

La dépression majeure en première ligne

Les impacts cliniques
des stratégies
d'intervention

Une revue de la littérature

Mélanie Kavanagh, Ph. D.
Clément Beaucage, M.D., FRCP (C)
Lise Cardinal, M.D., FRCP (C)
Denise Aubé, M.D., FRCP (C)

Juillet 2006



- Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale
- Institut national de santé publique

Vous pouvez vous procurer ce document au coût de 16,05 \$ incluant la TPS et les frais postaux en faisant parvenir votre chèque à l'ordre de l'ASSS de la Capitale-Nationale – DRSP au :

**Centre de documentation
Direction régionale de santé publique de la Capitale-Nationale
2400, avenue D'Estimauville
Beauport (Québec) G1E 7G9
Téléphone : (418) 666-7000, poste 217
Télécopieur : (418) 666-2776
Courrier électronique : sbelanger@ssss.gouv.qc.ca**

Dépôt légal : Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2006

Dépôt légal : Bibliothèque et Archives Canada, 2006

ISBN-13 : 978-2-89496-276-3

ISBN-10 : 2-89496-276-2

Le document est accessible en ligne aux adresses suivantes :

<http://www.dspq.qc.ca/asp/listPublication.asp>

<http://www.inspq.qc.ca>

Cette publication a été versée dans la banque SANTÉCOM.

Citation suggérée :

KAVANAGH, M., C. BEAUCAGE, L. CARDINAL et D. AUBÉ. *La dépression majeure en première ligne : les impacts cliniques des stratégies d'intervention – Revue de la littérature*, Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, Direction régionale de santé publique, et Institut national de santé publique du Québec, 2006, 109 pages.

RÉSUMÉ

DANS QUEL CONTEXTE S'INSCRIT LA PRÉSENTE ÉTUDE ?

À l'origine de ce travail, on trouve la volonté de l'Institut national de santé publique du Québec et de la Direction régionale de santé publique de la Capitale-Nationale de faire le point sur l'état des connaissances relatives aux impacts cliniques de certaines stratégies d'intervention visant l'amélioration des services offerts aux personnes atteintes de dépression majeure consultant en première ligne. Cette préoccupation s'inscrit dans un contexte de questionnement, tant à l'échelle provinciale que régionale, sur les modalités d'intervention dont l'impact s'est avéré significatif sur l'état de santé mentale (*outcomes*) des personnes atteintes de dépression majeure. À cet effet, la recension de nombreuses études récentes sur le sujet apparaît comme un prérequis.

QUELS SONT LES ÉLÉMENTS IMPORTANTS DU PROBLÈME EN CAUSE ?

La dépression majeure est un problème de santé mentale fréquent dans la population en général et une source importante d'incapacité et de souffrance pour la personne atteinte. Cette maladie fait également porter un lourd tribut aux familles et aux proches de ces personnes et à leur communauté. Les professionnels de la santé les plus souvent consultés par les personnes atteintes de troubles mentaux sont les omnipraticiens. Plus de 50 % des visites effectuées pour troubles mentaux concernent les troubles de l'humeur; la prévalence de la dépression majeure en première ligne serait de 5 % à 9 %. Toutefois, la littérature met en évidence une difficulté à déceler la dépression majeure en première ligne et à intervenir adéquatement.

À la lumière des connaissances cliniques actuelles, il se dégage que la dépression majeure doit être considérée comme un trouble récurrent qui évolue fréquemment vers la chronicité. De plus, les facteurs pronostics qui influent sur l'évolution clinique des personnes atteintes invitent fortement à une révision des objectifs thérapeutiques, allant jusqu'à viser une rémission des symptômes dépressifs et le rétablissement de l'ensemble des dimensions du fonctionnement de l'individu. La prise en compte des nouvelles connaissances acquises oblige à redéfinir également les stratégies d'intervention pour le traitement des personnes atteintes.

QUEL EST L'OBJECTIF DE CETTE REVUE DE LA LITTÉRATURE ?

La présente revue de la littérature vise à présenter les résultats d'une analyse systématique des études publiées entre janvier 1998 et décembre 2005 inclusivement, portant sur les impacts cliniques de stratégies d'intervention visant l'amélioration des services offerts aux personnes atteintes de dépression majeure consultant en première ligne.

QUELLE A ÉTÉ LA MÉTHODE UTILISÉE ?

La recension des écrits a été réalisée à partir des banques de données informatisées *Medline*, *PsycINFO*, *Social Work Abstracts*, *Sociological Abstracts* et *Social Sciences*, à l'aide des descripteurs (*Mesh*) *depression* et *primary health care*. Les articles retenus : 1) sont publiés en anglais ou en français; 2) utilisent un devis expérimental ou quasi expérimental, de cohorte ou de cas-témoins; 3) définissent comme population ciblée par l'intervention soit les intervenants de première ligne, soit les personnes présentant une dépression majeure (selon les critères du DSM-III-R/-IV ou CIM-9/-10) consultant en première ligne; 4) portent sur des mesures de changements cliniques (*outcomes*).

QUELLES SONT LES CARACTÉRISTIQUES DES STRATÉGIES SUR LESQUELLES PORTENT LES ÉTUDES ?

Les études recensées (n=48) présentent des stratégies d'intervention dont le degré de complexité est variable. Ces stratégies, présentées selon un ordre croissant de complexité, ont été regroupées en six catégories : 1) l'utilisation d'outils d'aide à la détection de la dépression (n=1); 2) l'éducation du

médecin de première ligne (n=3); 3) les programmes téléphoniques ou électroniques (n=3); 4) les soins en étapes (*stepped-care*), caractérisés par une prise en charge professionnelle modulée selon la gravité de l'état dépressif et la réponse au traitement, visant l'utilisation optimale de ressources limitées par le recours à des algorithmes décisionnels, au monitoring systématique et à la coordination étroite entre le gestionnaire de cas (*case manager*) et les prestataires de soins spécialisés pour les cas les plus graves (n=1); 5) les programmes standardisés d'amélioration de la qualité des soins, caractérisés par la mise en place d'interventions éducatives et organisationnelles visant la détection et la prise en charge de la dépression majeure, telles l'éducation des patients et l'utilisation de leaders d'opinion, l'utilisation d'outils de dépistage et de suivi des patients, la gestion de cas (*case management*) par l'infirmière et, enfin, l'intégration des soins spécialisés (n=10); 6) les soins en collaboration, caractérisés par la structuration des soins selon une approche de maladie chronique et impliquant la participation de tous les acteurs (patients, omnipraticiens, spécialistes), le soutien à la prise de décision à l'aide de guides de pratiques et d'algorithmes décisionnels, la présence d'un gestionnaire de cas non médical, un suivi proactif et une facilité d'accès aux spécialistes (n=30).

GLOBALEMENT ET SELON LES STRATÉGIES UTILISÉES, QUELS SONT LES RÉSULTATS OBTENUS ?

La majorité des études retenues utilisent un devis expérimental. Quarante-quatre comportent une randomisation. Dans le contexte où l'on veut démontrer l'efficacité d'une intervention en la comparant à une autre, ce type d'études permet habituellement d'obtenir des données de haute qualité.

Les changements cliniques mesurés chez les exposés et les non exposés à l'intervention dans les différentes études sont : la réduction des symptômes dépressifs, la réponse au traitement, la rémission et le fonctionnement de la personne. Plusieurs études ont simultanément recours à plus d'une mesure de changements. Dans toutes les études, le groupe non exposé correspond aux sujets recevant les soins habituels (*usual care*).

On entend par réduction des symptômes une diminution de la symptomatologie mesurée à partir d'un questionnaire standardisé portant sur les symptômes liés à la dépression majeure, sans qu'ait été prédéterminé un seuil d'amélioration. La réponse au traitement implique, quant à elle, la diminution de la symptomatologie, soit la réduction d'au moins 50 % du score initial établi à partir d'un questionnaire standardisé portant sur les symptômes liés à la dépression majeure. Finalement, la rémission se caractérise par l'absence de symptômes dépressifs cliniquement significatifs. Elle est mesurée par l'atteinte d'un seuil absolu par le biais d'un questionnaire standardisé portant sur les symptômes liés à la dépression majeure.

Trente-huit études (n=38) ont été retenues pour une analyse des résultats selon les impacts cliniques mesurés. On les retrouve dans les catégories de stratégies d'intervention plus complexes (multimodales, *multifaced*). Parmi les 26 études qui font référence à la **réduction des symptômes dépressifs**, 19 mettent en évidence une amélioration de la symptomatologie dépressive plus grande chez les exposés, significative au plan statistique. Cette amélioration apparaît plus marquée chez les sujets dont le traitement débute au moment du recrutement que chez les sujets déjà sous traitement.

Quatorze études abordent la **réponse** au traitement comme mesure d'impacts cliniques. La moitié d'entre elles (n=7/14), d'une durée d'observation variant de 3 à 19 mois, ne démontrent aucune différence significative entre les groupes exposés et non exposés à l'intervention. Pour les 7 autres études, à l'exception d'une étude d'une durée de 12 mois, la durée maximale d'observation est de 6 mois. On y mesure l'importance de l'impact de l'intervention en calculant la différence entre la proportion des personnes ayant répondu au traitement chez les exposés et cette même proportion chez les non exposés. Cette différence varie de 8 % à 46 %.

Dix-neuf études abordent la **rémission** comme mesure d'impacts cliniques. Moins de la moitié (n=8/19) ne font état d'aucune différence significative entre les groupes exposés et non exposés à l'intervention. La durée de ces études varie de 3 à 24 mois. Pour les 11 autres études, les durées d'observation sont en général plus longues, allant de 3 mois à 57 mois. On y mesure l'importance de l'impact de l'intervention

en faisant la différence entre la proportion des personnes considérées comme étant en rémission chez les exposés et cette même proportion chez les non exposés. La différence observée varie de 10 % à 35 %.

Une autre façon d'apprécier l'importance de ces différences consiste à estimer le nombre de sujets déprimés qui doivent être exposés à l'intervention pour obtenir 1 réponse ou 1 rémission de plus que chez le groupe non exposé (recevant les soins habituels). Dans le cas de la réponse au traitement, ce ratio varie de 10:1 à 2,2:1 alors que pour la rémission, il varie de 10:1 à 3:1. Ces résultats sont d'autant plus intéressants que la dépression majeure est un trouble mental à prévalence relativement élevée. À titre d'exemple, la littérature rapporte que, pour le traitement de l'hypertension artérielle diastolique (115 à 129 mm Hg) destiné à prévenir un accident vasculaire cérébral, un infarctus du myocarde ou un décès, un ratio de 9:1 est jugé acceptable et justifie l'intervention.

Vingt-trois études abordent le **fonctionnement** global de l'individu sous différentes dimensions : la limitation des activités physiques due à des problèmes de santé, la limitation des activités sociales due à des problèmes physiques ou émotionnels, la limitation des activités en lien avec les rôles habituels dus à des problèmes de santé physique ou émotionnels, la perception de la douleur, la détresse psychologique et le sentiment de bien-être, la vitalité, la perception de l'état de santé, le maintien de l'emploi, etc. Sept (n=7/23) études traitant du fonctionnement de la personne ne démontrent aucun effet des interventions sous l'une ou l'autre des dimensions étudiées. Les autres présentent des différences significatives au plan statistique, en faveur des sujets du groupe exposé à l'intervention. Les études portant sur des dimensions du fonctionnement de la personne fournissent peu d'information permettant de juger de la signification clinique de ces résultats pour les populations concernées. De plus, en raison de l'inconsistance des résultats et de la grande variété des dimensions explorées, il est difficile de dégager des constats à portée plus générale. On peut aussi raisonnablement penser que certaines dimensions du fonctionnement sont susceptibles de se modifier à plus long terme (ex. : la vitalité, la reprise de l'ensemble des rôles, le sentiment de bien-être). Étant donné la durée relativement courte des études considérées, il est difficile de conclure sur l'impact des différentes stratégies d'intervention sur le fonctionnement de la personne atteinte.

QUELLES COMPOSANTES SPÉCIFIQUES DES STRATÉGIES D'INTERVENTION UTILISÉES ONT UN IMPACT SUR LES EFFETS OBSERVÉS ?

Peu d'études portant sur des modèles d'intervention plus complexes tentent de cerner les effets relatifs de l'une ou l'autre composante des stratégies. Une étude récente compare un programme de soins de la dépression (dont une activité de suivi systématique) et le suivi systématique seul. Ne comportant pas de groupe contrôle de type *usual care*, cette étude n'a pas été retenue dans la présente revue de la littérature. Elle ne permet pas de porter un jugement sur l'efficacité des programmes mais de soulever des hypothèses sur les composantes particulièrement efficaces des interventions. Ainsi, les chercheurs rapportent une amélioration de la symptomatologie dans les deux groupes mais ils n'ont pas observé de différence entre les deux groupes au regard des changements cliniques mesurés (réponse et rémission). Les auteurs en déduisent donc que le suivi systématique est une stratégie qui en elle-même pourrait avoir le potentiel d'améliorer les résultats cliniques. Une autre étude, celle-là répertoriée dans cette revue de la littérature, présente un gradient d'efficacité entre trois groupes étudiés (soins habituels, suivi systématique de type *case management*, suivi systématique de type *case management* + psychothérapie). Les auteurs concluent à la supériorité de la troisième approche sans pouvoir déterminer si des aspects particuliers de la psychothérapie ont eu un impact positif (ex. : contenu de la psychothérapie, contacts téléphoniques réguliers et fréquents). Il est possible également que ce soit la synergie des différentes composantes de la troisième intervention qui soit en cause. Il est par conséquent difficile de se prononcer sur les ingrédients clés, plus spécifiquement responsables des effets observés. Par ailleurs, les modèles complexes d'interventions au regard de la dépression majeure s'apparentent à d'autres modèles bien connus dans le domaine des maladies chroniques (ex. : maladies pulmonaires obstructives chroniques, diabète, hypertension artérielle) où, de plus en plus, le suivi systématique apparaît comme une condition de succès.

Les études présentent également des résultats sur un certain nombre de paramètres qui ne sont pas des mesures de changements cliniques, mais qui sont en lien avec le processus de mise en œuvre des interventions, comme l'observance à la médication. Celle-ci a été mesurée dans 22 études. Dans la majorité d'entre elles, on rapporte une augmentation de l'observance chez les patients. Il s'agit le plus souvent d'études sur les soins en collaboration ou sur des programmes standardisés d'amélioration de la qualité des soins. Ces études suggèrent en outre que l'effet bénéfique de ces interventions sur l'observance se maintient dans le temps. Par ailleurs, parmi ces études, une seule a cherché à démontrer un lien entre l'observance à la médication et la réduction de la symptomatologie dépressive et s'est avérée positive.

GLOBALEMENT, QUELLES STRATÉGIES D'INTERVENTION SONT LES PLUS PROMETTEUSES ?

On observe que les soins en étapes, les programmes standardisés de l'amélioration de la qualité des soins ou les soins en collaboration, des stratégies d'intervention présentant un niveau plus élevé de complexité (multimodales, *multifaced*), semblent offrir un certain potentiel d'efficacité pour améliorer la symptomatologie dépressive et le fonctionnement de la personne. Par ailleurs, les quelques études ayant porté sur les outils d'aide à la détection de la dépression, l'éducation du médecin de première ligne ou les programmes téléphoniques ou électroniques sans intervenant ne permettent pas de conclusion sur leur impact (faible nombre d'études et résultats divergents). Concernant la nature des effets, il apparaît qu'à court terme, on observe des effets bénéfiques principalement sur la symptomatologie dépressive (diminution des symptômes, réponse au traitement ou rémission). À moyen terme, on rapporte davantage d'effets positifs sur le fonctionnement des personnes et sur leur qualité de vie.

QUELS SONT LES MESSAGES À RETENIR AU PLAN DE L'ORGANISATION DES SERVICES ?

Parmi les stratégies plus complexes et qui apparaissent plus efficaces, on trouve, selon le cas, le travail en équipe multidisciplinaire, la formation des intervenants sur la détection et le traitement de la dépression majeure, l'utilisation de guides de pratique, un plus grand partage des tâches et la mise en place de mécanismes de suivi. Ce suivi est centré sur l'une ou l'autre des activités suivantes : la relance, la psychoéducation, le maintien de l'observance, l'utilisation de stratégies de résolution de problèmes, et la prévention et la gestion de crises psychosociales. De plus, on peut y intégrer des mécanismes efficaces de rétroaction entre intervenants de première ligne d'une part et entre intervenants de première et deuxième lignes d'autre part. Les stratégies qui semblent plus efficaces engendrent des coûts supérieurs à ceux des soins habituels; ces coûts supplémentaires pourraient toutefois être jugés raisonnables compte tenu des effets bénéfiques obtenus.

QUELLES SONT LES PISTES PRIORITAIRES POUR LES RECHERCHES À VENIR ?

Quatre questions exigent un regard prioritaire au plan de la recherche. Premièrement, dans la foulée de travaux récents utilisant des devis de type *naturalistic*, les études devraient de plus en plus porter sur les impacts cliniques des stratégies d'intervention qui seraient appliquées à des clientèles représentatives des populations réelles atteintes de dépression majeure consultant en première ligne. En plus de favoriser les préférences des sujets quant aux approches thérapeutiques proposées, ces études devraient prendre place dans des environnements cliniques mettant le plus possible à contribution les ressources déjà disponibles.

Deuxièmement, en faisant porter la recherche sur la détermination des composantes les plus bénéfiques pour les patients, on arriverait à concentrer les investissements sur ces conditions de succès, donc à contrôler les coûts d'implantation des stratégies et à améliorer le rapport coût/efficacité.

Troisièmement, il est clair que la durée des études inventoriées dans cette revue de la littérature constitue une limite à l'évaluation des impacts cliniques à moyen et long termes (plus de 12 mois). Des études plus longues permettraient de porter un jugement plus concluant sur la pérennité des effets; une extension de la période d'observation rendrait possible, entre autres, la mesure des différentes dimensions du fonctionnement de la personne.

Enfin, il est à noter que les études publiées n'abordent le plus souvent que quelques-uns des facteurs déterminants de l'évolution du trouble dépressif. Dans la majorité des cas, ces facteurs touchent directement les cliniciens (ex. : formation, aides à la décision) et les personnes atteintes (ex. : information sur la maladie et le traitement, soutien à l'observance). Il apparaît donc souhaitable que la recherche s'intéresse à d'autres facteurs pouvant influencer l'évolution de ce trouble (ex. : croyances et attitudes au regard de la maladie mentale, force du réseau relationnel, qualité du soutien communautaire).

REMERCIEMENTS

Nous désirons d'abord remercier l'Institut national de santé publique du Québec et le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec pour leur appui financier ayant permis la réalisation du présent document.

Nous souhaitons également souligner l'apport de personnes reconnues pour leur expertise et qui ont bien voulu nous faire part de leurs commentaires et suggestions afin de bonifier ce travail, notamment le docteur Alain Lesage, psychiatre et chercheur au Centre hospitalier Louis-Hyppolite-Lafontaine, la docteure France Légaré, médecin de famille et chercheure au Centre hospitalier de l'Université Laval, madame Louise Fournier, chercheure à l'Institut national de santé publique du Québec et enfin monsieur Éric Latimer, chercheur à l'hôpital Douglas.

Soulignons aussi la contribution de madame Madeleine Breton, alors au ministère de la Santé et des Services sociaux, et de messieurs Robert Jacob et Léo-Roch Poirier de l'Institut national de santé publique du Québec.

