

Le PHQ-2 comme outil de dépistage de la dépression clinique dans une clinique de soins ophtalmologiques de première ligne

Matias DellaBella, OD, MS
College of Optometry,
State University of New York

Steven H. Schwartz, OD, MA, PhD
College of Optometry,
State University of New York

Leon Nehmad, OD, MSW
College of Optometry,
State University of New York

RÉSUMÉ

Objet : Les tests de dépistage de la dépression clinique, une maladie très répandue et souvent invalidante, n'ont pas été étudiés dans les établissements de soins ophtalmologiques de première ligne. L'objet de la présente étude était de déterminer le pourcentage de patients d'une clinique de soins ophtalmologiques de première ligne en milieu urbain qui répondent positivement à l'outil de dépistage PHQ-2. Le PHQ-2 est un outil de dépistage ultra-court composé de deux questions concernant l'humeur et l'anhédonie.

Méthodes : Les deux questions du PHQ-2 ont été posées (dans le cadre d'un questionnaire plus vaste qui comprenait des données sur le sexe, l'âge et l'origine ethnique) aux patients assis à la clinique de soins de première ligne du College of Optometry de la SUNY [University Eye Center] à Manhattan (New York). Au total, 739 questionnaires ont été remplis sur une période de deux mois, avec un pourcentage de réponse de 69 %. Tous les questionnaires ont été remplis de façon anonyme, et les questionnaires inachevés n'ont pas été inclus dans l'ensemble de données final.

Résultats : Les données démographiques recueillies dans le cadre de cette étude reflètent celles de la population desservie par cette clinique; très diversifiée dans l'ensemble, avec une bonne représentation de chaque groupe d'âge. Treize pour cent de l'échantillon a reçu une cote de 3 ou plus, soit le seuil standard pour un résultat positif au PHQ-2.

Conclusions : Le taux de résultats positifs au PHQ-2 obtenu chez la population urbaine en soins ophtalmologiques de première ligne s'approche de celui que l'on trouve en médecine générale, ce qui suggère des taux semblables de dépression clinique. Par conséquent, le PHQ-2 peut être un outil utile pour le dépistage de la dépression, mais il est important de faire un suivi en aiguillant les personnes vers un spécialiste de la santé mentale.

MOTS CLÉS

dépression, dysthymie, PHQ-2, dépistage, soins ophtalmologiques de première ligne

La prévalence à vie de la dépression majeure peut atteindre 16 %.¹ Environ 5 à 10 % des patients en contexte de soins de première ligne souffrent de dépression majeure, tandis que la dysthymie, une dépression chronique moins grave, touche de 2 à 4 % de cette population.² Ces maladies entraînent une souffrance, une morbidité et une mortalité importantes.^{3,4} La dépression majeure est l'une des principales causes d'invalidité chez les adultes et devrait bientôt se classer au deuxième rang derrière les maladies cardiaques dans le monde.^{5,6} L'hypertension est le seul problème chronique plus répandu en médecine générale.^{7,8} Les patients déprimés sont plus susceptibles de tenter de se suicider ou d'y parvenir.⁹

Malgré la disponibilité croissante de traitements efficaces,¹⁰⁻¹⁴ à la fois médicaux et psychologiques, on estime que seulement 22 % des patients atteints d'un trouble dépressif majeur reçoivent des soins appropriés.¹ Étant donné que les symptômes peuvent ne pas être évidents pour le praticien pendant les rencontres médicales de routine en soins de première ligne, on s'intéresse beaucoup à l'élaboration d'enquêtes de dépistage qui peuvent être utilisées dans de tels contextes pour dépister efficacement cette maladie.^{4,15-17} Afin d'encourager l'utilisation de ces outils de dépistage dans les soins médicaux de première ligne, lorsque les contraintes de temps font de l'efficacité une considération majeure, la tendance a été à l'utilisation d'instruments plus courts, y compris des outils de dépistage ultracourts (une, deux, trois et quatre questions).^{3,4,16,18-32}

