

Prévalence des troubles psychiatriques en médecine générale selon le Patient Health Questionnaire : adéquation avec la détection par le médecin et le traitement prescrit.

NORTON JOANNA^{*#}, DE ROQUEFEUIL GUILHEM^{*#}, DAVID MICHEL^{**}, BOULENGER JEAN-PHILIPPE^{*†}, RITCHIE KAREN^{*}, MANN ANTHONY[‡]

* Inserm, U888, 34093 Montpellier, France ; Univ Montpellier 1, 34000 Montpellier, France

** Département de Médecine Générale, Faculté de Médecine, Université de Montpellier, 34000 Montpellier, France

† CHU Montpellier, Hôpital La Colombière, Service Universitaire de Psychiatrie Adulte, 34093 Montpellier, France

‡ Institute of Psychiatry, King's College, London SE58AF, Angleterre

auteur chargé de la correspondance

Inserm, U888, Hôpital La Colombière, Pavillon 42, 39 av. Charles Flahault, 34093 Montpellier Cedex 5, France

Tel : 04 99 61 45 70

Fax : 04 99 61 45 79

Joanna.norton@inserm.fr

Ce travail est issu d'une étude réalisée par l'Inserm U888. Il a reçu une subvention du Ministère de la Recherche (MiRe). Il a également reçu une aide financière des laboratoires Lilly.

Résumé

Introduction - En France, il existe peu d'études sur la prise en charge des troubles psychiatriques en médecine générale. Cette étude avait pour objectif d'estimer en médecine générale la fréquence des troubles psychiatriques, de décrire le niveau de détection de ces troubles par les médecins généralistes (MG), et d'étudier la prescription d'anxiolytiques et d'antidépresseurs en fonction du diagnostic. Méthode - 1151 patients (25 patients consécutifs par MG) consultant 46 MG dans la région de Montpellier ont rempli en salle d'attente des auto-questionnaires dont le Patient Health Questionnaire (PHQ) appliquant les critères diagnostiques du DSM-IV. Le MG a évalué pendant la consultation la sévérité des troubles psychiatriques. Résultats - D'après leurs réponses au PHQ, 14,9 % des patients remplissaient les critères DSM-IV de trouble dépressif majeur ou de trouble anxieux, dont 66,3% étaient détectés comme ayant un trouble psychiatrique par le MG. Le taux de détection était de 51% pour les patients remplissant les critères de trouble dépressif (majeur ou non), anxieux ou somatoforme. 80% des patients recevant la prescription d'un anxiolytique ou d'un antidépresseur avaient un trouble psychiatrique d'après le MG et 48,8% avaient un diagnostic de trouble dépressif majeur ou de trouble anxieux d'après le PHQ. Conclusion - Cette étude montre la fréquence élevée des troubles psychiatriques dans une étude régionale française en médecine générale, à l'instar d'autres pays, environ la moitié des cas détectés par les MG. Près de la moitié des patients traités par anxiolytique/antidépresseur ne remplissaient pas ou plus les critères diagnostiques de dépression majeure ou d'anxiété. Le PHQ pourrait être un outil d'aide au diagnostic utile pour le MG dans sa pratique quotidienne mais reste à valider en France.

Mots clés : dépression, anxiété, détection, psychotropes, médecine générale.

Title : Prevalence of psychiatric disorders in French general practice using the Patient Health Questionnaire : comparison with GP case-recognition and psychotropic medication prescription

Summary

Introduction: psychiatric disorders, mainly depression and anxiety, are frequently encountered in primary care and are a major cause of distress and disability. Nearly half of cases go unnoticed and among those that are recognised, many do not receive adequate treatment. In France, there is limited research concerning the prevalence, detection and management of these conditions in primary care.

Objectives: to estimate the prevalence of psychiatric disorders, overall and by the main psychiatric diagnostic categories, encountered in primary care; to describe GPs' case-identification rate; to examine psychotropic medication prescription according to diagnosis, in a regionally representative sample of GP attenders.

Methods: GPs practicing standard general practice in an urban area of the city of Montpellier and a nearby semi-rural region were recruited to participate. The response rate was 32.8% (n=41). 5 additional GPs almost exclusively offering homeopathy and acupuncture were recruited non-randomly for convenience purposes. In each GP surgery, consecutive patients entering the waiting room were invited by a research assistant to participate until 25 patients per GP were recruited. Each participant completed self-report questionnaires in the waiting time, including the Patient Health Questionnaire (PHQ) which yields provisional DSM-IV diagnoses. The GP completed a brief questionnaire during the consultation, giving his/her rating of the severity of any psychiatric disorder present and action taken.

Results: the patient response rate was 89.8%. In all, 14.9% of patients reached DSM-IV criteria for major depression or anxiety disorder on the PHQ (9.1% for major depression, 7.5% for panic disorder; 6% for other anxiety disorders). For the subthreshold categories, 7.4% met criteria for other depressive disorders, 11.8% for somatoform disorders and 10.9% for probable alcohol abuse or dependence. 66.3% of patients with DSM-IV diagnoses of major depression or anxiety disorder were identified as having a psychiatric disorder by the GP. The identification rate was 51% for all depressive disorders, anxiety and somatoform disorders. Of patients receiving a prescription for anxiolytic or antidepressant medication on the survey day, 80% were classified as cases of psychiatric disorder by the GP. Only 48.8% met criteria for major depression or anxiety disorder on the PHQ.

Conclusion: This study highlights the frequency of psychiatric disorders in a regional study of French general practice. Overall, prevalence rates were similar to those found elsewhere, except for probable alcohol abuse and dependence which was considerably higher than in the USA PHQ validation study. As in other countries, GPs identified roughly half of psychiatric cases. Furthermore, half of patients treated by anxiolytic or antidepressant medication did not meet the diagnostic criteria on the survey day for which these medications have mainly shown their efficacy. This confirms the French paradox of one of the highest psychotropic medication consumption rates in Europe despite many cases of depression remaining untreated. The PHQ could be a rapid and acceptable diagnostic aid tool for French GPs but first needs to be validated against the diagnosis of mental health professionals in this setting.

Key words: depression, anxiety, case-detection, psychotropic medication, general practice.