Enfin, madame Sylvie Bélanger, technicienne en documentation, et madame Hélène Girard, secrétaire, ont grandement contribué à la réalisation de ce rapport. Nous les en remercions.

TABLE DES MATIÈRES

Liste des tableaux et figures	10
Liste des abréviations	11
Introduction	13
1. La dépression majeure.....	15
1.1 Importance du problème	15
1.2 Le problème de sous-diagnostic	16
1.3 Le problème de sous-traitement.....	16
1.4 La dépression majeure : un trouble récurrent qui évolue fréquemment vers la chronicité	17
2. Les stratégies d'intervention pour le traitement de la dépression majeure en première ligne	19
3. Évaluation des impacts cliniques de stratégies d'intervention visant l'amélioration des services offerts aux personnes atteintes de dépression majeure consultant en première ligne	23
3.1 Objectifs.....	23
3.1.1 Objectif général	23
3.1.2 Objectifs spécifiques	23
3.2 Méthodologie	23
3.2.1 Critères de recension des écrits.....	23
3.2.2 Critères d'analyse des études.....	24
3.2.3 Consultation externe	24
3.3 Résultats	24
3.3.1 Outils d'aide à la détection de la dépression.....	26
3.3.2 Éducation du médecin de première ligne	26
3.3.3 Programmes téléphoniques ou informatiques (sans intervenant).....	27
3.3.4 Soins en étapes	28
3.3.5 Programmes standardisés d'amélioration de la qualité des soins	28
3.3.5.1 Implantation de programmes standardisés d'amélioration de la qualité des soins	28
3.3.5.2 Suivi de programmes standardisés d'amélioration de la qualité des soins	29
3.3.6 Soins en collaboration	31
3.3.6.1 Psychiatre et/ou psychologue.....	31
3.3.6.2 Infirmière	32
3.3.6.3 Pharmacien.....	34
3.3.6.4 Intervenants multiples	35
3.3.7 Synthèse des résultats en fonction des durées d'intervention et d'observation	37
3.3.8 Synthèse des résultats selon le type d'impact clinique mesuré	37
4. Discussion.....	45
4.1 Analyse de la justesse des études	45
4.2 Limites relatives à la synthèse des résultats des études.....	46
4.3 Les principaux résultats	47
Conclusion	51
Glossaire.....	53
Références.....	57
Annexe 1	
Résumé des stratégies répertoriées visant la modification des pratiques des intervenants de première ligne au regard de la dépression majeure.....	65
Annexe 2	
Évaluation des coûts reliés à une stratégie particulière visant la modification des pratiques des intervenants de première ligne au regard de la dépression majeure	91
Annexe 3	
Regroupement des études répertoriées selon la durée de l'intervention, la durée du suivi des patients et l'observation de résultats positifs ou négatifs	99
Annexe 4	
Distribution des 38 études pour la synthèse des résultats selon le type d'impact clinique mesuré	107

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

Tableau 1 :	Les quatre niveaux de besoins de la personne atteinte de dépression majeure	19
Tableau 2 :	Obstacles liés aux facteurs qui influent sur les stratégies d'intervention destinées aux personnes atteintes de dépression majeure consultant en première ligne	20
Tableau 3 :	Synthèse des résultats selon le type d'impact clinique pour les stratégies de soins en étapes, de programmes standardisés d'amélioration de la qualité des soins et de soins en collaboration	39
Tableau 4 :	Synthèse des résultats pour certaines dimensions du fonctionnement de la personne, selon la stratégie d'intervention étudiée	42
Tableau 5 :	Résumé des stratégies répertoriées visant la modification des pratiques des intervenants de première ligne au regard de la dépression majeure	67
Tableau 6 :	Évaluation des coûts reliés à une stratégie particulière visant la modification des pratiques des intervenants de première ligne au regard de la dépression majeure (sommaire de 9 études reliées à certaines études de la revue de la littérature).....	94
Figure 1 :	Le cadre des soins novateurs pour les affections chroniques	21
Figure 2 :	Sélection et distribution des études retenues selon les stratégies expérimentées et les années de publication	25

LISTE DES ABRÉVIATIONS

AD :	<i>Academic Detailing</i>
AHCPR :	<i>Agency for Health Care Policy and Research</i>
AVCI :	années de vie corrigées de l'incapacité
AVI :	années de vie vécues avec une incapacité
BDI :	<i>Beck Depression Inventory</i>
BIDS :	<i>Brief Inventory for Depressive Symptoms</i>
BDQ :	<i>Brief Disability Questionnaire</i>
CBT :	<i>Cognitive Behavioural Therapy</i> (thérapie cognitive et comportementale)
CES-D :	<i>Centre for Epidemiological Studies – Depression (scale)</i>
CIM-9/-10 :	classification internationale des maladies, version 9 ou 10
CQI :	<i>Continuous Quality Improvement</i> (amélioration continue de la qualité)
DFDs :	<i>Depression-Free Days</i> (nombre de jours sans dépression)
DSM-III-R/-IV :	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Revised Third or Fourth Edition</i> (manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, version III révisée ou version IV)
ESCC :	Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes
HADS :	<i>Hospital Anxiety and Depression Scale</i>
Ham-D :	<i>Hamilton Depression Rating (Scale)</i>
IDS :	<i>Inventory of Depressive Symptomatology</i>
IPT :	<i>Interpersonal psychotherapy</i> (psychothérapie interpersonnelle)
mCES-D :	<i>modified Centre for Epidemiological Studies – Depression (scale)</i>
MOS :	<i>Medical Outcomes Study</i>
OMS :	Organisation mondiale de la Santé
QALYs :	<i>Quality-Adjusted Life Years</i> (nombre d'années de vie de qualité)
SCID :	<i>Structured Clinical Interview for DSM-III-R/-IV</i> (entrevue clinique structurée selon le DSM-III-R/-IV)
SCL :	<i>(Hopkins) Symptom Checklist</i>
SDS :	<i>Sheehan Disability Scale</i>
SF :	<i>Short Form (Health Survey)</i>
WSDS :	<i>Work and Social Disability Scale</i>

INTRODUCTION

À l'origine de ce travail, on trouve la volonté de l'Institut national de santé publique du Québec et de la Direction régionale de santé publique de la Capitale-Nationale de faire le point sur l'état des connaissances relatives aux impacts cliniques de certaines stratégies d'intervention visant l'amélioration des services offerts aux personnes atteintes de dépression majeure consultant en première ligne. Cette préoccupation s'inscrit dans un contexte de questionnement, tant à l'échelle provinciale que régionale, sur les modalités d'intervention dont l'impact s'est avéré significatif sur l'état de santé mentale (*outcomes*) des personnes atteintes de dépression majeure. À cet effet, la recension de nombreuses études récentes sur le sujet apparaît comme un prérequis.

La principale retombée attendue de cette revue de la littérature est la diffusion des connaissances issues des données les plus probantes afin de sensibiliser et d'informer tant les intervenants que les gestionnaires responsables de l'organisation des services de santé mentale. Ainsi, ce travail pourrait contribuer à mettre à jour et à harmoniser les connaissances nécessaires à l'élaboration et à la mise en œuvre de stratégies et d'interventions jugées pertinentes et efficaces.

Plusieurs acteurs en santé mentale, dont l'Organisation mondiale de la Santé (1), le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (2) et le Conseil médical du Québec (3), affirment l'importance de reconnaître, de diagnostiquer et de traiter les troubles mentaux autres que les troubles graves et persistants compte tenu de la lourdeur du fardeau qu'ils font porter aux personnes atteintes, à leurs proches et à la société en général. Parmi ces troubles, se retrouvent les troubles de l'humeur et, au premier chef, la dépression majeure.

La première partie du rapport présente sommairement la problématique de la dépression majeure. La deuxième partie traite des besoins des personnes atteintes de dépression majeure et des principaux facteurs qui influent sur la qualité des services qui leur sont offerts en première ligne. La troisième partie décrit d'abord les objectifs visés par la revue de la littérature, ensuite la méthodologie adoptée pour la sélection des études portant sur l'évaluation des impacts cliniques des stratégies d'intervention visant l'amélioration des services offerts aux personnes atteintes de dépression majeure qui consultent en première ligne, puis les résultats des études retenues, individuellement et globalement. La dernière partie comprend une discussion de l'interprétation des résultats et une conclusion portant sur les principaux constats relatifs à l'organisation des services et sur les travaux de recherche à mener en priorité dans l'avenir.

1. LA DÉPRESSION MAJEURE

1.1 Importance du problème

La dépression majeure est un trouble mental très fréquent. Elle se caractérise par une humeur dépressive ou une perte d'intérêt ou de plaisir pour presque toutes les activités normales, s'étalant sur une période de deux semaines ou plus. Ces symptômes cardinaux sont souvent associés à d'autres symptômes tels une diminution de l'énergie, un changement dans les habitudes de sommeil ou d'appétit, des difficultés à se concentrer et un sentiment de culpabilité ou de désespoir, ou encore des idées suicidaires (voir dans le glossaire la définition formelle de la dépression majeure selon les critères du *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* [DSM]-IV).

L'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC-2002)¹ rapporte qu'en 2002, 1 195 000 Canadiens âgés de 15 ans et plus ont présenté un épisode de dépression majeure dans les 12 mois précédant l'entrevue, ce qui correspond à une prévalence de 4,8 % (IC 95 % : 4,5 à 5,1). Au Québec et pour la même année, la prévalence a également été de 4,8 % (IC 95 % : 4,1 à 5,6), 292 000 personnes ayant rapporté un épisode de dépression majeure. Comme la majorité des études épidémiologiques, l'ESCC-2002 documente une prévalence de la dépression majeure presque deux fois plus élevée chez les femmes canadiennes (6,0 % vs 3,7 %) et québécoises (6,0 % vs 3,6 %) que chez les hommes, et ce, dans tous les groupes d'âge. Se situant à 6,4 %, la prévalence de la dépression majeure la plus élevée se trouve chez les jeunes adultes canadiens de 15 à 24 ans; elle diminue progressivement par la suite pour s'établir à 1,9 % chez les personnes âgées de 65 ans et plus. Enfin, plusieurs études ont rapporté une fréquence plus importante de la dépression chez les personnes à faible revenu ou sans emploi ainsi que chez les individus célibataires ou divorcés (4).

La dépression majeure est une source importante d'incapacité et de souffrance pour l'individu qui en est atteint. Cette maladie fait également porter un lourd tribut aux familles et aux proches des personnes malades de même qu'à leur communauté. Selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), la dépression majeure était, en l'an 2000, la première cause d'années de vie vécues avec une incapacité (AVI) et la quatrième cause d'années de vie corrigées de l'incapacité (AVCI) (1, 5). L'AVCI est une mesure d'analyses complexes intégrant entre autres tant le fardeau d'un décès prématuré que celui d'AVI, corrigé de la gravité de l'incapacité (3). De plus, l'OMS estime qu'en 2020, la dépression majeure sera la première cause de morbidité dans les pays développés, devançant les maladies cardiovasculaires ischémiques (1, 5). Les troubles de l'humeur peuvent entraîner d'importantes incapacités fonctionnelles, des problèmes de santé physique, une utilisation fréquente des services de soins de première et de deuxième lignes, et avoir des conséquences majeures sur la qualité de vie des personnes atteintes et sur celle de leurs proches. Notamment, le fait de vivre avec une personne déprimée augmente le risque de survenue de symptômes anxieux et dépressifs chez la personne aidante. De plus, nombre d'études ont démontré que la présence d'une dépression chez un parent affecte négativement le développement de l'enfant (4).

La dépression majeure augmente le risque de mortalité prématurée. En effet, la dépression majeure multiplie par 1,7 le risque de décès prématuré pour toutes causes et cela, même si on prend en compte la présence de maladies physiques (6). Ce risque élevé serait attribuable au suicide, aux accidents et aux complications dues à l'abus de substance. Le risque de décès par suicide est 20 fois plus élevé chez les personnes déprimées que dans la population en général (7) et 90 % des personnes décédées par suicide avaient, au moment du suicide, un diagnostic psychiatrique de dépression, d'abus d'alcool ou les deux (8).

¹ L'ESCC a été menée entre mai et septembre 2002 dans toutes les provinces canadiennes, auprès d'environ 37 000 personnes de 15 ans et plus résidant à domicile. L'évaluation des troubles mentaux est effectuée à l'aide d'un questionnaire normalisé correspondant aux critères de dépression majeure du DSM-IV ou DSM-III-R.

Les coûts sociaux et financiers de la dépression majeure sont très élevés, particulièrement les coûts indirects. Au Canada, en 1998, le coût de la dépression était estimé à un minimum de 14 milliards de dollars. Les soins médicaux, psychiatriques et pharmacologiques comptent pour environ 40 % de ces coûts totaux, alors que 3 % des coûts étaient reliés aux décès prématurés par suicide et 47 % à l'absentéisme et à la diminution de la productivité au travail (9).

La morbidité et la mortalité élevée associées à la dépression soulèvent toute l'importance de bien déceler et de traiter adéquatement ce problème de santé. Malheureusement, et ce, malgré la disponibilité de traitements efficaces, la dépression demeure sous-diagnostiquée et sous-traitée (10).

1.2 Le problème de sous-diagnostic

Les omnipraticiens sont les professionnels de la santé les plus souvent consultés par les personnes atteintes de troubles mentaux (11, 12). En outre, plus de 50 % des visites liées à des désordres mentaux concernent les troubles de l'humeur (13-15). La prévalence de la dépression majeure en première ligne serait de 5 % à 9 % (16). Par ailleurs, une revue systématique de la littérature récente sur le sujet en arrive à la conclusion qu'en raison de l'importance dans les variations méthodologiques des études de prévalence en première ligne (9 américaines et 1 britannique) tout regroupement devient périlleux; il est donc préférable de simplement décrire l'étendue des estimés des prévalences qui varient de 2,2 % à 36,1 % (17).

De 30 % à 60 % des personnes dépressives qui consultent pour des troubles de l'humeur seraient correctement diagnostiquées par leurs médecins (14, 15, 18-23). La capacité diagnostique varierait selon les médecins (21) et selon la gravité des symptômes (23). Par ailleurs, 27 % des cas non diagnostiqués sont traités pour dépression, ce qui laisse croire que les médecins peuvent reconnaître les symptômes sans poser un diagnostic de dépression (23).

Le sous-diagnostic peut s'expliquer par différents facteurs, soit : *a)* les caractéristiques de la maladie (évolution non continue, variations des symptômes somatiques); *b)* les attitudes et le comportement du patient (réticence à parler des symptômes, accent mis sur les symptômes physiques, non-fidélité à un médecin); *c)* les caractéristiques du médecin, particulièrement les connaissances cliniques sur les symptômes et les traitements, les habiletés cliniques pour recueillir l'information pertinente, le processus de décision clinique (capacité de décoder l'information obtenue, application d'un modèle médical ou biopsychosocial), les attitudes (valeur accordée à la maladie mentale, perception de son rôle, ouverture pour discuter de ces problèmes avec les patients); *d)* la perception de la pertinence et de l'utilité des catégories diagnostiques psychiatriques utilisées pour décrire les problèmes éprouvés en première ligne; *e)* le mode de rémunération qui encourage les visites de courte durée (24-27).

1.3 Le problème de sous-traitement

En se basant sur les résultats d'études expérimentales, les guides de pratique recommandent, pour les cas de dépressions majeures graves ou modérées et les cas de dysthymie, un traitement précoce par antidépresseurs combiné à un traitement par psychothérapie et à une utilisation appropriée des ressources d'aide et de soutien communautaires. Pour les cas de dépressions majeures plus légères, la psychothérapie est généralement suffisante et, pour les autres cas, les traitements sont discutables (4, 24, 28). L'étude de la littérature montre que seulement 50 % des sujets ayant consulté un omnipraticien et ayant eu un diagnostic de dépression ou de dysthymie auraient été traités moins de un an après le moment du diagnostic (23, 29). Plus de la moitié des sujets diagnostiqués et traités n'ont pas d'antidépresseurs (18, 30, 31). Chez ceux qui en ont, de 35 % à 60 % auraient une ordonnance inadéquate (18, 29, 30) et près de la moitié auraient cessé leur médication trois mois après le début du traitement (30). La fréquence des interventions de counselling lors des visites au médecin serait relativement peu élevée (14, 22), de même que les orientations vers les services spécialisés de santé mentale (14, 19).

Les résultats des études non expérimentales, réalisées dans les conditions réelles de pratique, sont contradictoires lorsqu'on compare l'évolution des symptômes des patients traités à celle des patients non traités par antidépresseurs (18, 31, 32). Ils mettent en évidence qu'une proportion importante des cas traités n'évolue pas de façon favorable et, inversement, qu'une proportion élevée de cas sous-traités évolue favorablement. L'évolution non favorable des cas traités s'expliquerait par une moins grande efficacité des antidépresseurs que ce que semblaient démontrer les études expérimentales, par l'utilisation inadéquate des antidépresseurs, par la sous-utilisation de la psychothérapie et par le manque de soutien du médecin. Les hypothèses suggérées pour expliquer l'évolution favorable des cas sous-traités sont, quant à elles, l'efficacité plus grande que prévue de faibles doses d'antidépresseurs, l'efficacité d'autres stratégies utilisées par les omnipraticiens ainsi que l'évolution naturelle de la maladie (18, 32).

L'étude canadienne *National Population Health Survey*, portant sur l'utilisation des services au regard de la dépression majeure, indique que 90 % des personnes atteintes de dépression majeure ont rencontré leur médecin de famille durant l'année de survenue de l'épisode dépressif. Par ailleurs, le nombre de personnes déprimées recevant des antidépresseurs est en augmentation constante, passant de 18,2 % en 1994-1995 à 32,6 % en 1998-1999 (33). Enfin, bien que le nombre total de personnes déprimées rapportant une consultation avec un professionnel de la santé n'ait pas augmenté, on documente une augmentation du nombre de personnes ayant consulté au moins six fois des professionnels de la santé non médecins (infirmières, travailleurs sociaux et psychologues). Bien que ces données indiquent certaines modifications dans l'utilisation des traitements offerts aux personnes déprimées, cette étude d'observation ne permet ni d'évaluer la qualité des soins offerts ni de faire des liens directs avec des modifications de l'état de santé dans cette population (34).

1.4 La dépression majeure : un trouble récurrent qui évolue fréquemment vers la chronicité

La dépression majeure évolue fréquemment vers la chronicité. Depuis quelques décennies, plusieurs études réalisées sur des périodes de 10 ans et même de plus de 20 ans auprès de patients traités dans des milieux cliniques spécialisés ont rapporté des résultats moins favorables qu'escomptés : 62 % de ces patients ont été réhospitalisés pour dépression majeure, de 11 % à 34 % se sont très peu améliorés et de 7 % à 13 % sont décédés par suicide. Plusieurs facteurs sont susceptibles d'augmenter la probabilité de chronicité : durée de l'épisode dépressif index, hospitalisation en début d'épisode, difficultés relationnelles, faibles revenus, présence de comorbidités comme un trouble anxieux ou l'abus d'alcool et de substance et, enfin, le fait d'être une femme. De toutes ces variables, la durée de l'épisode dépressif index est celle qui prédit le mieux le rétablissement de la personne. Angst cite une étude de Keller *et al.*, réalisée sur une période de 10 ans, rapportant qu'environ 50 % des personnes déprimées se sont entièrement rétablies en moins de 6 mois. Malheureusement, par la suite, la probabilité de rétablissement chute dramatiquement de 1 % à 2 % par mois pour les troisième, quatrième et cinquième années de suivi (35).

