



Synthèse des connaissances sur le dépistage de
la dépression en première ligne chez les adultes

INSTITUT NATIONAL
DE SANTÉ PUBLIQUE
DU QUÉBEC

Québec 

Synthèse des connaissances sur le dépistage de la dépression en première ligne chez les adultes

Direction du développement des individus
et des communautés

Février 2014

AUTEURES

Liane Comeau, Ph. D., conseillère scientifique

Alessandra Chan, Ph. D., conseillère scientifique

Nicole Desjardins, M.A., conseillère scientifique

SOUS LA COORDINATION DE

Johanne Laverdure, M.A. Psy., chef d'unité scientifique

AVEC LA COLLABORATION DE

Réal Morin, médecin spécialiste en santé communautaire et directeur scientifique

MISE EN PAGES ET RELECTURE

Sophie Michel, agente administrative

Ce document est disponible intégralement en format électronique (PDF) sur le site Web de l'Institut national de santé publique du Québec au : <http://www.inspq.qc.ca>.

Les reproductions à des fins d'étude privée ou de recherche sont autorisées en vertu de l'article 29 de la Loi sur le droit d'auteur. Toute autre utilisation doit faire l'objet d'une autorisation du gouvernement du Québec qui détient les droits exclusifs de propriété intellectuelle sur ce document. Cette autorisation peut être obtenue en formulant une demande au guichet central du Service de la gestion des droits d'auteur des Publications du Québec à l'aide d'un formulaire en ligne accessible à l'adresse suivante : <http://www.droitauteur.gouv.qc.ca/autorisation.php>, ou en écrivant un courriel à : droit.auteur@cspq.gouv.qc.ca.

Les données contenues dans le document peuvent être citées, à condition d'en mentionner la source.

DÉPÔT LÉGAL – 2^e TRIMESTRE 2014
BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES NATIONALES DU QUÉBEC
BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES CANADA
ISBN : 978-2-550-70600-7 (VERSION IMPRIMÉE)
ISBN : 978-2-550-70736-3 (PDF)

©Gouvernement du Québec (2014)

REMERCIEMENTS

Nous souhaitons remercier les personnes suivantes pour leurs commentaires sur le document :

- Manon Duhamel, Direction de la santé mentale du ministère de la Santé et des Services sociaux;
- Johanne Dion, répondante régionale en santé mentale, Direction régionale des affaires médicales, coordination des programmes-services, Côte-Nord;
- Édith St-Hilaire, répondante régionale en santé mentale, Direction de santé publique, Chaudière-Appalaches.

RÉSUMÉ

Contexte

Cette synthèse fait le point sur les recommandations de trois organisations reconnues qui se sont penchées sur le dépistage de la dépression : le *National Screening Committee* du Royaume-Uni (NSC), le *US Preventive Services Task Force* (USPSTF) et le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs.

Il est question de deux populations dans cette synthèse : la population adulte générale et les femmes durant la période périnatale.

La dépression représente un problème de santé publique en raison de sa prévalence élevée. Selon des données canadiennes, environ 10 % de la population est confronté à une dépression majeure au cours de sa vie¹. Chez les femmes pendant la grossesse, la prévalence ponctuelle de la dépression est de 8,5 à 11 %, et, pendant la première année post-partum, elle varie de 6,5 à 12,9 %². Les effets de la dépression sont par ailleurs bien documentés. Elle a non seulement un impact sur le bien-être psychologique et social de l'individu³, mais elle atteint son état de santé général. La dépression représente, en outre, un fardeau économique important pour la société. Dans le cas de mères atteintes de dépression, des conséquences sur le déroulement de la grossesse et le développement de l'enfant sont également démontrées⁴.

Le dépistage est généralement compris comme une démarche par laquelle on cherche à déceler la présence d'une condition avant que les signes ou les symptômes apparaissent, dans le but d'en réduire l'impact sur la population. Cette mesure est donc offerte à des individus qui ne présentent pas nécessairement de symptômes ou de facteurs de risque⁵.

Le dépistage d'une condition peut prendre plusieurs formes. Le dépistage peut être appliqué à l'ensemble de la population; on parle alors de **dépistage de masse (ou populationnel)**⁶. Ce type de dépistage est caractérisé par un cadre normatif qui décrit les objectifs poursuivis, les activités à réaliser et les normes à respecter. Il peut également s'appliquer sous forme de **dépistage opportuniste**. Dans ce cas, l'offre de dépistage repose sur le clinicien⁷. Il peut être offert, par exemple, lors des examens annuels de routine du patient.

¹ Patten et Juby (2008).

² Cette revue systématique de Gaynes et collab. (2005) porte sur des pays industrialisés. La prévalence ponctuelle rapportée ici réfère à la dépression majeure et mineure. Pour la dépression majeure seulement, la prévalence se situe entre 3,1 à 4,9% pendant la grossesse, et entre 1,0 et 5,9% pendant la première année post-partum.

³ O'Connor et collab. (2009b); Halfin (2007).

⁴ Bennett et collab. (2004); Grote et collab. (2010); Bennett et collab. (2004); Hollins (2007); BC Reproductive Mental Health Program : BC Women's Hospital & Health Centre (2006); Field (2010a).

⁵ Nease et collab. (2006).

⁶ Wilson et Jungner (1970).

⁷ Ministère de la Santé et des Services sociaux (2008b).

Dans cette synthèse, il est question d'une large gamme d'activités de dépistage de la dépression auprès des adultes consultant des services de première ligne. Elles sont désignées de manières différentes selon les sources consultées : dépistage (sans qualificatif), dépistage systématique ou routinier de la dépression en contexte de soins primaires⁸ et programmes de dépistage⁹.

Évaluation et recommandations du NSC

Le *National Screening Committee* (NSC) a pour mandat d'évaluer la pertinence, l'efficacité et l'implantation du dépistage en se basant sur des preuves scientifiques, et de fournir des recommandations nationales en matière de dépistage. Son rapport se prononce sur le dépistage de la dépression auprès de la population générale¹⁰.

Le NSC a développé une série de critères internationalement reconnus pour évaluer la pertinence, l'efficacité, l'implantation et le maintien d'un programme de dépistage (voir l'annexe 2 pour la liste des critères). Ces critères ont été appliqués au dépistage de la dépression auprès de la population générale¹¹ en première ligne en s'appuyant sur une revue systématique produite par Gilbody et collab. (2006), ultérieurement mise à jour par Allaby (2010) en tenant compte des preuves pertinentes publiées jusqu'à juin 2009. Le rapport fait le point sur chacun des critères. Ces critères sont également abordés dans le contexte de la dépression périnatale dans une revue systématique de Hill (2010).

Recommandations du Royaume-Uni (population générale)¹²

« Le dépistage routinier de la dépression auprès de la population générale ou de sous-groupes de la population n'est pas recommandé. »

(Dernière mise à jour : 2010; prochaine révision : 2013-2014.)¹³

Recommandations du Royaume-Uni (femmes pendant la période post-partum)

« Le dépistage de la dépression post-partum ne devrait pas être offert. Les preuves n'appuient pas l'utilisation des outils ou des moyens d'implantation actuels de dépistage¹⁴. »

(Dernière mise à jour : 2011; prochaine révision : 2014-2015.)

⁸ MacMillan et collab. (2005b); MacMillan et collab. (2005a).

⁹ Allaby (2010), US Preventive Services Task Force (2009).

¹⁰ UK National Screening Committee (2012a).

¹¹ Les personnes incluses dans les études retenues pour le rapport du NSC sont majoritairement des adultes. Cependant, dans au moins un cas, les patients sont inclus à partir de l'âge de 16 ans, et dans d'autres cas, il est question de la participation de familles entières. C'est pourquoi le terme « population générale » est utilisé.

¹² Cette recommandation n'apparaît pas dans le rapport du NSC (Allaby [2010]), mais sur le site web de l'organisation : www.screening.nhs.uk/depression.

¹³ Au moment de la publication de cette synthèse en février 2014, la révision 2013-2014 n'avait pas eu lieu

¹⁴ www.screening.nhs.uk/policydb.php?policy_id=22.

Évaluation et recommandations du USPSTF

Le *United States Preventive Services Task Force* (USPSTF) a pour mandat d'émettre des recommandations sur divers soins de santé préventifs pour les cliniciens de première ligne. Leurs recommandations sur le dépistage routinier de la dépression visent une population adulte asymptomatique, excluant les femmes enceintes et incluant les personnes âgées¹⁵.

Ses recommandations¹⁶ sont basées sur deux revues systématiques : celles de Pignone et collab. (2002) et de O'Connor et collab. (2009a). Elles incluent des études qui ont évalué le dépistage comme mesure implantée isolément, mais aussi comme mesure combinée à d'autres interventions.

Le USPSTF assigne des lettres à chacune de ses recommandations. Ces lettres représentent la qualité de la preuve sur les effets bénéfiques et nuisibles d'une intervention.

Catégorie	Explication
A	L'intervention est recommandée. Il y a une certitude élevée que le bénéfice net est substantiel.
B	L'intervention est recommandée. Il y a une certitude élevée que le bénéfice net lié à l'intervention est modéré ou il y a une certitude modérée que le bénéfice net est modéré à substantiel.
C	L'intervention n'est pas recommandée de façon systématique. Les cliniciens peuvent l'offrir à certains patients selon leur contexte particulier. Cependant, pour la plupart des individus sans symptômes, il y a une certitude modérée que le bénéfice net lié à cette intervention est faible.
D	L'intervention n'est pas recommandée. Il y a une certitude modérée ou élevée que l'intervention n'a pas de bénéfice net ou que les dommages sont supérieurs aux bénéfices.
I	Les preuves disponibles sont insuffisantes pour statuer sur les bénéfices et les dommages liés à l'intervention.

Recommandations américaines (population générale)

« Le dépistage de la dépression chez les adultes est recommandé lorsque les milieux cliniques disposent de personnel qui soutient le clinicien de première ligne, cela permettant de poser un diagnostic précis, de fournir un traitement efficace et de faire un suivi (recommandation de catégorie B). »

« Le dépistage de la dépression chez les adultes n'est pas recommandé lorsque les milieux cliniques ne disposent pas de ce soutien. Il peut y avoir des considérations qui motivent le dépistage de patients individuels (recommandation de catégorie C). »

(Dernière mise à jour : 2009; prochaine révision : indéterminé.)

Recommandations américaines (femmes pendant la période périnatale)

Aucune recommandation.

¹⁵ US Preventive Services Task Force (2009); Pignone et collab. (2002).

¹⁶ US Preventive Services Task Force (2009).

Évaluation et recommandations du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs

Le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs (le Groupe) a pour mandat « d'élaborer et de diffuser des guides de pratique clinique fondés sur des données probantes en matière de soins primaires et de soins préventifs en s'appuyant sur des analyses systématiques des données scientifiques »¹⁷.

Les recommandations du Groupe sur le dépistage de la dépression de routine, effectué en contexte de soins primaires, s'appliquent à des adultes asymptomatiques (identifiés également comme étant « à risque modéré de dépression »). Elles ne s'appliquent pas aux personnes reconnues comme étant déprimées, aux personnes ayant souffert de dépression ou aux personnes recevant un traitement contre la dépression.

Les recommandations diffusées par le Groupe¹⁸ sont tirées d'une revue systématique de la littérature¹⁹.

Le Groupe distingue deux niveaux de recommandations, d'après GRADE (*Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation*)²⁰ : Une recommandation **forte** en faveur d'une intervention indique que le Groupe est confiant que les effets souhaités d'une intervention sont plus importants que ses effets négatifs (et vice-versa dans le cas d'une recommandation à l'encontre d'une intervention). Ce niveau sous-entend qu'il sera bénéfique pour la majorité des gens que cette recommandation soit suivie.

Une recommandation **faible** en faveur d'une intervention indique que les effets bénéfiques sont probablement plus importants que ses effets négatifs (et vice-versa dans le cas d'une recommandation à l'encontre d'une action). Cependant, une incertitude demeure. Ce niveau de recommandation sous-entend qu'il sera bénéfique pour la majorité des gens que cette recommandation soit suivie, mais que plusieurs feraient un choix différent. Cela veut dire qu'il revient au clinicien de déterminer la procédure à suivre en tenant compte des préférences et des valeurs des individus.

En complément, le Groupe se prononce sur la qualité des preuves qui appuient leurs recommandations (qualité élevée, modérée, faible ou très faible). Si les preuves sont de qualité élevée, il est peu probable que des études ultérieures aient un impact sur l'estimation des effets du dépistage. Si la qualité des preuves est très faible, au contraire, il est plus probable que des études ultérieures influencent l'estimation des effets du dépistage.

¹⁷ Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs (2012).

¹⁸ Canadian Task Force on Preventive Health Care (2013).

¹⁹ Keshavarz et collab. (2012).

²⁰ Schüneman et collab., 2009, cité dans Canadian Task Force on Preventive Health Care (2013).