Le questionnaire de dépistage ultracourt le plus souvent étudié, le PHQ-2, comprend les deux premières questions du Questionnaire sur la santé du patient (Patient Health Questionnaire; PHQ-9).^{16,17} Les deux questions, qui sont fondées sur les symptômes précisés dans le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, quatrième édition (DSM-IV)*, portent sur l'humeur et l'anhédonie (tableau 1).³³ Le PHQ-2 a été étudié dans diverses populations cliniques, y compris les soins de première ligne, la gériatrie, la cardiologie, l'obstétrique-gynécologie et la médecine générale.^{4,16,18-27,29-32} Les études les plus détaillées auprès des populations recevant des soins de première ligne ont révélé une sensibilité allant de 79 à 83 % et une spécificité variant de 86 à 92 %.^{16,23,25} Ces constatations indiquent son utilité possible comme outil de dépistage des patients demandant des services de soins de première ligne.²⁵

Tableau 1 : Patient Health Questionnaire-2 (PHQ-2)

Au cours des deux dernières semaines, à quelle fréquence avez-vous été dérangé par l'un ou l'autre des problèmes suivants?	Jamais	Plusieurs jours	Plus de la moitié des jours	Presque tous les jours
a. Peu d'intérêt ou de plaisir à faire des choses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Se sentir démoralisé, déprimé ou désespéré	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PHQ-2 Copyright© 1999 Pfizer inc. Tous droits réservés. Reproduit avec autorisation.

Peu de données sont disponibles sur la prévalence de la dépression clinique chez les patients ayant besoin de soins ophtalmiques. Dans un sondage sur les pratiques optométriques, Soroka et coll. ont déterminé que seulement 0,41 % des patients optométriques avaient reçu un diagnostic de dépression, ce qui est considérablement inférieur à ce qui est attendu compte tenu de la prévalence du problème dans la population générale et dans les milieux médicaux de soins de première ligne.^{34,35} Cette valeur, qui est fondée sur les antécédents de cas, ne tient pas compte des patients non diagnostiqués ou de ceux qui ne veulent pas révéler un diagnostic de dépression.

La présente étude vise à déterminer le taux de résultats positifs au PHQ-2 administré dans une grande clinique de soins ophtalmiques de première ligne en milieu urbain. Bien que les résultats obtenus au moyen d'un outil de dépistage n'indiquent pas la prévalence de la dépression clinique, ils fournissent une base de comparaison avec les résultats obtenus dans d'autres contextes de soins de première ligne.

MÉTHODES

Sujets et procédure

L'un des chercheurs a demandé aux patients assis dans la salle d'attente de la clinique de soins de première ligne du University Eye Center (UEC) du College of Optometry de la SUNY, s'ils souhaitaient répondre à un court sondage. L'UEC, situé à Midtown Manhattan, offre des services de soins ophtalmiques à une population urbaine diversifiée.

Si le patient avait donné son accord, on lui a remis le questionnaire et une déclaration de consentement, ainsi qu'une enveloppe dans laquelle placer le questionnaire une fois rempli. Le haut et le bas du sondage d'une page affichaient l'énoncé « NE PAS INSCRIRE VOTRE NOM SUR CE FORMULAIRE NI LE SIGNER ». Un énoncé demandant au sujet de lire le consentement joint avant de remplir le questionnaire a également été imprimé sur le formulaire de sondage, tout comme des énoncés indiquant que « les réponses aux questions du sondage sont anonymes » et « personne, y compris les chercheurs, ne saura quelles ont été vos réponses au sondage ». Les enveloppes contenant les questionnaires ont ensuite été recueillies par l'enquêteur, qui les a placées dans un sac en présence du patient. L'âge minimum pour participer à l'étude était de 18 ans. Le protocole expérimental a été approuvé par le comité d'examen de l'établissement du State College of Optometry de la SUNY.

Au total, 739 questionnaires ont été remplis sur une période d'environ deux mois. Le taux de participation au sondage était de 69 %, pour les 797 derniers sujets potentiels qui ont été abordés. Environ 16 % ont refusé de répondre au sondage et 2 % des questionnaires renvoyés étaient incomplets. Les autres sujets potentiels n'ont pas pu répondre au sondage en raison de barrières linguistiques (6 %), d'incapacité (1 %), parce qu'ils ont été convoqués pour leur l'examen (3 %) ou parce qu'ils avaient eu les pupilles dilatées et qu'ils étaient incapables de voir clairement les questions du sondage (3 %).

Instrument du sondage

Le sondage comportait 10 questions, dont les deux premières étaient celles du questionnaire PHQ-2 (tableau 1). Les autres questions portaient sur la démographie (âge, sexe et appartenance ethnique). Une échelle de Likert a été utilisée pour le PHQ-2. Les données de chaque questionnaire terminé ont été saisies dans une base de données SPSS à des fins d'analyse.