Introduction

La pathologie mentale constitue un problème majeur de santé publique(1). La majorité des troubles psychiatriques sont de type dépressif ou anxieux mais à côté des patients qui répondent à un diagnostic précis, d'autres présentent des symptômes peu sévères mais également associés à une détresse psychologique et à une incapacité élevées(2). En France, en fonction des méthodes utilisées, des taux de prévalence de 6%(3) et de 7,8%(4) ont été trouvés pour la dépression majeure sur 12 mois, comparé à des taux de 9,1% sur 6 mois(5) et de 12% sur un mois(6). Toutefois, seule une minorité des personnes souffrant de dépression aurait recours aux services de soins(7) et serait adéquatement traitée(5, 8), alors que, paradoxalement la France a un des plus fort taux de consommation de psychotropes en Europe(9, 10).

La charge de la maladie mentale pèse considérablement sur l'activité du médecin généraliste (MG) dont le quart des patients présenterait une pathologie mentale(2). En France, cette charge s'accroît en raison d'un contexte d'organisation des soins évoluant vers une diminution du nombre global de psychiatres (11) mais aussi des MG(12, 13), malgré un nombre de psychiatres et MG parmi les plus élevés d'Europe(7). Le MG est le médecin de premier recours en cas de détresse psychologique : plus de 60% des personnes souffrant de dépression consulteraient un MG et seulement 10% un psychiatre(5).

Plusieurs études européennes montrent que seule la moitié des patients ayant un trouble psychiatrique est détectée par le MG(2, 14). Dans l'échantillon parisien de l'étude multicentrique de l'OMS « Troubles Psychologiques et Fonctionnels en Médecine Générale », 26,3% des participants étaient identifiés comme ayant un diagnostic CIM-10, d'après le CIDI(15), dont 46,8% étaient reconnus comme des cas de trouble psychologique par le médecin(16). L'étude, cependant, portait sur trois cliniques privées de la MGEN et de la RATP et 10 MG parisiens non tirés au sort. A notre connaissance, il s'agit toutefois de la seule étude conduite auprès de patients consécutifs de MG, utilisant des instruments de mesure standardisés.

Le Patient Health Questionnaire (PHQ) est à ce jour le seul outil d'aide au diagnostic sous forme d'auto-questionnaire, qui permet d'identifier, selon les critères du DSM-IV, les principaux troubles psychiatriques rencontrés en médecine générale (troubles dépressifs, anxieux, somatoformes, du sommeil, des conduites alimentaires)(17). Il peut être rempli en 10 minutes environ par les patients en salle d'attente. Il offre donc de nouvelles opportunités pour la recherche en médecine générale où la conduite d'entretiens psychiatriques, qui nécessitent un espace confidentiel et du temps, n'est souvent pas envisageable. Il a été validé en soins primaires aux Etats-Unis (sensibilité, 75%; spécificité, 90%)(17). Seuls les modules sur la dépression (18-21) et le trouble panique (22) ont été utilisés en soins primaires en Europe(23-25). A notre connaissance, le PHQ, que nous avons utilisé, ne l'avait encore jamais été à ce jour en médecine générale en France.

Les objectifs de la présente étude étaient :

- de déterminer la fréquence des troubles psychiatriques par grandes catégories diagnostiques,
- d'estimer le niveau de détection de ces troubles par les médecins,
- d'étudier la prise en charge médicamenteuse en fonction du diagnostic.

Méthode

Critères d'inclusion des médecins

L'étude a été conduite dans une zone urbaine de la ville de Montpellier et dans une zone semi-rurale avoisinante, après exclusion des villes 'satellites' faisant partie de l'agglomération de Montpellier. La méthodologie détaillée de l'étude a été publiée par ailleurs(26).

Nous avons inclus tous les MG inscrits à l'Ordre des Médecins qui pratiquaient en cabinet, quelque soit leur temps de travail (plein-temps ou non). Nous avons exclu ceux pratiquant une orientation particulière (27) à temps plein (ex. MG faisant uniquement de la pédiatrie, nutrition, psychothérapie, etc.). Les MG avec un mode d'exercice particulier en homéopathie ou acupuncture (27) ont été retenus pour l'étude.

Sélection des médecins

Afin que la collecte de données soit faisable, nous avons dû fixer certains critères : un délai d'attente d'au moins dix minutes nécessaire à la passation des questionnaires et un nombre suffisant de patients habitant près du cabinet du MG (donc dans la zone d'enquête) pour réaliser le recrutement des patients dans un temps acceptable. Cette même raison nous a amené à recruter séparément les MG avec un mode d'exercice particulier en homéopathie ou acupuncture, en retenant que ceux prescrivant au moins occasionnellement de psychotropes.

A partir des listes du Conseil de l'Ordre des Médecins, la totalité des MG, c'est à dire 73, pratiquant dans la zone semi-rurale et 180 MG tirés au sort dans la zone urbaine ont été contactés par téléphone. Après exclusion des MG ne remplissant pas les critères de l'étude (voir ci-dessus), les MG à qui il arrivait de prescrire au moins occasionnellement un psychotrope ont été invités à participer. Le taux d'acceptation a été de 32,8% sans différence significative d'âge ou de sexe entre les MG acceptant de participer ou refusant. Le taux de réponse a été deux fois plus élevé en zone rurale qu'en zone urbaine. Afin de respecter la proportion de médecins dans les deux zones, nous avons procédé à un tirage au sort des médecins ayant accepté de participer dans la zone rurale.

Pour que les MG avec un mode d'exercice particulier en homéopathie ou acupuncture soient représentés de façon proportionnelle dans l'échantillon (environ 8% des MG)(27), 5 MG homéopathes ou acupuncteurs, non-prescripteurs ou prescripteurs occasionnels de psychotropes, et remplissant les conditions d'enquête, ont été inclus.

Collecte des données

Les données ont été collectées entre octobre 2003 et mars 2004 en salle d'attente des MG par cinq enquêteurs. Pour chaque MG, un enquêteur a demandé à tous les patients consécutifs se présentant en salle d'attente de remplir une batterie d'auto-questionnaires, jusqu'à l'inclusion de 25 patients. Les critères d'inclusion des patients étaient : être âgé de 18 ans ou plus, habiter la zone d'enquête et consulter pour soi-même. Le questionnaire était lu par l'enquêteur aux patients qui avaient des difficultés de lecture et d'écriture (7,3% des patients). L'anonymat des patients était respecté. Le médecin et son consultant ignoraient chacun les réponses de l'autre.

Questionnaires

Chaque MG a rempli un questionnaire renseignant sur ses caractéristiques socio-démographiques et de pratique.

Pour chaque patient, en fin de consultation, le MG a rempli un bref questionnaire précisant entre autre, la sévérité des troubles psychologiques et la prise en charge envisagée.