La dépression majeure présente un risque élevé de récurrence. Angst cite également une étude de Lavori *et al.* rapportant la survenue d'un nouvel épisode dépressif chez 13 % des personnes 6 mois après leur complet rétablissement d'un épisode dépressif antérieur. Cette probabilité de récurrence double après 1 an et triple à 2 ans. Selon cette étude, après 5 ans, 75 % des patients qui s'étaient complètement rétablis d'un épisode dépressif antérieur ont fait une autre dépression majeure. Plusieurs facteurs sont susceptibles d'augmenter les risques de récurrence : neuroticisme et manque de confiance en soi, multiples épisodes de dépression, hospitalisation pour dépression, longue durée de l'épisode dépressif, premier épisode de dépression après 60 ans. Par ailleurs, la présence de symptômes résiduels (anxiété, pensées négatives et culpabilité, présence d'incapacités, insomnie) serait le facteur prédictif le plus déterminant de l'augmentation du risque de récurrence (35).

Dans une publication récente sur le sujet, Keller met en lumière la forte association qui existe entre la durée de l'épisode de dépression majeure et la présence de symptômes résiduels (36). D'autres facteurs tels la présence de comorbidités sur le plan physique ou mental, une plus grande sévérité et un traitement inadéquat sont prédictifs d'une rémission incomplète de l'épisode dépressif. La persistance de symptômes résiduels a des conséquences sérieuses sur plusieurs plans. On observe une augmentation importante de la fréquence des rechutes, du risque de voir apparaître une dépression résistante au traitement, du risque de suicide et d'abus de substance ainsi qu'une augmentation de l'utilisation des services de santé. De plus la persistance de symptômes résiduels a un impact négatif majeur sur plusieurs dimensions du fonctionnement de l'individu : capacité globale d'adaptation, qualité de vie, fonctionnement au travail, santé physique et relations interpersonnelles. Enfin, plusieurs études suggèrent que les personnes qui obtiennent une rémission rapide et complète de leurs symptômes dépressifs ont beaucoup plus de chance de maintenir les gains associés à la prise d'antidépresseurs que les personnes présentant une amélioration lente et incomplète.

En somme, les connaissances acquises sur les facteurs pronostics qui influent positivement ou négativement sur l'évolution clinique des personnes atteintes de dépression majeure invitent fortement à une révision des objectifs thérapeutiques, allant jusqu'à viser une rémission complète des symptômes dépressifs et le rétablissement de l'ensemble des dimensions du fonctionnement de l'individu.

2. LES STRATÉGIES D'INTERVENTION POUR LE TRAITEMENT DE LA DÉPRESSION MAJEURE EN PREMIÈRE LIGNE

Les stratégies d'intervention qui visent les personnes présentant une dépression majeure doivent essentiellement contribuer à répondre à l'ensemble de leurs besoins. Ces besoins sont multiples et touchent bien sûr aux soins et services requis par la condition de la personne, mais également au soutien de sa famille et de ses proches, à sa vie dans la communauté et à l'exercice de ses rôles sociaux et, finalement, à la réponse à ses besoins de base (Tableau 1). La réponse à l'ensemble de ces besoins se trouve dans le réseau institutionnel de la santé et des services sociaux, mais également dans le réseau communautaire et dans le réseau naturel de la personne atteinte. Doivent également être mises à contribution les compétences et ressources de la personne elle-même.

Tableau 1 : Les quatre niveaux de besoins de la personne atteinte de dépression majeure

Soins et services	✓ Dépistage précoce ✓ Information sur la maladie et le traitement ✓ Soins médicaux ✓ Aide psychologique ✓ Hospitalisation (courte et longue durée) ✓ Services de crise (hébergement de crise) ✓ Soins de jour ✓ Suivi ✓ Soins et services requis par la présence de comorbidités
Soutien de la famille et des proches	✓ Compréhension de la maladie et de son traitement ✓ Aide pour faire naître ou renforcer des aptitudes à soigner, à aider ✓ Soutien des enfants ✓ Aide en cas de crise ✓ Aide matérielle et financière ✓ Hébergement temporaire
Vie communautaire et exercices des rôles sociaux	✓ Environnement social non stigmatisant et non discriminatoire ✓ Pleine participation à la vie sociale et familiale ✓ Employabilité et réintégration au travail ou à l'école ✓ Respect des droits
Réponse aux besoins de base	✓ Logement ✓ Transport ✓ Alimentation ✓ Vie spirituelle ✓ Loisirs ✓ Autres

Adapté de : Organisation mondiale de la Santé, 2001 (1, 5)

Quant aux services dispensés en première ligne dans le réseau sociosanitaire pour le traitement de la dépression majeure, ils devraient concourir, plus spécifiquement, à l'atteinte des objectifs suivants (1, 5, 37) :

- ☐ la recherche des cas et l'évaluation médicale et psychosociale;
- ☐ l'établissement du diagnostic;
- ☐ l'éducation et l'« activation » du patient et de ses proches;
- ☐ l'intervention précoce, tenant compte des comorbidités;
- ☐ le suivi de la personne;
- ☐ le soutien à l'observance;
- ☐ le soutien de la personne au plan psychosocial et communautaire;
- ☐ le soutien par des ressources spécialisées au besoin.

Globalement, ces objectifs visent le traitement des symptômes de la maladie et une amélioration du fonctionnement de la personne. Un ensemble de facteurs influe sur l'adéquation entre les besoins de la personne atteinte de dépression majeure, sur la détermination des objectifs de l'intervention et sur les stratégies mises en place en première ligne pour les atteindre. Ces facteurs sont regroupés en cinq catégories :

- 1) les **caractéristiques de l'environnement général** où évoluent tous les acteurs concernés (ex. : politiques et programmes de santé mentale, système de soins, disponibilité de ressources en santé mentale, valeurs sociales et croyances autour de la santé mentale et de la maladie mentale, etc.) (1, 5, 38-40);
- 2) les **caractéristiques de l'organisation des services et de la pratique** (ex. : mode de rémunération des cliniciens, lieu de pratique, type de pratique, soutien par les pairs);
- 3) les **caractéristiques des intervenants** (ex. : âge, sexe, formation, habiletés cliniques, valeurs, attitudes, expérience, capacité à créer une alliance thérapeutique) (10);
- 4) les **caractéristiques de la personne atteinte, de sa famille et de ses proches** (ex. : âge; sexe; type de dépression; présence de comorbidités; milieu socioéconomique; qualité du réseau familial et social; propension à demander de l'aide; perception de la maladie et de l'importance du traitement par la personne atteinte, par la famille et par les proches; participation au processus clinique; qualité de l'alliance thérapeutique) (1, 5, 10, 37, 41, 42);
- 5) le **niveau de développement des connaissances scientifiques et cliniques** concernant la maladie, sa définition et son histoire naturelle (ex. : affection aiguë versus trouble chronique/récurrent), son diagnostic et son traitement (ex. : existence de données probantes, consensus d'experts) de même que le niveau de certitude lié au processus de décision clinique.

Ces facteurs ont inspiré une littérature abondante qui permet de déterminer les obstacles à une action efficace (Tableau 2), susceptibles d'entraver l'atteinte des objectifs visés (37, 43).

Tableau 2 : Obstacles liés aux facteurs qui influent sur les stratégies d'intervention destinées aux personnes atteintes de dépression majeure consultant en première ligne

Obstacles liés à l'environnement général	✓ Stigmatisation et discrimination envers les personnes atteintes ✓ Perceptions, valeurs, normes sociales en lien avec la maladie mentale et la dépression ✓ Absences ou faiblesses de programmes et de politiques favorables ✓ Obstacles économiques (ex. : ressources limitées, mode de rémunération) ✓ Non-reconnaissance ou absence de certaines expertises
Obstacles liés à l'organisation des services et de la pratique	✓ Faible partage des tâches ✓ Accès limité aux ressources spécialisées ✓ Absence de système de suivi, de rappel, de relance ✓ Absence de suivi suffisant pour détecter un échec au traitement ou un abandon du traitement ✓ Cadence de travail élevée
Obstacles liés aux intervenants	✓ Ignorance ou méconnaissance des meilleures pratiques (diagnostic et traitement, suivi) ✓ Perception d'un manque d'habiletés cliniques ✓ Désaccord ou manque de confiance dans les propositions ou consensus d'experts sur les meilleures pratiques ✓ Attentes mitigées quant aux résultats, expériences antérieures négatives ou peu concluantes, ou non-perception de l'utilité pour le patient ✓ Perception que les propositions sont incompatibles avec les conditions de pratique ✓ Manque de motivation professionnelle ✓ Réceptivité, croyances et attitudes au regard de la maladie mentale ✓ État de santé mentale de l'intervenant

Obstacles liés à la personne atteinte, à sa famille et à ses proches	✓ Faiblesse des connaissances sur la condition pathologique ✓ Faiblesse des connaissances sur le traitement et la reconnaissance des effets secondaires ✓ Préférences incompatibles avec recommandations ✓ Faible observance de la médication et des autres mesures thérapeutiques (consécutives par exemple à des effets secondaires ou à un soulagement insuffisant des symptômes) ✓ Opposition ou autres barrières au suivi ou au renouvellement d'ordonnances (ex. : coûts, perception d'une diminution ou de la disparition des symptômes) ✓ Présence d'autres problèmes de santé mentale ou d'autres problèmes de santé qui occultent la dépression ou qui monopolisent tout le temps disponible
Obstacles liés aux connaissances scientifiques et cliniques	✓ Absence de consensus ✓ Absence de guides de pratiques standardisés

Adapté de Swindle *et al.*, 2001 (37)

L'Organisation mondiale de la Santé propose un cadre de référence pour les soins à mettre en place dans le contexte des affections chroniques et donne comme exemple, en plus du diabète, des maladies cardiovasculaires et autres, les maladies mentales au long cours, dont la dépression (44). Ce cadre (Figure 1) resitue plus schématiquement les cinq catégories de facteurs présentés ci-haut : il précise quels sont, à chaque niveau d'intervention, les éléments constitutifs nécessaires pour entreprendre une action efficace; il met l'accent sur l'ensemble des acteurs en présence et sur les liens qui les unissent; il résume les lieux d'intervention à privilégier, soit l'environnement politique, la communauté et les soins de santé; il remet au centre des préoccupations de tous la personne atteinte et sa famille.

Figure 1 : Le cadre des soins novateurs pour les affections chroniques


Source : World Health Organization, 2002 (traduction française)

Des changements s'imposent à différents niveaux pour améliorer l'efficacité des stratégies d'intervention destinées aux personnes atteintes de dépression majeure et à leur famille. Que ce soit en ce qui a trait au comportement des individus (la personne atteinte, les proches ou les cliniciens) ou à leur environnement, les modèles théoriques sur le changement sont multiples et s'inspirent de domaines variés : les sciences de l'éducation (théorie de l'apprentissage), le marketing (théorie de promotion de la santé, de l'innovation, du marketing social), les sciences sociales (théories de l'innovation, du pouvoir, de l'apprentissage sociale), les sciences de l'organisation (théories de gestion, des systèmes) et les approches coercitives (théorie de l'économie, du pouvoir). Chacun de ces champs disciplinaires et de ces théories donne lieu à des méthodes ou approches différentes (ex. : apprentissage par résolution de problèmes, systèmes de rappel, réingénierie des processus de soins, réglementation) (45). De façon générale, il apparaît qu'utilisée seule aucune méthode n'est efficace pour générer des changements. Certaines d'entre elles sont toutefois nécessaires (ex. : amélioration des connaissances par la formation), mais insuffisantes pour obtenir les impacts souhaités (45-49).

Généralement, les études qui abordent l'efficacité de ces méthodes ou approches traitent séparément l'une ou l'autre d'entre elles. Les résultats en sont le plus souvent négatifs ou mitigés. L'évaluation des impacts de la formation comme seule stratégie pour modifier les pratiques cliniques et améliorer la santé des patients (amélioration des *outcomes* cliniques) en est l'exemple le plus éloquent (50). Une action aussi limitée ne tient compte ni de la complexité des systèmes en cause, ni des relations entre leurs différentes composantes.

Bien que plus complexes et plus coûteuses, ce sont les stratégies d'intervention combinant des actions simultanées ou entreprises selon une séquence établie qui offriraient un plus grand potentiel. De fait, on assiste ces dernières années à l'évaluation de stratégies d'intervention prenant en compte simultanément plusieurs des facteurs d'influence mentionnés ci-dessus; on parle alors de stratégies multimodales ou à facettes multiples (*multifaced strategy*). À noter que malgré leur caractère plus inclusif, les études n'abordent le plus souvent que quelques-uns des facteurs déterminants de l'évolution de la maladie. Dans la majorité des cas, les facteurs visés sont ceux qui touchent directement les cliniciens (ex. : formation, soutien à la prise de décision, accès aux ressources spécialisées) et les personnes atteintes (ex. : information sur la maladie et le traitement, soutien à l'observance). Certains facteurs sont rarement abordés parce que moins modifiables à court terme (ex. : croyances et attitudes au regard de la maladie mentale), moins à la portée ou moins dans le champ d'intérêt des chercheurs qui bénéficient des subventions (ex. : impact du soutien communautaire), plus dépendants de conditions politiques et économiques macroscopiques, ou encore plus difficiles à évaluer au plan méthodologique. Quant aux études comportant une appréciation des changements cliniques qui pourraient être attribués à une composante spécifique d'une stratégie donnée, elles comportent d'importantes difficultés conceptuelles et méthodologiques, et sont très coûteuses (49).

La présente revue de la littérature est représentative des efforts déployés ces dernières années dans le domaine de l'évaluation de l'organisation des services cliniques en santé mentale au regard de la dépression. Elle se limite aux études à portée évaluative qui visaient l'amélioration de la santé et du bien-être des personnes atteintes de dépression majeure et qui comportaient une mesure d'impacts cliniques (*outcomes*). Les travaux recensés représentent donc forcément un sous-ensemble de toutes les initiatives qui ont été prises pour soutenir les personnes atteintes de dépression majeure et leurs proches.

3. ÉVALUATION DES IMPACTS CLINIQUES DE STRATÉGIES D'INTERVENTION VISANT L'AMÉLIORATION DES SERVICES OFFERTS AUX PERSONNES ATTEINTES DE DÉPRESSION MAJEURE CONSULTANT EN PREMIÈRE LIGNE

3.1 Objectifs

3.1.1 Objectif général

Réaliser une revue de la littérature portant sur les impacts cliniques de stratégies d'intervention visant l'amélioration des services offerts aux personnes atteintes de dépression majeure consultant en première ligne.

3.1.2 Objectifs spécifiques

- ❑ Recenser les études qui ont pour objet l'évaluation de l'efficacité des stratégies d'intervention utilisées en première ligne visant l'amélioration du diagnostic, du traitement et du suivi des personnes touchées par une dépression majeure, et qui comportent une mesure des impacts (*outcomes*) sur l'état de santé des personnes atteintes;
- ❑ Présenter les études selon leur qualité méthodologique;
- ❑ Résumer les principaux résultats de ces études selon la stratégie d'intervention expérimentée et selon les mesures de changements cliniques utilisées;
- ❑ Dégager les stratégies les plus prometteuses pour améliorer l'état de santé mentale des personnes présentant une dépression majeure.

3.2 Méthodologie

3.2.1 Critères de recension des écrits

La recension des écrits a été réalisée à partir des banques de données informatisées *Medline*, *PsycINFO*, *Social Work Abstracts*, *Sociological Abstracts* et *Social Sciences*, à l'aide des descripteurs (*Mesh*) *depression* et *primary health care*. Ont également été ajoutés les articles pertinents trouvés dans les bibliographies des articles recensés. De plus, les articles retenus devaient répondre aux critères suivants :

- a) avoir été publiés en anglais ou en français;
- b) avoir été publiés entre janvier 1998 et décembre 2005 inclusivement;
- c) utiliser un devis expérimental ou quasi expérimental, de cohorte ou de cas témoins;
- d) déterminer comme population ciblée par l'intervention les intervenants de première ligne ou les personnes présentant une dépression majeure consultant en soins de première ligne;
- e) porter sur des patients consultant en première ligne et souffrant d'une dépression majeure selon les critères du DSM-III-R/-IV, ou selon la classification internationale des maladies, version 9 ou version 10 (CIM-9/-10). Les études portant majoritairement sur des sujets atteints de maladie bipolaire ont été exclues;
- f) porter sur des mesures de changements cliniques (*outcomes*) :
 - ❑ en lien avec la **symptomatologie dépressive** :
 - la **réponse** : diminution de la symptomatologie définie comme la réduction d'au moins 50 % du score initial établi à partir d'un questionnaire standardisé portant sur les symptômes liés à la dépression majeure (ex. : HAM-D, BDI).
 - la **rémission** : obtention d'un score, à l'aide d'un questionnaire standardisé portant sur les symptômes liés à la dépression majeure (ex. : DSM-IV, HAM-D, BDI), correspondant à un seuil absolu prédéterminé indiquant l'absence de dépression majeure.

- la **réduction des symptômes** : diminution de la symptomatologie mesurée à partir d'un questionnaire standardisé portant sur les symptômes liés à la dépression majeure (ex. : mCES-D, IDS, SCL, HAM-D, BDI), mais sans utiliser de seuil d'amélioration préétabli.
- en lien avec le **fonctionnement** de la personne selon différentes dimensions : la limitation des activités physiques due à des problèmes de santé, la limitation des activités sociales due à des problèmes physiques ou émotionnels, la limitation des activités en lien avec les rôles habituels due à des problèmes de santé physique ou émotionnels, la perception de la douleur, la détresse psychologique et le sentiment de bien-être, la vitalité, la perception de l'état de santé et le maintien de l'emploi.

Bien qu'aucun objectif de la présente revue de la littérature ne vise l'étude de la dimension économique des diverses stratégies d'intervention, nous présentons en annexe, à titre indicatif, les résultats d'articles complémentaires à ceux qui ont été retenus, traitant des coûts de certaines stratégies d'intervention.

3.2.2 Critères d'analyse des études

Les données ont été extraites et colligées par une agente de recherche qualifiée, à l'aide d'une grille d'évaluation de la qualité des études scientifiques avec devis expérimental ou quasi expérimental (51). L'agente de recherche a effectué l'analyse des articles répertoriés; les coresponsables du projet ont supervisé la revue de la littérature en totalité et contre-vérifié l'analyse d'un échantillon d'articles tirés au hasard. Les écarts d'appréciation des données ont été discutés jusqu'à l'obtention d'un consensus.

3.2.3 Consultation externe

Une consultation externe auprès de personnes reconnues pour leur expertise dans le domaine de l'organisation des services en santé mentale ou en méthodologies appliquées aux revues de la littérature a permis de valider la structure et le contenu scientifique du document synthèse.

3.3 Résultats

Sur les 89 études répertoriées, 5 (5,6 %) études descriptives et 30 (33,7 %) études hors sujet ont été d'emblée exclues. Cinq (5,6 %) études décrivant en détail les protocoles de diverses stratégies ou interventions mais ne rapportant aucun résultat, ont également été exclues. Il en a été de même pour une (1,1%) étude ne comportant pas de groupe témoin. Ce sont donc 48 (53,9 %) études qui ont été retenues² (Annexe 1). Elles utilisent toutes un devis expérimental ou quasi expérimental, 44 avec randomisation et 4 sans randomisation. Par ailleurs, aucune étude n'est réalisée en double aveugle, alors que plus de la moitié des études sont effectuées en simple aveugle. Les autres n'ont pas recours à la technique en aveugle³. Finalement, 9 études complémentaires portant sur le ratio coût-efficacité de certaines stratégies ont fait l'objet d'un résumé annexé (Annexe 2).