RÉSULTATS

Le tableau 2 résume les caractéristiques démographiques de notre échantillon, qui semblent être représentatives de la population desservie par la clinique. Les résultats au PHQ-2 sont présentés au tableau 3, qui montre que les valeurs seuils de 2, 3 et 4 ont donné des taux de dépistage positif de 0,29, 0,13 et 0,07 respectivement. Une cote de 3 ou plus est normalement considérée comme un dépistage positif.²³

Tableau 2 : Données démographiques de l'échantillon

Données démographiques	Échantillon (n, %)
Âge (a)	
18-30	198 (26,8 %)
31-45	156 (21,1 %)
46-60	230 (31,1 %)
61-75	132 (17,9 %)
76 ans ou plus	23 (3,1 %)
Sexe	
Homme	264 (35,7 %)
Femme	474 (64,1 %)
Race/appartenance ethnique	
Asiatique	69 (9,3 %)
Noir	227 (30,7 %)
Caucasien	278 (37,6 %)
Hispanique	117 (15,8 %)
Amérindien	5 (0,7 %)
Mixed	43 (5,8 %)

Tableau 3 : Répartition de la fréquence des cotes au PHQ-2

PHQ-2 Cote totale	Fréquence	Pourcentage	Pourcentage cumulé
6	12	1,6	1,6
5	8	1,1	2,7
4	34	4,6	7,3
3*	40	5,4	12,7
2	118	16,0	28,7
1	89	12,0	40,7
0	438	59,3	100,0

*Seuil standard

DISCUSSION

Une des limites de la présente étude est que la prévalence réelle de la dépression clinique dans l'échantillon n'a pas été établie. Pour ce faire, il aurait fallu une entrevue clinique de diagnostic structurée de tous les sujets. Le processus le plus fréquemment utilisé est l'entretien clinique structuré pour le DSM-IV (SCID), un processus long et fastidieux qui n'était ni faisable ni approprié avec notre échantillon.³⁶ Le taux de dépistages positifs du PHQ-2 a toutefois été établi dans des échantillons de patients dont la prévalence de dépression clinique est connue. Ces données peuvent être utilisées pour inférer la prévalence de la dépression clinique lorsque le taux de dépistages positifs au PHQ-2 est connu.^{23,25}

Une cote seuil de 3, la cote seuil standard pour le PHQ-2, a entraîné un taux de dépistages positifs de 13 % dans notre échantillon provenant d'une clinique de soins oculovisuels de première ligne en milieu urbain.^{23,25} Dans un échantillon provenant de cliniques médicales et obstétricales-gynécologiques de soins de première ligne où la prévalence de la dépression était de 7 % selon des entretiens structurés, Kroenke et coll. ont constaté que 15,2 % des participants obtenaient une cote de 3 ou plus au PHQ-2.²³ Les taux de dépistages positifs au PHQ-2 pour l'échantillon de la clinique de soins oculovisuels de première ligne dans l'étude actuelle et les échantillons des cliniques médicales et obstétricales-gynécologiques dans les études précédentes sont comparables, ce qui indique une prévalence semblable de dépression clinique.

Les résultats présentés dans le présent rapport indiquent une prévalence de dépression beaucoup plus élevée chez les patients en optométrie que ce que l'on pourrait soupçonner d'après un sondage sur les pratiques optométriques qui a révélé que 0,41 % des patients seraient atteints de cette maladie.^{34,35} Ce dernier chiffre reflète le recours aux antécédents des cas pour déterminer si la présence ou non de la dépression. Le taux de dépistages positifs de 13 % au PHQ-2 constaté dans notre échantillon est semblable à celui observé dans les cliniques médicales de soins de première ligne, où 7 % des patients ont reçu un diagnostic de dépression, ce qui porte à croire que la prévalence dans les cliniques d'optométrie de soins de première ligne, particulièrement dans les zones urbaines dont la démographie est semblable à la nôtre, s'approche de 7 %.²³