L'échelle évaluant la sévérité des troubles psychologiques a été empruntée au Physician's Encounter Form, de l'étude multicentrique de l'OMS « Troubles Psychologiques et Fonctionnels en Médecine Générale ». Elle avait donc préalablement été traduite et utilisée en langue française(2). Le degré de sévérité des troubles (évalué « globalement et pas seulement en fonction des symptômes présents ») est noté sur une échelle de 5 points (1.complètement normal – non perturbé ; 2.quelques symptômes infracliniques – absence de maladie ; 3.cas léger : perturbation émotionnelle légère mais repérable ; 4.cas moyen ; 5.cas sévère : perturbation émotionnelle sévère). Le MG attribuant un niveau 3, 4 ou 5, c'est à dire considérant le patient comme un cas clinique (« cas MG »), doit accompagner son appréciation d'un diagnostic (sous forme de réponse ouverte).

Le *Patient Health Questionnaire (PHQ)*, rempli par les patients en salle d'attente est la version sous forme d'auto-questionnaire d'un outil d'aide au diagnostic nord américain : le Prime-MD(17). Il permet d'identifier - selon les critères du DSM-IV - les cinq catégories diagnostiques psychiatriques les plus courantes : (i) les troubles somatoformes, (ii) la dépression (trouble dépressif majeur (TDM) ou non), (iii) l'anxiété (trouble panique, autres troubles anxieux), (iv) l'abus de ou la dépendance à l'alcool et (v) les troubles des conduites alimentaires (non explorés dans cette étude) (voir Annexe 1 pour le module sur la dépression).

Le PHQ permet d'identifier des pathologies dites « syndromiques » (TDM, trouble panique, autres troubles anxieux) et des troubles « sub-syndromiques » (troubles somatoformes, trouble dépressif mineur, abus ou dépendance à l'alcool). Le PHQ est initialement un outil d'aide au diagnostic en médecine générale : le patient remplit le questionnaire en salle d'attente, après quoi le MG obtient un diagnostic provisoire à partir d'algorithmes simples appliqués aux réponses du patient. Le PHQ peut aussi être utilisé comme référence « diagnostique » dans un cadre de recherche scientifique. Le PHQ a été adapté à partir de la version française du Prime-MD(28). Les items nécessitant une traduction ont été traduits en français par des chercheurs bilingues de l'Inserm U888. Il s'agit de 2 items du module sur l'abus de ou la dépendance à l'alcool, et les modalités de réponses en 3 classes « *pas du tout gêné/un peu gêné/très gêné* » ou 4 classes « *pas du tout/plusieurs jours/plus de la moitié des jours/presque tous les jours* ».

Analyses statistiques

1- Pour chaque catégorie diagnostique du PHQ et pour différents regroupements diagnostiques, la fréquence et le niveau de détection des cas PHQ par les MG sont donnés, sous forme de pourcentages avec des intervalles de confiance à 95%.

2- Pour la concordance entre les regroupements diagnostiques du PHQ et les « cas MG », le score kappa, la sensibilité et la spécificité avec des intervalles de confiance à 95% ont été calculés.

3- Les pourcentages par catégories diagnostiques du MG et du PHQ selon que le patient ait reçu la prescription d'un antidépresseur et/ou d'un anxiolytique, sont donnés pour l'étude de l'adéquation entre les diagnostics et les traitements prescrits.

Le niveau de significativité pour les tests de comparaison des moyennes (T-test) et des pourcentages (Chi²) est fixé à $p < 0,05$.

Les analyses ont été effectuées avec SAS 9.0 (SAS Institute, Inc Cary, North Carolina).

L'étude a reçu un avis favorable du Comité National Informatique et Libertés (CNIL). L'accord d'un Comité Consultatif de Protection des Personnes dans la Recherche Biomédicale (CCPPRB) n'était pas nécessaire.

Résultats

Caractéristiques des MG

Au total 46 MG ont participé à l'étude : 41 des MG tirés au sort et 5 MG avec un mode d'exercice particulier en homéopathie ou acupuncture. 31 MG pratiquaient en zone urbaine et 15 en zone semi-rurale. Ils se répartissent en 26 hommes et 20 femmes. La moyenne d'âge est de 45,3 ans (écart type : 7,9) et ne diffère pas significativement selon le sexe. La répartition par âge et par sexe n'est pas significativement différente de celle de la population totale des généralistes dans les deux zones. 28 médecins (61%) exercent en cabinet libéral depuis plus de 10 ans, 13 médecins (28%) depuis 3 à 9 ans et 5 médecins (11%) depuis 1 à 2 ans. 80% des médecins ont déclaré avoir suivi une formation (soirée ou séminaire) en santé mentale au cours des 3 dernières années.

Caractéristiques des patients

Le taux de réponse a été de 89,8%. En tout, 1151 patients ont été inclus dans l'étude. Le taux de refus ne diffère pas significativement selon la zone d'étude ou le sexe du patient. Par contre, le pourcentage de refus augmente avec l'âge, passant de 3,9% pour les moins de 30 ans, à 9% parmi les 30-49 ans, à 12,7% parmi les 50-64 ans à 23,6% parmi les 65 ans et plus ($p < 0,001$).

L'échantillon de patients est composé de 61,5% de femmes. La moyenne d'âge est de 44,5 ans (écart type (e.t.) : 18,9) ; il n'y a pas de différence significative selon le sexe. Les sujets de la zone urbaine sont significativement plus jeunes que ceux de la zone semi-rurale (moyenne d'âge : 42 (e.t. 18,8) et 47,9 (e.t. 18) respectivement) ($p < 0,001$). Cette structure d'âge correspond aux données de l'INSEE des deux zones étudiées. 85% des sujets sont de langue maternelle française. La moitié des sujets sont mariés ou vivent maritalement, 33% sont célibataires, 11% divorcés ou séparés et 6% veufs. 36% ont un niveau d'études supérieur. 14% de sujets sont étudiants, 38% en activité professionnelle et 22% n'ont pas de travail.

Fréquence des troubles psychiatriques d'après les MG

Au moment de l'enquête, les médecins ont considéré 28,6% (IC-95% : 26,0-31,3) de leurs patients comme étant des cas de trouble psychiatrique légers, moyens ou sévères. Environ trois-quarts de ceux-ci ont été diagnostiqués comme étant dépressifs ou anxieux : 34,3% avaient un trouble anxieux, 20% un trouble dépressif, 18,8% des symptômes anxio-dépressifs (névrose, état émotionnel labile). Les 27% restants étaient par ordre décroissant : réactions à un événement spécifique (deuil, traumatisme,...), troubles psychotiques, problèmes de sommeil, troubles de la personnalité, troubles fonctionnels, abus d'alcool, démences et quelques cas pour lesquels les MG étaient indécis ou en cours de diagnostic.