La revue de la littérature a permis de mettre en évidence l'expérimentation de stratégies dont le degré de complexité varie. Ainsi, certaines stratégies ne comportent qu'un seul volet (unimodales), l'éducation du médecin par exemple, alors que d'autres stratégies mettent en jeu plusieurs composantes à la fois (multimodales ou *multifaced*). Présentées selon un ordre croissant de complexité, les stratégies évaluées ont été regroupées en six catégories : a) l'utilisation des outils d'aide à la détection de la dépression (n=1); b) l'éducation du médecin de première ligne⁴ (n=3); c) les programmes téléphoniques ou électroniques (sans intervenant; n=3); d) les soins en étapes (*stepped-care*; n=1), caractérisés par une

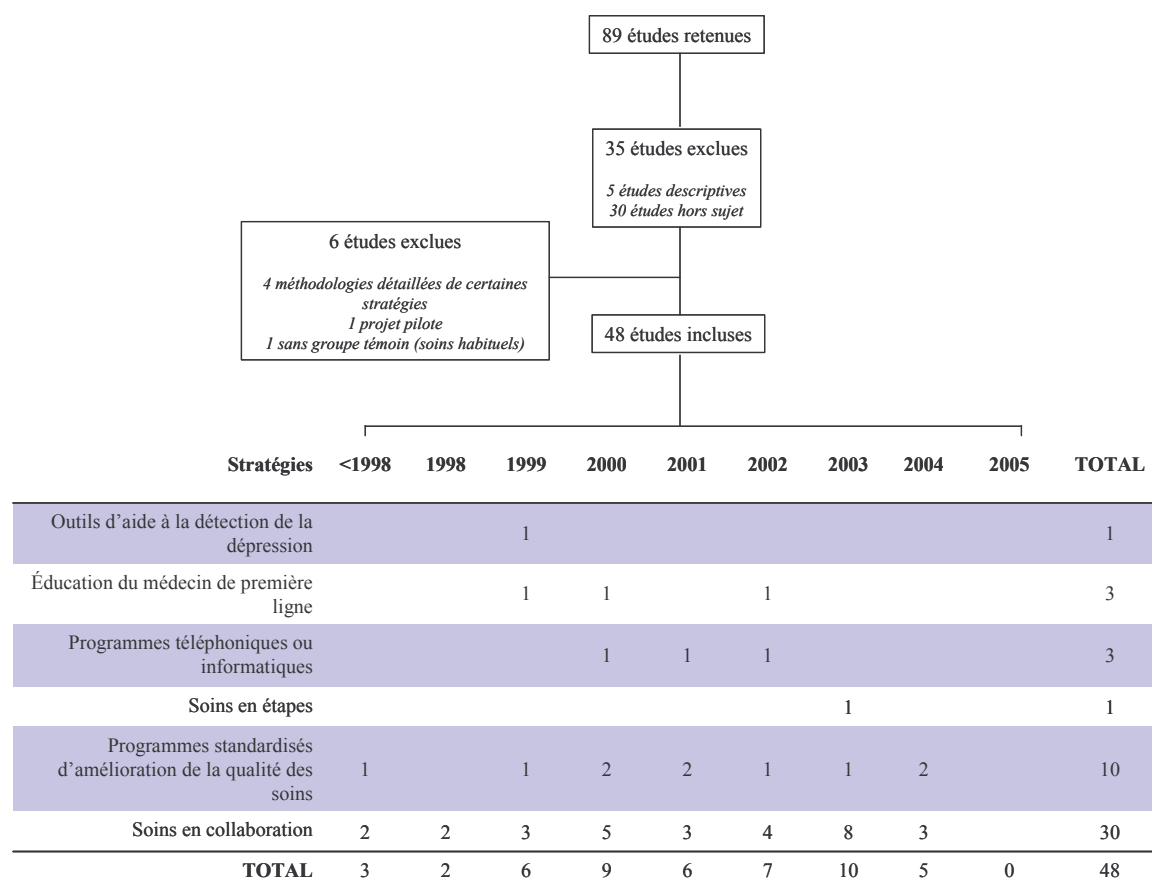
² Bien que moins récentes, 3 études publiées en 1995 (n=1) et 1996 (n=2) ont tout de même été considérées pour notre revue de la littérature. Ces travaux, cités à maintes reprises, ont été réalisés par des chercheurs reconnus pour leur expertise dans ce domaine.

³ L'une de ces études présente des résultats de nature à la fois expérimentale et quasi expérimentale (deux volets d'une même étude).

⁴ Dorénavant, le terme « médecin » désignera systématiquement le médecin de première ligne.

prise en charge professionnelle modulée selon la gravité de l'état dépressif et de la réponse au traitement, visant l'utilisation optimale de ressources limitées par le recours à des algorithmes décisionnels, au monitoring systématique et à la coordination étroite entre le gestionnaire de cas (*case manager*) et les prestataires de soins spécialisés pour les cas les plus graves (52); e) les programmes standardisés d'amélioration de la qualité des soins (n=10), caractérisés par la mise en place d'interventions éducatives et organisationnelles visant la détection et la prise en charge de la dépression majeure telles l'éducation des patients et l'utilisation de leaders d'opinion, l'utilisation d'outils de dépistage et de suivi des patients, la gestion de cas (*case management*) par l'infirmière et enfin, l'intégration des soins spécialisés (52); f) les soins en collaboration (n=30), caractérisés par la structuration des soins selon une approche de la maladie chronique, impliquant la participation de tous les acteurs (patients, omnipraticiens, spécialistes), le soutien à la prise de décision par des guides de pratiques et d'algorithmes décisionnels, la présence d'un gestionnaire de cas non médical, un suivi proactif et une facilité d'accès aux spécialistes (52). Il est à noter que 3 études ne rapportant pas de résultats relatifs aux changements cliniques retenus (symptomatologie dépressive et fonctionnement) ont été conservées parce qu'elles dérivent d'études répertoriées dans cette revue de la littérature et apportent un complément d'information pertinent. Elles tentent de vérifier l'impact de différentes stratégies sur l'observance de la médication, les attitudes des patients face à la médication ou le comportement des patients face à la maladie. La première a été comptée dans la catégorie Programmes standardisés d'amélioration de la qualité des soins alors que les 2 autres l'ont été dans la catégorie Soins en collaboration. Pour la période de recension des écrits, soit de 1998 à 2005 inclusivement, on observe une prépondérance des études consacrées à l'évaluation de programmes standardisés visant l'amélioration de la qualité des soins ou aux soins en collaboration (Figure 2).

Figure 2 : Sélection et distribution des études retenues selon les stratégies expérimentées et les années de publication



Parmi les 48 études sélectionnées, 4 sous-groupes d'études (2 à 6 études selon le sous-groupe) reposent chacun sur une même cohorte de sujets et sur un protocole semblable. Les études qu'on retrouve dans un sous-groupe peuvent différer par la durée d'observation ou par des angles d'analyse particuliers. Tout au long du document, elles ont été comptabilisées comme autant d'études différentes.

Toutes les études ont comparé l'effet d'une intervention particulière chez deux groupes de patients : les patients exposés à l'intervention (groupe exposé) et les patients non exposés à cette même intervention (groupe non exposé), recevant donc les « soins habituels » sans plus – traduction de l'expression *usual care*. Toutefois, bien que toutes les études aient désigné le groupe recevant les soins habituels comme étant le groupe de comparaison, la majorité d'entre elles n'en fournissent aucune définition claire. Bien que plusieurs études démontrent une amélioration globale tant des sujets exposés que non exposés, la présente revue de la littérature est centrée sur l'efficacité relative des interventions expérimentées comparée aux soins habituels et aux différences observées au plan statistique.

La présentation des résultats porte d'abord sur l'ensemble des études regroupées selon la stratégie d'intervention expérimentée. Par la suite, une synthèse fournit une vision globale des résultats obtenus selon les durées d'intervention et d'observation et selon le type d'impacts cliniques mesurés.

3.3.1 Outils d'aide à la détection de la dépression

Une seule étude expérimentale, randomisée, stratifiée et effectuée en aveugle, a été incluse dans cette catégorie. Cette étude a évalué la performance de deux questionnaires, l'un simple (1 question) et l'autre plus complexe (20 questions), pour aider le médecin à détecter des symptômes dépressifs (53). Avant de rencontrer leur médecin, 330 patients ont répondu au questionnaire simple, 323 patients au questionnaire plus complexe et 316 patients n'ont répondu à aucun questionnaire (groupe non exposé) lors de leur arrivée à la clinique (attribution aléatoire du questionnaire). Une fois le questionnaire rempli, les résultats ont été immédiatement transmis aux médecins. Chacun des patients a été convié par téléphone à une entrevue clinique structurée et basée sur les critères du DSM-III-R (SCID), dont le but était de juger de la capacité des médecins à reconnaître les symptômes dépressifs des patients. Aucune différence n'a été observée entre les deux groupes exposés, ni même entre les deux groupes exposés et le groupe non exposé quant à la capacité des médecins à reconnaître les symptômes dépressifs chez leurs patients. Pourtant, qu'ils soient exposés ou non, les patients atteints de dépression majeure ont été plus susceptibles d'être correctement diagnostiqués (45 % vs 24 %) et traités (55 % vs 28 %) que les patients atteints de dépression mineure. Par ailleurs, parmi les 979 patients inclus dans l'étude, seuls les 101 patients présentant soit une dépression majeure soit une dépression mineure ont été suivis pour une période de 3 mois. De plus, étant donné la similitude des résultats obtenus pour les deux questionnaires en ce qui a trait à la détection efficace des symptômes dépressifs, tous les patients dépressifs exposés à l'intervention ont été regroupés pour cette seconde portion de l'étude. À 3 mois, la diminution moyenne des symptômes dépressifs observée pour le groupe exposé regroupé et pour le groupe non exposé était similaire. Toutefois, on a noté une proportion plus importante de patients en rémission (≤ 1 symptôme du DSM-III-R) parmi les patients des groupes exposés et regroupés comparativement aux patients du groupe non exposé (48 % vs 27 %).

3.3.2 Éducation du médecin de première ligne

Trois études expérimentales, dont 2 ont fait l'objet d'une randomisation, ont été incluses dans cette catégorie de stratégies d'intervention. La première étude expérimentale randomisée porte sur une population de 272 patients déprimés ayant répondu au questionnaire *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS). Tous les patients ont été sélectionnés sur la base d'un score HADS ≥ 11 . Cette étude devait évaluer l'impact qu'aurait sur les changements cliniques des patients déprimés une brève formation des médecins (quatre demi-journées) portant sur la dépression et les thérapies cognitives et comportementales (*Cognitive Behavioural Therapy*, CBT) (54). Aucune différence entre les groupes n'a été rapportée quant à la capacité des médecins à reconnaître la dépression. De plus, après un suivi de 6 mois, ces travaux ont démontré que la formation des médecins n'a eu aucun impact sur les symptômes dépressifs des patients, ni sur leurs statuts fonctionnels, qu'ils soient mental, social ou physique. Une seconde étude expérimentale randomisée a également évalué l'effet de quatre heures de formation des

médecins sur les symptômes dépressifs de 4192 patients déprimés (établis sur la base d'un score HADS ≥ 8) (55). Cette courte formation a porté sur la dépression et ses traitements standardisés. Par la suite, les formateurs sont demeurés disponibles durant 9 mois afin de faciliter l'implantation des directives standardisées de traitement. À l'instar de la première étude, aucune différence n'a pu être démontrée quant à la capacité des médecins à détecter la dépression, que ce soit en début (6 semaines) ou en fin d'étude (6 mois). De même, ces travaux n'ont démontré aucun effet de la formation des médecins sur l'évaluation des symptômes dépressifs, à 6 semaines comme à 6 mois, des patients exposés aussi bien que des patients non exposés.

Une étude expérimentale non randomisée a également étudié l'effet de 20 heures de formation des médecins sur les symptômes dépressifs et le statut fonctionnel d'une cohorte de 334 patients dépressifs (56). Le groupe exposé est formé par une cohorte de 155 patients dépressifs, suivis par des médecins qui ont reçu une formation sur la dépression et les problèmes mentaux les plus courants. Le groupe non exposé, quant à lui, est constitué de 179 patients dépressifs qui ont été suivis par ces mêmes médecins avant qu'ils ne reçoivent leur formation. Chaque groupe a été suivi sur une période de 12 mois. Après 3 mois de suivi, on a observé chez les patients exposés une réduction de la symptomatologie dépressive, mesurée par l'amélioration du score du questionnaire *Hopkins Symptom Checklist* (SCL), comparativement aux patients non exposés. Aucun effet de la formation sur les symptômes dépressifs n'a toutefois été noté après 12 mois. À cet égard, la proportion de patients en rémission de leur dépression était similaire pour les deux groupes à 12 mois : 71,8 % des patients exposés et 69,3 % des patients non exposés. Cette formation semble néanmoins être un facteur prédictif d'une réduction des symptômes dépressifs à 3 mois, alors que la reconnaissance par le médecin de l'état dépressif du patient de même que le début récent de la maladie (<12 mois) seraient deux facteurs prédictifs d'une diminution des symptômes dépressifs à 12 mois. De plus, on a noté à 3 mois une amélioration du statut fonctionnel, mesuré par le score obtenu du *Brief Disability Questionnaire* (BDQ), à la suite de cette intervention, mais l'amélioration ne s'est manifestée que chez les patients dépressifs depuis moins de 12 mois, dont la dépression avait été reconnue par le médecin de première ligne.

3.3.3 Programmes téléphoniques ou informatiques (sans intervenant)

Cette catégorie regroupe 3 études expérimentales randomisées, dont 2 stratifiées et effectuées en simple aveugle. D'une durée relativement courte (24 à 30 semaines), ces 3 études ciblent des populations de patients atteints de dépression majeure. Pour ce qui est des interventions utilisées, 2 études portent principalement sur une rétroaction informatique au médecin de données cliniques et thérapeutiques concernant le patient, alors que la troisième étude utilise un programme d'information pour le patient (programme RHYTHMS®). Aucune intervention n'implique d'intervenant autre que le médecin.

Les études portant sur une stratégie de rétroaction informatique au médecin comportent chacune deux volets. Dans un premier temps, les travaux de Simon *et al.* ont évalué l'impact d'une rétroaction informatique aux médecins, à 8 et à 16 semaines, d'informations concernant la posologie, les ordonnances et les visites de 613 patients atteints de dépression majeure (57). Des recommandations pour le traitement sur la base d'algorithmes informatiques accompagnaient la rétroaction d'informations. À 3 comme à 6 mois, cette stratégie n'a démontré aucun effet ni sur les symptômes dépressifs ni sur l'observance de la médication des patients exposés comparativement aux patients traités en soins habituels de première ligne (groupe non exposé). Cette même étude a, par la suite, évalué l'effet d'une rétroaction informatique d'informations cliniques au médecin à la suite de contacts téléphoniques entre les patients et les *case managers*. On a constaté une diminution des symptômes dépressifs à 6 mois chez les patients exposés à cette seconde stratégie. De plus, il a été démontré que les patients exposés ont plus de chance de répondre au traitement (diminution d'au moins 50 % du score SCL), et que leur risque de vivre une dépression majeure chronique est inférieure à celle des patients non exposés. Les patients exposés ont aussi reçu plus souvent que les patients non exposés une pharmacothérapie adéquate pour une période d'au moins 90 jours. L'étude expérimentale de Rollman *et al.*, randomisée, stratifiée et effectuée en simple aveugle, a quant à elle évalué une stratégie basée soit sur un rappel informatique au médecin du diagnostic de dépression majeure à chaque visite du patient, soit sur l'ajout à ce rappel d'avis spécifiques sur le traitement basés sur les directives standardisées de l'*Agency for Health Care Policy and Research* (AHCPR) (58). Selon ces travaux, une comparaison à 3 et 6 mois des 122 patients exposés

atteints de dépression majeure aux 124 patients non exposés n'aurait mis au jour aucun effet de cette intervention sur les symptômes dépressifs.

Finalement, une étude expérimentale randomisée a vérifié l'impact du programme RHYTHMS® sur les changements cliniques d'une population de 246 patients atteints de dépression majeure ayant reçu une nouvelle ordonnance d'antidépresseurs (59). Le programme RHYTHMS®, subventionné par *Pfizer Pharmaceuticals*, est un programme d'éducation et d'information destiné aux patients. Ces informations relatives à la maladie et à la médication sont échelonnées sur une période de 30 semaines. Dès la quatrième semaine du programme, on a constaté une augmentation de la symptomatologie dépressive (augmentation du score pour le questionnaire *Hamilton Depression Rating Scale* [Ham-D]), de même qu'une diminution de la proportion de patients en rémission (score Ham-D ≤ 8) chez les patients exposés comparativement aux patients non exposés. Une diminution du nombre de rechute a par ailleurs été observée aux semaines 12 et 30 du programme chez les patients exposés comparés aux patients non exposés. Aucune différence n'a toutefois été notée entre les deux groupes quant à la réponse au traitement, définie par une diminution d'au moins 50 % du score Ham-D, et le statut fonctionnel à 4, 12 et 30 semaines.

3.3.4 Soins en étapes

Les soins en étapes sont formulés de façon à s'adapter continuellement aux progrès cliniques des patients. Une seule publication a été répertoriée entre 1998 et 2004 dans cette catégorie (60). Cette étude expérimentale randomisée, stratifiée et effectuée en aveugle, porte sur une population strictement féminine de 240 patientes atteintes de dépression majeure. Ces travaux ont évalué l'effet d'un programme de soins en étapes relativement simple sur la symptomatologie dépressive, le statut fonctionnel et l'observance de la médication chez ces patientes dépressives. L'intervention comporte plusieurs volets dont : a) sept à neuf séances en groupe de psychoéducation portant sur la maladie, ses traitements et certaines techniques de résolution de problèmes (*problem-solving*); b) un suivi systématique des progrès cliniques des patientes fait par des infirmières et des travailleurs sociaux qualifiés; c) un programme structuré de pharmacothérapie basé sur des algorithmes informatiques. Les séances de groupe de psychoéducation ont été effectuées par les infirmières et travailleurs sociaux responsables du suivi des patientes, alors que les médecins ont été formés pour utiliser les algorithmes de médication. Cette intervention a eu un impact positif au cours d'un suivi de 6 mois sur les symptômes dépressifs et sur le statut fonctionnel des patientes exposées. En effet, on a observé une réponse au traitement équivalant à une diminution d'au moins 50 % du score Ham-D, à 3 mois chez 54 % des exposés et chez 17 % des non exposés et à 6 mois, chez 78 % des patientes exposées comparativement à 32 % des patientes non exposées. De plus, cette intervention a mis en évidence des proportions de 49 % à 3 mois et de 70 % à 6 mois de rémission de la dépression majeure (score Ham-D < 8) chez les patientes exposées (versus 15 % à 3 mois et 30 % à 6 mois des patientes non exposées). Au plan du fonctionnement, la différence entre les scores moyens pour les différentes dimensions étudiées était également significative.