L'application concrète de ces résultats aux soins oculovisuels est complexe. Une méta-analyse des instruments de dépistage à deux et trois questions a révélé une valeur prédictive négative de seulement 93 %, ce qui indique que jusqu'à 7 % des sujets qui n'ont pas un résultat de dépistage positif au test sont cliniquement déprimés.²⁸ Ce qui est plus important sur le plan pratique, c'est que, malgré sa spécificité relativement élevée, la plupart des patients qui ont un résultat de dépistage positif au test PHQ-2 ne répondent pas aux critères diagnostiques de dépression majeure ou de dysthymie.²³ Les tests de dépistage à deux et trois questions ont une valeur prédictive positive d'environ 0,4, ce qui signifie que seulement quatre des dix patients qui obtiennent un résultat de dépistage positif au test sont cliniquement déprimés.^{23,28}

Si le PHQ-2 était utilisé seul pour dépister la dépression, sans suivi, il en résulterait un taux d'aiguillage excessif injustifié. Pour cette raison, il est recommandé de n'administrer des questionnaires de dépistage ultra-courts que lorsqu'un suivi par un entretien diagnostique ou par un questionnaire plus long ayant une meilleure spécificité, comme le PHQ-9 qui présente des questions supplémentaires relatives aux critères diagnostiques du DSM-IV, notamment sur les idées suicidaires, est possible en cas de résultat de dépistage positif.^{23,28} Les patients qui obtiennent un résultat positif au dépistage plus complet peuvent alors être aiguillés vers une évaluation en santé mentale. Ce dépistage en deux étapes peut être réalisé dans les cliniques de soins oculovisuels situées dans des contextes multidisciplinaires.

En résumé, les résultats obtenus avec le questionnaire de dépistage PHQ-2 indiquent que la prévalence de la dépression clinique chez les patients en soins de première ligne d'une clinique de soins oculovisuels en milieu urbain peut approcher celle des milieux de soins médicaux de première ligne. La possibilité d'un suivi approprié est toutefois de la plus haute importance lorsqu'on utilise cet outil de dépistage dans les cliniques de soins oculovisuels. ●

REMERCIEMENTS

Cette recherche a été appuyée par une subvention de Vision Service Plan (Schwartz) et du Bureau des cycles supérieurs du College of Optometry de la SUNY. Une partie de cette recherche a été présentée à la réunion de 2010 de l'Association for Research in Vision and Ophthalmology à Ft. Lauderdale, FL.