Fréquence des troubles psychiatriques d'après le PHQ

D'après le PHQ, 10,9% des patients avaient un problème de dépendance ou d'abus d'alcool (Tableau 1). 11,8% remplissaient les critères de trouble somatoforme. La fréquence de la

dépression était de 16,5% : 9,1% pour la dépression majeure et 7,4% pour les autres troubles dépressifs. 7,5% avaient un trouble panique et 6,0% un autre trouble anxieux. En tout, 14,9% des patients remplissaient les critères DSM-IV de dépression majeure et d'anxiété et 27% de dépression, majeure ou autre, d'anxiété ou de trouble somatoforme.

Pour les troubles DSM-IV de dépression et d'anxiété, les prévalences sont de 11,7% pour les hommes et 16,9% pour les femmes ($p < 0,016$), et de 16,9% pour les moins de 65 ans comparé à 6,7% pour les 65 ans et plus ($p < 0,0001$) (résultats non présentés).

Détection par le MG des cas identifiés avec le PHQ

75% des patients remplissant les critères du PHQ de TDM sont reconnus comme étant des cas par le MG (Tableau 1). Pour l'anxiété, 69% des cas de troubles paniques et 67% des cas avec un autre trouble anxieux sont détectés. En tout, 66,3% des patients avec un TDM ou un trouble anxieux selon le PHQ sont reconnus, pour 42% des autres troubles dépressifs, 40% des troubles somatoformes et 36% des problèmes de dépendance ou d'abus d'alcool.

Pour les TDM et les troubles anxieux, la spécificité est de 78% indiquant que près d'un patient sur 5 identifié par le médecin comme ayant un trouble psychiatrique léger, moyen ou sévère ne remplirait pas les critères DSM-IV de dépression majeure ou d'anxiété (Tableau 2).

Traitement prescrit par le MG et adéquation avec le diagnostic

En tout, 14% des patients ont reçu la prescription d'un psychotrope le jour de l'enquête et 11,3% d'un anxiolytique ou d'un antidépresseur (5,9% : antidépresseur, 7,6% : anxiolytique, 2,2% : les deux). La figure 1 montre chez les patients recevant le jour de l'enquête la prescription d'un antidépresseur et/ou d'un anxiolytique, le pourcentage de patients reconnus comme étant des « cas » par le MG et diagnostiqués comme dépressif, anxieux ou ayant des symptômes anxio-dépressifs. Au total, 80% des patients recevant un antidépresseur ou un anxiolytique ont un diagnostic de dépression ou d'anxiété posé par le MG. Comme montré dans la Figure 2, près de la moitié (48,8%) des ces patients remplissent les critères de dépression majeure ou d'anxiété d'après le PHQ.

Discussion

La prévalence des troubles psychiatriques

L'objectif principal de cette étude était d'estimer la fréquence des troubles psychiatriques par grande catégorie diagnostique dans un échantillon régional représentatif de MG et de décrire le niveau de détection de ces troubles par les MG. En tout 34,1% des patients ont rempli les critères diagnostiques des troubles du PHQ investigués dans l'étude, dont 9,1% de TDM, 7,4% de trouble dépressif mineur, 7,5% de trouble panique, 6% d'un autre trouble anxieux, 11,8% d'un trouble somatoforme et 10,9% d'abus ou de dépendance à l'alcool.

Ces taux de prévalence sont très semblables à ceux trouvés dans l'étude de validation du PHQ (dépression majeure (10%) ; autres troubles dépressifs (6%) ; trouble panique (6%) ; autres troubles anxieux (7%))(17). Elles peuvent être indirectement comparées aux prévalences trouvées dans l'échantillon parisien de l'étude multicentrique de l'OMS « Troubles Psychologiques et Fonctionnels en Médecine Générale ». Dans cette dernière, la prévalence de la dépression était de 13,7%, différence qui peut être expliquée par l'instrument diagnostique utilisé (le CIDI-PHC administré par un enquêteur formé versus l'auto-

questionnaire PHQ), des différences mineures entre les critères diagnostiques du CIM-10 et du DSM-IV et la méthodologie de l'étude (sélection des médecins, zone d'étude urbaine, etc.).

La prévalence de l'abus ou la dépendance à l'alcool est beaucoup plus élevée que dans l'étude de validation du PHQ (10,9% versus 7%) mais semblable à celle identifiée dans une étude conduite dans 86 cabinets de médecine générale en Belgique, utilisant le Prime-MD (10,1%)(23). Ces différences entre les taux européens et nord-américains ont également été trouvées dans l'étude multicentrique de l'OMS(2) avec un taux de dépendance à l'alcool de 4,3% dans l'échantillon parisien(16) supérieur à l'échantillon de Seattle (1,5%)(29).

Le niveau de détection des MG

La concordance entre l'identification des troubles psychiatriques par le MG et les diagnostics du PHQ mesurée par le kappa est de 0,32. Ce score reflète un faible niveau d'accord, mais résulte de la comparaison de deux approches différentes : la vue d'ensemble du médecin versus l'application systématique d'algorithmes à des listes de symptômes. Les intervalles de confiance de toutes les mesures – score kappa, sensibilité et spécificité - mettent en évidence une grande variabilité entre les médecins traduisant une approche de chacun avec des critères qui lui sont propres.

Les médecins identifient la moitié (51%) des cas de troubles psychiatriques (à l'exclusion de l'alcool) repérés par le PHQ et 66,7% des TDM et troubles anxieux. Les taux de détection par catégories diagnostiques sont plus élevés que ceux trouvés dans l'étude de validation du PHQ aux Etats-Unis (dépression majeure : 60,3% versus 51% ; troubles anxieux : 66,7% versus 43% ; problèmes d'alcool : 36,3% versus 22%)(17), différence qui pourrait être expliquée en partie par notre biais de sélection des médecins (voir ci-dessous). Globalement le niveau de détection dans la présente étude est semblable à ceux trouvés dans d'autres études, qui indiquent que les MG reconnaissent près de la moitié des patients présentant des troubles psychiatriques de type anxieux, dépressifs et somatoformes. Dans l'étude multicentrique de l'OMS, les MG parisiens ont reconnu 46,8% des cas de troubles psychiatriques identifiés par le CIDI, comparé à 62,3% pour les MG anglais et 51,2% pour les MG hollandais(2).

