

Diminuer le fardeau de la dépression

Construire des villages pour coordonner les soins

Kenneth B. Wells, MD, MPH

Jeanne Miranda, PhD

DANS CE NUMERO DU JAMA, WANG ET ALI FOURNISSENT LA PREUVE que la mise en place de programmes de soins de la dépression par la prise en charge de la santé comportementale, avec un soutien de l'employeur, peut améliorer le pronostic clinique, le maintien de l'emploi et l'efficacité des heures travaillées par rapport aux soins habituels. Les programmes encouragent les travailleurs déprimés à apprendre et à utiliser des traitements de la dépression basés sur les preuves, à soutenir les praticiens à suivre les recommandations pratiques et à offrir des conseils téléphoniques et des manuels d'aide pratique. La valeur financière de l'augmentation du temps de travail à l'aide d'un programme dépasse les coûts directs d'intervention et probablement dépasse ou est dans la limite de l'augmentation des coûts dus à une utilisation plus importante des soins mentaux sous traitement. Alors que des évaluations formelles de la rentabilité et du retour sur investissement pour l'employeur sont en cours, il semble être dans l'intérêt de nombreux employeurs de mettre en place ces programmes pour protéger leurs investissements et la productivité des travailleurs qu'ils ont recrutés et formés.

Ces observations doivent être évaluées dans le cadre de faits simples, mais interrogateurs sur la dépression. Les troubles cliniques dépressifs sont parmi les plus prévalents parmi les pathologies médicales majeures, affectant environ 16% des adultes au cours de leur vie.² En raison de la prévalence élevée, de l'âge précoce du début (contrairement à d'autres troubles dégénératifs qui surviennent après l'âge de la parenté et des responsabilités professionnelles), et du fort impact sur l'état fonctionnel, les troubles dépressifs sont des facteurs contributifs majeurs de handicap à travers le monde.³ Les troubles dépressifs sont largement curables, mais souvent demeurent non reconnus et non traités.^{4,5} Alors qu'un nombre de programmes efficaces fait la promotion d'une utilisation plus importante de traitements dans le contexte d'une

délivrance adaptée, en particulier dans la pratique de soins médicaux primaires, ces programmes ne sont pas encore largement mis en place.⁶⁻¹³ Aussi, la technologie est disponible pour traiter cette pathologie handicapante, mais les systèmes de soins américains ont échoué et n'ont pas gagné aucun bénéfice de la technologie permettant de diminuer les conséquences personnelles ou sociétales de la dépression.

L'approche interventionnelle dans l'étude de Wang et al¹ peut être définie comme « la construction d'un village » de plans de santé, de médecins et de ressources qui entourent les personnes déprimées avec des opportunités pour apprendre des éléments sur les soins et s'engager dans des soins basés sur les preuves médicales, pour prendre part à un ensemble soigneux de besoins thérapeutiques et d'options de mise en place spécifiques d'un contexte. Cette approche a généralement prouvé son efficacité dans les soins primaires,¹⁴ et les efforts substantiels de proximité reflètent ceux de l'étude WECare study¹⁵ démontrant que les traitements de la dépression sont efficaces pour les femmes à faible revenu et appartenant à des minorités. Dans l'étude de Wang et al, les correspondants téléphoniques de la compagnie prenant en charge la santé comportementale offraient des conseils et communiquaient des recommandations aux praticiens, une extension de leur rôle habituel.¹ Dans l'étude Partners in Care,^{14,16} des infirmières de soins primaires étendaient leurs capacités de prise en charge de la maladie pour inclure l'évaluation, l'éducation et le suivi de la dépression. Dans les deux études, les patients et les praticiens étaient libres d'utiliser ou ne pas utiliser les ressources de l'étude selon leurs préférences.^{1,14} Ces interventions ont l'avantage de préserver le contexte naturaliste des systèmes de délivrance des soins, pouvant faciliter par exemple la transposition des observations en une évolution. Les interventions dans les deux études ont obtenu en gros les mêmes résultats: un gain de 10 points en pourcentage dans l'utilisation d'un traitement approprié et dans la récupération de la dépression sur une année, de

Affiliations des auteurs : Department of Psychiatry and Biobehavioral Sciences, University of California, Los Angeles.

Correspondance : Kenneth B. Wells, MD, MPH, UCLA, 10920 Wilshire Blvd, Suite 300, Los Angeles, CA 90024 (kwells@ucla.edu).