3.3.5 Programmes standardisés d'amélioration de la qualité des soins

Dix études, dont 1 étude charnière, 1 étude à double volets et une série de travaux découlant du même protocole, font partie de cette catégorie. Toutes sont des études randomisées, dont 9 ont été effectuées en simple aveugle. L'étude à double volet comporte à la fois une étude expérimentale randomisée et stratifiée et une étude quasi expérimentale. Toutes ces études portent soit sur l'implantation soit sur le suivi de directives standardisées émises en 1993 par l'AHCP, lesquelles visent l'amélioration de la qualité des soins (61, 62).

3.3.5.1 Implantation de programmes standardisés d'amélioration de la qualité des soins

Parmi les 10 études répertoriées dans cette catégorie, une seule porte sur l'évaluation de l'implantation de directives standardisées visant l'amélioration de la qualité des soins de première ligne. Ces travaux de Brown *et al.* ont étudié l'impact de deux stratégies différentes d'implantation sur les changements cliniques de 928 patients atteints de dépression majeure (score SCL $\geq 1,1$) : 1) l'*academic detailing* (AD)

dont l'efficacité a été évaluée par une étude expérimentale randomisée et stratifiée; 2) l'amélioration continue de la qualité (*continuous quality improvement*, CQI) dont l'efficacité a été évaluée par une étude quasi expérimentale (63). L'efficacité de chacune de ces stratégies a été évaluée à tour de rôle chez une même population de patients atteints de dépression majeure et a été comparée à un groupe de patients traités en soins habituels (groupe non exposé). La stratégie AD vise la formation des médecins sur la dépression majeure, les différentes médications et l'importance de l'observance de la médication pour les patients. Les quatre séances de formation des médecins ont été effectuées par des pharmaciens. Ces travaux ont démontré que, 12 mois après son implantation, la stratégie AD s'est montrée inefficace quant à une éventuelle amélioration des symptômes dépressifs, du statut fonctionnel et de l'observance de la médication des patients exposés. On a même observé une diminution du statut fonctionnel physique et de la vitalité chez les patients exposés à la stratégie AD comparativement aux patients non exposés. La stratégie d'intervention CQI, quant à elle, comprend plusieurs composantes dont la collaboration de divers intervenants de première ligne (médecins, spécialistes en santé mentale, personnel de soutien), l'élaboration d'une démarche d'implantation des directives standardisées, l'interaction entre les médecins et d'autres professionnels de la santé de première ligne, et la standardisation des pratiques entre les médecins et les psychiatres. Cette stratégie d'implantation de directives standardisées visant l'amélioration de la qualité des soins n'a eu aucun impact à 12 mois sur les symptômes dépressifs et le statut fonctionnel de patients dépressifs. Une amélioration de l'observance de la médication lors d'épisodes dépressifs a toutefois été démontrée chez ces patients exposés comparativement aux patients non exposés.

3.3.5.2 Suivi de programmes standardisés d'amélioration de la qualité des soins

Bien que publiée en 1996, l'étude charnière de Schulberg *et al.* a tout de même été incluse parce que considérée comme une référence importante en la matière (64). Cette étude expérimentale randomisée et effectuée en simple aveugle a été la première à évaluer l'effet de traitements standardisés selon les directives de l'AHCPR en soins de première ligne chez 276 patients atteints de dépression majeure. Trois groupes ont fait l'objet d'observations : 91 patients dépressifs exposés à un traitement standardisé de pharmacothérapie, 93 patients dépressifs exposés à un traitement standardisé de psychothérapie interpersonnelle (*interpersonal psychotherapy*, IPT) et 92 patients dépressifs non exposés à ces traitements (soins habituels). Pour le groupe exposé à une pharmacothérapie standardisée, les médecins ont reçu une formation leur permettant d'établir un traitement pharmacologique adéquat et de l'ajuster au besoin, au cours des phases aiguë (6 semaines) et de continuation (6 mois) du traitement. L'IPT, quant à elle, a été effectuée par des psychiatres et psychologues qualifiés, et administrée en 16 séances hebdomadaires au cours de la phase aiguë de traitement, puis au besoin au cours de la phase de continuation (4 mois). Ces travaux ont démontré que la pharmacothérapie et l'IPT sont toutes deux très efficaces pour contrer les symptômes dépressifs reliés à la dépression majeure. Parmi tous les patients dépressifs ayant complété l'étude de 8 mois, 67 % des patients exposés à la pharmacothérapie et 72 % des patients exposés à l'IPT ont obtenu une rémission de leur dépression majeure (score Ham-D <8) comparativement à 20 % des patients non exposés. Toutefois, bien que l'utilisation de la pharmacothérapie et de l'IPT mène à des résultats similaires, la pharmacothérapie semble conduire plus rapidement à une diminution des symptômes dépressifs à court terme (1 à 2 mois) que l'IPT.

À l'instar des travaux de Schulberg *et al.*, une équipe californienne s'est également attardée à évaluer la standardisation de traitements de pharmacothérapie et de psychothérapie (CBT) en soins de première ligne chez 1356 patients atteints de dépression majeure (65-70). Pour ces 6 études qui ont toutes pour objet la même intervention, c'est sur les cliniques qu'a porté l'échantillonnage aléatoire (randomisation). L'intervention évaluée comporte quatre composantes principales : 1) le soutien financier de l'intervention par les cliniques participantes; 2) la formation donnée, par du personnel qualifié, sur l'intervention, la dépression et la standardisation des traitements selon l'AHCPR aux divers intervenants visés (médecins, infirmières et psychothérapeutes); 3) l'éducation sur la dépression et ses traitements donnée aux patients par les médecins; 4) le traitement standardisé et supervisé de pharmacothérapie ou de CBT. Les traitements de pharmacothérapie ont été supervisés par une infirmière qualifiée pour une période de 6 ou 12 mois, alors que la CBT a été effectuée par des psychothérapeutes au cours de 12 à 16 séances hebdomadaires. Les traitements standardisés ont été attribués selon la préférence des patients exposés. Les périodes d'observation des patients dépressifs ont varié entre 6, 12, 18, 24 et 57 mois, cette dernière

période d'observation étant la plus longue répertoriée dans la présente revue de la littérature. Les effets de cette intervention ont été comparés à ceux obtenus chez un groupe de patients dépressifs traités en soins habituels (groupe non exposé).

Dans un premier temps, ces travaux ont démontré que l'utilisation de traitements standardisés selon les directives de l'AHCPR a diminué à la fois les symptômes dépressifs et la probabilité de voir apparaître un désordre dépressif au cours d'un suivi de 12 mois chez les patients exposés (65). On n'a toutefois observé aucune différence à 24 mois quant au risque de vivre un désordre dépressif (69), alors qu'il y a eu une diminution de ce risque à la suite d'un suivi de près de cinq années chez les patients exposés comparativement aux patients non exposés (66). Le statut fonctionnel émotionnel et l'observance de la médication se sont également améliorés après 6 et 12 mois (65, 69, 70), mais aucune différence n'a été observée quant au statut fonctionnel physique au cours de cette période d'observation (65, 69). Selon ces études, c'est le traitement standardisé de CBT qui serait la composante de l'intervention responsable de l'amélioration du statut fonctionnel émotionnel (69), alors que l'utilisation de pharmacothérapie standardisée serait reliée à une meilleure observance de la médication (70). Par conséquent, les pronostics à long terme (24 et 57 mois) de l'état dépressif et du statut fonctionnel seraient plus favorables chez les patients exposés à un traitement de CBT plutôt qu'à la pharmacothérapie (66, 69).

Ces travaux ont également démontré que l'intervention améliore la qualité des soins et le maintien de l'emploi au cours des 12 premiers mois de suivi (65). Par contre, aucun impact sur l'utilisation des services de santé n'a été observé à 57 mois sur les exposés par rapport aux non exposés (66). Par ailleurs, ces études ont mis en relation l'effet de cette intervention avec la présence ou non de comorbidités médicales chroniques chez les patients exposés (67). Les comorbidités médicales ont été déterminées à partir du questionnaire *Medical Outcomes Study* (MOS). Le MOS tient compte de la présence de 19 conditions médicales chroniques dont, entre autres, les problèmes de dos, les migraines, l'arthrite, l'hypertension artérielle, l'asthme et le diabète. Une diminution du risque de vivre un désordre dépressif a été mise en évidence, à 6 et à 12 mois, chez les patients exposés avec comorbidités médicales comparativement aux patients non exposés avec comorbidités médicales. Finalement, si l'on prend en compte la seule origine ethnique des patients, il a été démontré que l'intervention diminue le risque de voir apparaître un désordre dépressif et augmente la qualité des soins à 6, 12 et 57 mois chez les patients latinos et afro-américains exposés comparativement aux patients non exposés de même origine ethnique (66, 68).

Une étude expérimentale dans laquelle l'échantillonnage aléatoire portait sur les médecins a évalué l'impact d'une brève formation des médecins sur les changements cliniques de 147 patients nouvellement diagnostiqués pour une dépression majeure (71). D'une durée de trois heures, la séance de formation des médecins a porté principalement sur l'épidémiologie de la dépression majeure, les directives standardisées de pratiques cliniques et la discussion de cas. Une interaction entre les médecins et un psychiatre, également prévue sur une base hebdomadaire, devait aider à la standardisation des pratiques cliniques pour le management des patients dépressifs. Le groupe de comparaison, non exposé, a été traité en soins habituels. Bien que cette intervention n'ait démontré aucun impact sur les symptômes dépressifs des patients exposés, on a noté dans le groupe exposé, entre 0 et 6 mois, une meilleure observance de la médication ainsi qu'une augmentation du nombre de patients orientés en soins spécialisés comparativement au groupe non exposé.

Une équipe britannique a comparé l'évolution de la symptomatologie dépressive chez 405 patients de plus de 18 ans présentant une dépression majeure et entamant ou modifiant leur médication (72). Ces patients fréquentaient une soixantaine de cliniques médicales qui ont été paires, notamment selon leur spécialité (médecine interne, médecine de famille) et randomisées. L'intervention expérimentée comprenait une approche systématique d'évaluation et de gestion de la dépression par le médecin et du soutien téléphonique assuré par un intervenant (*case manager*) une semaine après la visite initiale et à tous les mois par la suite, jusqu'à la rémission. Le but de l'intervention téléphonique était d'aider le patient à surmonter les difficultés engendrées par l'observance du protocole et à parvenir à certaines réalisations comme augmenter l'activité physique ou s'engager dans des rôles sociaux. Ces interventions étaient supervisées hebdomadairement par un psychiatre qui pouvait aussi contacter directement le médecin traitant ou être contacté par lui. Tous les types d'intervenants recevaient une courte formation

sur le diagnostic et la gestion des cas de dépression, de même que sur le protocole de recherche. Le groupe non exposé recevait des soins habituels donnés par des médecins ayant également reçu une formation sur la dépression et le protocole. La réponse au traitement à 3 mois a été significativement différente pour les deux groupes (exposés 53 % vs non exposés 34,2 %). À 6 mois, 59,9 % des patients du groupe exposé ont répondu au traitement comparé à 46,6 % dans l'autre groupe. La proportion de patients en rémission à 6 mois était également plus importante chez les patients exposés (37,3 % vs 26,7 %). Les auteurs qualifient ces résultats de modestes, ce qu'ils expliquent notamment par une bonne qualité des services habituels. Toutefois, compte tenu du fait que l'intervention expérimentée était elle-même relativement modeste et utilisait pour la plupart des ressources déjà existantes, ils considèrent le rendement intéressant.

3.3.6 Soins en collaboration

Parmi les 48 études répertoriées dans cette revue de la littérature, près des deux tiers (n=30) portent sur l'évaluation d'une stratégie de soins en collaboration. Ces 30 études ont été regroupées selon le type d'intervenants impliqués : a) psychiatre et/ou psychologue; b) infirmière; c) pharmacien; d) intervenants multiples ou autres intervenants.

3.3.6.1 Psychiatre et/ou psychologue

Neuf études randomisées ont été incluses dans cette sous-catégorie de stratégies de soins en collaboration. Parmi ces études, une seule fait état d'un psychologue comme intervenant; les résultats de cette étude ont par ailleurs été regroupés avec ceux d'une seconde, portant sur l'intervention d'un psychiatre. Par conséquent, à l'exception d'une étude, toutes comportent au moins un psychiatre comme intervenant collaborateur principal.

Dans une étude expérimentale randomisée, stratifiée selon le diagnostic et effectuée en simple aveugle, Katon *et al.* ont intégré un suivi psychiatrique en alternance avec les visites au médecin en soins de première ligne (73). Précisons que le nombre ainsi que la durée des visites au médecin ont été accrus au cours de la phase aiguë de traitement. La population ciblée par cette intervention était constituée de 217 patients atteints soit de dépression majeure (n=91), soit de dépression mineure (n=126). Le groupe de patients exposés à l'intervention a été comparé à un groupe de patients dépressifs traités en soins habituels (groupe non exposé); cependant, qu'ils soient exposés ou non, tous les patients devaient être favorables à la prise d'antidépresseurs. Après 4 mois d'observation, l'ajout d'un suivi psychiatrique au cours des 6 premières semaines de traitement a permis l'obtention d'une réponse au traitement, soit une diminution d'au moins 50 % du score SCL chez 74,4 % des patients exposés atteints de dépression majeure comparativement à 43,8 % des patients non exposés. Par contre, cette intervention n'a eu aucun impact sur la symptomatologie dépressive des patients atteints de dépression mineure. Une augmentation de l'observance de la médication a par ailleurs été notée chez les patients exposés, qu'ils soient atteints de dépression majeure ou mineure, comparés aux patients non exposés. Finalement, parmi tous les patients atteints de dépression majeure et chez qui aucune modification de posologie n'a été nécessaire, un test *post-hoc* n'a établi aucune différence entre les patients exposés et non exposés en ce qui a trait à l'amélioration de l'état dépressif.

À la suite de ces premiers travaux, la même équipe de chercheurs a évalué, dans un contexte méthodologique semblable, l'impact d'un suivi psychologique plutôt que psychiatrique sur les changements cliniques de 153 patients atteints de dépression majeure (n=65) ou mineure (n=88) (74). Cette intervention visait une population cible similaire, les mêmes critères diagnostiques et le même groupe de comparaison traité en soins habituels (groupe non exposé). Le suivi psychologique s'est échelonné sur une période de 7 mois de la façon suivante : quatre à six séances de CBT auxquelles s'est ajouté un suivi téléphonique de 6 mois par des psychologues qualifiés. L'ajout d'un suivi psychologique aux soins de première ligne a permis d'obtenir des résultats similaires à ceux obtenus par l'ajout d'un suivi psychiatrique. En effet, après 4 mois de suivi, on a constaté une diminution d'au moins 50 % du score SCL chez 70,4 % des patients exposés atteints de dépression majeure comparativement à 42,3 % des patients non exposés. Aucune différence liée aux symptômes dépressifs n'a toutefois été observée parmi tous les patients atteints de dépression mineure, alors qu'on a enregistré une meilleure observance

de la médication chez les patients exposés, atteints de dépression majeure ou mineure, comparativement aux patients non exposés.

En raison de la similitude des composantes méthodologiques et des résultats, les patients exposés aux deux interventions précédemment décrites ont été regroupés; les patients non exposés ont également été regroupés afin de former le groupe de comparaison. Toutefois, seuls les patients atteints de dépression majeure ont été considérés. Le regroupement de ces patients a permis de démontrer, à 7 mois, une amélioration de la perception générale de la santé ainsi qu'une diminution des symptômes dépressifs chez les patients exposés comparativement aux patients non exposés. Cette diminution des symptômes dépressifs a été associée à l'amélioration de l'état de santé, du fonctionnement et de l'invalidité. Toutefois, aucune différence n'a pu être établie entre les groupes de patients dépressifs exposés et non exposés en ce qui a trait à la capacité de travailler, à la quantité d'activités quotidiennes réalisées et au nombre de jours de travail manqués (75). Par ailleurs, un suivi à long terme de 19 mois n'a mis en évidence aucune différence quant aux symptômes dépressifs ou à l'observance de la médication entre les patients exposés à ces deux interventions et ceux non exposés (76).

Quatre études expérimentales randomisées, stratifiées selon la gravité de la dépression majeure et effectuées en simple aveugle, ont évalué l'intégration d'un suivi psychiatrique dans une population de 114 patients atteints de dépression majeure chronique (77-80). L'intervention consistait à ajouter un suivi psychiatrique en clinique et par téléphone d'une durée variant entre 2 et 8 semaines; de plus, on y privilégiait une interaction entre le médecin et le psychiatre. Le groupe de comparaison était composé également de 114 patients, dans ce cas non exposés à l'intervention. Ce groupe non exposé avait accès aux soins psychiatriques, mais de façon non systématique. Tous les patients ont été recrutés à la suite d'au moins 8 semaines de traitement pharmacologique. De plus, à leur entrée dans l'étude, ces patients devaient tous être symptomatiques. Après 3 mois d'observation, on a rapporté une diminution des symptômes dépressifs, alors qu'une augmentation de la proportion de patients en rémission de leur dépression majeure (≤ 1 symptôme du DSM-IV) a été notée à 3 et 6 mois chez le groupe exposé comparativement au groupe non exposé. De plus, on a constaté une augmentation de l'observance de la médication ainsi qu'une posologie plus souvent adéquate à 3 et 6 mois chez les patients exposés (77). Toutefois, malgré une diminution de l'invalidité au cours de cette période de 6 mois, aucune différence n'a été notée quant aux statuts fonctionnels émotionnel et social. À cet égard, des différences non significatives d'au plus 17 % ont été observées pour les statuts fonctionnels entre les patients exposés et non exposés (78). Par ailleurs, la gravité de la dépression majeure a été prise en compte dans ces études expérimentales. À la suite de cette stratification, il a été démontré que les patients exposés atteints de dépression majeure modérée (score SCL = 1-2) ont plus de chance de voir leurs symptômes dépressifs diminuer au cours des 6 mois d'observation que les patients non exposés (79); ces chances ont été maintenues lors d'un suivi à long terme de 28 mois (80). Cependant, aucune différence n'a été observée à 6 et 28 mois parmi les patients atteints de dépression majeure grave (score SCL >2). Aucune différence non plus n'a été démontrée à 28 mois quant au statut fonctionnel entre patients exposés et non exposés, qu'ils soient atteints de dépression majeure modérée ou grave (80). L'observance de la médication a, quant à elle, été améliorée par l'intervention au cours des 12 premiers mois de suivi, et ce, tant pour les patients atteints de dépression majeure modérée que grave (79, 80).

Une dernière étude expérimentale, randomisée en deux temps puis stratifiée, a évalué l'effet d'une collaboration de 6 mois entre médecins et psychiatres sur la symptomatologie dépressive de 80 patients (81). Les patients inclus dans cette étude peuvent être atteints de dépression majeure (n=15), de dépression mineure (n=38) ou de dépression sous-syndromale (n=27); les 36 patients exposés à l'intervention ont été comparés à un groupe de 44 patients non exposés. Après un suivi de 12 mois, ce projet pilote n'a permis d'établir aucune différence quant aux symptômes dépressifs (score Ham-D) entre les patients exposés et non exposés.

3.3.6.2 Infirmière

Huit études ont été incluses dans cette catégorie : 6 sont de type expérimental randomisé (dont 4 en simple aveugle) et 2 sont de type quasi expérimental non randomisé (en simple aveugle). Les infirmières intervenant dans cette stratégie de soins en collaboration ont effectué soit un double suivi en clinique et

par téléphone (n=5), soit un suivi en clinique uniquement (n=1), soit un suivi téléphonique seulement (n=2).