Recommandations canadiennes (population adulte générale)

« Pour les adultes à risque modéré de dépression, nous recommandons de ne pas procéder à un dépistage de routine de la dépression (recommandation de niveau faible; très faible qualité de la preuve). »

Recommandations canadiennes (femmes pendant la période périnatale)

« Pour les adultes faisant partie de sous-groupes de la population dont le risque de dépression peut être plus élevé, nous recommandons de ne pas procéder à un dépistage de routine de la dépression (recommandation de niveau faible; très faible qualité de la preuve).

Les cliniciens devraient avoir conscience de la possibilité d'une dépression, surtout chez des patients qui présentent des caractéristiques pouvant augmenter les risques de dépression, et devraient être à l'affût de la dépression lorsque des indices cliniques sont présents, tels que l'insomnie, une baisse d'humeur, l'anhédonie (incapacité à prendre plaisir à des activités normalement agréables) et des pensées suicidaires. »

(Dernière mise à jour : 2013. Prochaine révision : indéterminé)

Mises en garde

Le USPSTF recommande le dépistage lorsque le milieu offre un soutien aux cliniciens de première ligne pour le diagnostic et le suivi. Toutefois, les preuves scientifiques disponibles ne permettent pas d'affirmer, dans les cas où le dépistage fait partie d'une démarche plus large, que la composante de dépistage de ces programmes contribue de façon significative et spécifique à leur efficacité²¹.

Par ailleurs, même si la prévalence de la dépression est élevée dans la population, elle demeure relativement trop faible, compte tenu de la performance des outils (leur sensibilité et leur spécificité^{22, 23}) pour permettre aux tests de dépistage de la dépression d'atteindre une valeur prédictive positive acceptable. Celle-ci se situe à environ 50 %, ce qui veut dire qu'une personne sur deux ayant reçu un résultat positif au test de dépistage est réellement atteinte de dépression.

Ces faux positifs peuvent entraîner des préoccupations et des démarches inutiles pour des patients en bonne santé mentale. Cela se traduit également par des coûts pour le système de santé, puisque chaque patient ayant reçu un résultat positif sera évalué afin de départager les personnes souffrant réellement d'une dépression de celles qui n'en souffrent pas.

²¹ US Preventive Services Task Force (2009); O'Connor et collab. (2009b).

²² Allaby (2010).

²³ Allaby (2010) se réfère à des méta-analyses ayant évalué plusieurs outils, dont le PHQ-9 (sensibilité et spécificité de 80 % et 92 % respectivement) ainsi que des tests à deux ou trois questions (sensibilité et spécificité d'environ 75 % pour l'ensemble de ces tests).

Conclusion

En somme, les organismes répertoriés se positionnent contre le dépistage de la dépression chez les adultes en première ligne, à l'exception du USPSTF qui le recommande à condition que la démarche s'inscrive dans un programme plus large. Cette recommandation a cependant été critiquée, notamment parce que les preuves ne permettent pas d'affirmer que la composante de dépistage contribue à l'efficacité de ces programmes.

En ce qui concerne les femmes pendant la période périnatale, seuls le NCS et le Groupe canadien se sont prononcés. Tous deux soutiennent que les preuves existantes n'appuient pas le dépistage en première ligne auprès de cette population.

Bien entendu, ces recommandations n'excluent pas que le clinicien use de son jugement pour déterminer s'il est pertinent de faire usage d'outils de dépistage auprès d'un patient donné. Les recommandations du Groupe canadien sont d'ailleurs assez explicites sur ce point.

Par ailleurs, les écrits font ressortir le besoin de consentir des efforts supplémentaires et concertés pour faciliter l'identification des personnes susceptibles de souffrir de dépression, fournir un traitement adéquat et améliorer l'adhésion au traitement²⁴. De plus, il demeure pertinent d'offrir des services préventifs qui agissent en amont sur les déterminants de la santé mentale²⁵.

24 O'Connor et collab. (2009a); Stewart (2008); Bower et collab. (2006a)

25 Document consulté de http://www.who.int/mental_health/evidence/en/promoting_mhh.pdf; revue Cochrane sur l'efficacité des interventions pour prévenir la dépression post-partum : Herrman et collab. (2004a).

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX	XI
INTRODUCTION.....	1
1 MÉTHODOLOGIE	3
2 LA DÉPRESSION COMME PROBLÈME DE SANTÉ PUBLIQUE.....	5
2.1 Les caractéristiques de la dépression	5
2.2 Quelques chiffres.....	6
2.3 Les conséquences de la dépression	6
3 TERMINOLOGIE ET OUTILS EN LIEN AVEC LE DÉPISTAGE DE LA DÉPRESSION	9
3.1 Les types de dépistage.....	9
3.2 Considérations liées aux outils de dépistage.....	10
4 LA PERTINENCE ET L'EFFICACITÉ DU DÉPISTAGE DE LA DÉPRESSION CHEZ LES ADULTES	13
4.1 Évaluation du Royaume-Uni sur la pertinence et l'efficacité du dépistage de la dépression	13
4.1.1 Mandat et objectifs.....	13
4.1.2 Résumé de la méthodologie	13
4.1.3 Résumé de l'évaluation du NSC.....	13
4.2 Évaluation américaine sur la pertinence et l'efficacité du dépistage de la dépression	14
4.2.1 Mandat et objectifs.....	14
4.2.2 Résumé de la méthodologie	14
4.2.3 Résumé de l'évaluation du USPSTF	15
4.3 Évaluation canadienne sur la pertinence et l'efficacité du dépistage de la dépression	16
4.3.1 Mandat et objectifs.....	16
4.3.2 Résumé de la méthodologie	17
4.3.3 Résumé de l'évaluation du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs	18
5 ANALYSE CRITIQUE DES RECOMMANDATIONS SUR LE DÉPISTAGE DE LA DÉPRESSION AUPRÈS DES ADULTES DE LA POPULATION GÉNÉRALE.....	19
5.1 Critiques à l'endroit des recommandations du USPSTF	19
5.1.1 Manque de précision des recommandations du USPSTF.....	19
5.1.2 Problèmes méthodologiques des études recensées par le USPSTF	20
5.2 Une piste de réponse sur ce qui contribue à l'efficacité des programmes intégrés.....	20
6 LE DÉPISTAGE DE LA DÉPRESSION CHEZ LES FEMMES DURANT LA PÉRIODE PÉRINATALE.....	21
6.1 Les caractéristiques de la dépression périnatale.....	21

6.2	Quelques chiffres	21
6.3	Les conséquences de la dépression périnatale	22
6.4	Le dépistage de la dépression chez les femmes durant la période périnatale – Évaluation du Royaume-Uni sur la pertinence et l’efficacité du dépistage de la dépression post-partum	23
6.4.1	Résumé de la méthodologie.....	23
6.4.2	Résumé de l’évaluation du National Screening Committee	23
6.5	Le dépistage de la dépression chez les femmes durant la période périnatale – Évaluation du Groupe d’étude canadien sur les soins de santé préventifs de la pertinence et de l’efficacité du dépistage de la dépression périnatale	24
6.5.1	Résumé de la méthodologie.....	24
6.5.2	Résumé de l’évaluation du Groupe d’étude canadien sur les soins de santé préventifs	24
CONCLUSION.....		25
RÉFÉRENCES		29
ANNEXE 1	NIVEAUX DE PREUVES	35
ANNEXE 2	CRITÈRES DU <i>NATIONAL SCREENING COMMITTEE</i>.....	39
ANNEXE 3	TERMES PSYCHOMÉTRIQUES LIÉS AU DÉPISTAGE	41

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	Symptômes et critères diagnostiques de la dépression mineure et de la dépression majeure.....	5
Tableau 2	Catégories de recommandation établies par le USPSTF	15
Tableau 3	Échelle du niveau de preuves	37
Tableau 4	Valeurs de précision des outils de dépistage.....	46

INTRODUCTION

Mise en contexte

L'*Avis scientifique sur les interventions efficaces en promotion de la santé mentale et en prévention des troubles mentaux* publié en 2008 par l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) conclut que le dépistage systématique de la dépression auprès des adultes et des femmes durant la période périnatale peut être une intervention efficace lorsqu'il constitue la première étape d'un processus plus complet de prise en charge qui inclut un traitement efficace et un suivi adéquat²⁶.

Parallèlement, le dépistage de la dépression auprès des adultes constitue une mesure inscrite dans les grandes orientations ministérielles. Dans le cadre du *Programme national de santé publique 2003-2012 – Mise à jour 2008*, le dépistage de la dépression chez les adultes, particulièrement chez les femmes enceintes et celles en postnatal, fait partie des pratiques cliniques préventives²⁷ à promouvoir et à soutenir par les cliniciens de première ligne²⁸. De même, la Politique de périnatalité 2008-2018 inclut la détection précoce des troubles mentaux dans les services à mettre en place ou à consolider auprès des femmes enceintes²⁹.

Par ailleurs, plusieurs arguments sont formulés dans la littérature en faveur du dépistage de la dépression en première ligne :

- Il pourrait aider les cliniciens³⁰ à reconnaître les cas qui seraient passés inaperçus lorsque des patients consultent pour des raisons autres que leur santé mentale³¹. En effet, une grande proportion de patients dépressifs consulte leur médecin pour des problèmes physiques et se sent réticente à demander de l'aide pour des difficultés psychologiques³². De plus, il peut être difficile pour des médecins qui ne sont pas formés en santé mentale d'aborder ces difficultés avec leurs patients³³. Le recours à des questionnaires de dépistage pourrait ainsi faciliter les échanges entre les patients et les médecins et favoriser l'identification de patients susceptibles d'être dépressifs;
- Il pourrait également aider à identifier des cas parmi les patients qui décident de consulter leur médecin en raison de leurs symptômes dépressifs. Pour diverses raisons (ex. : déni de la maladie mentale, crainte de la stigmatisation, accessibilité des services de santé

²⁶ Desjardins et collab. (2008).

²⁷ Les pratiques cliniques préventives sont des stratégies permettant d'intégrer la prévention dans les activités quotidiennes des professionnels de la santé qui offrent des soins et des services de première ligne. Elles regroupent un ensemble d'interventions de natures diverses, telles que le *counselling* sur les habitudes de vie, le dépistage ou la détection de cas de certaines maladies ou facteurs de risque, l'immunisation et la prescription d'une médication à visée préventive – Ministère de la Santé et des Services sociaux (2008b).

²⁸ Ministère de la Santé et des Services sociaux (2008b).

²⁹ Ministère de la Santé et des Services sociaux (2008a).

³⁰ Ce sont notamment les médecins qui, dans la foulée des travaux visant l'implantation d'une première ligne en santé mentale au Québec, sont pressentis pour le dépistage de la dépression chez les adultes en première ligne.

³¹ O'Connor et collab. (2009b).

³² Rost (2009), en référence à des travaux effectués aux États-Unis.

³³ Gilbody et collab. (2009).

mentale), la majorité des personnes qui prennent la décision de consulter un professionnel pour un trouble dépressif optent pour un médecin en première ligne³⁴. Toutefois, la dépression serait diagnostiquée chez la moitié seulement des patients dépressifs vus par un médecin³⁵;

- Une autre raison évoquée en faveur du dépistage de la dépression est basée sur le postulat qu'il existe un continuum entre la détresse psychologique et la dépression. Dans cette optique, les individus qui éprouvent de la détresse psychologique sont considérés à risque de développer une dépression. En supposant qu'un diagnostic précoce permette d'offrir un traitement à ces personnes rapidement, le dépistage pourrait prévenir le développement d'une dépression plus sévère^{36, 37}.

Or, il est pertinent de vérifier si les différents effets supposés ou souhaités du dépistage sont démontrés scientifiquement, et dans l'affirmative, à quelles conditions.

Mandat

L'INSPQ a reçu du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) le mandat de rédiger une synthèse des connaissances sur la pertinence et l'efficacité du dépistage de la dépression en première ligne chez les adultes de la population générale et chez les femmes durant la période périnatale.

La synthèse fait le point sur les recommandations issues de trois organisations, l'une au Canada, l'autre aux États-Unis et la troisième au Royaume-Uni, chacune possédant une expertise en dépistage. Ces organisations posent un regard global sur le dépistage en première ligne. Elles visent donc à tenir compte de l'ensemble des considérations liées à cette démarche au sein d'un système de santé (ex. : considérations cliniques, organisationnelles, économiques, etc.). Elles se penchent sur plusieurs objets, dont la pertinence et l'efficacité du dépistage pour identifier ou reconnaître de nouveaux cas, augmenter les taux de traitement et réduire les symptômes des patients atteints ou la durée de leur dépression.

Cette synthèse ne prétend pas analyser en profondeur chacun des enjeux et des défis propres au dépistage de la dépression en première ligne³⁸. Il ne s'agit pas non plus d'un guide de pratiques cliniques. À cet effet, un protocole de soin à l'intention des intervenants de première ligne a été publié au Québec en 2012³⁹. Des outils cliniques sont également disponibles sur le site web du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs⁴⁰.

³⁴ Halfin (2007).

