, ed. Jeux de hasard et d'argent. Contextes et addictions. Paris: Inserm; 2008. p. 171-9.

386. Lesieur HR, Blume SB. The South Oaks Gambling Screen (SOGS): a new instrument for the identification of pathological gamblers. Am J Psychiatry 1987;144(9):1184-8.

387. Lejoyeux M. Échelles de dépistage du jeu pathologique. Neuropsy 1999;14:67-71.

388. Poulin C. An assessment of the validity and reliability of the SOGS-RA. J Gambl Stud 2002;18(1):67-93.

389. Stinchfield R. Reliability, validity, and classification accuracy of the South Oaks Gambling Screen (SOGS). Addict Behav 2002;27(1):1-19.

390. Strong DR, Lesieur HR, Breen RB, Stinchfield R, Lejuez CW. Using a Rasch model to examine the utility of the South Oaks Gambling Screen across clinical and community samples. Addict Behav 2004;29(3):465-81.

391. Wulfert E, Hartley J, Lee M, Wang N, Franco C, Sodano R. Gambling screens: does shortening the time frame affect their psychometric properties? J Gambl Stud 2005;21(4):521-36.

392. Young KS. Internet Addiction: the Emergence of a New Clinical Disorder. Cyberpsychol Behav 2009;1(3):237-44.

Participants

Les organismes professionnels et associations de patients et d'usagers suivants ont été sollicités pour proposer des experts conviés à titre individuel dans les groupes de travail et de lecture

Collège de la médecine générale (CMG)*

Collège national de la kinésithérapie salariée

Conseil national professionnel de psychiatrie - Collège national pour la qualité des soins en psychiatrie (CNPP-CNQSP)*

Fédération française d'addictologie (FFA)*

Fédération française de psychiatrie (FFP)*

Fédération nationale des associations d'usagers en psychiatrie (FNApsy)*

France Dépression*

Ordre national des pharmaciens*

Société de l'information psychiatrique

Société française de gériatrie et gérontologie (SFGG)*

Société française de neurologie (SFN)

Société française de physiothérapie

Société française de psychologie (SFP)

Union nationale des amis et familles de malades psychiques (Unafam)

(*) Cet organisme a proposé un ou plusieurs experts pour ce projet.

► Groupe de travail

Pr Anne-Marie Bouldouyre Magnier, médecin généraliste, Paris – co-présidente du groupe de travail

Dr Georges Fischman, psychiatre, Paris – co-président du groupe de travail

Dr Ahou Pascale Cowppli-Bony, neurologue, Bordeaux – chargée de projet

M. Raphaël Wielgo-Polanin, pharmacien, Baugé-en-Anjou – chargé de projet

Mme Joëlle Favre-Bonté, Saint-Denis – chef de projet HAS

M. Emmanuel Nouyrigat, Saint-Denis – chef de projet HAS

Dr Valérie Izard, Saint-Denis – chef de projet HAS

Dr Nicole Bez, médecin généraliste, Lyon

M. Georges Braoudakis, représentant d'usagers, Grenoble

Dr Frédéric Chapelle, psychiatre, Toulouse

Dr Clément Charra, médecin généraliste, Ladoix Serrigny

Dr Khodor Chatila, ANSM, Saint-Denis

Dr Annaïk Fève, neurologue, Paris

Dr Philippe Guillou, médecin généraliste, Strasbourg

M. Grégory Jocteur Monrozier, psychologue clinicien, Grenoble

Dr Christophe Lamisse, psychiatre, Argenteuil

Mme Annie Le Moenner, représentante d'usagers, Paris

Pr Albert Ouazana, médecin généraliste, Saint-Cyr-l'École

M. Mathieu Robin-Vigneras, représentant d'usagers, Bourges

Mme Imène Sahraoui, docteure en pharmacie, Paris

M. Irénée Skotarek, représentant d'usagers, Paris

Dr Frédéric Urbain, médecin généraliste, Montigny-le-Bretonneux

Dr René Wulfman, psychiatre, Paris

► Groupe de lecture

M. David Alapini, docteur en pharmacie, Dunkerque

Dr Bruno Beauchamps, médecin généraliste, Élancourt

Dr Charles Beck, médecin généraliste, Mulhouse

Pr Michel Benoit, psychiatre, Nice

Dr Maurice Bensoussan, psychiatre, Colomiers

Dr Henri Bernard, psychiatre, Althen

Pr Sylvie Bonin-Guillaume, gériatre, Marseille

Dr Serge Bouhana, médecin généraliste, Aigueblanche

Dr Jean-Yves Breurec, addictologue, Pontorson

Dr Fanny Casanova, médecin généraliste, Buis-les-Baronnies

Mme Gladys Charles Palin, psychologue clinicienne, Capesterre Belle Eau - Guadeloupe