RÉFÉRENCES

1. Kessler RC, Berglund P, Demler O, et al. The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *JAMA* 2003; 289:3095-105.
2. Depression in primary care: detection, diagnosis, and treatment. Agency for Health Care Policy and Research. *Clin Pract Guidel Quick Ref Guide Clin* 1993;1-20.
3. Schwartz SH. The optometrist's role in the management of clinical depressive disorders. *Optometry* 2007; 78:469-73.
4. Williams JW, Jr., Noel PH, Cordes JA, Ramirez G, Pignone M. Is this patient clinically depressed? *JAMA* 2002; 287:1160-70.
5. Murray C, Lopez A. *The Global Burden of Disease*. Cambridge, MA: Harvard University Press; 1996.
6. Riolo SA, Nguyen TA, Greden JF, King CA. Prevalence of depression by race/ethnicity: findings from the National Health and Nutrition Examination Survey III. *Am J Public Health* 2005; 95:998-1000.
7. Coyne JC, Fechner-Bates S, Schwenk TL. Prevalence, nature, and comorbidity of depressive disorders in primary care. *Gen Hosp Psychiatry* 1994; 16:267-76.
8. Kessler RC, Chiu WT, Demler O, Merikangas KR, Walters EE. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry* 2005; 62:617-27.
9. Bostwick JM, Pankratz VS. Affective disorders and suicide risk: a reexamination. *Am J Psychiatry* 2000; 157:1925-32.
10. Practice guideline for the treatment of patients with major depressive disorder (revision). American Psychiatric Association. *Am J Psychiatry* 2000; 157:1-45.
11. DeRubeis RJ, Gelfand LA, Tang TZ, Simons AD. Medications versus cognitive behavior therapy for severely depressed outpatients: mega-analysis of four randomized comparisons. *Am J Psychiatry* 1999; 156:1007-13.
12. Mulrow CD, Williams JW, Jr., Trivedi M, et al. Treatment of depression--newer pharmacotherapies. *Evid Rep Technol Assess (Summ)* 1999;1-4.
13. Reynolds CF, 3rd, Frank E, Perel JM, et al. Nortriptyline and interpersonal psychotherapy as maintenance therapies for recurrent major depression: a randomized controlled trial in patients older than 59 years. *JAMA* 1999; 281:39-45.
14. Schulberg HC, Katon W, Simon GE, Rush AJ. Treating major depression in primary care practice: an update of the Agency for Health Care Policy and Research Practice Guidelines. *Arch Gen Psychiatry* 1998; 55:1121-7.
15. Screening for depression: recommendations and rationale. *Ann Intern Med* 2002; 136:760-4.
16. Gilbody S, Richards D, Brealey S, Hewitt C. Screening for depression in medical settings with the Patient Health Questionnaire (PHQ): a diagnostic meta-analysis. *J Gen Intern Med* 2007; 22:1596-602.
17. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med* 2001; 16:606-13.
18. Albani C, Bailer H, Blaser G, Brahler E, Geyer M, Grulke N. Two-question depression-screeners - the solution to all problems? *Wien Med Wochenschr* 2006; 156:185-8.
19. Arroll B, Khin N, Kerse N. Screening for depression in primary care with two verbally asked questions: cross sectional study. *BMJ* 2003; 327:1144-6.
20. Bennett IM, Coco A, Coyne JC, et al. Efficiency of a two-item pre-screen to reduce the burden of depression screening in pregnancy and postpartum: an IMPLICIT network study. *J Am Board Fam Med* 2008; 21:317-25.
21. Corson K, Gerrity MS, Dobscha SK. Screening for depression and suicidality in a VA primary care setting: 2 items are better than 1 item. *Am J Manag Care* 2004; 10:839-45.
22. Gjerdingen D, Crow S, McGovern P, Miner M, Center B. Postpartum depression screening at well-child visits: validity of a 2-question screen and the PHQ-9. *Ann Fam Med* 2009; 7:63-70.
23. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The Patient Health Questionnaire-2: validity of a two-item depression screener. *Med Care* 2003; 41:1284-92.
24. Li C, Friedman B, Conwell Y, Fiscella K. Validity of the Patient Health Questionnaire 2 (PHQ-2) in identifying major depression in older people. *J Am Geriatr Soc* 2007; 55:596-602.
25. Lowe B, Kroenke K, Grafe K. Detecting and monitoring depression with a two-item questionnaire (PHQ-2). *J Psychosom Res* 2005; 58:163-71.
26. McManus D, Pipkin SS, Whooley MA. Screening for depression in patients with coronary heart disease (data from the Heart and Soul Study). *Am J Cardiol* 2005; 96:1076-81.
27. Mishina H, Hayashino Y, Fukuhara S. Test performance of two-question screening for postpartum depressive symptoms. *Pediatr Int* 2009; 51:48-53.
28. Mitchell AJ, Coyne JC. Do ultra-short screening instruments accurately detect depression in primary care? A pooled analysis and meta-analysis of 22 studies. *Br J Gen Pract* 2007; 57:144-51.
29. Olson AL, Dietrich AJ, Prazar G, Hurley J. Brief maternal depression screening at well-child visits. *Pediatrics* 2006; 118:207-16.
30. Pedersen SS, Denollet J, de Jonge P, Simsek C, Serruys PW, van Domburg RT. Brief depression screening with the PHQ-2 associated with prognosis following percutaneous coronary intervention with paclitaxel-eluting stenting. *J Gen Intern Med* 2009; 24:1037-42.
31. Whooley MA, Avins AL, Miranda J, Browner WS. Case-finding instruments for depression. Two questions are as good as many. *J Gen Intern Med* 1997; 12:439-45.
32. Cutler CB, Legano LA, Dreyer BP, et al. Screening for maternal depression in a low education population using a two item questionnaire. *Arch Womens Ment Health* 2007; 10:277-83.
33. *Diagnostic and Statistical Manual on Mental Disorders (DSM-IV)*, Fourth ed. Washington, DC: American Psychiatric Press; 1994.
34. Soroka M, Krumholz D, Bennett A. The practice of optometry: National Board of Examiners in Optometry survey of optometric patients. *Optometry* 2006; 77:427-37.
35. Soroka M, Krumholz D, Bennett A. The practice of optometry: National Board of Examiners in Optometry survey of optometric patients. *Optom Vis Sci* 2006; 83:625-36.
36. Spitzer R, Williams J, Gibbon M, First M. The Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID). *Arch Gen Psychiatry* 1992; 49:624-9.