³⁵ Cepoiu et collab. (2007); Mitchell et collab. (2009).

³⁶ Coyne et collab. (2000); Munoz et collab. (2000); Holland et collab. (2006).

³⁷ Il est cependant à noter qu'un diagnostic précoce ne garantit pas un meilleur pronostic de la condition. En effet, ce n'est pas parce qu'on réussit à identifier précocement une condition qu'il est possible de changer l'évolution naturelle de celle-ci Holland et collab. (2006).

³⁸ Nous suggérons aux lecteurs qui souhaitent en savoir plus un ouvrage récent qui présente une analyse de ces enjeux et défis d'un point de vue clinique, par Mitchell et Coyne (2010).

³⁹ Fournier et collab. (2012).

⁴⁰ <http://canadiantaskforce.ca/guidelines/depression/>.

1 MÉTHODOLOGIE

Les principales sources ayant servi à l'évaluation de la pertinence et de l'efficacité du dépistage de la dépression en première ligne sont les recommandations émises par trois principales organisations reconnues en matière de dépistage, ainsi que les documents sur lesquels s'appuient ces recommandations :

- Le *National Screening Committee* du Royaume-Uni (trois sources)⁴¹;
- Le *US Preventive Services Task Force* (trois sources)⁴²;
- Le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs (deux sources)⁴³.

Ces trois organisations se prononcent sur la pertinence et l'efficacité du dépistage de la dépression auprès des adultes de la population générale. Le *National Screening Committee* du Royaume-Uni et le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs se prononcent également sur le dépistage de la dépression auprès des femmes pendant la période périnatale.

Une recherche documentaire a également été effectuée de juillet à octobre 2011 afin de documenter : 1) la dépression comme problème de santé publique; 2) la terminologie, les types d'outils, les méthodologies de recherche et les enjeux en lien avec le dépistage et 3) des mises en garde sur le dépistage de la dépression de la part d'experts ainsi que des critiques des recommandations émises par le USPSTF. Les bases de données suivantes ont été consultées : *MEDLINE*, *PsycINFO*, *EMBASE*, *Psychology & Behavioral Sciences Collection*, *EBM Reviews* et *Global Health*. Nous avons également eu recours à la littérature grise (*Google Scholar* et sites internet d'information sur le dépistage de la dépression). Des combinaisons des mots clés suivants ont été utilisées :

- *screening, detection, case finding*;
- *depression, depressive disorder*;
- *physician, clinician, healthcare professional, practitioner, primary care*;
- *adult, pregnancy, pregnant, antenatal, prenatal, prepartum, postnatal, postpartum, puerperal, perinatal*.

Plusieurs sources ont également été identifiées à partir des références citées dans les ouvrages recueillis (méthode « boule de neige »). Les sources publiées après l'an 2000 et représentant les plus hauts niveaux de preuves (de type revue systématique ou méta-analyse) ou encore des opinions d'experts ont été privilégiées (voir annexe 1 pour la description des différents niveaux de preuves). Au total, une quarantaine de sources ont été retenues.

⁴¹ Allaby (2010); Gilbody et collab. (2006); Hill (2010).

⁴² US Preventive Services Task Force (2009); Pignone et collab. (2002); O'Connor et collab. (2009a).

⁴³ Canadian Task Force on Preventive Health Care (2013); Keshavarz et collab. (2012).

En raison de délais de publication, une recherche complémentaire a également été effectuée à l'automne 2012 pour vérifier si de nouveaux écrits étaient disponibles sur la population périnatale, en se servant des mêmes termes que ceux cités précédemment. De plus, une vérification a été effectuée par une des auteures au printemps 2013 au cas où l'une ou l'autre des trois organisations avaient publié une mise à jour de ses recommandations. C'était le cas pour le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs (mise à jour publiée le 13 mai 2013).

2 LA DÉPRESSION COMME PROBLÈME DE SANTÉ PUBLIQUE

2.1 LES CARACTÉRISTIQUES DE LA DÉPRESSION

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 quotidiennes⁴⁴.

La sévérité des symptômes de la dépression est variable. La dépression mineure comporte moins de symptômes que la dépression majeure, mais dans les deux cas, les symptômes causent une détresse significative à la personne. Le tableau 1 présente plus en détail les symptômes et les critères diagnostiques de la dépression mineure et de la dépression majeure.

Tableau 1 **Symptômes et critères diagnostiques de la dépression mineure et de la dépression majeure**⁴⁵

Symptômes	Critères diagnostiques
Humeur triste ou irritable	Épisode de dépression mineure <ul style="list-style-type: none"> • 2 à 4 symptômes pendant au moins 2 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.
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	Épisode de dépression majeure <ul style="list-style-type: none"> • 5 symptômes ou plus pendant au moins 2 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.
Sentiment de dévalorisation ou culpabilité excessive	
Difficultés de concentration ou indécision	
Pensées de mort, idées suicidaires	

⁴⁴ American Psychiatric Association (2000).

⁴⁵ American Psychiatric Association (2000); O'Connor et collab. (2009b).

2.2 QUELQUES CHIFFRES

D'après l'Organisation mondiale de la santé (OMS), d'ici 2020, la dépression deviendra à l'échelle mondiale la deuxième cause d'invalidité après les maladies cardiovasculaires. D'ici 2030, il est estimé qu'elle sera le principal facteur contribuant au fardeau de la maladie dans les pays à revenu élevé⁴⁶.

La dépression constitue donc l'un des troubles mentaux les plus fréquents au Québec et ailleurs dans le monde. D'après des données canadiennes publiées en 2008, environ une personne sur 10 est affectée par un épisode dépressif majeur à un moment donné de sa vie (prévalence à vie = 10 %); une personne sur 20 au cours d'une année (prévalence annuelle = 5 %); une personne sur 50 à un moment précis (prévalence ponctuelle = 2 %)⁴⁷.

Au Québec, en 2000-2001, 6 à 8 % de la population de 12 ans et plus ont rapporté avoir vécu un épisode de dépression majeure au cours de la dernière année. La dépression affecte davantage les adultes âgés de 20 à 44 ans et les femmes sont plus à risque que les hommes d'en être touchées⁴⁸. Des données plus récentes sont disponibles pour le Québec, mais elles combinent la dépression à d'autres troubles de l'humeur (ex. : anxiété, trouble bipolaire). En 2011, environ 5 % de la population âgée de 12 ans et plus déclarait avoir reçu un diagnostic de trouble de l'humeur⁴⁹.

Cependant, malgré le fait que la dépression soit un trouble mental fréquent, des données suggèrent qu'elle n'est pas suffisamment identifiée et traitée. Au Canada, seulement la moitié des personnes qui souffrent de dépression reçoivent une aide professionnelle⁵⁰.

2.3 LES CONSÉQUENCES DE LA DÉPRESSION

La dépression a un impact négatif direct sur le bien-être psychologique et social de l'individu. Elle peut notamment mener à des relations interpersonnelles déficientes⁵¹. De plus, elle peut avoir des effets négatifs indirects sur son état de santé général. Par exemple, les personnes qui sont touchées par la dépression courent un plus grand risque de décéder prématurément de maladies cardiovasculaires et sont plus susceptibles de souffrir d'un infarctus du myocarde que les personnes non dépressives⁵².

La dépression représente également un fardeau énorme pour la société, en termes de perte de productivité au travail et de coûts de soins de santé⁵³. Ces coûts sont décuplés si l'on tient compte du fait que les personnes qui présentent un épisode dépressif présentent un

⁴⁶ Organisation mondiale de la santé (2012).

⁴⁷ Patten et Juby (2008).

⁴⁸ Institut national de santé publique du Québec et ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec en collaboration avec l'Institut de la statistique du Québec (2006).

⁴⁹ <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2011/11-228-01F.pdf>.

⁵⁰ Patten et Juby (2008).

⁵¹ O'Connor et collab. (2009b).

⁵² Halfin (2007).

⁵³ Stewart (2008); Halfin (2007).

risque élevé d'en connaître un autre au cours de leur vie. En effet, chaque nouvel épisode augmente la probabilité de récurrence : un épisode dépressif est associé à un risque de 60 % d'en avoir un autre; deux épisodes sont associés à un risque de 70 % d'en avoir un troisième, tandis que trois épisodes sont associés à un risque de 90 % d'en avoir un quatrième⁵⁴.

⁵⁴ American Psychiatric Association (2000).

3 TERMINOLOGIE ET OUTILS EN LIEN AVEC LE DÉPISTAGE DE LA DÉPRESSION

3.1 LES TYPES DE DÉPISTAGE

Le dépistage est généralement compris comme une démarche par laquelle on cherche à déceler la présence d'une condition avant que les signes ou les symptômes apparaissent, dans le but d'en réduire l'impact sur la population. Cette mesure est donc offerte à des individus qui ne présentent pas nécessairement de symptômes ou de facteurs de risque⁵⁵.

Le dépistage d'une condition peut prendre plusieurs formes et l'envergure des efforts consentis varie considérablement. Le dépistage peut être appliqué à l'ensemble de la population; on parle alors de **dépistage de masse (ou populationnel)**⁵⁶. Ce type de dépistage se pratique le plus souvent par le biais d'un programme de dépistage, caractérisé par un cadre normatif qui décrit les objectifs poursuivis, les activités à réaliser et les normes à respecter. Des ressources sont généralement fournies pour assurer le respect du cadre normatif⁵⁷.

Le dépistage peut aussi se faire de manière **opportuniste**. Celui-ci ne repose pas sur un cadre normatif. Des guides de pratique ou des activités de rappel peuvent soutenir le clinicien, mais il n'y a pas de normes régissant tous les aspects du dépistage. L'offre de dépistage repose sur le clinicien⁵⁸. Il peut être offert, par exemple, lors des examens annuels de routine du patient.

Dans cette synthèse, il est question d'une large gamme d'activités de dépistage de la dépression auprès des adultes consultant des services de première ligne. Elles sont désignées de manières différentes selon les sources consultées: dépistage (sans qualificatif), dépistage systématique ou routinier de la dépression en contexte de soins primaires⁵⁹ et programmes de dépistage⁶⁰.

Certaines de ces activités sont accompagnées d'autres mesures pour encadrer le suivi des patients qui reçoivent un résultat positif. Dans ces cas, on parle de **programmes intégrés de dépistage**⁶¹. De façon générale, il s'agit d'un système de prise en charge pour la dépression ou un accès à des soins de santé mentale. Toutefois, il existe différents niveaux de services, et une hétérogénéité de programmes a été décrite dans les études. Ces programmes peuvent inclure la formation aux médecins, la gestion de cas par le personnel

⁵⁵ Nease et collab. (2006).

⁵⁶ Wilson et Jungner (1970).

⁵⁷ Ministère de la Santé et des Services sociaux (2008b).

⁵⁸ Ministère de la Santé et des Services sociaux (2008b).

⁵⁹ MacMillan et collab. (2005b); MacMillan et collab. (2005a).

⁶⁰ Allaby (2010), US Preventive Services Task Force (2009).

⁶¹ Dans la littérature, différentes terminologies sont utilisées pour désigner ces programmes: soins en collaboration (*collaborative care*), soins améliorés (*enhanced care*), interventions éducatives et organisationnelles (*educational and organizational interventions*), programmes d'amélioration de la qualité (*quality improvement programs*), soins pour la dépression soutenus par du personnel (*staff-assisted depression care*).

infirmier ou une plus grande harmonie entre les soins médicaux généraux et spécialisés⁶². Parmi les services répertoriés, un des plus simples se limite à la rétroaction des résultats de dépistage au clinicien et un protocole pour diriger les individus vers des services de santé mentale. Un des services les plus complexes comprend la formation pour le personnel et les cliniciens, une rencontre initiale par le personnel infirmier pour évaluer le patient et lui donner de l'information, un suivi et du soutien pour l'adhérence à la médication et une thérapie cognitivo-comportementale⁶³.

En l'absence d'un ou de plusieurs de ces éléments, on parle de **dépistage isolé**. Ce type de dépistage s'effectue par le biais d'un questionnaire dont les résultats sont rapportés au médecin⁶⁴.

Le dépistage diffère de la recherche de cas (ou détection de cas), qui consiste à identifier les individus qui présentent des symptômes ou des facteurs de risque apparents. Le professionnel doit donc avoir une connaissance des symptômes ou des facteurs de risque associés à la condition.

Le dépistage diffère également de l'évaluation diagnostique. Ce terme fait référence à une démarche plus poussée dans laquelle plusieurs éléments sont pris en compte (ex. : la sévérité des symptômes, le mode de fonctionnement global, la comorbidité médicale et psychiatrique, les antécédents personnels et familiaux, les traitements antérieurs, le risque suicidaire, etc.) pour établir un diagnostic et, s'il y a lieu, entreprendre un traitement approprié⁶⁵. Cette démarche doit normalement faire suite à un résultat positif à un outil de dépistage.