La non-détection est directement liée à la sévérité des troubles : les cas détectés correspondent aux pathologies les plus sévères (dites « syndromiques »), associées souvent à un problème de santé physique et à une incapacité sévère (résultat non présentés). Les conséquences de la non-détection sont ainsi moindres dans la mesure où elles portent sur une pathologie moins sévère. Ces pathologies méritent toutefois d'être repérées et prises en charge de manière précoce, notamment par un suivi, une écoute, voire une psychothérapie, pour éviter qu'elles progressent vers des formes plus sévères. Le risque est toutefois de voir s'élargir la prescription d'antidépresseurs à des patients ne remplissant pas tous les critères du traitement(30, 31).

La prise en charge médicamenteuse

Les résultats suggèrent qu'il pourrait y avoir une surprescription d'anxiolytiques et d'antidépresseurs à des patients ne remplissant pas les critères diagnostiques du DSM-IV pour lesquels ces médicaments ont montré leur efficacité. Ainsi, parmi les patients qui reçoivent un anxiolytique ou un antidépresseur, 51,2% ne remplissent pas les critères DSM-IV de dépression majeure ou d'anxiété. Nos résultats concordent avec ceux d'études réalisées en population(32, 33) : plus d'un tiers des patients recevraient un antidépresseur en dehors des

recommandations de l'Autorisation de Mise sur le Marché (AMM), tendance qui serait en augmentation(32). Selon l'étude ESEMeD, parmi les personnes prenant un anxiolytique ou un hypnotique, 16% auraient eu un épisode dépressif et 22% un épisode anxieux sur les 12 derniers mois, d'après l'évaluation par le CIDI. Pour les antidépresseurs, ces chiffres seraient de 31% et 27% respectivement(33). Cette faible concordance entre les traitements prescrits et le diagnostic expliquerait en partie les forts taux d'abandon de traitements en cours(34). Cependant, nos résultats sont à modérer car certaines prescriptions peuvent être données en renouvellement à des patients ne présentant plus tous les symptômes initiaux. La distinction entre nouvelle prescription et renouvellement est fondamentale et reste à étudier. De plus, certains antidépresseurs sont actifs sur d'autres pathologies que la dépression ou l'anxiété, telles que la migraine, l'énurésie et les douleurs neuropathiques(35).

Près de 20% des patients à qui un anxiolytique ou un antidépresseur a été prescrit, ne sont pas considérés par le MG comme ayant un trouble anxieux ou dépressif. Ce résultat pourrait s'expliquer en partie par le traitement par antidépresseurs d'autres pathologies que la dépression et l'anxiété et par le maintien d'un traitement chez des patients ne présentant plus les symptômes initiaux pour éviter des rechutes. Toutefois il pourrait aussi refléter une adhérence du médecin à la demande du patient, dans un système de soin qui, au moment de l'étude, laissait libre accès au patient à tout médecin, généraliste ou spécialiste.

Forces et limites de l'étude

Les médecins participant à l'étude ont un profil par âge et par sexe qui est semblable à celui de la population des MG dont ils sont extraits, ce qui suggère que les résultats sont généralisables à la zone d'étude. Il s'agit ici de la première utilisation du PHQ en médecine générale française. Nous avons ainsi obtenu des taux de prévalence des troubles psychiatriques par catégorie diagnostique selon les critères du DSM-IV, rendant comparables ces résultats à ceux d'autres études. De plus, cette étude a été conduite auprès d'un échantillon représentatif de 1151 patients consultant des MG tirés au sort. Il s'agit à notre connaissance de la première étude en médecine générale française de ce genre.

Toutefois, d'après les raisons des refus, nous avons sélectionné les médecins les plus intéressés par la recherche et sensibilisés aux problèmes de santé mentale. D'ailleurs 8 MG sur 10 participant à l'étude disaient avoir suivi une formation (séminaire ou soirée) en santé mentale au cours des 3 dernières années, alors que d'après le dernier Baromètre Santé médecins/pharmaciens (2003) seul 28% participeraient à des activités de formation(36). Si nous faisons l'hypothèse que ces médecins attireraient ou repéreraient davantage les patients avec des problèmes de santé mentale, nous aurions de fait surestimé la prévalence des troubles psychiatriques et leur détection. Par ailleurs, pour des raisons de faisabilité, il n'a pas été possible de suivre les médecins lors de leurs visites à domicile ; la prévalence serait ainsi sous-estimée du fait que les personnes incapables de se rendre au cabinet du MG ont plus de problèmes de santé, physique et mentale, que ceux consultant au cabinet du médecin(37).

Le taux de refus des patients augmente significativement avec l'âge, ce qui pourrait entraîner un biais. D'une part, si les sujets refusant de participer présentent plus de problèmes psychiatriques que les sujets participant à l'étude, nous aurions de ce fait sous-estimé la prévalence des troubles psychiatriques. D'autre part, vu que la prévalence des troubles psychiatriques diminue avec l'âge, les sujets âgés de 65 ans et plus étant sous-représentés dans l'échantillon, nous aurions surestimé la prévalence de ces troubles.

Nous avons pris pour référence diagnostique le PHQ pour lui comparer le diagnostic des MG. Le PHQ a été validé en tant qu'instrument diagnostique en soins primaires aux Etats-Unis(17). En Europe, seuls les modules sur la dépression (18, 19, 21) et le trouble panique (22) ont été validés. Une des limites principales de notre étude est l'absence de validation de l'instrument en médecine générale française.

Conclusion

Nos résultats soulignent la fréquence élevée des troubles psychiatriques en médecine générale et montrent que, comme dans d'autres pays, les MG français détectent près d'un cas sur deux de trouble psychiatrique identifié par un instrument diagnostique. Toutefois, la détection augmente avec la sévérité des troubles, ce qui atténue les conséquences de sa non-détection. La moitié des sujets traités par antidépresseurs et anxiolytiques ne remplit pas les critères principaux pour lesquels l'efficacité de ces médicaments a été démontrée. Ce résultat aide à éclairer le paradoxe français d'une des plus fortes consommations de psychotropes en Europe (9, 10, 33) malgré un nombre important de sujets déprimés non traités. Il reste maintenant à valider le PHQ en médecine générale française, à la fois en tant qu'outil diagnostique (validité diagnostique de l'instrument comparée à un entretien psychiatrique approfondi) et en tant qu'outil d'aide au diagnostic en vue d'améliorer la détection et la prise en charge précoce des troubles psychiatriques en médecine générale.

