

Un questionnaire ultracourt de dépistage de la dépression valide en première ligne de soins ?

- **Question clinique** Des questionnaires de dépistage ultracourts peuvent-ils identifier les dépressions en première ligne de soins ?

Analyse

M. De Meyere

Référence

Mitchell AJ, Coyne JC. Do ultra-short screening instruments accurately detect depression in primary care? *Br J Gen Pract* 2007;57:144-51.

Contexte

Un guide de pratique concernant le traitement de la dépression en première ligne de soins recommande de dépister une dépression chez des patients à risque au moyen d'une ou deux question(s)¹. Contrairement à celle de questionnaires plus longs, la validité de cette méthode de dépistage n'est pas encore connue.

Méthodologie

Sommatation par type de test et méta-analyse de l'ensemble des tests

Sources consultées

- MEDLINE, PsychINFO, EMBASE, CINAHL
- Science Direct, Ingenta Select, Ovid Full text, Wiley Interscience, Web of Knowledge.

Etudes sélectionnées

- études évaluant des questionnaires ultracourts de dépistage : 1 à 4 items, nécessitant moins de 2 minutes pour être complétés
- études donnant des résultats selon le protocole **STANDARDS for Reporting of Diagnostic accuracy (STARD)** ; vérification de leur qualité par les **Newcastle-Ottawa Scale criteria**
- exclusion : études se déroulant exclusivement à l'hôpital ou en maison de repos, avec évaluation sur une échelle visuelle analogique, ne satisfaisant pas aux critères STARD
- 75 études isolées ; 12 incluses, comportant 22 analyses.

Population étudiée

- les caractéristiques des différentes populations d'étude ne sont pas mentionnées
- exclusion des études portant sur des patients avec : lombalgies, sclérose multiple, AVC, cancer.

Mesure des résultats

- proportion de cas bien identifiés (vrais positifs + vrais négatifs) versus cas mal identifiés (faux positifs + faux négatifs) avec les tests ultracourts, exprimée en risque relatif sommé
- sensibilité, spécificité, valeurs prédictives positive et négative, **Youden index** des tests comportant une, deux ou trois questions (voir tableau des questions)
- analyse d'hétérogénéité (présente) et recherche d'un **bias de publication** (absence de biais probant).

Résultats

1. Sommatation par type de test

- test une seule question (8 analyses pour 6 publications, n = 17 624)
 - prévalence de dépression 10,7% (5% - 36%)
 - sensibilité du test 31,9% ; spécificité 96,0% ; VPP 55,6% ; VPN 92,3% ; Youden index 0,289
- test 2 ou 3 questions (14 analyses pour 9 publications, n = 9 653)
 - prévalence de dépression 17,6%
 - sensibilité 73,7% ; spécificité 74,7% ; VPP 38,3% ; VPN 93,0% ; Youden index 0,47

2. Méta-analyse de l'ensemble

Les tests ultracourts présentent, versus le hasard, une capacité significative de distinguer dépression/absence de dépression : RR d'identification correcte versus non correcte 5,46 (IC à 95 % de 5,30 à 5,62 ; p < 0,001).

Question 1	Durant le mois écoulé, avez-vous été perturbé par un cafard, une déprime, une perte d'espoir ?
Question 2	Durant le mois écoulé, avez-vous été souvent perturbé par peu d'intérêt ou de plaisir dans vos activités ?
Question 3	Désirez-vous être aidé ?

Conclusion des auteurs

Un test une question n'identifie que 3 patients dépressifs sur 10 en première ligne de soins, ce qui n'est pas acceptable. Les tests ultracourts comportant deux ou trois questions identifient 8 patients dépressifs sur 10, mais avec un nombre élevé de faux positifs : une dépression n'est présente que pour 4 cas sur 10 identifiés positifs par le test. Ces tests ultracourts semblent, au mieux, constituer une méthode d'exclusion du diagnostic de dépression. Ils ne peuvent être utilisés qu'en présence de ressources suffisantes pour une évaluation subséquente des personnes qui présentent un résultat de test positif.

Financement : non mentionné.

Conflits d'intérêt : aucun n'est déclaré.

1. NICE. Depression: management of depression in primary and secondary care. *Clinical Guideline Number 23*, 2004.
2. Depression. *FormulR Info* 2007;14:49-50.
3. National Collaborating Centre for Mental Health, National Institute for Clinical Excellence. Depression in children and young people. *National Clinical Practice Guideline Number 28*, 2005.

4. Williams JW Jr, Noël PH, Cordes JA, et al. Is this patient clinically depressed? *JAMA* 2002;287:1160-70.
5. US Preventive Services Task Force. Screening for depression. May 2002.
6. Gilbody S, House AO, Sheldon TA. Screening and case finding instruments for depression. *Cochrane Database Syst Rev* 2005, Issue 4.