3.2 CONSIDÉRATIONS LIÉES AUX OUTILS DE DÉPISTAGE

En général, le dépistage est fait au moyen de questionnaires standardisés, offerts de façon périodique aux patients dans la salle d'attente ou dans le cabinet du médecin. Ils peuvent être auto-administrés ou administrés par un professionnel (ex. : infirmière, médecin). Il existe de nombreux outils de dépistage de la dépression. Ils ne sont pas présentés ici, car cela dépasserait largement le cadre du mandat. Pour une description de plusieurs outils utilisés en contexte clinique, voir Mitchell et Coyne (2010).

Par ailleurs, les outils existants sont de qualité variable. Plusieurs éléments doivent être pris en compte afin de déterminer la qualité d'un outil de dépistage de la dépression. L'annexe 3 fournit des définitions se rapportant aux notions de psychométrie pertinentes à ces outils.

De façon générale, toutefois, l'utilité de ces outils dans un contexte de dépistage de la dépression auprès de la population générale en première ligne est discutable. En effet, la prévalence de la dépression chez la clientèle visée est d'environ 10 % (selon les sources nommées plus haut). Bien que ce taux représente un fardeau important sur le plan de la

⁶² US Preventive Services Task Force (2009); Stewart (2008).

⁶³ US Preventive Services Task Force (2009).

⁶⁴ Pignone et collab. (2002), O'Connor et collab. (2009b).

⁶⁵ Nease et collab. (2006).

santé publique, il demeure relativement trop faible, compte tenu de la performance des outils (leur sensibilité et leur spécificité^{66,67}) pour permettre aux tests de dépistage de la dépression d'atteindre une valeur prédictive positive acceptable. Celle-ci se situe à environ 50 %, ce qui veut dire qu'une personne sur deux ayant reçu un résultat positif au test de dépistage est réellement atteinte de dépression.

Ces faux positifs peuvent entraîner des préoccupations et des démarches inutiles pour des patients en bonne santé mentale. Cela se traduit également par des coûts pour le système de santé qui doit évaluer chaque personne ayant reçu un résultat positif afin de départager celles souffrant réellement d'une dépression de celles qui n'en souffrent pas.

⁶⁶ Allaby (2010).

⁶⁷ Allaby (2010) se réfère à des méta-analyses ayant évalué plusieurs outils, dont le PHQ-9 (sensibilité et spécificité de 80 % et 92 % respectivement) ainsi que des tests à deux ou trois questions (sensibilité et spécificité d'environ 75 % pour l'ensemble de ces tests).

4 LA PERTINENCE ET L'EFFICACITÉ DU DÉPISTAGE DE LA DÉPRESSION CHEZ LES ADULTES

Les recommandations émises par trois principales organisations reconnues en matière de dépistage de la dépression en première ligne chez les adultes sont répertoriées ici. Ces organisations sont le *National Screening Committee* du Royaume-Uni, le *US Preventive Services Task Force* et le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs.

4.1 ÉVALUATION DU ROYAUME-UNI SUR LA PERTINENCE ET L'EFFICACITÉ DU DÉPISTAGE DE LA DÉPRESSION

4.1.1 Mandat et objectifs

Le *National Screening Committee* (NSC) est une organisation financée par les ministères de la Santé des pays du Royaume-Uni qui a pour mandat d'évaluer la pertinence, l'efficacité et l'implantation du dépistage en se basant sur des preuves scientifiques et de fournir des recommandations nationales en matière de dépistage. Son rapport se prononce sur le dépistage de la dépression auprès de la population générale⁶⁸.

4.1.2 Résumé de la méthodologie

Le NSC a développé un modèle d'analyse qui comporte une série de critères internationalement reconnus pour évaluer la pertinence, l'efficacité, l'implantation et le maintien d'un programme de dépistage (voir l'annexe 2 pour la liste des critères).

Les critères ont été appliqués au dépistage de la dépression auprès de la population générale⁶⁹ en première ligne en s'appuyant sur une revue systématique produite par Gilbody et collab. (2006), ultérieurement mise à jour par Allaby (2010) en tenant compte des preuves pertinentes publiées jusqu'à juin 2009. Le rapport fait le point sur chacun des critères.

4.1.3 Résumé de l'évaluation du NSC

L'auteur du rapport ne statue pas, pour chaque critère énuméré dans l'annexe 2, s'il est atteint ou non. Par contre, en ce qui concerne deux de ces critères, il ressort clairement que 1) la dépression est jugée comme un problème de santé important et 2) des outils simples et validés sont disponibles pour la dépister.

Dans le cas de certains autres critères, les données scientifiques sont contradictoires ou comprennent des nuances, notamment en ce qui concerne la compréhension de l'épidémiologie et de l'histoire naturelle de la dépression. Dans d'autres cas, les données sont peu nombreuses (ex. : peu de chercheurs se sont penchés sur le coût d'opportunité du programme). Enfin, il arrive que les données sur un critère soient inexistantes. Par exemple,

⁶⁸ UK National Screening Committee (2012a).

⁶⁹ Les personnes incluses dans les études retenues pour le rapport du NSC sont majoritairement des adultes. Cependant, dans au moins un cas, les patients sont inclus à partir de l'âge de 16 ans, et dans d'autres cas, il est question de la participation de familles entières. C'est pourquoi le terme « population générale » est utilisé.

aucune étude n'a été recensée sur l'acceptabilité du programme de dépistage du point de vue des professionnels de la santé.

La conclusion globale indique que le dépistage de la dépression en première ligne ne répond pas aux critères établis par le NSC. Le dépistage, comme mesure isolée, peut améliorer l'identification de cas, mais elle ne constitue pas une mesure pertinente ou efficace pour améliorer la prise en charge des patients dépressifs et les issues de la dépression auprès de la population générale.

L'auteur stipule que cela est probablement attribuable à des systèmes inadéquats de gestion de la dépression en première ligne (en d'autres mots, à l'absence d'un programme intégré). Toutefois, il est précisé que même si de tels systèmes étaient mis en place, l'utilisation d'outils de dépistage donnerait lieu à un taux élevé de faux positifs (compte tenu des considérations relevées à la section 3.2). L'auteur ajoute que les coûts entraînés pour départager les vrais des faux positifs dépasseraient probablement les bénéfices économiques liés à la mesure.

Recommandations du Royaume-Uni⁷⁰

« Le dépistage routinier de la dépression auprès de la population générale ou de sous-groupes de la population n'est pas recommandé. »

(Dernière mise à jour : 2010; prochaine révision : 2013-2014.)

4.2 ÉVALUATION AMÉRICAINE SUR LA PERTINENCE ET L'EFFICACITÉ DU DÉPISTAGE DE LA DÉPRESSION

4.2.1 Mandat et objectifs

Le *US Preventive Services Task Force* (USPSTF) est une organisation américaine qui a pour mandat d'émettre des recommandations sur divers soins de santé préventifs pour les cliniciens de première ligne. Leurs recommandations sur le dépistage de la dépression visent une population adulte asymptomatique, excluant les femmes enceintes et incluant les personnes âgées⁷¹.

4.2.2 Résumé de la méthodologie

Les recommandations du USPSTF⁷² sont basées sur deux revues systématiques soit celle de Pignone et collab. (2002) et celle d'O'Connor et collab. (2009a). L'objectif de la première revue est d'évaluer si le dépistage de la dépression auprès des adultes en première ligne améliore l'identification de la dépression, le taux de traitement et l'état dépressif des patients. La seconde revue systématique est une mise à jour de la première, mais avec des critères

⁷⁰ Cette recommandation n'apparaît pas dans le rapport du NSC (Allaby [2010]), mais sur le site web de l'organisation : <http://www.screening.nhs.uk/depression>.

⁷¹ US Preventive Services Task Force (2009); Pignone et collab. (2002).

⁷² US Preventive Services Task Force (2009).

d'inclusion plus larges (ex. : recherche d'études portant sur tout effet négatif associé au dépistage de la dépression en première ligne)⁷³.

Les études recensées dans les deux revues systématiques portent sur l'efficacité du dépistage de la dépression en première ligne auprès des adultes, dont les personnes âgées. Il s'agit d'un dépistage offert aux patients de façon routinière. Des études qui ont évalué le dépistage comme mesure implantée isolément, mais aussi comme mesure combinée à d'autres interventions, sont incluses dans ces revues. Les conclusions des revues sont donc présentées en fonction de ces deux modalités de dépistage.

Le USPSTF assigne des lettres à chacune de ses recommandations. Présentées au tableau 2, ces lettres représentent la qualité de la preuve sur les effets bénéfiques et nuisibles d'une intervention.

Tableau 2 **Catégories de recommandation établies par le USPSTF**

Catégorie	Explication
A	L'intervention est recommandée. Il y a une certitude élevée que le bénéfice net est substantiel.
B	L'intervention est recommandée. Il y a une certitude élevée que le bénéfice net lié à l'intervention est modéré ou il y a une certitude modérée que le bénéfice net est modéré à substantiel.
C	L'intervention n'est pas recommandée de façon systématique. Les cliniciens peuvent l'offrir à certains patients selon leur contexte particulier. Cependant, pour la plupart des individus sans symptômes, il y a une certitude modérée que le bénéfice net lié à cette intervention est faible.
D	L'intervention n'est pas recommandée. Il y a une certitude modérée ou élevée que l'intervention n'a pas de bénéfice net ou que les dommages sont supérieurs aux bénéfices.
I	Les preuves disponibles sont insuffisantes pour statuer sur les bénéfices et les dommages liés à l'intervention.

4.2.3 Résumé de l'évaluation du USPSTF

Le dépistage de la dépression implanté isolément permet aux cliniciens de mieux reconnaître les patients qui présentent une dépression. Cependant, cette mesure à elle seule ne permet pas d'augmenter le taux de traitement ou de réduire les symptômes dépressifs des patients.

Lorsqu'il est combiné à un programme intégré, le dépistage permet d'accroître le taux de traitement et de réduire les symptômes dépressifs. Spécifiquement, les données démontrent un effet sur ces variables lorsque le médecin traitant est soutenu de façon coordonnée par d'autres professionnels pour l'évaluation, les soins et le suivi des patients, ou lorsque des efforts sont déployés pour inscrire les patients à un traitement spécialisé⁷⁴.

⁷³ L'USPSTF aborde notamment, dans son rapport, les effets nuisibles de certains traitements entrepris à la suite d'un dépistage. Ceux-ci ne sont pas abordés dans cette synthèse.

⁷⁴ O'Connor et collab. (2009b).

Ces résultats s'appliquent aux adultes de la population générale. Les études incluses sur les personnes âgées de plus de 65 ans présentaient des lacunes (une seule étude incluait un traitement qui allait au-delà des soins habituels et les trois autres études avaient un taux élevé d'attrition)⁷⁵.

O'Connor et collab. (2009a) relèvent qu'il peut sembler curieux que le dépistage isolé ne permette pas d'améliorer l'issue pour les patients (ex. : un taux de traitement plus élevé ou une amélioration de la condition) malgré le fait qu'il permette de mieux identifier les personnes dépressives. Ils suggèrent que cela est dû principalement au fait que les patients vus uniquement par un clinicien en première ligne tendent à recevoir un traitement insuffisant (interruption de traitement ou absence de suivi, d'ajustements au traitement et de soutien psychosocial). Ce sont d'ailleurs ces lacunes que les programmes intégrés visent à combler.

Enfin, les effets négatifs possibles du dépistage de la dépression n'ont pas été étudiés à ce jour.

Recommandations américaines

« Le dépistage de la dépression chez les adultes est recommandé lorsque les milieux cliniques disposent de personnel qui soutient le clinicien de première ligne, cela permettant de poser un diagnostic précis, de fournir un traitement efficace et de faire un suivi (recommandation de catégorie B). »

« Le dépistage de la dépression chez les adultes n'est pas recommandé lorsque les milieux cliniques ne disposent pas de ce soutien. Il peut y avoir des considérations qui motivent le dépistage de patients individuels (recommandation de catégorie C). »

(Dernière mise à jour : 2009; prochaine révision : indéterminé.)

4.3 ÉVALUATION CANADIENNE SUR LA PERTINENCE ET L'EFFICACITÉ DU DÉPISTAGE DE LA DÉPRESSION

4.3.1 Mandat et objectifs

Le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs (le Groupe) a pour mandat « d'élaborer et de diffuser des guides de pratique clinique fondés sur des données probantes en matière de soins primaires et de soins préventifs en s'appuyant sur des analyses systématiques des données scientifiques »⁷⁶.

Les recommandations du Groupe sur le dépistage de la dépression de routine, effectué en contexte de soins primaires, s'appliquent à des adultes asymptomatiques (identifiés également comme étant « à risque modéré de dépression »). Elles ne s'appliquent pas aux personnes reconnues comme étant déprimées, aux personnes ayant souffert de dépression ou aux personnes recevant un traitement contre la dépression.

⁷⁵ O'Connor et collab. (2009b).

⁷⁶ Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs (2012).