Remerciements :

Tous nos remerciements aux médecins généralistes de Montpellier et sa région qui ont participé à cette étude. Nos remerciements également à Dr. Virginie Ringa pour le travail de relecture.

Ce travail a été effectué dans le cadre des appels d'offre de la MiRE « Réseaux Régionaux de Recherche en Santé Public » ; il a également reçu un soutien financier du Laboratoire Lilly.

Le Dr. R. L. Spitzer nous a autorisés à traduire et utiliser le Prime-MD® Patient Health Questionnaire© 1999, Pfizer Inc. dans cette étude. Pour des informations supplémentaires concernant l'utilisation du PHQ en recherche, il peut être contacté à : rsl8@columbia.edu

Références

- 1.WHO. The World Health Report: New Understanding, New Hope. Geneva: WHO; 2001.
- 2.USTUN TB, SARTORIUS N, editors. Mental Illness in General Health Care. An International Study. Chichester: John Wiley & Sons; 1995.
3. LEPINE JP, GASQUET I, KOVESS V, ARBABZADEH-BOUCHEZ S, NEGRE-PAGES L, NACHBAUR G, et al. [Prevalence and comorbidity of psychiatric disorders in the French general population]. *Encephale* 2005;31(2):182-94.
- 4.LAMBOY B, LEON C, GUILBERT P. [Depressive disorders and use of health services in the French population according to the Health Barometer 2005]. *Rev Epidemiol Sante Publique* 2007;55(3):222-7.
- 5.LEPINE J P, ET AL. Depression in the community: The first pan-European study -DEPRES. *Int.Jnl Clin.Psychopharmacol.* 1997;12:855-70.
- 6.LE PAPE A, LECOMTE T. Prévalence et prise en charge médicale de la dépression France: 1996-1997. Paris; 1999.

7. KOVESH-MASFETY V, ALONSO J, BRUGHA TS, ANGERMEYER MC, HARO JM, SEVILLA-DEDIEU C. Differences in lifetime use of services for mental health problems in six European countries. *Psychiatr Serv* 2007;58(2):213-20.
8. DEMYTTENAERE K, BONNEWYN A, BRUFFAERTS R, DE GIROLAMO G, GASQUET I, KOVESH V, et al. Clinical factors influencing the prescription of antidepressants and benzodiazepines: Results from the European study of the epidemiology of mental disorders (ESEMED). *J Affect Disord* 2008;110(1-2):84-93.
9. ALONSO J, ANGERMEYER MC, BERNERT S, BRUFFAERTS R, BRUGHA TS, BRYSON H, et al. Psychotropic drug utilization in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMED) project. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 2004(420):55-64.
10. OHAYON MM, LADER MH. Use of psychotropic medication in the general population of France, Germany, Italy, and the United Kingdom. *J Clin Psychiatry* 2002;63(9):817-25.
11. VERDOUX H, TIGNOL J. Focus on psychiatry in France. *Br J Psychiatry* 2003;183:466-71.
12. NORTON J, DAVID M, BOULENGER JP. General Practitioners are bearing an increasing burden of the care of common mental disorders in France. *Eur. J. Psychiatr.* 2007;21(1):63-70.
13. SICART D. Projections médecins 2002-2020. DREES: Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques - Série Statistiques février 2002;N°30.
14. ORMEL J, VAN DEN BRINK W, KOETER MW, GIEL R, VAN DER MEER K, VAN DE WILLIGE G, et al. Recognition, management and outcome of psychological disorders in primary care: a naturalistic follow-up study. *Psychol Med* 1990;20(4):909-23.
15. ROBINS LN, WING J, WITTCHEN HU, HELZER JE, BABOR TF, BURKE J, et al. The Composite International Diagnostic Interview. An epidemiologic instrument suitable for use in conjunction with different diagnostic systems and in different cultures. *Arch Gen Psychiatry* 1988;45(12):1069-77.
16. LECRUBIER Y, BOYER P, LEPINE JP, WEILLER E. Results from the Paris centre. In: Ustun TB, Sartorius N, editor. *Mental illness in general health care: an international study*. Chichester: John Wiley and sons Ltd.; 1995.
17. 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.
18. GILBODY S, RICHARDS D, BREALEY S, HEWITT C. Screening for depression in medical settings with the Patient Health Questionnaire (PHQ): a diagnostic meta-analysis. *J Gen Intern Med* 2007;22(11):1596-602.
19. LOWE B, GRAFE K, ZIPFEL S, WITTE S, LOERCH B, HERZOG W. Diagnosing ICD-10 depressive episodes: superior criterion validity of the Patient Health Questionnaire. *Psychother Psychosom* 2004;73(6):386-90.
20. LOWE B, SCHENKEL I, BAIR MJ, GOBEL C. Efficacy, predictors of therapy response, and safety of sertraline in routine clinical practice: prospective, open-label, non-interventional postmarketing surveillance study in 1878 patients. *J Affect Disord* 2005;87(2-3):271-9.
21. LOWE B, SPITZER RL, GRAFE 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.
22. LOWE B, GRAFE K, ZIPFEL S, SPITZER RL, HERRMANN-LINGEN C, WITTE S, et al. Detecting panic disorder in medical and psychosomatic outpatients: comparative validation of the Hospital Anxiety and Depression Scale, the Patient Health Questionnaire, a screening question, and physicians' diagnosis. *J Psychosom Res* 2003;55(6):515-9.
23. ANSSEAU M, DIERICK M, BUNTINKX F, CNOCKAERT P, DE SMEDT J, VAN DEN HAUTE M, et al. High prevalence of mental disorders in primary care. *J Affect Disord* 2004;78(1):49-55.