Une première étude expérimentale randomisée, stratifiée et effectuée en aveugle, portant sur cette stratégie de soins en collaboration, a intégré un suivi par des infirmières formées selon les directives standardisées de l'AHCPR (82). Cette intervention comporte plusieurs facettes dont : a) la formation des médecins et des infirmières sur les directives standardisées de traitement de l'AHCPR assurée par quatre conférences téléphoniques; b) la formation des infirmières sur les options thérapeutiques ainsi que sur les façons d'apporter de l'aide aux patients; c) l'interaction entre les infirmières et les médecins; d) la formation du personnel administratif sur le recrutement des patients; e) le suivi hebdomadaire (≤ 8 semaines) en personne ou par téléphone des patients par les infirmières. Les 479 patients atteints de dépression majeure inclus dans cette étude étaient soit nouvellement diagnostiqués ou déjà sous médication. Un groupe de patients traités en soins habituels constituait le groupe de comparaison (groupe non exposé). Dans un premier temps, en ne considérant que les patients nouvellement diagnostiqués, ces travaux ont démontré que l'intervention avait eu un impact positif, à 6 mois, sur les symptômes dépressifs et le statut fonctionnel physique des patients exposés comparativement aux patients non exposés (82).

On n'a noté aucune différence entre les groupes pour les patients dépressifs qui étaient déjà sous médication en début d'étude. À la suite de ces travaux, une seconde étude expérimentale randomisée et effectuée en simple aveugle s'est intéressée uniquement aux patients atteints de dépression majeure nouvellement diagnostiquée (83). Cette intervention a employé exactement le même protocole que l'étude précédente, sauf pour l'ajout d'un suivi téléphonique mensuel effectué par les infirmières sur une période de 24 mois. Un groupe de 96 patients dépressifs non exposés à l'intervention a servi de groupe de comparaison. Le prolongement du suivi par des infirmières jusqu'à 24 mois a mis en évidence une proportion de rémission chez 74 % des patients exposés comparativement à 41 % chez les patients non exposés. Ce suivi à long terme a également démontré une amélioration des statuts fonctionnels émotionnel et physique, ainsi qu'une augmentation de l'observance de la médication chez les patients exposés, comparés aux patients non exposés. Finalement, les effets de ces deux interventions (suivi à court et long termes par des infirmières) ont été évalués en faisant une distinction entre les patients assurés et ceux ne l'étant pas (84, 85). Ces études secondaires ont un devis quasi expérimental puisque les patients n'ont pas été randomisés selon leur statut d'assurés dans des groupes exposés ou non, pas plus qu'ils ne l'ont été selon leur protection d'assurance. Pour ces analyses, les patients dépressifs nouvellement diagnostiqués et ceux déjà sous médication ont été regroupés. Les résultats portent sur 383 des 479 patients inclus initialement. Parmi les patients assurés, on n'a noté aucune différence entre les patients exposés et non exposés au regard des symptômes dépressifs à 24 mois, ni en ce qui a trait au statut fonctionnel et à la qualité des soins à 6 et 24 mois. Parmi les patients non assurés, l'intervention n'a eu aucun impact sur la symptomatologie dépressive, alors qu'on a observé une augmentation du statut fonctionnel à 24 mois et une amélioration de la qualité des soins à 6 mois chez les patients exposés comparativement aux patients non exposés. Par ailleurs, parmi les patients exposés à l'intervention, on n'a constaté aucune différence entre patients assurés et non assurés. Toutefois à 24 mois, parmi les patients non exposés, on a assisté à une diminution des symptômes dépressifs et à une augmentation du statut fonctionnel chez les patients assurés comparativement aux patients non assurés.

L'impact d'un court suivi par une infirmière a également été évalué parmi une population de 268 patients dépressifs issue d'un centre médical d'affaires des vétérans (86). Cette étude expérimentale randomisée et effectuée en aveugle a considéré l'effet de trois interventions de suivi, effectuées par des infirmières (en clinique ou par téléphone), sur les changements cliniques de patients adultes (56 ± 13 ans) et atteints de dépression majeure ou de dysthymie. Ce groupe exposé à l'intervention a été comparé à un groupe de patients traités en soins habituels (groupe non exposé). Les principales tâches des infirmières consistaient à élaborer un plan de traitement avec le médecin, à recommander aux patients un traitement pharmacologique et à effectuer le suivi des patients à 2 semaines, puis à 1 et à 2 mois, afin d'évaluer leurs symptômes dépressifs ainsi que les effets secondaires reliés à la médication. À la suite d'une période d'observation de 12 mois, cette étude n'a fait ressortir aucun effet de l'intervention sur les symptômes dépressifs des patients exposés comparativement au groupe des patients non exposés.

Par ailleurs, une seule étude expérimentale randomisée s'est attardée à évaluer l'impact de consultations non téléphoniques entre des infirmières et 213 patients dépressifs (87). Les rencontres avec les infirmières, effectuées à la deuxième et la huitième semaine de l'intervention, portaient sur le traitement pharmacologique de la dépression majeure. De plus, les patients ont reçu un feuillet informatif sur la médication et ses effets secondaires. Les patients exposés à l'intervention (n=158) ont été comparés à un groupe de 55 patients non exposés. Bien que cette brève intervention n'ait eu aucun effet sur les symptômes dépressifs et le statut fonctionnel des patients exposés, à 6 et à 12 semaines, il a tout de même été démontré que la consultation serait un facteur prédictif d'une meilleure observance de la médication. Signalons toutefois que l'exposition des patients à l'intervention n'a pas été uniforme, certains d'entre eux n'ayant pas eu de consultation avec les infirmières.

Finalement, 2 études expérimentales randomisées ont évalué l'effet d'un suivi strictement téléphonique effectué par des infirmières (88, 89). Tout d'abord, 1 étude expérimentale randomisée et stratifiée a analysé l'effet sur les changements cliniques de 302 patients atteints de dépression majeure d'un suivi téléphonique de 16 semaines effectué par des infirmières qualifiées (88). L'étude a été limitée aux patients dépressifs ayant reçu une nouvelle ordonnance d'antidépresseurs. Un groupe de 123 patients dépressifs a servi de groupe de comparaison (groupe non exposé). Lors de ce suivi, les infirmières avaient pour tâches de vérifier l'observance de la médication mais aussi d'apporter aux patients un soutien émotionnel. Toutes les informations recueillies par les infirmières ont par la suite été transmises au médecin. Ce simple suivi téléphonique a engendré une réponse au traitement (diminution d'au moins 50 % du score Ham-D) chez 50 % des patients exposés à 6 semaines et chez 57 % à 6 mois (vs 37 % à 6 semaines et 38 % à 6 mois pour les patients non exposés). De plus, on a constaté une amélioration du statut fonctionnel à 6 semaines chez les patients exposés comparativement aux patients non exposés, alors qu'aucune différence entre les deux groupes n'a été notée quant à l'observance de la médication. Par ailleurs, un projet pilote randomisé a également évalué l'effet d'un suivi téléphonique par une infirmière sur la symptomatologie dépressive et le statut fonctionnel de 61 patients dépressifs (89). Ce suivi a été effectué toutes les 3 semaines sur une période de 4 mois. Au cours de ces rencontres téléphoniques, les infirmières ont évalué l'évolution de la symptomatologie dépressive (diminution des symptômes, réponse et rémission), l'observance de la médication ainsi que les effets secondaires reliés au traitement. Une comparaison du groupe de 31 patients non exposés à l'intervention à celui de 30 patients exposés met en évidence une amélioration des symptômes dépressifs chez ce dernier groupe. De plus, bien qu'aucune différence n'ait été observée entre les deux groupes en ce qui a trait au statut fonctionnel, l'intervention serait tout de même un facteur prédictif de la diminution des symptômes dépressifs.

3.3.6.3 Pharmacien

Quatre études expérimentales randomisées, dont 2 effectuées en simple aveugle, portant sur l'intégration du rôle actif d'un pharmacien en soins de première ligne, ont été incorporées à cette revue de la littérature. Trois de ces études ont intégré un suivi effectué par un pharmacien en clinique, alors que dans la quatrième, le suivi est assuré par un pharmacien en milieu commercial (pharmacie). Il est à noter que dans cette dernière étude, la sélection des patients est basée sur une ordonnance pour antidépresseurs plutôt que sur un diagnostic de dépression.

Trois études expérimentales randomisées ont évalué l'impact occasionné par un suivi relativement constant d'un pharmacien sur les changements cliniques de patients atteints de dépression majeure (90-92). Les suivis ont été effectués en clinique et/ou par téléphone, et se sont échelonnés sur une période variant entre 6 et 12 mois. Ces 3 stratégies ont également favorisé l'interaction entre les pharmaciens et les médecins, ainsi que la supervision des pharmaciens par des psychiatres. Pour ces trois interventions, les groupes de comparaison étaient trois groupes de patients atteints de dépression majeure traités en soins habituels (groupes non exposés). L'ajout d'un suivi par un pharmacien, qu'il soit téléphonique et/ou en clinique, n'a eu aucun impact ni sur les symptômes dépressifs ni sur le statut fonctionnel des patients exposés (90-92). Lorsque les données ont été stratifiées selon la gravité de la dépression majeure, ces résultats sont demeurés similaires (91). Par ailleurs, on a observé une augmentation de l'utilisation d'antidépresseurs à 3 et 6 mois chez les exposés, cet effet étant particulièrement marqué parmi les patients exposés qui n'étaient pas sous médication en début d'étude (92). Toutefois, des résultats contradictoires ont été rapportés quant à l'observance de la médication. En effet, alors que Finley *et al.*

ont fait état d'une augmentation de l'observance de la médication à 6 mois chez 67 % des patients exposés comparativement à 48 % des patients non exposés (90), les travaux de Capoccia *et al.* n'ont rapporté aucune différence quant à ce paramètre pour une période d'observation de 12 mois (91).

Finalement, une étude expérimentale randomisée a évalué l'impact chez 147 patients dépressifs du suivi effectué par des pharmaciens au moment de la remise de leur ordonnance d'antidépresseurs (93). À ce suivi de 3 mois s'est ajoutée une courte stratégie d'éducation du patient. On ne mentionne aucune interaction entre le pharmacien et le médecin dans cette intervention. Lorsque seules les analyses portant sur les dernières observations sont considérées, on note une diminution plus soutenue des symptômes dépressifs, anxieux et obsessionnels-compulsifs à 6 mois chez les patients exposés comparativement aux patients non exposés. Des observations similaires ont été rapportées pour les symptômes d'anxiété. Cependant, lorsque les analyses sont effectuées avec la moyenne (*intent-to-treat*) plutôt qu'avec les dernières observations, toute différence entre les deux groupes disparaît.

3.3.6.4 Intervenants multiples

Parmi les 9 études expérimentales répertoriées dans cette catégorie, 8 ont été randomisées dont sept effectuées en simple aveugle, et un projet pilote ne comportait pas de randomisation. De multiples intervenants, spécialisés ou non en santé mentale ou en soins de première ligne, ont été impliqués simultanément dans ces études : psychiatres, psychologues, infirmières, travailleurs sociaux, techniciens en psychologie, thérapeutes, conseillers et/ou coordonnateurs de traitement.

Une série de 4 études expérimentales, randomisées et effectuées en simple aveugle, s'est intéressée à l'efficacité de l'intégration d'un suivi auprès de patients atteints de dépression majeure et traités, mais en voie de rémission (*largely recovered*), pour prévenir la rechute. Le suivi est prodigué par de multiples intervenants (94-97). Le suivi des patients a été effectué par des psychologues, des infirmières, ainsi que des travailleurs sociaux qualifiés. Les patients ont été suivis en personne, par téléphone ou par courrier sur une période de 12 mois. De plus, cette intervention comportait un volet éducatif pour le patient et favorisait l'interaction entre les intervenants responsables du suivi, le médecin et un psychiatre. Les patients exposés à cette intervention ont été comparés à un groupe de patients traités en soins habituels (groupe non exposés). Précisons également que tous les patients, exposés ou non, ont reçu des antidépresseurs. Ces travaux ont démontré que l'intégration d'un suivi par de multiples intervenants a diminué les symptômes dépressifs (diminution du score SCL-20) des patients exposés sur une période de 12 mois (94). Aucune différence n'a toutefois été notée entre les deux groupes pour ce qui est de la proportion de patients en rechute de leur dépression majeure (35,0 % des exposés vs 34,6 % des non exposés). De plus, bien qu'on ait observé une amélioration du statut fonctionnel émotionnel pour chacun des groupes de patients sur une période de 12 mois, on ne relève aucune différence entre les groupes (95). Il a toutefois été démontré que les patients exposés ont plus de chances de maintenir une meilleure observance de la médication, ainsi qu'une posologie plus adéquate au cours des 12 mois d'observation comparativement aux patients non exposés (94). Il a aussi été démontré que les patients exposés reconnaissent mieux et plus tôt leurs symptômes dépressifs (96), et qu'ils ont une attitude plus favorable face à la médication que les patients non exposés (97). À cet égard, ces travaux ont démontré que l'attitude face à la médication et à la gestion des effets secondaires sont deux facteurs prédictifs d'une meilleure observance de la médication.

Hedrick *et al.* ont également étudié une stratégie de soins en collaboration mettant à contribution plusieurs intervenants dont un psychiatre, un psychologue, un travailleur social et un technicien en psychologie (98). L'étude porte sur le suivi par ces intervenants de 354 patients masculins âgés de 57 ± 14 ans et atteints de dépression majeure et/ou de dysthymie. Les principales composantes de l'intervention ont été : a) l'intégration d'un suivi par ces intervenants des patients dépressifs; b) des rencontres hebdomadaires entre les intervenants afin d'élaborer un plan de traitement selon les directives standardisées de l'AHCP; c) la collaboration des intervenants avec le médecin; d) l'évaluation des données recueillies auprès des patients par un technicien en psychologie; e) le traitement des patients selon leurs préférences; f) l'éducation du patient sur la maladie et ses traitements; g) l'adaptation des soins selon la réponse au traitement. Un groupe de patients non exposés à cette intervention et traités en soins habituels (incluaient l'intervention d'un consultant de liaison) a été utilisé comme groupe de comparaison. De plus, une attention particulière a été portée afin que les ressources disponibles en santé

mentale soient équivalentes pour les deux groupes. Une diminution des symptômes dépressifs a été notée chez les patients exposés après 3 mois, alors qu'aucune différence entre les patients exposés et ceux non exposés à l'intervention n'a été observée pour ce qui est de la réponse au traitement (diminution d'au moins 50 % du score SCL) ou de la gravité de la dépression majeure, après 9 mois. Parmi les patients exposés, les patients présentant une dépression majeure grave en début d'étude (représentée par un score SCL >1,75) ont été moins enclins à être déprimés à 3 mois, mais non à 9 mois. Par ailleurs, cette stratégie a diminué l'interférence à 3 mois entre l'état de santé des patients exposés et leurs activités familiales, sociales et professionnelles (mesurée par le questionnaire *Sheehan Disability Scale*, SDS). Toutefois, aucune différence n'a été observée entre les deux groupes à 3 et 9 mois quant aux statuts fonctionnels mental et physique (mesurés par le questionnaire *Medical Outcomes Study short form*, MOS). Finalement, comparés aux patients non exposés, les patients exposés ont reçu plus d'ordonnances pour antidépresseurs. La posologie de la médication a toutefois été adéquate et similaire pour les deux groupes.

Une étude expérimentale doublement randomisée (randomisation des médecins, puis des patients) et effectuée en simple aveugle a évalué l'impact sur les changements cliniques de patients dépressifs d'un programme de monitoring du traitement par des coordonnateurs cliniques (99). En plus d'avoir favorisé l'utilisation d'un traitement pharmacologique, cette stratégie a accentué le nombre de visites chez le médecin au cours de la période aiguë de traitement (10 semaines). Les médecins, encadrés par les coordonnateurs cliniques, étaient également en liaison avec un psychiatre. Les patients exposés à cette intervention ont, quant à eux reçu de l'information concernant la dépression et ses traitements par l'entremise du programme d'information RHYTHMS®. La population ciblée par cette intervention était constituée de 407 patients à la fois atteints de dépression majeure et grands utilisateurs de services de santé non psychiatriques. Parmi ces patients, 218 ont été attribués au hasard au groupe exposé à l'intervention, alors que les 189 autres ont formé le groupe de comparaison (groupe non exposé). Ces travaux ont démontré une diminution des symptômes dépressifs (diminution du score Ham-D) à 6 semaines, ainsi qu'à 3, 6 et 12 mois chez les patients exposés comparativement aux patients non exposés. À 12 mois, on a observé une réponse au traitement (diminution d'au moins 50 % du score Ham-D) chez 53,2 % des patients exposés comparativement à 32,8 % des patients non exposés. Parmi les patients ayant répondu au traitement, 45,3 % des patients exposés et 27,7 % des patients non exposés ont obtenu une rémission (score Ham-D <7) de leur dépression majeure à 12 mois. À 12 mois, on a assisté à une amélioration du fonctionnement social, de la santé mentale et de la perception générale de la santé chez les patients exposés, alors qu'aucune différence n'a été notée quant au fonctionnement physique, au *role functioning* ou à la perception de la douleur.

Une étude expérimentale randomisée a évalué l'effet de consultations hebdomadaires (6 semaines) effectuées par un conseiller sur les symptômes dépressifs et le statut fonctionnel de 162 patients atteints de divers troubles mentaux (100). Ces séances de consultation mettaient principalement l'accent sur l'écoute du patient. La randomisation des patients a été effectuée selon un ratio de 2:1. Par conséquent, 111 patients ont été assignés au groupe exposé à l'intervention, alors que 51 patients, traités en soins habituels, constituaient le groupe de comparaison (groupe non exposé). À la suite d'une période d'observation de 4 mois, on n'avait noté aucune différence entre les deux groupes quant à l'amélioration des symptômes dépressifs et du statut fonctionnel.

L'étude de Simon *et al.* compare trois groupes randomisés et évalués en aveugle à 6 semaines, 3 mois et 6 mois pour l'évolution de leurs symptômes dépressifs (101). On a fixé à une amélioration de 50 % de la symptomatologie dépressive à l'échelle SCL le seuil critique pour juger d'une réponse au traitement. Le patient remplissait aussi un questionnaire d'autoévaluation de l'évolution des symptômes et de la satisfaction eu égard aux soins reçus (*Patient Health Questionnaire*). Le premier groupe (non exposé) recevait les soins habituels (n=195). Le deuxième groupe (n=207) bénéficiait d'un suivi téléphonique de type *case management* réalisé par un professionnel de la santé mentale possédant au moins des études du niveau du baccalauréat et une expérience d'au moins un an en évaluation de la dépression. Le suivi téléphonique (soutien à la médication, intervention de crise au besoin, coordination des soins et orientation en psychiatrie au besoin) comportait au moins trois contacts avec le patient. Le médecin traitant recevait après chaque contact un compte rendu de l'intervention téléphonique qui pouvait formuler des recommandations. Les patients du troisième groupe (n=198), en plus du suivi téléphonique décrit précédemment, suivaient une psychothérapie par téléphone (thérapie cognitivo-comportementale

structurée de 8 sessions). En comparaison avec le groupe non exposé (soins habituels), le troisième groupe (soins habituels + *case management* + psychothérapie) a présenté à 6 mois une réponse au traitement dans une proportion significativement plus grande (43 % vs 58 %). Cette différence était moins marquée et non significative entre le premier groupe (soins habituels) et le deuxième groupe (soins habituels + *case management*) (51 % vs 43 %). Aucune différence significative n'a été observée entre les trois groupes à 6 semaines et à 3 mois.