4.3.2 Résumé de la méthodologie

Les recommandations récemment diffusées par le Groupe⁷⁷ sont tirées d'une revue systématique de la littérature par Keshavarz et collab.⁷⁸. Les anciennes recommandations s'appuyaient sur une revue systématique de MacMillan et collab.⁷⁹

La méthodologie adoptée par le Groupe pour la mise à jour de ses recommandations diffère de celles adoptées par le NSC et le USPSTF. Ces derniers ont appuyé leurs recommandations sur des études qui portaient sur des aspects du dépistage, mais ne comprenaient pas nécessairement de comparaisons directes entre les issues de groupes soumis à un dépistage et celles de groupes non soumis à un dépistage. Le Groupe a choisi d'appuyer ses recommandations uniquement sur des preuves directes de l'efficacité du dépistage. Aucune étude de qualité élevée n'a été recensée.

Le Groupe a également effectué une recherche documentaire sur les effets négatifs du dépistage, mais n'a recensé aucune étude pertinente.

Le Groupe distingue deux niveaux de recommandations, d'après GRADE (*Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation*)⁸⁰ : fortes et faibles. Une recommandation forte en faveur d'une intervention indique que le Groupe est confiant que les effets souhaités d'une intervention sont plus importants que ses effets négatifs, et vice-versa dans le cas d'une recommandation à l'encontre d'une intervention. Ce niveau sous-entend qu'il sera bénéfique pour la majorité des gens que cette recommandation soit suivie.

Une recommandation faible en faveur d'une intervention indique que les effets bénéfiques sont probablement plus importants que ses effets négatifs, et vice-versa dans le cas d'une recommandation à l'encontre d'une action. Cependant, une incertitude demeure. Ce niveau de recommandation sous-entend qu'il sera bénéfique pour la majorité des gens que cette recommandation soit suivie, mais que plusieurs feraient un choix différent. Cela veut dire qu'il revient au clinicien de déterminer la procédure à suivre en tenant compte des préférences et des valeurs des individus.

En complément, le Groupe se prononce sur la qualité des preuves qui appuient leurs recommandations (qualité élevée, modérée, faible ou très faible). Si les preuves sont de qualité élevée, il est peu probable que des études ultérieures aient un impact sur l'estimation des effets du dépistage. Si la qualité des preuves est très faible, au contraire, il est plus probable que des études ultérieures influencent l'estimation des effets du dépistage.

⁷⁷ Canadian Task Force on Preventive Health Care (2013).

⁷⁸ Keshavarz et collab. (2012).

⁷⁹ MacMillan et collab. (2004); MacMillan et collab. (2005b).

⁸⁰ Schüneman et collab., 2009, cité dans Canadian Task Force on Preventive Health Care (2013).

4.3.3 Résumé de l'évaluation du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs

Aucune preuve directe de qualité concernant l'efficacité du dépistage n'ayant été recensée, et par souci des effets négatifs potentiels du dépistage de la dépression, le Groupe conclut que le dépistage en première ligne n'est pas recommandé.

Les effets négatifs potentiels incluent : la possibilité de stigmatisation, des évaluations psychologiques et des traitements psychologiques ou pharmaceutiques inutiles.

Recommandations canadiennes

« Pour les adultes à risque modéré de dépression, nous recommandons de ne pas procéder à un dépistage de routine de la dépression (recommandation de niveau faible; très faible qualité de la preuve). »

(Dernière mise à jour : 2013. Prochaine révision : indéterminé)

5 ANALYSE CRITIQUE DES RECOMMANDATIONS SUR LE DÉPISTAGE DE LA DÉPRESSION AUPRÈS DES ADULTES DE LA POPULATION GÉNÉRALE

Deux des trois organisations répertoriées (le NSC et le USPSTF) concluent que le dépistage de la dépression implanté isolément n'est ni pertinent ni efficace pour la population adulte générale. Le Groupe d'étude canadien se prononce contre tout dépistage de routine de la dépression auprès des adultes en première ligne.

En ce qui concerne le dépistage combiné à un programme intégré d'évaluation et de traitement de la dépression, le USPSTF le recommande. Le NSC ne formule aucune recommandation formelle au sujet de ces programmes, mais émet des réserves au sujet des activités de dépistage au sein de tels programmes en raison de la faible prévalence de la dépression au sein de la population générale et, par conséquent, des coûts attribuables aux faux positifs. Le Groupe d'étude canadien, pour sa part, ne formule aucune recommandation officielle sur les programmes intégrés, mais rappelle que la plupart des organisations qui émettent des recommandations ou des lignes directrices en faveur du dépistage insistent sur l'importance de mettre en place des systèmes de suivi et de traitement⁸¹.

5.1 CRITIQUES À L'ENDROIT DES RECOMMANDATIONS DU USPSTF

D'autres experts dans le domaine du dépistage de la dépression apportent par ailleurs une réflexion critique quant à la valeur ajoutée du dépistage lorsqu'il est combiné à un programme intégré pour améliorer l'état dépressif des patients⁸². Ces experts remettent en question la nature des preuves scientifiques qui soutiennent les recommandations du USPSTF.

5.1.1 Manque de précision des recommandations du USPSTF

Les recommandations du USPSTF ne précisent pas l'outil ou l'intervalle de temps appropriés pour le dépistage. De plus, étant donné la variété des programmes intégrés analysés dans les études recensées par le USPSTF, cette organisation n'est pas en mesure de recommander un programme précis de dépistage et de traitement de la dépression dans un contexte de soins primaires.

Ce manque de précision laisse ainsi la place à une grande variabilité dans la pratique clinique, ce qui peut engendrer des conséquences sur l'efficacité, les bénéfices et les coûts associés à une mesure de dépistage⁸³.

⁸¹ Keshavarz et collab. (2012).

⁸² Gilbody et Beck (2010); Thombs et collab. (2012).

⁸³ McAlpine et Wilson (2004).

5.1.2 Problèmes méthodologiques des études recensées par le USPSTF

Des experts estiment que les études qui évaluent l'efficacité du dépistage combiné à un programme intégré comportent des failles méthodologiques considérables.

Il a notamment été relevé que le USPSTF s'est basé sur un petit nombre d'études pour tirer ses recommandations en matière de dépistage. De surcroît, ces études portaient sur l'efficacité des programmes intégrés, et non sur l'efficacité de la composante de dépistage de ces programmes, pour améliorer l'état dépressif des patients⁸⁴. Les effets du dépistage ne peuvent donc pas être distingués de ceux des autres composantes des programmes intégrés⁸⁵. Par conséquent, d'après les preuves disponibles, il n'est pas possible de se prononcer sur l'efficacité du dépistage pour réduire les symptômes dépressifs des patients.

Par ailleurs, selon Thombs et collab. (2011), la grande majorité des études ayant évalué l'efficacité du dépistage (dont les études sur lesquelles sont fondées les recommandations du USPSTF) n'excluent pas de leur échantillon les personnes déjà identifiées comme dépressives. Ainsi, l'efficacité du dépistage en ce qui concerne l'identification de nouveaux cas serait exagérée. En effet, si la prévalence de la dépression dans un échantillon donné est plus élevée que dans la population en général, les probabilités d'identifier correctement une personne dépressive seront également plus élevées.

5.2 UNE PISTE DE RÉPONSE SUR CE QUI CONTRIBUE À L'EFFICACITÉ DES PROGRAMMES INTÉGRÉS

Aucune étude à ce jour n'a comparé l'efficacité des programmes intégrés avec dépistage de celle des programmes intégrés sans dépistage. Néanmoins, une piste de réponse a été proposée par Gilbody et Beck (2010). Ils ont effectué une analyse des données d'une étude qui avait pour objectif d'identifier les composantes contribuant à l'efficacité d'un programme intégré pour la dépression en première ligne⁸⁶.

Leurs résultats indiquent que, bien qu'il existe une tendance voulant que les programmes intégrés avec dépistage soient plus efficaces pour réduire les symptômes dépressifs des patients que ceux sans dépistage, la différence n'est pas significative⁸⁷. Par contre, une mesure s'est avérée plus cruciale que le dépistage pour prédire l'efficacité des programmes : la présence de gestionnaires de cas formés en santé mentale⁸⁸. Les bénéfices de cette composante seraient possiblement liés au suivi étroit des symptômes et des effets secondaires du traitement⁸⁹.

⁸⁴ Gilbody et Beck (2010); Palmer et Coyne (2003).

⁸⁵ US Preventive Services Task Force (2009); O'Connor et collab. (2009b).

⁸⁶ Bower et collab. (2006b).

⁸⁷ Gilbody et Beck (2010).

⁸⁸ Gilbody et Beck (2010). Ces gestionnaires de cas représentent des intervenants pivots qui soutiennent le médecin dans la gestion de la dépression et qui font le lien entre les patients et le médecin.

⁸⁹ O'Connor et collab. (2009b).

6 LE DÉPISTAGE DE LA DÉPRESSION CHEZ LES FEMMES DURANT LA PÉRIODE PÉRINATALE

6.1 LES CARACTÉRISTIQUES DE LA DÉPRESSION PÉRINATALE

La dépression périnatale fait référence aux épisodes de dépression mineure ou majeure qui surviennent durant la grossesse (dépression prénatale) et au cours de la première année suivant la naissance de l'enfant (dépression post-partum)⁹⁰.

Les critères diagnostiques de la dépression périnatale sont les mêmes que ceux de la dépression chez les adultes (voir section 2.1, tableau 1). Cependant, le diagnostic peut être difficile à établir, car certains symptômes dépressifs sont similaires à des expériences normales de la grossesse ou de la période postnatale (ex. : perturbations du sommeil, fatigue, variations de l'appétit, difficultés de concentration ou indécision)⁹¹. Le sentiment de culpabilité caractérise particulièrement la dépression périnatale⁹². Les femmes qui en souffrent éprouvent généralement des sentiments intenses de honte, d'échec en tant que mères, une impression d'être dépassées, d'être inaptes à prendre soin du bébé ou d'être incapables de créer un lien avec celui-ci⁹³.

6.2 QUELQUES CHIFFRES

Les estimations de prévalence de la dépression périnatale varient considérablement selon l'outil de dépistage utilisé et le seuil établi pour conclure à un résultat positif⁹⁴. Selon une revue systématique d'études effectuées aux États-Unis, au Royaume-Uni, au Canada et dans d'autres pays développés, la prévalence ponctuelle de la dépression mineure ou majeure, mesurée à différents moments de la grossesse et de la première année post-partum, serait de 8,5 à 11 %, et de 6,5 à 12,9 %, respectivement⁹⁵. Une autre revue, également basée sur des données de pays développés, cite des estimations de prévalence au cours des trois mois suivant la naissance allant jusqu'à près de 20 % des femmes⁹⁶.

Peu de données québécoises sont disponibles. Une étude effectuée à partir des données de l'ELDEQ⁹⁷ indique qu'environ 10 % des mères présentent des symptômes dépressifs à différents moments entre la naissance d'un enfant et son cinquième anniversaire⁹⁸.

Cependant, moins de la moitié des cas de dépression post-partum sont identifiés lors des examens cliniques de routine⁹⁹.

⁹⁰ Gaynes et collab. (2005).

⁹¹ Currie et Rademacher (2004); Misri et Lusskin (2011).

⁹² Currie et Rademacher (2004).

⁹³ Lusskin et Misri (2011); BC Reproductive Mental Health Program : BC Women's Hospital & Health Centre (2006).

⁹⁴ Najman et collab. (2000).

⁹⁵ Gaynes et collab. (2005).

⁹⁶ Gavin et collab. (2005).

⁹⁷ <http://www.jesuisjeserai.stat.gouv.qc.ca/>.

⁹⁸ <http://www.archipel.uqam.ca/3809/1/M11754.pdf>.

⁹⁹ Hill (2010).

6.3 LES CONSÉQUENCES DE LA DÉPRESSION PÉRINATALE

La dépression périnatale peut être causée ou déclenchée par plusieurs facteurs. Une histoire personnelle ou familiale de dépression, le fait d'avoir vécu des événements stressants et un manque de soutien social sont des facteurs de risque important. La vulnérabilité socioéconomique doit aussi être considérée¹⁰⁰. La dépression périnatale peut avoir un impact sur le déroulement de la grossesse ou sur la santé de l'enfant. Les femmes qui souffrent de dépression prénatale sont plus à risque de vivre des complications durant leur grossesse. La dépression peut être associée à des habitudes de vie et à des stratégies de gestion de stress qui peuvent affecter la santé de la femme et celle de l'enfant à naître (ex. : consommation de substances, suivi prénatal irrégulier, alimentation déficiente, sommeil réduit)¹⁰¹. Les bébés dont la mère est atteinte de dépression pendant sa grossesse courent plus de risque d'être prématurés ou d'avoir un faible poids à la naissance¹⁰².

La dépression postnatale peut avoir des répercussions sur le bien-être de la famille. Elle peut affecter la disponibilité affective de la mère ainsi que ses pratiques parentales¹⁰³. Les enfants dont la mère souffre de dépression sont plus à risque de développer des problèmes cognitifs, comportementaux ou affectifs¹⁰⁴. La dépression périnatale chez la mère est également un facteur de risque important pour la dépression périnatale des pères : jusqu'à 25 % des hommes dont la femme vit une dépression périnatale connaissent également une dépression pendant cette période¹⁰⁵.

