

## Devenir de la dépression en médecine générale, traitée et non traitée.

La dépression est insuffisamment reconnue parmi les consultants de médecine générale<sup>1</sup>. Quelles en sont les conséquences ? Les patients non reconnus ont-ils une évolution moins bonne. Parmi les patients reconnus, quels sont les effets des divers traitements ? Une étude de l'OMS a tenté d'apporter des données<sup>2</sup>.

L'étude a suivi pendant un an 640 patients sélectionnés à partir d'un questionnaire d'évaluation de la dépression dans 15 centres de divers pays. Les malades étant soignés librement par leur généraliste. Ils étaient répartis en 4 groupes selon qu'ils recevaient des antidépresseurs (85), des sédatifs (71), aucun psychoactif (161) ou n'avaient pas été reconnus comme dépressifs (323).

L'objectif était de comparer l'état initial, à 3 mois et à un an selon que la dépression était reconnue ou non, et selon les modalités de traitement.

Les résultats montrent peu ou pas de différence entre les groupes:

**Dépansions reconnues vs non reconnues:** les non reconnues étaient initialement moins sévères: moins de symptômes de dépression, troubles plus récents,

moins d'idées suicidaires. A un an, le taux d'amélioration était sensiblement le même dans les deux groupes, et 48% gardaient des signes dépressifs ou psychiques

**Psychotropes vs pas de psychotropes:** les dépressions non traitées avec des psychotropes étaient moins sévères: score plus bas, moins de symptômes; mais autant de jours d'incapacité. A un an les résultats entre les deux groupes étaient similaires.

**Antidépresseurs vs sédatifs:** initialement les deux groupes étaient comparables notamment en termes de sévérité. A 3 mois, le groupe antidépresseur avait significativement moins de symptômes et d'idées suicidaires; il n'y avait pas de différence pour les jours d'incapacité. A un an les différences avaient disparu, et 60% des malades avaient encore des troubles dépressifs ou psychiques.

**Cette étude ne montre pas de différence significative** de résultats sur l'état de santé selon que la dépression est reconnue ou non et selon les modalités de traitement. Mais l'étude a d'importantes limites: nombre de patients suivis, disparité des centres, étude d'observation. Elle est en contradiction avec deux études signalées dans les recommandations anglaises de 1992<sup>3</sup>, mais en concordance avec une étude américaine de 1995<sup>4</sup> montrant un résultat identique à un an entre dépressions reconnues ou non.

Que conclure ? **Si le bénéfice des antidépresseurs est prouvé** par les études contrôlées, un certain nombre de données peuvent **expliquer l'incertitude des bénéfices** souvent constatée:

- **Des doses insuffisantes:** les essais ont prouvé l'efficacité avec 125 à 150 mg d'amitriptyline ou équivalent. Mais les patients sont souvent réticents à prendre des antidépresseurs et les généralistes hésitent à les prescrire à ces doses<sup>5</sup>. Si des doses inférieures peuvent être efficaces dans des cas individuels<sup>6</sup>, il n'y a pas de preuves scientifiques<sup>3</sup>. dans un domaine où l'effet placebo est important.

- **Une durée insuffisante** de traitement: 4 à 6 mois sont recommandés<sup>4,6</sup>. Le défaut d'observance et des durées trop brèves de traitement peuvent expliquer la similitude des résultats traités-non traités à un an.

- **Une interprétation difficile** des résultats: 25 à 30% d'évolution bénéfique, parfois nettement plus, sous placebo (contre 60% avec les antidépresseurs), un bénéfice identique d'une psychothérapie simple (mais demandant du temps) et des antidépresseurs dans plusieurs études<sup>7</sup>.

- **Une non-appréciation de la sévérité** de la dépression. Les données internationales récentes (DSMIV, CIM10) ont réuni les dépressions dans le cadre général de la "dépression majeure", sans préjuger de la sévérité ou de l'origine. Les études semblent montrer que les dépressions méconnues et les dépressions non traitées par les antidépresseurs sont de moindre sévérité. Des critères de sévérité, la prise en compte du caractère réactionnel, semblent nécessaires pour définir une stratégie devant une dépression en médecine générale<sup>5</sup>. Des études devraient mieux définir le seuil de sévérité pour lequel les antidépresseurs seraient le meilleur traitement, et celui pour lequel la psychothérapie du généraliste peut être suffisante<sup>5</sup>.

1 - Bibliomed. Prévalence et reconnaissance de la dépression en médecine générale. Bibliomed 2000;170

2 - Goldberg D. et al The effects of detection and treatment on the outcome of major depression in primary care: a naturalistic study in 15 cities. Brit J Gen Pract. 1998;48:1840-1844

3 - Paisket ES et al Recognition and management of depression in general Practice: consensus management. Br Med J. 1992;305:1198-1202

4 - Simon GA, VonKorff M. Recognition, management and outcomes of depression in primary care. Arch Fam Med. 1995; 4:99-105

5 - Kendrick T. Why can't GPs follow guidelines on depression. Br Med J. 2000;320:200-201

6 - Andem. Médicaments antidépresseurs. Recommandations et références médicales. in Concours Médical 1996;42:3-14

7 - Mynors-Wallis L et al Randomised controlled trial of problem solving treatment, antidepressant medication, and combined treatment for major depression in primary care. Br Med J. 2000;320:26-30

**Mots-clé:** dépression, diagnostic, médecine générale, antidépresseur, psychothérapie, pronostic.

*Numéro 174 du 24 février 2000*

Les articles cités peuvent être fournis (contre paiement des frais de reproduction et d'envoi)