Finalement, une étude expérimentale non randomisée s'est intéressée à évaluer l'effet d'un suivi téléphonique sur les symptômes dépressifs de 122 patients atteints de dépression majeure (102). Le suivi a été effectué sur une base hebdomadaire par des intervenants professionnels appelés thérapeutes, à raison de six séances de 30 minutes chacune. Ces séances étaient axées sur l'activation du comportement, la restructuration cognitive et l'élaboration d'un plan personnel de soins par les patients. Après chaque suivi téléphonique, les thérapeutes transmettaient au médecin une rétroaction d'informations concernant l'état clinique du patient et de recommandations pour le traitement basées sur des algorithmes informatiques. Les patients exposés ont également reçu du matériel éducatif concernant la maladie. Parmi tous les patients, seuls 28 ont été assignés au groupe exposé à l'intervention. Les autres patients ont été traités en soins habituels afin de servir de groupe de comparaison (groupe non exposé). Bien qu'on ait observé une diminution des symptômes dépressifs (diminution du score SCL) entre 0 et 6 mois pour les patients exposés, aucune différence n'a été notée entre les deux groupes quant à la proportion de patients ayant obtenu une réponse au traitement (diminution d'au moins 50 % du score SCL) ou à la proportion de rémission (score SCL $\leq 0,75$) de la dépression majeure à 6 mois.

3.3.7 Synthèse des résultats en fonction des durées d'intervention et d'observation

Pour l'ensemble des études, la durée relative des périodes d'intervention et d'observation présente une variabilité importante. Dans la majorité des cas ($n=31/48$), la durée de l'intervention est plus courte que la durée d'observation, alors que les 17 autres études répertoriées présentent des durées d'intervention et d'observation superposables. Parmi le premier groupe d'études, près de la moitié ($n=14/31$) font état d'une amélioration du statut clinique quant à la symptomatologie dépressive et au fonctionnement global des sujets, alors que pour l'autre moitié ($n=17/31$), on ne constate aucune différence. De plus, un résultat recueilli à la fin de la période d'intervention, qu'on observe une différence ou non, n'est pas prédictif du résultat obtenu à la fin de la période d'observation. Les 17 autres études se répartissent selon les mêmes proportions, pour ce qui est de l'obtention des différences ($n=10/17$) ou non ($n=7/17$) (Annexe 3).

3.3.8 Synthèse des résultats selon le type d'impact clinique mesuré

La synthèse des résultats qui suit est présentée selon le type de changement clinique mesuré dans les études. Compte tenu du faible nombre d'études ($n=7$) qui portaient sur l'efficacité de trois types de stratégies simples (unimodales) et des résultats divergents s'y rapportant, celles-ci ont été retirées de la synthèse. Il en est de même des trois études ne comportant pas de mesure de changements cliniques décrites précédemment. La synthèse porte donc sur 38 des 48 études décrites dans les sections 3.3.1 à 3.3.6. Ainsi, les tableaux 3 et 4 présentent la synthèse des résultats des études portant sur les soins en étapes, les programmes standardisés d'amélioration de la qualité des soins et les soins en collaboration. Les résultats de ces études sont regroupés selon le type d'impacts cliniques, soit la réponse au traitement, la rémission, la réduction des symptômes (Tableau 3) et certaines dimensions du fonctionnement de la personne (Tableau 4). À moins d'indication contraire, les tableaux présentent les différences observées entre les exposés (E) et les non exposés (NE) à l'intervention.

Parmi les 38 études retenues, 14 utilisaient comme mesure d'impact l'évolution de la symptomatologie dépressive (réponse, rémission, diminution des symptômes) et 4 n'exploraient que différentes dimensions du fonctionnement de la personne (ex. : social, émotionnel, physique). La majorité, soit 20 études, évaluaient à la fois l'évolution des symptômes dépressifs et le fonctionnement de la personne (Annexe 4).

- Le Tableau 3 présente d'abord les résultats de 14 études qui abordent la **réponse** à l'intervention comme mesure d'impacts cliniques. La moitié ($n=7/14$) d'entre elles, d'une durée d'observation variant de 3 à 19 mois, ne démontrent pas de différence significative entre les groupes exposés et

non exposés à l'intervention. Pour les 7 autres études, à l'exception d'une seule étude ayant une durée de 12 mois, la durée maximale d'observation est de 6 mois. On mesure l'importance de l'impact d'une intervention en calculant la différence entre la proportion des personnes ayant répondu au traitement chez les exposés et cette même proportion chez les non exposés. Cette différence varie de 8 % à 46 %.

- Dix-neuf études traitent de la **rémission** comme mesure d'impact clinique. Moins de la moitié (n=8/19) ne démontrent pas de différence significative entre les groupes exposés et non exposés à l'intervention. La durée totale de ces études varie de 3 à 24 mois. Pour les 11 autres études, les durées d'observation sont en général plus longues, allant de 3 mois à 57 mois. On mesure l'importance de l'impact d'une intervention en faisant la différence entre la proportion des personnes considérées comme étant en rémission chez les exposés et cette même proportion chez les non exposés. La différence observée varie de 10 % à 35 %. Précisons qu'il s'agit d'un nombre restreint d'études portant sur quatre types de stratégies différentes. On note que, parmi les études concernant des programmes standardisés d'amélioration de la qualité des soins, celle réalisée par Koike *et al.* comporte deux volets (67) : un premier, comparant des sujets déprimés exposés ou non exposés chez qui il n'y a pas de différence significative après 12 mois d'observation; un deuxième, portant uniquement sur les sujets déprimés présentant une comorbidité (seule la comorbidité physique semble avoir été considérée), qui révèle une différence significative au profit des sujets exposés à l'intervention. Cette étude fait partie d'un sous-groupe de 5 études reposant sur une même cohorte et un protocole semblable (Wells *et al.*, 2000). Trois d'entre elles comportaient des durées d'observation différentes alors que les 2 autres analysaient les résultats de Wells *et al.* (2000) selon l'ethnie et la comorbidité.
- Parmi les 26 études qui font référence à la **réduction des symptômes dépressifs** en présentant des scores sans avoir recours à l'utilisation d'un seuil préétabli, 19 mettent en évidence une amélioration de la symptomatologie dépressive significative au plan statistique. Cette amélioration apparaît plus marquée chez les sujets commençant un traitement que chez les sujets déjà sous traitement.
- Le Tableau 4 présente, quant à lui, 23 études qui abordent le **fonctionnement** de l'individu sous différentes dimensions : la limitation des activités physiques due à des problèmes de santé, la limitation des activités sociales due à des problèmes physiques ou émotionnels, la limitation des activités en lien avec les rôles habituels dus à des problèmes de santé physique ou émotionnels, la perception de la douleur, la détresse psychologique et le sentiment de bien-être, la vitalité, la perception de l'état de santé, le maintien de l'emploi, etc. Ces dimensions du fonctionnement de la personne sont mesurées à l'aide d'outils standardisés et validés (ex. : questionnaires, grilles d'entrevue), notamment le *Short-Form Health Survey* (SF) et le SDS. Peu d'études traitant du fonctionnement de la personne ne démontrent aucun effet des interventions (n=7). Le reste des études présentent des différences significatives au plan statistique, en faveur des sujets du groupe exposé à l'intervention, soit sur des scores globaux ou encore sur une ou plusieurs dimensions examinées, à un moment donné ou à un autre pendant la période d'observation.

Tableau 3 : Synthèse des résultats selon le type d'impact clinique pour les stratégies de soins en étapes, de programmes standardisés d'amélioration de la qualité des soins et de soins en collaboration

RÉFÉRENCE	RÉPONSE ¹ (E vs NE)	RÉMISSION (%) ² (E vs NE)	RÉDUCTION DES SYMPTÔMES ³ (E vs NE)
SOINS EN ÉTAPES			
Araya <i>et al.</i> 2003 (60)	HADS (HDRS) 54 % - 17 % (3 mois)** 78 % - 32 % (6 mois)**	HADS (HDRS) 49 % - 15 % (3 mois)** 70 % - 30 % (6 mois)**	
PROGRAMMES STANDARDISÉS D'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ DES SOINS			
Brown <i>et al.</i> 2000 (63)	SCL (HSCL-D) Ø		SCL (HSCL-D) Ø
Schulberg <i>et al.</i> 1996 (64)		HAM-D (HRS-D) Tous les patients (<i>Intent-to-treat</i>) G1 : 48 % - 18 % (8 mois)** G2 : 46 % - 18 % (8 mois)** Patients ayant complété le tx G1 : 67 % - 20 % (8 mois)** G2 : 72 % - 20 % (8 mois)**	HAM-D (HRS-D) Diminution des symptômes à 8 mois dans les 3 groupes mais plus importante chez exposés (G1 et G2)**
Wells <i>et al.</i> 2000 (65)		CES-D 60,1 % - 50,1 % (6 mois)** 58,4 % - 48,8 % (12 mois)**	
Miranda <i>et al.</i> 2003 (68)		Suite Wells <i>et al.</i> (2000) Analyse selon les ethnies : Plus grande amélioration chez les minorités (latinos* et afros** que chez blancs à 6 mois et 12 mois)	
Sherbourne <i>et al.</i> 2001 (69)		Suite Wells <i>et al.</i> (2000) sur 24 mois : perte de l'effet à 24 mois	
Wells <i>et al.</i> 2004 (66)		Suite Wells <i>et al.</i> (2000) sur 57 mois CES-D Amélioration chez exposés vs non exposés** (lorsque psychothérapie et pharmacothérapie) Psychothérapie supérieure à soins habituels* Effet plus marqué chez minorités (latinos et afros)	
Koike <i>et al.</i> 2002 (67)		Suite Wells <i>et al.</i> (2000) Analyse selon comorbidité Sans comorbidité vs morbidité : 69,9 % - 53,3 % (6 mois)** 68,5 % - 51,5 % (12 mois)** Chez sujets avec comorbidité seulement Effet + à 6 mois** et à 12 mois** Chez sujets sans comorbidité seulement Ø 6 mois et 12 mois	CES-D (score moyen) Sans comorbidité vs morbidité : Amélioration du score chez sans comorbidité vs avec comorbidité à 6 mois** et à 12 mois** Chez sujets avec comorbidité seulement : effet à 6 mois* mais Ø 12 mois Chez sujets sans comorbidité seulement : Ø 6 mois et 12 mois
Worrall <i>et al.</i> 1999 (71)			CES-D (gain moyen) Amélioration à 6 mois*

RÉFÉRENCE	RÉPONSE ¹ (E vs NE)	RÉMISSION (%) ² (E vs NE)	RÉDUCTION DES SYMPTÔMES ³ (E vs NE)
Dietrich <i>et al.</i> 2004 (72)	SCL-20 53,0 % - 34,2 % (3 mois)** 59,9 % - 46,6 % (6 mois)*	SCL-20 26,2 % - 16,5 % (3 mois)* 37,3 % - 26,7 % (6 mois)*	SCL-20 Diminution du score moyen chez tous les sujets mais effet de l'intervention mesuré : 0,23 à 3 mois* et 0,29 à 6 mois*
SOINS EN COLLABORATION : PSYCHIATRE / PSYCHOLOGUE			
Katon <i>et al.</i> 1995 (73)	SCL-20 74,4 % - 43,8 % (4 mois)** IDS Ø mais positif lorsque ajustement (4 mois)* pour certaines variables		SCL-20 ou IDS Amélioration à 4 mois** et à 7 mois**
Katon <i>et al.</i> 1996 (74)	SCL-20 70,4 % - 42,3 % (4 mois)* IDS 74,1 % - 42,3 % (4 mois)* Effet se maintient à 7 mois mais écart diminue		SCL-20 ou IDS Amélioration à 4 mois et à 7 mois**
Lin <i>et al.</i> 1999 (76)	Suite études Katon (1995, 1996) sur 19 mois SCL ou IDS Ø (19 mois)		
Katon <i>et al.</i> 1999 (77)		SCL-20 40,0 % - 23 % (3 mois) ** 44,0 % - 31 % (6 mois)* (patients déjà sous Rx depuis 8-9 semaines)	SCL-20 Diminution du score moyen à 3 mois** mais pas à 6 mois
Walker <i>et al.</i> 2000 (79)			SCL-20 et SCID DM sévère : Ø (6 mois) DM modérée : différence (6 mois**)
Katon <i>et al.</i> 2002 (80)			Suite étude Walker <i>et al.</i> 2000 SCL-20 Ø lorsque dépression grave mais amélioration lorsque dépression modérée à 28 mois**
Ceroni <i>et al.</i> 2002 (81)		HAM-D (<7) Ø (12 mois)	HAM-D Ø (12 mois)
SOINS EN COLLABORATION : INFIRMIÈRE			
Rost <i>et al.</i> 2001 (82)			mCES-D Diminution moyenne de 8,2 (15 %) chez tous les sujets nouvellement traités (6 mois)* Diminution moyenne de 16,2 (27 %) chez nouvellement traités ayant accepté AD (6 mois)** Ø chez sujets récemment traités ou nouvellement traités ayant refusé AD
Rost <i>et al.</i> 2002 (83)		mCES-D 74 % - 41 % (24 mois)*	

RÉFÉRENCE	RÉPONSE ¹ (E vs NE)	RÉMISSION (%) ² (E vs NE)	RÉDUCTION DES SYMPTÔMES ³ (E vs NE)
Smith <i>et al.</i> 2002 (85)		Suite de l'étude Smith <i>et al.</i> (2001) CIDI Ø à 24 mois pour tous les sujets Non exposés : assurés > non- assurés 24 mois** Exposés : Ø entre assurés et non assurés	
Swindle <i>et al.</i> 2003 (86)			BDI Ø (3 et 12 mois) Différence à 3 mois* pour exposés qui ont eu visite par infirmière vs exposés sans visite mais Ø 12 mois
Peveler <i>et al.</i> 1999 (87)			HADS Ø (6 et 12 semaines)
Hunkeler <i>et al.</i> 2000 (88)	HAM-D 50 % - 37 % (6 semaines)** 57 % - 38 % (6 mois) ** BDI 48 % - 37 % (6 mois)*		HAMD Amélioration score moyen Exposés > non exposés à 6 mois** (mais Ø 6 semaines) BDI Ø 6 semaines et 6 mois
Datto <i>et al.</i> 2003 (89)	CES-D Ø 4 mois	CES-D (<11) Ø 4 mois	CES-D (<16) 4 mois OR : 6,58 (IC : 1,57 – 27,03)**
SOINS EN COLLABORATION : PHARMACIEN			
Finley <i>et al.</i> 2003 (90)	BIDS Ø 6 mois	BIDS Ø 6 mois	BIDS Ø 6 mois
Capoccia <i>et al.</i> 2004 (91)	Utilisation SCL-20 Ø 3, 6, 9 et 12 mois	SCID et SCL-20 Ø 6, 9 et 12 mois	Ø 6, 9 et 12 mois
Adler <i>et al.</i> 2004 (92)			M-BDI Ø 3, 6, 12, 18 mois
Brook <i>et al.</i> 2003 (93)			SCL-90 Tous les patients (<i>Intent-to- treat</i>) : Ø à 6 mois
SOINS EN COLLABORATION : INTERVENANTS MULTIPLES OU AUTRES			
<i>Intervenants variés – interventions indirectes (conseil au médecin)</i>			
Hedrick <i>et al.</i> 2003 (98) ⁴	SCL-20 Ø (3 et 9 mois) Tendance à une meilleure réponse chez dépression grave	SCL-20 Ø (3 et 9 mois) pour tous Chez déprimés seulement au départ : OR : 1,64 (IC : 1,00 – 2,70) à 3 mois*	SCL-20 Amélioration à 3 mois* mais Ø à 9 mois
<i>Intervenants variés – interventions directes dont un coordonnateur des soins, un médecin, un psychiatre</i>			
Katon <i>et al.</i> 2001 (94) ⁴		SCID Ø 3, 6, 9, 12 mois	SCL-20 Amélioration à 12 mois*
Katzelnick <i>et al.</i> 2000 (99)	HAM-D 53,2 % - 32,8 % (12 mois)** Écart augmente avec le temps, mesures à 6 semaines, 3, 6, 12 mois	HAM-D<7 45,3 % - 27,7 % (12 mois)**	Amélioration à 6 semaines*, 3 mois*, 6 mois** et 12 mois**
Simon <i>et al.</i> 2004 (101)	SCL-20 E ₁ (<i>case management</i>) vs non exposés Ø 6 mois E ₂ (<i>case management</i> + psychothérapie) vs non exposés 58 % - 43 % (6 mois)** Ø 6 semaines et 3 mois		E ₁ (<i>case management</i>) vs non exposés : Ø E ₂ (<i>case management</i> + psychothérapie) vs non exposés Amélioration à 6 semaines* et à 6 mois**

RÉFÉRENCE	RÉPONSE ¹ (E vs NE)	RÉMISSION (%) ² (E vs NE)	RÉDUCTION DES SYMPTÔMES ³ (E vs NE)
Counselors non professionnels de la santé			
Harvey <i>et al.</i> 1998 (100)			HADS Ø (4 mois)
Séance de counseling téléphonique et retour au médecin			
Tutty <i>et al.</i> 2000 (102)	SCL-20 Ø (3 et 6 mois)	SCID Ø (3 et 6 mois)	SCL-20 Amélioration à 3 mois* et à 6 mois*
1 Réponse : Diminution de la symptomatologie définie comme la réduction d'au moins 50 % du score initial établi à partir d'un questionnaire standardisé portant sur les symptômes liés à la dépression majeure (ex. : HAM-D, BDI). 2 Rémission : Absence de symptômes dépressifs cliniquement significatifs mesuré par l'atteinte d'un seuil absolu dans un questionnaire standardisé portant sur les symptômes liés à la dépression majeure (ex. : DSM-IV, HAM-D, BDI). 3 Réduction des symptômes : Diminution de la symptomatologie mesurée à partir d'un questionnaire standardisé portant sur les symptômes liés à la dépression majeure (ex. : mCES-D, IDS, SCL, HAM-D, BDI), mais sans utiliser de seuil d'amélioration préétabli. 4 Cette étude porte sur une cohorte de sujets présentant une dépression majeure et/ou une dysthymie. * p ≤ 0,05 ** p ≤ 0,01 Ø Aucune différence au plan statistique entre exposés et non exposés			

Tableau 4 : Synthèse des résultats pour certaines dimensions du fonctionnement de la personne, selon la stratégie d'intervention étudiée

RÉFÉRENCE	DIMENSION(S)	RÉSULTATS
SOINS EN ÉTAPES		
Araya <i>et al.</i> 2003 (60)	(SF-36) Statut fonctionnel - santé mentale - rôle émotionnel - fonctionnement social - vitalité	Réduction des scores moyens**
PROGRAMMES STANDARDISÉS		
Brown <i>et al.</i> 2000 (63)	(SF-36) Statut fonctionnel Fonctionnement physique et social Rôles émotionnels et physiques Vitalité Perception de la douleur Santé mentale	Groupe AD Détérioration chez sujets groupe AD sauf statut fonctionnel physique* et vitalité** qui se sont améliorés Groupe CQI Ø pour l'ensemble des dimensions
Wells <i>et al.</i> 2000 (65)	(SF-12) Statut fonctionnel : - émotionnel (MCS-12) - physique (PCS-12) Emploi	Amélioration à 6** et 12 mois* Ø à 6 et 12 mois Plus de personnes en emploi chez exposés (12 mois)*
Miranda <i>et al.</i> 2003 (68)	Suite Wells <i>et al.</i> (2000) Emploi (maintien de l'emploi)	Ø latinos + afros vs blancs à 6 mois et 12 mois mais certaines différences entre sous-groupes et blancs
Sherbourne <i>et al.</i> 2001 (69)	Suite Wells <i>et al.</i> (2000) (SF-12) sur 24 mois - émotionnel - physique	Effet prolongé de la psychothérapie vs pharmacothérapie sur statut émotionnel et limitations physiques
Wells <i>et al.</i> 2004 (66)	Suite Wells <i>et al.</i> (2000) sur 57 mois (SF-12) et (MCS-12)	Ø (si psychothérapie et pharmacothérapie) mais psychothérapie supérieure à soins habituels pour statut fonctionnel émotionnel*