Enfin, la dépression qui survient durant la période périnatale présente des risques de récurrence. On estime que 25 % des femmes qui connaissent un épisode de dépression postpartum seront affectées ultérieurement par un autre épisode de dépression (non relié à la naissance d'un enfant), et jusqu'à 40 % d'entre elles vivront un autre épisode de dépression post-partum¹⁰⁶.

Des sentiments de culpabilité et d'échec ainsi que la crainte d'être jugée comme inadéquate pour s'occuper de leur enfant peuvent par ailleurs décourager les femmes atteintes de demander de l'aide.

Deux des trois organisations nommées plus haut, soit le NSC du Royaume-Uni et le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs, ont examiné la pertinence et l'efficacité du dépistage de la dépression post-partum. L'USPSTF n'a émis aucune recommandation spécifique concernant les femmes durant la période périnatale.

¹⁰⁰ BC Reproductive Mental Health Program : BC Women's Hospital & Health Centre (2006).

¹⁰¹ Bennett et collab. (2004).

¹⁰² BC Reproductive Mental Health Program : BC Women's Hospital & Health Centre (2006); Bennett et collab. (2004); Grote et collab. (2010); Hollins (2007).

¹⁰³ BC Reproductive Mental Health Program : BC Women's Hospital & Health Centre (2006); Field (2010b).

¹⁰⁴ BC Reproductive Mental Health Program : BC Women's Hospital & Health Centre (2006); Bennett et collab. (2004); Hollins (2007).

¹⁰⁵ BC Reproductive Mental Health Program : BC Women's Hospital & Health Centre (2006).

¹⁰⁶ BC Reproductive Mental Health Program : BC Women's Hospital & Health Centre (2006).

6.4 LE DÉPISTAGE DE LA DÉPRESSION CHEZ LES FEMMES DURANT LA PÉRIODE PÉRINATALE – ÉVALUATION DU ROYAUME-UNI SUR LA PERTINENCE ET L'EFFICACITÉ DU DÉPISTAGE DE LA DÉPRESSION POST-PARTUM

6.4.1 Résumé de la méthodologie

La question de la dépression périnatale est abordée dans une revue systématique de Hill (2010). Dans le cadre de cette revue, la littérature scientifique a été analysée pour déterminer si les critères de pertinence et d'efficacité du NSC (voir annexe 2) sont remplis en ce qui concerne le dépistage de la dépression post-partum en première ligne. Cette revue ne se prononce pas sur le dépistage de la dépression pendant la grossesse. Les sources incluses abordent une variété de démarches de dépistage et d'interventions.

6.4.2 Résumé de l'évaluation du National Screening Committee

L'analyse du *National Screening Committee* démontre que la majorité des critères de pertinence et d'efficacité pour le dépistage de la dépression post-partum en première ligne ne sont pas remplis. En effet, les preuves concernant ces critères sont généralement contradictoires ou insuffisantes, voire absentes.

Bien que la dépression post-partum soit jugée comme un problème de santé important et qu'un test de dépistage simple et validé soit disponible et acceptable selon la population, plusieurs critères ne sont pas remplis, par exemple :

- L'histoire naturelle de la dépression post-partum, particulièrement en ce qui a trait à la dépression mineure, n'est pas bien comprise;
- Les avantages d'une intervention précoce pour la dépression post-partum, comparée à une intervention tardive, n'ont pas été étudiés;
- Aucune des études retenues dans cette revue n'a évalué l'optimisation de la gestion clinique de la dépression post-partum et la prise en charge des patientes;
- Le dépistage isolé de la dépression post-partum ne réduit pas la mortalité ou la morbidité des mères et des enfants;
- Les effets négatifs potentiels du dépistage de la dépression post-partum ne sont pas documentés;
- Le dépistage de la dépression post-partum aurait une faible valeur économique, en raison des coûts engendrés par le taux élevé de faux positifs.

Par conséquent, le dépistage de la dépression post-partum ne constitue pas une mesure pertinente ou efficace pour améliorer l'état dépressif des femmes durant la période postnatale.

Recommandations du Royaume-Uni

« Le dépistage de la dépression post-partum ne devrait pas être offert. Les preuves n'appuient pas l'utilisation des outils ou des moyens d'implantation actuels de dépistage¹⁰⁷. »

(Dernière mise à jour : 2011; prochaine révision : 2014-2015.)

6.5 LE DÉPISTAGE DE LA DÉPRESSION CHEZ LES FEMMES DURANT LA PÉRIODE PÉRINATALE – ÉVALUATION DU GROUPE D'ÉTUDE CANADIEN SUR LES SOINS DE SANTÉ PRÉVENTIFS DE LA PERTINENCE ET DE L'EFFICACITÉ DU DÉPISTAGE DE LA DÉPRESSION PÉRINATALE

6.5.1 Résumé de la méthodologie

La méthodologie est celle qui est décrite à la section 4.3.2. Les auteurs n'ont identifié aucune étude de qualité qui comparait les issues d'un groupe soumis à un dépistage aux issues d'un groupe non soumis à un dépistage, et ce, pour tout sous-groupe de la population qui serait à risque plus élevé que la population générale de souffrir d'une dépression.

Ces sous-groupes incluent les femmes durant les périodes prénatale ou du post-partum, mais aussi les personnes ayant une histoire familiale de dépression, ayant vécu des expériences traumatiques pendant leur enfance, ayant récemment vécu un événement traumatique, souffrant de problèmes de santé chronique, faisant une mauvaise utilisation de substances, ou étant d'origine autochtone.

Les mêmes niveaux de recommandations décrits à la section 4.3.2 et la prise en compte de la qualité de la preuve sont appliqués aux populations à risque.

6.5.2 Résumé de l'évaluation du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs

Aucune preuve directe de qualité concernant l'efficacité du dépistage n'ayant été recensée, et par souci des effets négatifs potentiels du dépistage de la dépression, le Groupe conclut que le dépistage en première ligne n'est pas recommandé.

Recommandations canadiennes

« Pour les adultes faisant partie de sous-groupes de la population dont le risque de dépression peut être plus élevé, nous recommandons de ne pas procéder à un dépistage de routine de la dépression (recommandation de niveau faible; très faible qualité de la preuve).

Les cliniciens devraient avoir conscience de la possibilité d'une dépression, surtout chez des patients qui présentent des caractéristiques pouvant augmenter les risques de dépression, et devraient être à l'affût de la dépression lorsque des indices cliniques sont présents, tels que l'insomnie, une baisse d'humeur, l'anhédonie (incapacité à prendre plaisir à des activités normalement agréables) et des pensées suicidaires. »

(Dernière mise à jour : 2013. Prochaine révision : indéterminé)

¹⁰⁷ http://www.screening.nhs.uk/policydb.php?policy_id=22.

CONCLUSION

Dans une perspective de santé publique, il importe de déterminer si une mesure de dépistage est pertinente et efficace avant de l'implanter. Cette synthèse présente et critique les conclusions d'organisations qui ont fait le point sur la question à partir de preuves scientifiques.

Dépistage de la dépression auprès de la clientèle adulte

Les recommandations du NSC et du USPSTF indiquent que le **dépistage de la dépression implanté** isolément n'est ni pertinent ni efficace :

- L'analyse du *National Screening Committee* du Royaume-Uni révèle que la majorité des critères de pertinence et d'efficacité du dépistage de la dépression ne sont pas remplis;
- L'analyse du USPSTF fait ressortir que le dépistage améliore l'identification des patients dépressifs, mais n'a pas d'effet significatif sur le taux de traitement et sur la réduction des symptômes dépressifs.

Le **dépistage de la dépression combiné à un programme intégré** est recommandé par une des trois organisations (le USPSTF), qui conclut que ce type de programme permet d'accroître le taux de traitement des patients et de réduire leurs symptômes dépressifs.

Plusieurs mises en garde ont toutefois été relevées dans la littérature. En effet, les preuves scientifiques disponibles ne permettent pas d'affirmer que la composante de dépistage de ces programmes contribue de façon significative et spécifique à leur efficacité, et la présence d'individus ayant déjà reçu un diagnostic de dépression parmi les participants aux études laisse penser que la valeur prédictive positive des outils de dépistage est surestimée.

Par ailleurs, les effets négatifs potentiellement liés au dépistage n'ont pas été abordés dans la littérature.

Le Groupe d'étude canadien recommande simplement de ne pas dépister la dépression en première ligne, sans égard à la présence ou à l'absence d'un programme intégré de suivi et de traitement.

Dépistage de la dépression auprès des femmes durant la période périnatale

Le *National Screening Committee* du Royaume-Uni a évalué la pertinence et l'efficacité du dépistage de la dépression auprès des femmes durant la période postnatale. D'après leur analyse, la majorité des critères de pertinence et d'efficacité ne sont pas remplis. Par conséquent, cette organisation ne recommande pas le dépistage pour les femmes durant la période postnatale. Elle n'émet aucune recommandation sur le dépistage pendant la grossesse.

Le Groupe d'étude canadien recommande de ne pas dépister la dépression en première ligne de façon routinière auprès de sous-populations dont le risque de dépression peut être plus élevé que celui de la population générale, dont les femmes pendant la période périnatale.

Le USPSTF n'a émis aucune recommandation pour les femmes durant la période périnatale.

Au-delà du dépistage : mieux prévenir et soigner la dépression

Selon les connaissances actuelles, le dépistage de la dépression en première ligne ne constitue pas une mesure apte à améliorer le portrait clinique des patients de première ligne. Toutefois, comme il existe peu de preuves directes et de qualité en faveur ou en défaveur du dépistage, la recherche est à poursuivre.

Les écrits font toutefois mention d'autres pistes prometteuses pour prévenir et soigner la dépression.

Des experts suggèrent que des efforts supplémentaires pour fournir un traitement adéquat et améliorer l'adhésion au traitement seraient susceptibles de produire des effets plus importants que la mise en place d'une mesure de dépistage. En effet, dans les milieux de première ligne, 40 à 67 % des patients cessent précocement la prise de leur médication (dans les trois mois) et très peu d'entre eux reçoivent un suivi adéquat¹⁰⁸. Les programmes intégrés seraient associés à des bénéfices plus grands, car ils permettraient notamment d'offrir un suivi serré aux patients pour évaluer leur réponse au traitement et de leur fournir un soutien psychosocial¹⁰⁹.

Certains experts sont d'avis que de faire intervenir le personnel infirmier en santé mentale, les psychologues, les travailleurs sociaux, les gestionnaires de cas, ainsi que les médecins de famille et les psychiatres dans un effort concerté a plus de chance d'améliorer l'efficacité du traitement de la dépression¹¹⁰. De plus, étant donné que la dépression est un trouble à caractère souvent récurrent, des stratégies à plus long terme sont nécessaires pour bien prendre en charge les patients et prévenir les récurrences¹¹¹.

Ainsi, d'un point de vue populationnel, au-delà des questions quant à la pertinence et à l'efficacité des activités de dépistage, il demeure pertinent que les soins de première ligne se préoccupent de la dépression. Par exemple, identifier des moyens pour faciliter l'identification des personnes susceptibles de souffrir de dépression et les orienter vers les traitements appropriés et outiller les médecins afin qu'ils aient un jugement clinique aiguisé, de manière à effectuer, au besoin, un dépistage de la dépression chez un patient donné. Ces considérations s'appliquent à la population adulte générale tout comme aux femmes durant la période périnatale, chez qui la dépression peut entraîner de lourdes conséquences pour elles-mêmes et leur famille.

¹⁰⁸ Brody (2003); O'Connor et collab. (2009a).

¹⁰⁹ O'Connor et collab. (2009a).

¹¹⁰ Stewart (2008); Bower et collab. (2006b), O'Connor et collab. (2009a).

¹¹¹ Stewart (2008).

Enfin, afin de réduire les pressions liées à la maladie mentale que subit la première ligne, il est également pertinent d'agir en amont des troubles de l'humeur en offrant à la population des services préventifs qui agissent sur les déterminants de la santé mentale¹¹².

Réflexions pour le Québec

Les études rapportées dans cette synthèse des connaissances ont été effectuées principalement aux États-Unis ou au Royaume-Uni. L'organisation des services de santé dans ces pays diffère de celle du Québec, ce qui peut limiter la généralisation des résultats. Les travaux récents du Groupe d'étude canadien n'ont pas non plus permis de recenser des études spécifiques au contexte canadien.

Au Québec, une étude récente montre que la qualité des soins de la dépression demeure un défi à travers la province¹¹³. Plusieurs besoins spécifiques d'amélioration de la qualité ont été relevés, par exemple le nombre de patients recevant une psychothérapie adéquate, une durée suffisante du traitement pharmacologique et de l'information spécifique donnée au patient sur la psychothérapie ou les groupes de soutien. Cette étude souligne l'importance d'investir dans des stratégies pour soutenir et améliorer l'organisation des services et la qualité des soins au Québec puisque la majorité des personnes souffrant de dépression reçoit ses soins uniquement en première ligne. Voir notamment la publication *Faire face à la dépression au Québec*¹¹⁴.