Dr Joël Cogneau, médecin généraliste, Saint-Avertin

Dr Olivier Drunat, gériatre, Paris

Mme Claude Finkelstein, représentante d'usagers, Paris

M. Damien Fouques, psychologue clinicien, Paris

M. Francois Hamon, cadre de santé, Romorantin-Lanthenay

M. Pierre Heinis, docteur en pharmacie, Barthenheim

M. Michel Laspougeas, docteur en pharmacie, Mauvezin

M. Benoit-Guillaume Lavaux, docteur en pharmacie, Vénissieux

Dr Michel Lévêque, médecin généraliste, Thann

Pr Pierre-Michel Llorca, psychiatre, Clermont-Ferrand

Dr Claire Meignan, médecin généraliste, Orly

Dr Serge Moser, médecin généraliste, Carspach

Mme Stephany Orain-Pelissolo, psychologue, Paris

Dr Marie Pénicaud, médecin généraliste, Argenteuil

Pr Anne-Sophie Rigaud, gériatre, Paris

Dr Bruno Romeo, psychiatre, Villejuif

Mme Amélie Rousseau, professeur des universités, psychologue, Lille

M. Stéphane Roy, psychologue, Bourges

Dr Yannick Schmitt, médecin généraliste, Strasbourg

Mme Christine Vaillandet, psychologue clinicienne, Brumath

Pr Michel Walter, psychiatre, Brest

Remerciements

La HAS tient à remercier l'ensemble des participants cités ci-dessus.

Fiche descriptive

Titre	Épisode dépressif caractérisé de l'adulte : prise en charge en soins de premier recours
Méthode de travail	Recommandations pour la pratique clinique (RPC).
Objectif(s)	• Mieux identifier les patients atteints d'un épisode dépressif caractérisé isolé. • Prévenir le risque suicidaire et obtenir un impact positif sur les souffrances psychiques des patients ayant un épisode dépressif caractérisé. • Proposer une stratégie thérapeutique en fonction de la sévérité de l'épisode dépressif caractérisé. • Améliorer la qualité de vie et le handicap de ces patients.
Patients concernés	Les patients adultes présentant un épisode dépressif caractérisé isolé. Sont exclus du thème traité : les dépressions de l'enfant et de l'adolescent ; les épisodes dépressifs liés à un trouble organique ; les dépressions réactionnelles ; les troubles de l'adaptation et du stress ; les épisodes psychiatriques antérieurs ou coexistant (troubles bipolaires, signes psychotiques) ; le trouble dépressif récurrent (dépressions récidivantes), les symptômes résiduels de dépression; les dépressions chroniques ou résistantes.
Professionnels concernés	Médecins généralistes, médecins gériatres, médecins du travail et autres professionnels de santé de premiers recours. Autres professionnels, notamment : psychiatres, psychologues cliniciens, psychothérapeutes, infirmiers, etc. Tous professionnels de santé, et travailleurs sociaux (assistantes sociales, etc.) concernés par le thème.
Demandeur	Autosaisine de la HAS.
Promoteur	Haute Autorité de Santé (HAS), service des bonnes pratiques professionnelles.
Financement	Fonds publics.
Pilotage du projet	Coordination : Dr Joëlle Favre-Bonté, chef de projet, M. Emmanuel Nouyrigat, chef de projet, service des bonnes pratiques professionnelles de la HAS (chef de service : Dr Michel Laurence). Secrétariat : Mme Sladana Praizovic.
Recherche documentaire	De janvier 2003 à mai 2017 (cf. stratégie de recherche documentaire décrite en annexe 2 de l'argumentaire scientifique). Réalisée par Mme Mireille Cecchin, avec l'aide de Mme Sylvie Lascols (chef du service Documentation – Veille : Mme Frédérique Pagès).
Auteurs de l'argumentaire	Dr Pascale Cowppli-Bony, neurologue, Bordeaux ; M. Raphaël Wielgo-Polanin, pharmacien, Baugé-en-Anjou ; Dr Joëlle Favre-Bonté, chef de projet.
Participants	Organismes professionnels et associations de patients et d'usagers, groupe de travail (co-présidents : Pr Anne-Marie Bouldouyre Magnier, médecin généraliste, Paris ; Dr Georges Fischman, psychiatre, Paris), groupe de lecture et autres personnes consultées : cf. liste des participants.
Conflits d'intérêts	Les membres du groupe de travail ont communiqué leurs déclarations publiques d'intérêts à la HAS, consultables sur www.has-sante.fr. Elles ont été analysées selon la grille d'analyse du guide des déclarations d'intérêts et de gestion des conflits d'intérêts de la HAS. Les intérêts déclarés par les membres du groupe de travail ont été considérés comme étant compatibles avec leur participation à ce travail.
Validation	Adoption par le Collège de la HAS en octobre 2017.

Titre	Épisode dépressif caractérisé de l'adulte : prise en charge en soins de premier recours
Actualisation	L'actualisation de la recommandation sera envisagée en fonction des données publiées dans la littérature scientifique ou des modifications de pratique significatives survenues depuis sa publication.
Autres formats	Argumentaire scientifique et synthèse de la recommandation de bonne pratique, téléchargeables sur www.has-sante.fr

~

Toutes les publications de la HAS sont téléchargeables sur
www.has-santé.fr

© Haute Autorité de Santé – Octobre 2017 – N° ISBN 978-2-11-151503-1