Voir aussi p 1401.

même qu'en gros deux semaines de plus de jours travaillés dans une année dans l'étude Wang et al et un mois sur deux ans dans Partners in Care.^{1,14,17}

Les interventions dans la dépression ont de nombreux avantages pour les individus, leur famille et leurs amis, leurs employeurs et la société, enfin sur l'amélioration des symptômes individuels. Comme la dépression des mères s'améliore avec le suivi des soins, par exemple, leurs enfants participent aussi positivement à l'amélioration de la santé mentale.¹⁸ L'étude de Wang et al¹ démontre que le traitement de la dépression augmente la productivité et peut diminuer les pertes économiques dues à la dépression pour les employés et les employeurs. Si ces gains dépassent les coûts de fourniture des interventions et des traitements, il y a de "l'argent sur la table" pour les personnes concernées qui peut être utilisé pour payer les interventions. Pourquoi alors de nombreux individus déprimés endurent-ils leur maladie sans être soignés ?

Un obstacle aux soins est que la dépression affecte la motivation et la cognition, rendant difficile à de nombreuses personnes déprimées le fait de réaliser qu'ils ont besoin de soins et pour les obtenir sans les soins de proximité fournis par les infirmières ou les professionnels de santé. Les membres de la famille peuvent aussi ne pas identifier une dépression et avoir la connaissance des soins appropriés. Ceci suggère que des opportunités pour améliorer l'accès aux soins devraient être incorporées dans une infrastructure disponible pour les personnes potentiellement déprimées, comme dans des environnements de soins primaires. Toutefois, la connaissance des effets du traitement sur les coûts sociaux comme la productivité peuvent ne pas apporter une stimulation suffisante pour les praticiens et pour les plans de santé destinés à améliorer les soins, car ils ne font pas nécessairement face aux conséquences financières immédiates dues aux modifications des patients en termes de productivité ou peuvent ne pas suivre ce critère. Cependant, la plupart des soins privés de santé aux Etats-Unis sont financés par des assurances soutenues par l'employeur. Des contributions directes pour les petits employeurs leur offrent un intérêt à promouvoir les soins dans la dépression, indépendamment des obligations politiques ou d'autres motifs comme la réponse à la demande des employés.

D'autres personnes impliquées, y compris les décideurs et le public, peuvent bénéficier de l'amélioration des soins dans la dépression par une augmentation d'une taxe de base pour les employés qui travaillent plus ou d'une amélioration globale de l'économie. Il est toutefois difficile dans l'environnement politique des Etats-Unis d'utiliser les gains économiques d'un secteur tel que le marché du travail comme levier pour soutenir une amélioration des soins de santé. Toutefois certaines modifications politiques

pourraient être mises en place pour mieux aligner l'intérêt à déployer les programmes de traitement de la dépression chez les diverses personnes impliquées et pour éviter de miner les objectifs de ces programmes, par exemple en excluant le traitement de la dépression de la couverture de l'Assurance santé en changeant de travail ou d'assurance sur la base de l'existence d'une histoire récente de traitement d'une dépression dans un programme de prise en charge de la dépression soutenu par un employeur. Avec une telle politique aussi mal avisée, le risque de perdre la couverture servirait comme un déterrent majeur lors de la recherche de soins.

Le besoin de coordonner la mise en place et la politique suggère d'étendre le concept de "village", qui inclut non seulement des interventions toutes prêtes, mais aussi des efforts coordonnés chez les personnes concernées. Il est peut-être vrai que la personne concernée ayant le plus de possibilité d'influencer la distribution des services pour la plupart des américains est l'employeur, mais des modifications plus larges et plus profondes de l'accès aux soins de la dépression peuvent cependant nécessiter un effort concerté auprès des parties affectées afin de délivrer des programmes qui s'adressent aux problèmes personnels et publics et pour fournir un accès aux traitements de la dépression avec des politiques qui facilitent l'utilisation de ces traitements et ne pénalisent pas les individus qui les utilisent. Les études comme celles de Wang et al¹ soutiennent fortement ces solutions intégrées.

La façon exacte de mettre en place les programmes destinés à améliorer la dépression peut affecter la distribution des bénéfices—un problème important compte tenu des preuves de disparités dans la qualité des soins de la dépression et du potentiel des programmes pratiques à surmonter les différences dans les résultats de la prise en charge de la dépression.^{15,19} Les développeurs d'interventions et de politiques devraient envisager les implications de leur concepts pour inclure des groupes mal desservis pouvant ne pas chercher de soins de santé comportementale. En dépit des efforts intenses de Wang et al¹ pour atteindre les employés en général, la majorité des personnes avait déjà pris des renseignements sur les soins ambulatoires. L'apprentissage pour optimiser les gains personnels et sociétaux en améliorant la qualité des soins de la dépression dans les différentes communautés par l'employeur, la pratique et des programmes se basant sur la communauté et les modifications de la politique doivent faire partie d'un nouvel agenda pour une action se basant sur les preuves. Comme le déclarait récemment un participant de la communauté du programme Witness for Wellness: "La dépression est l'affaire de chacun."²⁰

Liens financiers : Aucun déclaré.