Considérations sur la méthodologie

La recherche étendue dans la littérature, avec consultation de différentes bases de données, est un des points forts de cette publication. Les auteurs ont également analysé l'hétérogénéité des études ('non-combinability' pour des études diagnostiques) hétérogénéité présente, ainsi que recherché un **biais de publication** (absence de biais probant). Ils soulèvent eux-mêmes quelques problèmes. La prévalence de la dépression varie, selon les études, entre 5 et 37%. Cette observation, ajoutée au fait que des résultats d'études évaluant un test d'une seule question, de 2 ou 3 questions sont sommés dans une même méta-analyse, pose question quant à la fiabilité de celle-ci. Dans 8 des 22 analyses réalisées dans les études originales, c'est le CIDI (Composite International Diagnostic Interview) qui est utilisé comme test de référence plutôt que les critères du DSM IV. Le CIDI, comme le reconnaissent les auteurs, est principalement utilisé (par des non médecins) dans des enquêtes épidémiologiques et présente une sensibilité faible. Il est donc étonnant que ces 8 études soient donc également incluses dans les analyses. Insistons aussi sur le peu d'éléments connus quant à la co-morbidité et, en général, aux caractéristiques des populations incluses dans les études : âge, sévérité de la dépression, sortie d'étude aussi. Chez les personnes âgées, par exemple, une dépression peut se manifester différemment. Le test Geriatric Depression Scale (qui comporte 15 items) pourrait être plus approprié pour cette population précise². Les tests ultracourts peuvent-ils être également utilisés dans cette population ? De même, leur utilisation dans une population jeune (enfants, adolescents) pose question, seuls des tests plus longs ayant été évalués à ce jour³. Cette lacune est particulièrement à déplorer.

Autres études

Une précédente synthèse de la littérature⁴, a montré l'intérêt de tests de dépistage de la dépression (11 tests différents, comportant de 2 à 30 items) sans observer de différence significative au point de vue rapport de vraisemblance positif pour l'identification des personnes déprimées (LR + 3,3 ; range 2,3 à 12,2) entre les différents tests. Peu d'études ont différencié tests ultracourts (1-4 items, moins de deux minutes), courts (5 à 14 items, 2 à 5 minutes) et listes de score de référence (15 ou davantage d'items, plus de 5 minutes)⁵. Les auteurs insistent sur le

fait qu'il s'agit de la première méta-analyse sur les tests de dépistage ultracourts. Une synthèse Cochrane insiste sur la difficulté de réaliser des tests comportant une importante liste de questions, en pratique de médecine générale : ces tests ont une efficacité marginale pour la détection, le traitement et les résultats sur la dépression dans ce contexte clinique ; le rapport coût/efficacité doit encore être évalué⁶. Deux études en pratique de médecine générale en Nouvelle-Zélande, incluses dans la présente méta-analyse, ont montré l'intérêt d'un test 2 questions d'abord : sensibilité de 97% et spécificité de 67%⁷. Même si le nombre de faux positifs est élevé (33%), un dépistage précoce de la dépression peut être considéré comme important, et une confirmation du diagnostic (comme le proposent les auteurs de la présente méta-analyse) doit être faite chez toutes les personnes positives pour ce test 2 questions. L'ajout d'une troisième question (également reprise dans la méta-analyse) permet d'améliorer la spécificité à 94%, mais en diminuant la sensibilité à 79%⁸.

Pour la pratique

Les questionnaires ici proposés ne sont pas destinés à être utilisés systématiquement, chez tout patient consultant un médecin généraliste, mais bien à servir d'outil pour la recherche de cas⁴. Il reste à déterminer les personnes à risque, à dépister. Trois étapes importantes sont décrites dans différents guides de pratique^{9,10}. Le médecin généraliste doit rester attentif devant cette problématique à risque parfois vital en restant empathique et en réagissant à certaines situations à risque. Cette situation appelant à la vigilance est décrite comme une « sensibilisation » (le paysage des plaintes comporte en effet certaines caractéristiques dépressives) ou « normalisante » (ce qui, dans ces circonstances, ne peut être appelé normal). Le médecin généraliste est habitué à de telles situations : plaintes vagues, plutôt physiques, toujours changeantes, comportement d'isolement, surtout chez les personnes âgées, événements de vie marquants, affections somatiques sévères, et, finalement, antécédents de dépression¹⁰. Dans ces situations, il semble indiqué de poser les deux ou trois questions énumérées ci-avant. Ensuite, si ce test se révèle positif, une exploration plus fouillée d'autres symptômes (DSM IV) sera nécessaire, ainsi qu'une mise en perspective dans le contexte psychosocial afin de pouvoir établir un diagnostic (différentiel).

Conclusion de Minerva

Cette méta-analyse conclut qu'un test ne comportant qu'une question n'est pas valide pour le dépistage de la dépression en première ligne de soins. Un test comportant trois questions permet d'identifier huit personnes dépressives sur dix : il peut donc être un instrument utile pour le médecin généraliste, en dépistage, mais nécessite une confirmation ensuite du diagnostic par d'autres approches. L'utilisation d'autres tests plus longs à réaliser, semble ne pas apporter de plus-value en première ligne de soins.

7. Arroll B, Khin N, Kerse N. Screening for depression in primary care with two verbally asked questions: cross sectional study. *BMJ* 2003;327:1144-6.
8. Arroll B, Goodyear-Smith F, Kerse N, et al. 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;331:1884-6.
9. Van Marwijk HW, Grundmeijer HC, Bijl D, et al. NHC-Standaard Depressieve stoornis (depressie) (eerste herziening). *Huisarts Wet* 2003;46:614-33.
10. *Domus Medica. Recommandation de Bonne Pratique: Dépression (sous presse pour édition en 2008).*