D'autres travaux menés à l'INSPQ contribuent à aborder la problématique de la dépression en proposant des actions en amont des troubles mentaux : l'*Avis scientifique sur la promotion de la santé mentale et la prévention des troubles mentaux*¹¹⁵, ainsi que des avis qui documentent l'efficacité de programmes universels de formation aux habiletés parentales et des programmes-services qui ciblent les familles vivant en contexte de vulnérabilité¹¹⁶. Ces derniers abordent également l'intégration de ces services à un continuum permettant de répondre à l'ensemble des besoins des familles.

Des initiatives sont également poursuivies auprès d'écoles québécoises et de leurs partenaires, afin d'actualiser une approche globale de promotion et de prévention en contexte scolaire. Cette approche cible les déterminants communs à une gamme de problématiques qui nuisent à la santé et au bien-être, dont des problématiques en lien avec la santé mentale (relations interpersonnelles, habitudes de vie).

¹¹² Document consulté de http://www.who.int/mental_health/evidence/en/promoting_mhh.pdf; revue Cochrane sur l'efficacité des interventions pour prévenir la dépression post-partum : Herrman et collab. (2004b).

¹¹³ Duhoux et collab. (2012).

¹¹⁴ Fournier et collab. (2012).

¹¹⁵ Desjardins et collab. (2008).

¹¹⁶ Comeau et collab. (2013); Institut national de santé publique du Québec (2010).

RÉFÉRENCES

- Allaby, M. (2010). *Screening for depression : A report for the UK National Screening Committee*.
- American Psychiatric Association (2000). *DSM-IV-TR : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Paris : Masson.
- BC Reproductive Mental Health Program : BC Women's Hospital & Health Centre (2006). *Addressing perinatal depression : a framework for BC's health authorities* Agency of the Provincial Health Services Authority.
- Bennett, H. A., Einarson, A., Taddio, A., Koren, G., et Einarson, T. R. (2004). Prevalence of depression during pregnancy : systematic review. *Obstetrics & Gynecology*, 103, 698-709.
- Bower, P., Gilbody, S., Richards, D., Fletcher, J., et Sutton, A. (2006a). Collaborative care for depression in primary care. Making sense of a complex intervention : systematic review and meta-regression. *The British Journal of Psychiatry*, 189, 484-493.
- Bower, P., Gilbody, S., Richards, D., Fletcher, J., et Sutton, A. (2006b). Collaborative care for depression in primary care : Making sense of a complex intervention: systematic review and meta-regression. *The British Journal of Psychiatry*, 189, 484-493.
- Brody, D. S. (2003). Improving the Management of Depression in Primary Care : Recent Accomplishments and Ongoing Challenges. *Disease Management & Health Outcomes*, 11, 21-31.
- Canadian Task Force on Preventive Health Care (2013). Recommendations on screening for depression in adults. *Canadian Medical Association Journal*, 185, 775-782.
- Cepoiu, M., McCusker, J., Cole, M. G., Sewitch, M., Belzile, E., et Ciampi, A. (2007). Recognition of depression by non-psychiatric physicians : A systematic literature review and meta-analysis. *Journal of General Internal Medicine*, 23, 25-36.
- Comeau, L., Desjardins, N., et Poissant, J. (2013). *Avis scientifique sur les programmes de formation aux habiletés parentales en groupe* Gouvernement du Québec.
- Coyne, J. C., Thompson, R., Palmer, S. C., Kagee, A., et Maunsell, E. (2000). Should we screen for depression? Caveats and potential pitfalls. *Applied and Preventive Psychology*, 9, 101-121.
- Currie, M. L. et Rademacher, R. (2004). The pediatrician's role in recognizing and intervening in postpartum depression. *Pediatric Clinics of North America*, 51, 785-801.
- Department of Health (2001). *Making it happen : a guide to delivering mental health promotion*. Londres : UK Department of Health.
- Desjardins, N., D'Amours, G., Poissant, J., et Manseau, S. (2008). *Avis scientifique sur les interventions efficaces en promotion de la santé mentale et en prévention des troubles mentaux*. Montréal : Institut national de santé publique du Québec.

- Duhoux, A., Fournier, L., Gauvin, L., et Roberge, P. (2012). Quality of care for major depression and its determinants : a multilevel analysis. *Article soumis au BMC Psychiatry*.
- Field, T. (2010a). Postpartum depression effects on early interactions, parenting and safety practices : A review. *Infant Behavior and Development*, 33.
- Field, T. (2010b). Postpartum depression effects on early interactions, parenting and safety practices : A review. *Infant Behavior and Development*, 33.
- Fortin, F., Lévesque, J., et Vitaro, F. (2007). La méta-analyse au service de la prévention et de l'intervention : concepts, applications et enjeux. *Revue de psychoéducation*, 36, 167-193.
- Fournier, L., Roberge, P., et Brouillet, H. (2012). Faire face à la dépression au Québec : protocole de soins à l'intention des intervenants de première ligne. Montréal, centre de recherche du CHUM.
- Gavin, N. I., Gaynes, B. N., Lohr, K. N., Meltzer-Brody, S., Gartlehner, G., et Swinson, T. (2005). Perinatal depression : a systematic review of prevalence and incidence. *Obstetrics & Gynecology*, 106, 1071-1083.
- Gaynes, B. N., Gavin, N., Meltzer-Brody, S., Lohr, K. N., Swinson, T., Gartlehner, G. et collab. (2005). *Perinatal depression : Prevalence, screening accuracy, and screening outcomes* (rap. n° 119). Rockville, MD : Agency for Healthcare Research and Quality.
- Gilbody, S. et Beck, D. (2010). Implementing screening as part of enhanced care : screening alone is not enough. Dans A.J.Mitchell et J. C. Coyne (Éd.), *Screening for depression in clinical practice : An evidence-based guide* (123-141). New York : Oxford University Press.
- Gilbody, S., Sheldon, T., et Wessely, S. (2006). Should we screen for depression? *British Medical Journal*, 332, 1027-1030.
- Gilbody, S. M., House, A., et Sheldon, T. (2009). Screening and case finding instruments for depression (Review). *The Cochrane Library*.
- Grote, N. K., Bridge, J. A., Gavin, A. R., Melville, J. L., Lyengar, S., et Katon, J. (2010). A meta-analysis of depression during pregnancy and the risk if preterm birth, low birth weight, and intrauterine growth restriction. *Archives of General Psychiatry*, 67, 1012-1024.
- Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs (2012). Activités du GECSSP. www.canadiantaskforce.ca/index_fra.html [en ligne].
- Halfin, A. (2007). Depression: The benefits of early and appropriate treatment. *The American Journal of Managed Care*, 13, S92-S97.
- Herrman, H., Saxena, S., et Moodie, R. (2004a). *Promoting mental health. Concepts, emerging evidence. Practice. Summary report. A report by the World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse in collaboration*

with the Victorian Health Promotion Foundation and the University of Melbourne.
Genève : Organisation mondiale de la santé.

- Herrman, H., Saxena, S., et Moodie, R. (2004b). *Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice: summary report/a report of the World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse in collaboration with the Victorian Health Promotion Foundation (VicHealth) and the University of Melbourne*. Genève : Organisation mondiale de la santé.
- Hill, C. (2010). *An evaluation of screening for postnatal depression against NSC criteria*.
- Holland, W. W., Stewart, S., et Masseria, C. (2006). *Policy brief : Screening in Europe* European Observatory on Health Systems and Policies.
- Hollins, K. (2007). Consequences of antenatal mental health problems for child health and development. *Current Opinion in Obstetrics & Gynecology*, 19, 568-572.
- Institut national de santé publique du Québec (2010). *Avis scientifique sur l'efficacité des interventions de type Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance en fonction de différentes clientèles*.
- Institut national de santé publique du Québec et ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec en collaboration avec l'Institut de la statistique du Québec (2006). *Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006: les analyses - Deuxième rapport national sur l'état de santé de la population*. Gouvernement du Québec.
- Keshavarz, H., Fitzpatrick-Lewis, D., Streiner, D., Rice, M., et Raina, P. (2012). *Screening for depression*. Ontario, Canada : McMaster Evidence Review and Synthesis Centre.
- Lessard, C. (2004). Élaboration d'une revue systématique et d'une méta-analyse. Atelier méthodologique. La production et l'utilisation de méta-analyse et de revues systématiques de la littérature. Dans *8^{es} Journées annuelles de santé publique* Montréal : Québec.
- Luskin, S. I. et Misri, S. (2011). Postpartum blues and depression. ww.uptodate.com [en ligne].
- MacMillan, H. L., Patterson, C. J. S., et Wathen, N. (2004). *Screening for depression in primary care : Updated recommendations from the Canadian Task Force on Preventive Health Care. Technical report*.
- MacMillan, H. L., Patterson, C. J. S., et Wathen, N. (2005a). Dépistage de la dépression en contexte de soins primaires : recommandations officielles. *Le médecin du Québec*, 40, 95-100.

- MacMillan, H. L., Patterson, C. J. S., Wathen, N., et Canadian Task Force on Preventive Health Care (2005b). Screening for depression in primary care : Recommendation statement from the Canadian Task Force on Preventive Health Care. *Canadian Medical Association Journal*, 172, 33-35.
- McAlpine, D. D. et Wilson, A. R. (2004). Screening for depression in primary care : what do we still need to know? *Depress.Anxiety.*, 19, 137-145.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2008a). *Politique de périnatalité 2008-2018 : Un projet porteur de vie*. Gouvernement du Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2008b). *Programme national de santé publique 2003-2012 : Mise à jour 2008*. Gouvernement du Québec.
- Misri, S. et Lusskin, S. I. (2011). Depression in pregnant women. www.uptodate.com [en ligne]. Document consulté de : www.uptodate.com.
- Mitchell, A. J. et Coyne, J. C. (2010). *Screening for depression in clinical practice : An evidence-based guide*. Oxford University Press.
- Mitchell, A. J., Vaze, A., et Rao, S. (2009). Clinical diagnosis of depression in primary care : a meta-analysis. *The Lancet*, 374, 609-619.
- Munoz, R. F., Le, H. N., et Ippen, C. G. (2000). We should screen for major depression. *Applied and Preventive Psychology*, 9, 123-133.
- Najman, J. M., Andersen, M. J., Bor, W., O'Callaghan, M. J., et Williams, G. M. (2000). Postnatal depression - myth and reality: Maternal depression before and after the birth of a child. *Society of Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 35, 19-27.
- Nease, D. E., Klinkman, M. S., et Aikens, J. E. (2006). Depression case finding in primary care : A method for the mandates. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 36, 141-151.
- O'Connor, E. A., Whitlock, E. P., Beil, T. L., et Gaynes, B. N. (2009a). Screening for depression in adult patients in primary care settings : A systematic evidence review. *Annals of Internal Medicine*, 151, 793-803.
- O'Connor, E. A., Whitlock, E. P., Gaynes, B., et Beil, T. L. (2009b). *Screening for Depression in Adults and Older Adults in Primary Care : An Updated Systematic Review* (rap. n° 10-05143-EF-1).
- Organisation mondiale de la santé (2012). Mental Health - Depression. OMS [en ligne]. Document consulté de : http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en/.
- Palmer, S. C. et Coyne, J. C. (2003). Screening for depression in medical care : Pitfalls, alternatives, and revised priorities. *Journal of Psychosomatic Research*, 54, 279-287.
- Patten, S. et Juby, H. (2008). *Profil de la dépression clinique au Canada* (rap. n° 1) Réseau des centres de données de recherche.

- Pignone, M. P., Gaynes, B. N., Rushton, J. L., Burchell, C. M., Orleans, C. T., Mulrow, C. D. et collab. (2002). Screening for depression in adults : A summary of the evidence for the US Preventive Services Task Force. *Annals of Internal Medicine*, 136, 765-776.
- Rost, K. (2009). Disability from depression: The public health challenge to primary care. *Nordic Journal of Psychiatry*, 63, 17-21.
- Sibbald, B. et Roland, M. (1998). Understanding controlled trials : why are randomised controlled trials important? *British Medical Journal*, 316, 201-203.
- Stewart, D. E. (2008). Combattre la dépression. *Journal de l'Association médicale canadienne*, 178.
- Thombs, B. D., Arthurs, E., El-Baalbaki, G., Meijer, A., Siegelstein, R. C., et Steele, R. J. (2011). Risk of bias from inclusion of patients who already have diagnosis of or are undergoing treatment for depression in diagnostic accuracy studies of screening tools for depression: Systematic review. *British Medical Journal*, 343.
- Thombs, B. D., Coyne, J. C., Cuijpers, P., de Jonge, P., Gilbody, S., Ioannidis, J. P. A. et collab. (2012). Rethinking recommendations for screening for depression in primary care. *Canadian Medical Association Journal*, 184, 413-418.
- UK National Screening Committee (2012a). About us. www.screening.nhs.uk [en ligne].
- UK National Screening Committee (2012b). What is screening?
<http://www.screening.nhs.uk/screening> [en ligne]. Document consulté de :
<http://www.screening.nhs.uk/screening>.
- US Preventive Services Task Force (2009). Screening for depression in adults : US Preventive Services Task Force recommendation statement. *Annals of Internal Medicine*, 151, 784-792.
- Wilson, J. M. G. et Jungner, G. (1970). *Principes et pratique du dépistage des maladies*. Genève : Organisation mondiale de la santé.