Financement/Soutien : Cet éditorial a bénéficié du soutien d'une bourse NIMH

P30 MH068639 et R01 MH061570-04.

Autres contributions : Nous remercions le Dr Michael Schoenbaum (NIMH) pour ses commentaires précieux.

REFERENCES

1. Wang PS, Simon GE, Avorn J, et al. Telephone screening, outreach, and care management for depressed workers and impact on clinical and work productivity outcomes: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2007;298(12):1401-1411.
2. 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(23):3095-3105.
3. Murray CJ, Lopez AD. *The Global Burden of Disease: A Comprehensive Assessment of Mortality and Disability From Disease, Injuries, and Risk Factors in 1990 and Projected to 2020*. Boston, MA: The Harvard School of Public Health on behalf of the World Health Organization and the World Bank; 1996.
4. Wang PS, Berglund P, Kessler RC. Recent care for common mental disorders in the United States: prevalence and conformance with evidence-based recommendations. *J Gen Intern Med*. 2000;15(5):284-292.
5. Young AS, Klap R, Sherbourne CD, Wells KB. The quality of care for depressive and anxiety disorders in the United States. *Arch Gen Psychiatry*. 2001;58(1):55-61.
6. Gilbody S, Whitty P, Grimshaw J, Thomas R. Educational and organizational interventions to improve the management of depression in primary care: a systematic review. *JAMA*. 2003;289(23):3145-3151.
7. Katon W, Von Korff M, Lin E, et al. Collaborative management to achieve treatment guidelines: impact on depression in primary care. *JAMA*. 1995;273(13):1026-1031.
8. Rost K, Nutting P, Smith J, Werner J, Duan N. Improving depression outcomes in community primary care practice. *J Gen Intern Med*. 2001;16(3):143-149.
9. Unützer J, Katon W, Callahan CM, et al. Collaborative care management of late-life depression in the primary care setting: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2002;288(22):2836-2845.
10. Hunkeler EM, Meresman JF, Hargreaves WA, et al. Efficacy of nurse telehealth care and peer support in augmenting treatment of depression in primary care. *Arch Fam Med*. 2000;9(8):700-708.
11. Simon GE, Ludman EJ, Tutty S, Operskalski B, Von Korff M. Telephone psychotherapy and telephone care management for primary care patients starting antidepressant treatment: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2004;292(8):935-942.
12. Asarnow JR, Jaycox LH, Duan N, et al. Effectiveness of a quality improvement intervention for adolescent depression in primary care clinics: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2005;293(3):311-319.
13. Bruce ML, Ten Have TR, Reynolds CF, et al. Reducing suicidal ideation and depressive symptoms in depressed older primary care patients: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2004;291(9):1081-1091.
14. Wells KB, Sherbourne CD, Schoenbaum M, et al. Impact of disseminating quality improvement programs for depression in managed primary care: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2000;283(2):212-220.
15. Miranda J, Chung JY, Green BL, et al. Treating depression in predominantly low-income young minority women: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2003;290(1):57-65.
16. Wells K, Sherbourne C, Schoenbaum M, et al. Five-year impact of quality improvement for depression: results of a group-level randomized controlled trial. *Arch Gen Psychiatry*. 2004;61(4):378-386.
17. Schoenbaum M, Unützer J, Sherbourne C, et al. Cost-effectiveness of practice-initiated quality improvement for depression: results of a randomized controlled trial. *JAMA*. 2001;286(11):1325-1330.
18. Weissman MM, Pilowsky DJ, Wickramaratne PJ, et al. Remissions in maternal depression and child psychopathology: a STAR*D child report. *JAMA*. 2006;295(12):1389-1398.
19. Wells K, Sherbourne C, Duan N, et al. Quality improvement for depression in primary care: do patients with subthreshold depression benefit in the long run? *Am J Psychiatry*. 2005;162(6):1149-1157.
20. Bluthenthal RN, Jones L, Fackler-Lowrie N, et al. Witness for Wellness: preliminary findings from a community-academic participatory research mental health initiative. *Ethn Dis*. 2006;16(1)(suppl 1):S18-S34.