24. PERSOONS P, LUYCKX K, DESLOOVERE C, VANDENBERGHE J, FISCHLER B. Anxiety and mood disorders in otorhinolaryngology outpatients presenting with dizziness: validation of the self-administered PRIME-MD Patient Health Questionnaire and epidemiology. *Gen Hosp Psychiatry* 2003;25(5):316-23.
25. RIEF W, NANKE A, KLAIBERG A, BRAEHLER E. Base rates for panic and depression according to the Brief patient health Questionnaire: a population-based study. *Journal of Affective Disorders* 2004;82:271-276.
26. NORTON J, DE ROQUEFEUIL G, BOULENGER JP, RITCHIE K, MANN A, TYLEE A. Use of the PRIME-MD Patient Health Questionnaire for estimating the prevalence of psychiatric disorders in French primary care: comparison with family practitioner estimates and relationship to psychotropic medication use. *Gen Hosp Psychiatry* 2007;29(4):285-93.
27. DARRINE S, NIEL X. Les médecins omnipraticiens au 1er janvier 2000. DREES: Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques - Etudes et Résultats janvier 2001;N°99.
28. COLONNA R, GUELFY J-D, AZORIN J-M, BAILLY D, BISSERBE J-C, BOYER P, et al. ETAP^R: Evaluation des Troubles Affectifs par le Praticien; Guide du Clinicien. Version française du Prime MD. Orsay: Pfizer, Département de Psychiatrie; 1994.
29. SIMON G, VON KORFF M. Results from the Seattle centre. In: Ustun TB, Sartorius N, editors. *Mental illness in general health care: an international study*. Chichester: John Wiley and sons Ltd.; 1995.
30. BERARDI D, MENCHETTI M, CEVENINI N, SCAINI S, VERSARI M, DE RONCHI D. Increased recognition of depression in primary care. Comparison between primary-care physician and ICD-10 diagnosis of depression. *Psychother Psychosom* 2005;74(4):225-30.
31. WITTCHEN HU, HOFLE M, MEISTER W. Prevalence and recognition of depressive syndromes in German primary care settings: poorly recognized and treated? *Int Clin Psychopharmacol* 2001;16(3):121-35.
32. BOUHASSIRA M, ALLICAR MP, BLACHIER C, NOUVEAU A, ROUILLON F. Which patients receive antidepressants? A 'real world' telephone study. *J Affect Disord* 1998;49(1):19-26.
33. GASQUET I, NÈGRE-PAGÈS L, FOURRIER A, NACHBAUR G, EL-HASNAOUI A, KIOVESS V, et al. Usage des psychotropes et troubles psychiatriques en France: résultats de l'étude épidémiologique ESEMeM/MHEDEA 2000/ (ESEMeD) en population générale. *L'encéphale* 2005;31:195-206.
34. LECRUBIER Y, HERGUETA T. Differences between prescription and consumption of antidepressants and anxiolytics. *Int Clin Psychopharmacol* 1998;13 Suppl 2:S7-11.
35. AFSSAPS. Bon usage des médicaments antidépresseurs dans le traitement des troubles dépressifs et les troubles de l'anxiété de l'adulte - Argumentaire: Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé, http://agmed.sante.gouv.fr/pdf/5/reco_antide_presseur_adultes.pdf; octobre 2006.
36. GAUTIER A. Baromètre Santé médecins/pharmaciens 2003. Paris: éditions INPES; 2003.
37. LABARTHE G. Les consultations et visites des médecins généralistes: un essai de typologie. DREES: Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques - Etudes et Résultats June 2004;N°315.

Tableau 1 - Diagnostics obtenus avec le Patient Health Questionnaire (PHQ)

Diagnostics	N	cas identifiés par le	cas PHQ détecté par le
		PHQ % (IC 95%)	MG % (IC 95%)
Abus de ou dépendance à l'alcool	1137	10,9 (9,1-12,7)	36,3 (27,8-44,8)
Trouble somatoforme*	1096	11,8 (9,5-13,1)	40,3 (31,8-48,8)
Trouble dépressif majeur (TDM)	1144	9,1 (7,4-10,8)	75,0 (66,7-83,3)
Autre trouble dépressif	1144	7,4 (5,9-8,9)	42,4 (31,9-52,9)
Trouble panique	1135	7,5 (6,0-9,0)	69,4 (59,6-79,2)
Autre trouble anxieux	1143	6,0 (4,6-7,4)	69,1 (58,1-80,0)
Tout trouble anxieux [†]	1133	10,9 (9,1-12,7)	66,7 (58,4-75,0)
TDM ou trouble anxieux	1135	14,9 (12,8-17,0)	66,3 (61,2-71,5)
Au moins un trouble PHQ (troubles liés à l'alcool exclus)	1139	27,0 (24,4-29,6)	51,0 (45,4-56,6)
Au moins un trouble PHQ	1125	34,1 (31,4-36,9)	45,1 (40,1-50,1)

* l'algorithme s'applique uniquement aux sujets pour qui il n'y a pas d'explication biologique adéquate du trouble somatoforme. Par conséquent, les patients classés par les médecins comme étant physiquement, moyennement ou sévèrement malade, ont été retirés des cas.

[†] les deux catégories Trouble panique et Autre trouble anxieux ne sont pas exclusives. Le total n'est donc pas égal à la somme des deux.

Tableau 2 – Concordance entre le PHQ et les MG pour l'identification des troubles psychiatriques

	Kappa		Sensibilité		Spécificité	
	Score	IC-95%	%	IC-95%	%	IC-95%
TDM ou trouble anxieux	0,32	0,26-0,38	66,3	61,2-71,5	78,1	75,2-80,9
Au - 1 trouble PHQ (problèmes d'alcool exclus)	0,30	0,24-0,39	51,0	45,4-56,7	79,0	76,8-82,3
Au - 1 trouble PHQ	0,26	0,20-0,32	45,1	40,1-50,1	79,9	77,1-82,7

Figure 1:

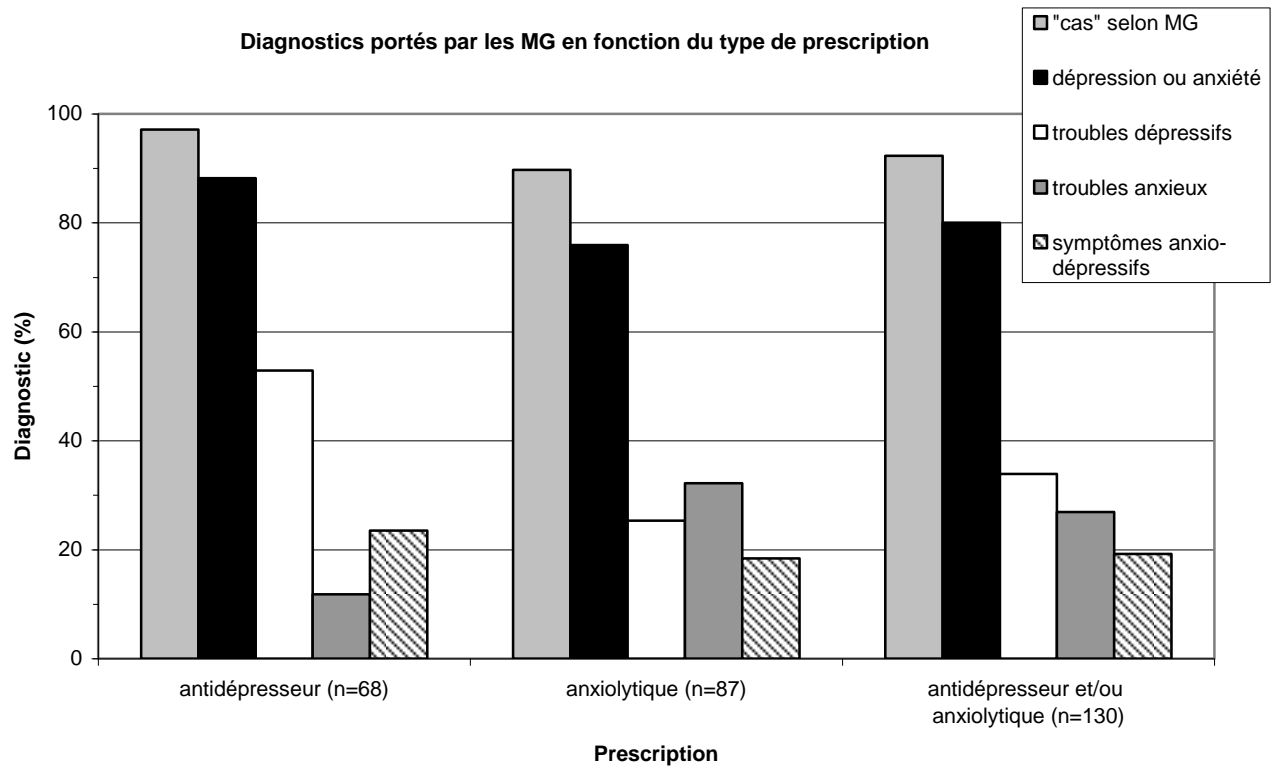
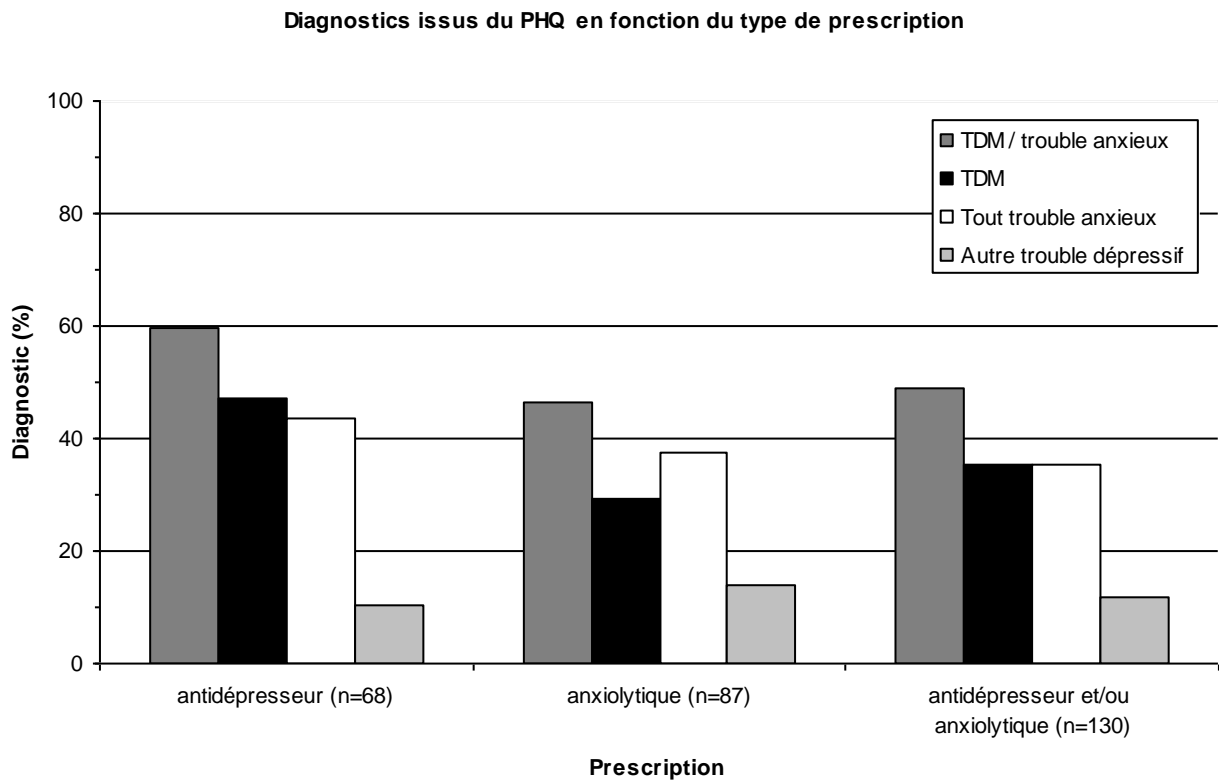


Figure 2:



Annexe 1 – Le Patient Health Questionnaire – module sur la dépression

Les questions suivantes portent sur votre santé. Veuillez suivre les consignes et répondre à chaque question le mieux possible.

Pendant les <u>2 dernières semaines</u> , avez-vous ressenti les problèmes suivants :	Pas du tout	Plusieurs jours	Plus de la moitié des jours	Presque tous les jours
a. Une diminution marquée d'intérêt ou de plaisir dans vos activités ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Un sentiment d'abattement, de dépression ou de perte d'espoir ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Des difficultés à vous endormir, à rester endormi(e) ou au contraire une tendance à trop dormir ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Une sensation de fatigue ou de manque d'énergie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Un manque ou un excès d'appétit ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. 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 ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. De la peine à vous concentrer, par ex. pour lire ou regarder la télévision ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. 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 tenez pas en place ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Penser que vous préféreriez être mort(e) ou penser à vous faire du mal ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Note:

Un diagnostic de Trouble Dépressif Majeur est posé si les réponses sont « *plus de la moitié des jours* » à l'item *a* ou *b* et à 5 des items *a* à *i*, sachant que l'item *i* doit être comptabilisé pour toute réponse différente de « *pas du tout* ».

Un diagnostic d'Autre Trouble Dépressif est posé si les réponses sont « *plus de la moitié des jours* » à l'item *a* ou *b* et à 2, 3 ou 4 des items *a* à *i*, sachant que l'item *i* doit être comptabilisé pour toute réponse différente de « *pas du tout* ».