ANNEXE 1
NIVEAUX DE PREUVES

NIVEAUX DE PREUVES

L'efficacité d'une intervention peut être évaluée selon différentes méthodologies. Le tableau 3 présente une adaptation de l'échelle de preuves du *National Service Framework*¹¹⁷ qui reconnaît la valeur de diverses méthodologies pour évaluer l'efficacité d'une intervention. Tous les niveaux de preuves qui la composent possèdent leurs forces et leurs limites¹¹⁸. Ils sont décrits à la suite du tableau.

Tableau 3 Échelle du niveau de preuves

Niveaux de preuves		Description	Forces et limites
①	Revue systématique ou méta-analyse	L'intervention a fait l'objet d'une revue systématique ou d'une méta-analyse avec au moins une étude avec groupe témoin et répartition aléatoire des participants.	<p>Une revue systématique est une démarche permettant de synthétiser des données d'études publiées ou non et d'en faire une appréciation qualitative¹¹⁹. Elle se réalise en suivant une méthode rigoureuse assurant une exhaustivité des données ainsi qu'une reproductibilité¹²⁰. Ce type de synthèse, par sa nature interprétative, peut toutefois laisser place à des biais possibles de la part de l'auteur, ce qui peut compromettre la validité et la généralisation des conclusions¹²¹.</p> <p>Une méta-analyse est une revue systématique permettant de synthétiser des données d'études comparables et d'en faire une appréciation quantitative¹²². Elle se réalise en suivant une méthode rigoureuse et en utilisant des techniques statistiques adéquates tout en s'assurant d'une exhaustivité des données et d'une reproductibilité¹²³. La méta-analyse a l'avantage de permettre de tenir compte des tailles de l'échantillon et de la qualité méthodologique des différentes études¹²⁴. Elle permet aussi d'identifier des variables plus influentes, des clientèles ou des milieux pouvant profiter davantage de ce type d'intervention¹²⁵. La qualité d'une méta-analyse dépend toutefois de la qualité des études primaires incluses¹²⁶.</p>

¹¹⁷ Department of Health (2001).

¹¹⁸ Pour plus de détails sur ces limites, voir Department of Health (2001).

¹¹⁹ Lessard (2004).

¹²⁰ Lessard (2004).

¹²¹ Fortin et collab. (2007).

¹²² Lessard (2004).

¹²³ Lessard (2004).

¹²⁴ Fortin et collab. (2007).

¹²⁵ Fortin et collab. (2007).

¹²⁶ Fortin et collab. (2007).

Tableau 3 Échelle du niveau de preuves (suite)

Niveaux de preuves	Description	Forces et limites
②	Étude avec devis randomisé	La mesure ou l'intervention a fait l'objet d'au moins une étude expérimentale avec groupe témoin et répartition aléatoire des participants (aussi appelé essai comparatif randomisé ou ECR). Une étude avec devis randomisé (ECR) permet de déterminer s'il existe une relation de cause à effet entre la mesure et ses résultats. Elle se réalise par la répartition aléatoire des participants à une condition expérimentale ou à une condition de contrôle, sans que les participants ou ceux offrant l'intervention ne sachent dans quel groupe ils se trouvent (à double insu) ¹²⁷ . L'ECR est considéré comme étant le devis de recherche le plus rigoureux puisque les variables à l'étude sont contrôlées par les chercheurs. Cependant, ce type d'étude n'est pas toujours possible pour des raisons d'éthique, de coûts élevés ou de faisabilité (difficultés de recrutement ou de randomisation) ¹²⁸ .
③	Étude sans devis randomisé, mais de bonne qualité	La mesure ou l'intervention a fait l'objet d'au moins une étude minimisant la possibilité de biais dans l'interprétation des résultats. Une étude sans devis randomisé ou une étude d'observation (aussi appelée étude quasi expérimentale) sont considérées comme des expériences effectuées en milieu naturel. Les participants sont naturellement exposés à une condition par le biais de leurs habitudes personnelles ou de leur milieu de vie. Ces études permettent donc d'examiner l'exposition à une condition qui survient dans un milieu naturel ou d'évaluer des conditions difficiles à contrôler par les chercheurs. De plus, elles ne rencontrent pas les problèmes d'éthique ou de faisabilité associés à l'ECR. Il est cependant plus difficile de lier les résultats aux programmes.
④	Étude d'observation de bonne qualité	La mesure ou l'intervention a fait l'objet d'au moins une étude qui minimise la possibilité de biais dans l'interprétation des résultats en procédant à l'observation des participants.
⑤	Opinions d'experts	La mesure ou l'intervention fait l'objet d'un consensus parmi les experts. Les opinions d'experts ont l'avantage de permettre de considérer les jugements cliniques ou professionnels dans l'analyse des mesures où les études évaluatives sont rares ou contradictoires. La preuve de ces mesures repose alors sur une base théorique ou clinique reconnue par l'ensemble des experts. C'est souvent le cas pour des mesures qui agissent sur des facteurs sociétaux, tels que la pauvreté ou la discrimination.

¹²⁷ Sibbald et Roland (1998).

¹²⁸ Sibbald et Roland (1998).

ANNEXE 2

CRITÈRES DU *NATIONAL SCREENING COMMITTEE*

CRITÈRES DU NATIONAL SCREENING COMMITTEE (NSC)

Au moment de la publication des documents du NSC résumés dans cette synthèse, les critères retenus pour faire l'analyse de la pertinence et de l'efficacité du dépistage de la dépression étaient les suivants. Cependant, le libellé des critères évolue avec le temps. Pour une liste à jour des critères, consulter le site du NSC : http://www.screening.nhs.uk/policydb.php?policy_id=6.

Critère 1 : La maladie à dépister doit être un problème de santé important.

Critère 2 : L'épidémiologie et l'histoire naturelle de la maladie sont comprises adéquatement et il existe un facteur de risque, un marqueur de la maladie, un état latent ou un stade symptomatique précoce qui la rendent détectable.

Critère 3 : Toutes les interventions préventives primaires praticables et efficaces ont été mises sur pied.

Critère 4 : Le test de dépistage doit être simple, sécuritaire, précis et valide.

Critère 5 : Les fréquences d'apparition des différentes valeurs du test pour la population cible doivent être connues, et une valeur seuil pour déterminer un résultat positif doit être définie et acceptée.

Critère 6 : Le test de dépistage doit être acceptable par la population.

Critère 7 : Il existe un guide convenu sur l'investigation clinique additionnelle pour les individus dont le résultat du dépistage est positif et sur les choix offerts à ces individus.

Critère 8 : Il existe un traitement ou une intervention efficace pour les patients dépistés, avec des preuves à l'appui que l'intervention précoce procure de meilleurs résultats que l'intervention tardive.

Critère 9 : Des lignes directrices fondées sur des données probantes existent pour déterminer les patients à traiter et les traitements qui leur sont appropriés.

Critère 10 : La gestion clinique de la maladie et l'issue de la prise en charge du patient doivent être optimisées avant de participer à un programme de dépistage.

Critère 11 : L'efficacité du programme de dépistage à réduire la mortalité ou la morbidité est démontrée par des études de grande qualité.

Critère 12 : Il est prouvé que l'ensemble du programme (test de dépistage, procédures diagnostiques, traitement/intervention) est cliniquement, socialement et éthiquement acceptable pour les professionnels de la santé et le public.

Critère 13 : Les avantages du programme de dépistage sont jugés supérieurs aux effets nuisibles physiques et psychologiques (causés par les tests, les procédures diagnostiques et le traitement).

Critère 14 : Le coût d'opportunité du programme (incluant test, diagnostic, traitement, gestion, formation et assurance de la qualité) doit être jugé raisonnable par rapport aux dépenses globales pour les soins de santé requis (c.-à-d. valeur économique du programme).

ANNEXE 3

**TERMES PSYCHOMÉTRIQUES
LIÉS AU DÉPISTAGE**

TERMES PSYCHOMÉTRIQUES LIÉS AU DÉPISTAGE

Faux négatif : La proportion d'individus qui ont obtenu un résultat négatif au test de dépistage, mais qui ont réellement la condition¹²⁹.

Faux positif : La proportion d'individus qui ont obtenu un résultat positif au test de dépistage, mais qui n'ont pas réellement la condition¹³⁰.

Prévalence : Trois indicateurs sont souvent utilisés pour décrire la fréquence ou la prévalence d'une condition au sein d'une population : 1) la prévalence à vie est la proportion de gens atteints de la condition à un moment donné de leur vie; 2) la prévalence annuelle réfère à la proportion de gens atteints au cours d'une période de 12 mois; 3) la prévalence ponctuelle est la proportion de gens atteints à un moment précis¹³¹.

Sensibilité : La sensibilité d'un test de dépistage est sa capacité d'identifier la proportion d'individus qui ont obtenu un résultat positif au test par rapport à la proportion d'individus qui sont réellement atteints de la condition¹³². L'utilisation d'outils de dépistage ayant une faible sensibilité fait en sorte qu'un nombre élevé de personnes réellement atteintes de la condition ne sont pas identifiées¹³³.

Spécificité : La spécificité d'un test de dépistage est sa capacité d'identifier la proportion d'individus qui ont obtenu un résultat négatif au test par rapport à la proportion d'individus qui n'ont pas réellement la condition¹³⁴. L'utilisation d'outils de dépistage ayant une faible spécificité fait en sorte qu'un nombre élevé de personnes qui n'ont pas la condition obtiennent un résultat positif au test¹³⁵.

Valeur prédictive positive : La valeur prédictive positive indique les chances qu'un test de dépistage, lorsqu'il est positif, soit réellement positif et non faussement positif. Il s'agit de la proportion d'individus qui sont réellement atteints de la condition par rapport à la proportion d'individus qui ont obtenu un résultat positif au test. Cette valeur dépend non seulement de la spécificité du test de dépistage, mais aussi de la prévalence de la condition dans la population dépistée¹³⁶. En effet, lorsqu'une condition est rare (et donc sa probabilité pré-test faible), un résultat positif sera beaucoup plus souvent faussement positif que si cette condition était fréquente dans le groupe étudié.

Valeur prédictive négative : Il s'agit de la proportion d'individus qui n'ont pas réellement la condition par rapport à la proportion d'individus qui ont obtenu un résultat négatif au test.

¹²⁹ UK National Screening Committee (2012b).

¹³⁰ UK National Screening Committee (2012b).

¹³¹ Patten et Juby (2008).

¹³² UK National Screening Committee (2012b).

¹³³ Coyne et collab. (2000).

¹³⁴ UK National Screening Committee (2012b).

¹³⁵ Coyne et collab. (2000).

¹³⁶ Coyne et collab. (2000).

Tableau 4 Valeurs de précision des outils de dépistage

Test de dépistage	Diagnostic réel		
	Positif	Négatif	Total
Positif	<p>a</p> <p>Individu qui a obtenu un résultat positif et qui a réellement la condition (vrai positif).</p>	<p>b</p> <p>Individu qui a obtenu un résultat positif, mais qui n'a pas réellement la condition (faux positif).</p>	<p>a + b</p> <p>Nombre total d'individus qui ont obtenu un résultat positif au test de dépistage.</p>
Négatif	<p>c</p> <p>Individu qui a obtenu un résultat négatif, mais qui a réellement la condition (faux négatif).</p>	<p>d</p> <p>Individu qui a obtenu un résultat négatif et qui n'a pas réellement la condition (vrai négatif).</p>	<p>c + d</p> <p>Nombre total d'individus qui ont obtenu un résultat négatif au test de dépistage.</p>
Total	<p>a + c</p> <p>Nombre total d'individus qui ont réellement la condition.</p>	<p>b + d</p> <p>Nombre total d'individus qui n'ont pas réellement la condition.</p>	<p>a + b + c + d</p>
Sensibilité = $a / a + c$		Valeur prédictive positive = $a / a + b$	
Spécificité = $d / b + d$		Valeur prédictive négative = $d / c + d$	

Note : Ces valeurs sont souvent exprimées en pourcentage. Tableau adapté et tiré de Wilson et Jungner (1970).



EXPERTISE
CONSEIL



INFORMATION



FORMATION

www.inspq.qc.ca



RECHERCHE
ÉVALUATION
ET INNOVATION



COLLABORATION
INTERNATIONALE



LABORATOIRES
ET DÉPISTAGE

Institut national
de santé publique

Québec