RÉFÉRENCE	DIMENSION(S)	RÉSULTATS
SOINS EN COLLABORATION : PSYCHIATRE / PSYCHOLOGUE		
Simon <i>et al.</i> 1998 (75)	(SF-36) Statut fonctionnel	À 4 et 7 mois (questionnaires) Amélioration de la perception de l'état de santé : OR : 0,50 (IC : 0,28-0,91) Amélioration des symptômes somatiques : OR : 0,68 (IC : 0,46-0,99)
Lin <i>et al.</i> 2000 (78)	Productivité SDS (global) Interférence avec activités et sous-échelles (SF-36) Fonctionnement social Limitation des rôles	Ø pour incapacité, productivité, absentéisme Amélioration à 3 mois* et à 6 mois* Ø (3 mois et 6 mois) Ø (3 mois et 6 mois)
Katon <i>et al.</i> 2002 (80)	(SDS) Statut fonctionnel	Ø (28 mois) chez dépression grave et dépression modérée
SOINS EN COLLABORATION : INFIRMIÈRE		
Rost <i>et al.</i> 2001 (83)	(SF-36) Fonctionnement physique	Ø (6 mois) sauf détérioration chez sujets ayant refusé AD*
Rost <i>et al.</i> 2002 (83)	(SF-36) Fonctionnement : ▪ émotionnel ▪ physique	Amélioration de 67 % (24 mois)** Amélioration de 35 % (24 mois)**
Smith <i>et al.</i> 2001 (84)	(SF-36) Statut fonctionnel	Ø (6 mois) entre assurés, exposés et non exposés (variations selon la couverture d'assurance) Différence chez non exposés entre assurés et non-assurés à 6 mois* (en faveur des assurés) Ø chez exposés entre assurés et non-assurés
Smith <i>et al.</i> 2002 (86)	Suite de l'étude Smith <i>et al.</i> (2001) (SF-36)	Non assurés : Exposés > non exposés 24 mois** Assurés : Ø 24 mois Non exposés : Assurés > non-assurés 24 mois** Exposés : Assurés = non-assurés
Peveler <i>et al.</i> 1999 (87)	(SF-36) Statut fonctionnel	Ø (12 semaines)
Hunkeler <i>et al.</i> 2000 (88)	(SF-12) Statut fonctionnel	Amélioration à 6 semaines** chez exposés Ø (6 mois)
Datto <i>et al.</i> 2003 (89)	(SF-12) Statut fonctionnel	Ø (4 mois)
SOINS EN COLLABORATION : PHARMACIEN		
Finley <i>et al.</i> 2003 (90)	(WSDS) Statut fonctionnel	Ø (6 mois)
Capoccia <i>et al.</i> 2004 (91)	Statut fonctionnel (SF-12) ▪ mental ▪ physique	Ø (12 mois)
Adler <i>et al.</i> 2004 (92)	(SF-12 et SF-36) Statut fonctionnel	Ø (3, 6 12 et 18 mois)
SOINS EN COLLABORATION : INTERVENANTS MULTIPLES		
Von Korff <i>et al.</i> 2003 (95) ¹	Suite étude de Katon <i>et al.</i> (2001) (SF-36) Statut fonctionnel : ▪ émotionnel ▪ social	Ø (12 mois) Amélioration (12 mois)*

RÉFÉRENCE	DIMENSION(S)	RÉSULTATS
Hedrick <i>et al.</i> 2003 (98)	(SF-36) Statut fonctionnel : ▪ mental ▪ physique (SDS) Invalidité	Ø au total (3 mois et 9 mois) (après ajustement) Amélioration (9 mois)* Amélioration (9 mois)* Moins de restriction des activités à 3 mois chez exposés : OR -0,53 (IC : -0,04 à -0,02), Ø 9 mois
Katzelnick <i>et al.</i> 2000 (99)	(SF-20) Statut fonctionnel : ▪ social ▪ mental ▪ perception de la santé générale ▪ physique ▪ <i>role functioning</i> ▪ perception de la douleur	Amélioration (12 mois)* Amélioration (12 mois)* Amélioration (12 mois)* Ø (12 mois) Ø (12 mois) Ø (12 mois)
Harvey <i>et al.</i> 1998 (100)	(COOP/WONKA) Statut fonctionnel	Ø (4 mois)
1 * ** Ø	Cette étude porte sur une cohorte de sujets présentant une dépression majeure et/ou une dysthymie. p ≤ 0,05 p ≤ 0,01 Aucune différence au plan statistique	

4. DISCUSSION

Cette revue de la littérature a permis de mettre en évidence plusieurs stratégies d'intervention visant l'amélioration des services offerts aux personnes atteintes de dépression majeure, consultant en première ligne. La présente section comporte trois volets : 1) l'analyse de la justesse des études; 2) la mise en perspective des limites relatives à la synthèse des résultats des études; 3) la présentation des principaux constats qui s'en dégagent.

4.1 Analyse de la justesse des études

Sur les 48 études retenues pour analyse, c'est dans une proportion de 91 % (n=44) que les chercheurs ont utilisé un devis expérimental avec randomisation; 4 autres études ont adopté un devis de recherche sans randomisation. Dans la très grande majorité des études, la randomisation porte soit sur les patients, soit sur les intervenants, ou les deux à la fois. Six études ont fait porter la randomisation sur les cliniques recrutées et une autre sur des localités géographiques désignées. Un examen des points suivants permettra de juger de la justesse des études répertoriées : a) la validité interne de l'étude, basée sur la détection et les conséquences prévisibles des biais potentiels de sélection, d'information et de confusion; b) la validité externe de l'étude; c) la précision de l'étude.

Au chapitre de la sélection des sujets, deux biais menacent la validité interne d'une étude expérimentale : le choix des critères d'inclusion et/ou d'exclusion des sujets et la prise en compte des perdus de vue. Étant donné l'objet même de cette revue de la littérature, les critères et les modalités retenus pour définir les cas de dépression majeure étaient déterminants pour bien circonscrire la population à l'étude. Dans la majorité des études, le diagnostic de dépression majeure a été établi à l'aide de guides d'entrevues cliniques structurées. Toutefois, dans 7 d'entre elles, on rapporte que le diagnostic de dépression majeure fut posé par le médecin, sans préciser les outils ou échelles d'évaluation utilisés. Par ailleurs, comme il est reconnu que la capacité d'établir un diagnostic de dépression majeure varie selon les connaissances et habiletés du médecin et selon la gravité de symptômes dépressifs, les individus présentant une symptomatologie importante sont plus susceptibles d'être inclus (21, 23), comme en atteste l'étude incluse dans la catégorie de stratégies « Outils d'aide à la détection de la dépression » (53). Ce biais de sélection potentiel pourrait affecter la mesure des écarts entre les groupes exposés et non exposés, dont il est difficile de prévoir la direction. Par exemple, comme les interventions semblent plus efficaces chez les personnes souffrant de dépression majeure (73, 74), ce biais pourrait entraîner une surestimation des écarts.

Par ailleurs, toutes les études font état d'un faible pourcentage de patients qui ont été perdus de vue. Le cas échéant, le traitement des données a été fait en conséquence. Par exemple, plus de la moitié des études (n=28) ont analysé les résultats selon le principe *intent-to-treat* afin de minimiser l'impact qu'auraient pu avoir ces perdus de vue. Ce principe prévoit, pour chacun des sujets, l'inclusion des observations obtenues lors de leur dernière évaluation.

Dans plus de la moitié des études (n=29), on a utilisé une stratégie de prévention des biais d'information en effectuant en aveugle l'évaluation clinique des sujets (simple aveugle). Par contre, aucune étude n'a pu être réalisée en double aveugle. Cette limite peut s'expliquer en partie par le fait que plus les modalités de l'intervention étudiée diffèrent des soins habituels, plus il est difficile d'effectuer une affectation des sujets en aveugle. De plus, les médecins sont nécessairement informés du groupe auquel ils appartiennent, ce qui pourrait avoir influencé leur performance et, par conséquent, les changements cliniques observés chez les sujets déprimés (effet Hawthorne). En outre, il est difficile de prévoir dans quel sens et avec quelle intensité ces biais d'information potentiels affecteront les mesures de changements cliniques.

Par ailleurs, dans chacune des études, les mêmes questionnaires validés et standardisés, autoadministrés ou non, ont été utilisés chez les sujets exposés et non exposés. Le fait d'utiliser un même instrument (dans le cas présent, un questionnaire), même imparfait, entraîne une erreur de classification non

différentielle. Ce type d'erreur affecte de la même façon les deux groupes étudiés et a pour effet de mener à une sous-estimation de la vraie mesure des changements cliniques.

L'utilisation d'un procédé permettant l'allocation au hasard (randomisation) des sujets dans les groupes exposés et non exposés minimise les biais de confusion potentiels d'une étude. En assurant la comparabilité des groupes en début de démarche, ce procédé protège l'intégrité de sa validité interne. Dans cette revue de la littérature, toutes les études retenues ont fait l'objet d'une procédure de randomisation, à l'exception de 4. Par ailleurs, dans quelques-uns des travaux, la procédure de randomisation n'a pas assuré la comparabilité des groupes au regard de certaines variables; ces dernières ont toutefois été prises en compte lors du traitement statistique.

La majorité des études ont utilisé un large éventail de critères d'exclusion, ce qui conduit à une certaine homogénéité des populations étudiées. Parmi ces critères, on note l'exclusion des patients manifestant une problématique suicidaire ou de toxicomanies (alcool ou drogues), souvent associée à une problématique de santé mentale, dont la dépression. La constitution de groupes homogènes par une procédure de restriction (utilisation de critères d'inclusion et d'exclusion) comporte des avantages au plan de la validité interne. Cependant, l'utilisation de cette procédure peut faire obstacle à la capacité de généraliser les résultats à l'ensemble de la population soit, dans le cas présent, toutes les personnes qui consultent en première ligne, qu'elles présentent ou non une comorbidité (ex. : dépendance, autres maladies mentales, idéations ou comportements suicidaires).

Finalement, dans plus de la moitié des études (n=29), on présente un calcul de la puissance statistique. Le calcul de la puissance est basé, entre autres, sur une différence jugée significative au plan clinique. Dans le cas présent, elle porte sur la réduction de la symptomatologie dépressive (ex. : proportion de réponse au traitement, proportion de rémission) ou sur une modification du statut fonctionnel. Toutefois, 10 études ne rapportant aucune différence entre les groupes exposés et non exposés ne font pas état de calcul de la puissance.

4.2 Limites relatives à la synthèse des résultats des études

Trente-huit études (n=38) ont été retenues pour une analyse des résultats selon les impacts cliniques mesurés. On les retrouve dans les catégories de stratégies d'intervention plus complexes (multimodales, *multifaced*). L'utilisation de mesures de changements cliniques différentes constitue l'un des facteurs limitant la capacité de comparer les études entre elles. On rapporte trois types de mesures des effets cliniques relatives à la symptomatologie dépressive, la plus fréquente (n=26) étant la diminution des symptômes, définie sans égard à l'utilisation d'un seuil d'amélioration préétabli. Dans une moins grande proportion (n=19), on traite de la rémission; un sujet est considéré comme étant en rémission lorsqu'il présente une absence ou une quasi-absence de symptômes dépressifs. Cet état clinique est objectivé à l'aide d'un questionnaire permettant le calcul d'un score, celui-ci devant être égal ou inférieur à une valeur seuil prédéterminée. Dans les études recensées, les valeurs seuil peuvent être variables, ce qui rend d'autant plus difficiles les comparaisons. D'autres études (n=14) rapportent des résultats sur la réponse au traitement, définie comme la diminution d'au moins 50 % du score initial au questionnaire utilisé pour mesurer la symptomatologie dépressive. Finalement, en plus de ces mesures strictement axées sur une amélioration relative de la symptomatologie dépressive, on utilise également différentes mesures de rétablissement (*recovery*), celui-ci étant reflété par le statut fonctionnel de l'individu et sa capacité à exercer ses rôles sociaux. Le fonctionnement de la personne est étudié dans 23 études (n=23).

De façon générale, les études ne présentent aucune mesure d'association entre le degré de gravité du trouble dépressif (léger, modéré, grave) et les effets de l'intervention. Par contre, une équipe de chercheurs (73, 74) s'est intéressée à distinguer la réponse à l'intervention chez les sujets atteints de dépression majeure et ceux souffrant de dépression mineure (voir dans le glossaire les définitions de dépression majeure et dépression mineure). Ces auteurs ont observé une meilleure réponse chez les patients du premier groupe que chez les patients du deuxième groupe. Dans ce cas, l'absence d'effet dans la dépression mineure n'est pas nécessairement liée à l'inefficacité de l'intervention, mais peut être due à l'histoire naturelle de la maladie qui tendrait à se résorber plus rapidement, avec ou sans

intervention. Ces mêmes chercheurs ont également réalisé une étude portant sur les effets de l'intervention selon le degré de gravité de la maladie au moment du diagnostic (80). Le degré de gravité se définit selon l'Organisation mondiale de la Santé en fonction du nombre de symptômes et de leurs impacts sur le fonctionnement de la personne (1, 5). Il est intéressant de noter que les sujets atteints modérément ont mieux répondu à l'intervention que ceux plus gravement atteints. Par ailleurs, dans l'étude de Simon *et al.*, aucune amélioration n'a été observée chez les sujets du groupe exposé présentant un score de 0,5 à 1,0 à l'échelle SCL-20 à l'évaluation initiale de la sévérité des symptômes dépressifs, contrairement aux sujets présentant un score supérieur à 1,0 (101).

Une difficulté est apparue de façon constante au cours de cette revue de la littérature. Toutes les études faisaient mention du groupe de comparaison (groupe non exposé) comme étant un groupe traité en soins habituels, peu d'entre elles ont toutefois défini clairement ce que sont les soins habituels. Celles qui les décrivent y incluent généralement : a) le traitement du patient par le médecin de première ligne; b) une offre de traitement le plus souvent pharmacologique; c) l'orientation en soins spécialisés. Par ailleurs, l'environnement dans lequel s'inscrit la réalisation d'une étude offre un certain niveau de soins habituels constituant la base de comparaison. Or, cette offre de soins peut varier grandement d'un pays à l'autre, d'une région à l'autre et même à l'intérieur d'une même région. Certains systèmes de santé offrent des soins habituels bien structurés et d'un haut niveau de qualité. Dans ces contextes, toute comparaison entre un groupe de patients exposés à une intervention et un groupe exposé aux soins habituels risque de conduire à de faibles différences ou même à une absence de différence au regard des changements cliniques. À l'inverse, pour les études réalisées dans des environnements où les soins habituels sont moins performants, une amélioration de la qualité des soins, même minime, pourrait engendrer des différences notables quant aux mesures des changements cliniques. La comparaison des mesures de changements cliniques doit donc être faite avec circonspection, la qualité des soins habituels devant toujours être mise en perspective dans l'interprétation des résultats.

Au cours des dernières années, 11 études (63, 65-70, 72, 90, 92, 101) ont utilisé une approche naturalistique (*naturalistic*). Parmi ces études, 8 sont incluses dans la catégorie de stratégie « Programmes standardisés d'amélioration de la qualité des soins ». L'approche naturalistique apporte moins de restriction en ce qui a trait aux critères d'inclusion et d'exclusion des sujets admis dans l'étude. Par conséquent, les sujets sélectionnés ressemblent davantage à la population qui consulte en première ligne. En plus d'adopter cette sélection moins restrictive des sujets, 7 études (63, 65-70) favorisent le respect des préférences du patient quant au choix du traitement (ex. : pharmacothérapie, psychothérapie). Grâce à des procédures statistiques particulières, on peut traiter adéquatement les données de ce type d'études. En somme, l'approche naturalistique renforce la validité externe des résultats de l'étude. Lors de la synthèse des résultats des études, on a regroupé et traité à part celles qui utilisent cette approche. Trois études n'ont démontré aucune différence entre les groupes exposés et les groupes non exposés (63, 90, 92), alors que dans les autres études (n=8), on observe une amélioration de l'état de santé des patients exposés comparativement aux patients non exposés.

Finalement, signalons que la synthèse des résultats est également rendue plus difficile par le fait que les périodes d'observation sont de durées variables (3 mois à 57 mois). En outre, la durée des périodes d'intervention n'est pas toujours superposable à celle des périodes d'observation (Annexe 3).

4.3 Les principaux résultats

La présente revue de la littérature porte sur les impacts cliniques de stratégies d'intervention visant les personnes atteintes de dépression majeure consultant en première ligne. Les 48 études retenues sont regroupées en six catégories d'intervention présentant un degré de complexité variable. Quarante-cinq études comportent des mesures de changements cliniques de l'état de santé ou du bien-être des personnes atteintes et trois mesurent les attitudes et comportements des patients au regard du traitement. Ces dernières ont été conservées et décrites parce qu'elles dérivent d'études présentant des mesures de changements cliniques et apportent une information complémentaire. Toutes les études ont été publiées entre 1998 et 2005. Sept études (n=7) seulement portent sur des stratégies simples : l'utilisation d'outils d'aide à la décision clinique (n=1), l'éducation du médecin (n=3) et l'utilisation de programmes téléphoniques ou informatiques (n=3). Quarante et une portent sur des stratégies plus

complexes, faisant appel à plusieurs composantes simultanément et à des moyens de mise en œuvre plus élaborés : soins en étapes (n=1), programmes de standardisation de la qualité des soins (n=10) et programmes de soins en collaboration (n=30).

À la lumière de l'analyse des études retenues, il se dégage un certain nombre de constats importants, notamment :

- ❑ Les études (n=7) portant sur les outils d'aide à la détection de la dépression, sur l'éducation du médecin de première ligne et sur les programmes téléphoniques ou électroniques sans intervenant – des stratégies d'intervention présentant un faible niveau de complexité (unimodale) – présentent des résultats divergents. Sur la base des quelques études retenues, dont 3 présentent des résultats encourageants, il est difficile de porter un jugement définitif sur l'efficacité de ces moyens. En outre, des études menées auparavant dans de nombreux domaines d'intervention (ex. : maladies cardiovasculaires, cancer) suggèrent la faible efficacité de ces stratégies lorsqu'elles sont utilisées seules. L'éducation des médecins, par exemple, apparaît comme une condition nécessaire, mais non suffisante en elle-même pour améliorer l'état de santé des patients dépressifs.
- ❑ Malgré les limites déjà évoquées à la section 4,2, les stratégies d'intervention présentant un degré de complexité plus élevé (multimodales, *multifaced*), notamment les soins en étapes, les programmes standardisés de l'amélioration de la qualité des soins et les soins en collaboration semblent offrir un certain potentiel d'efficacité pour améliorer la symptomatologie dépressive. L'importance de l'impact de l'intervention est mesurée par la différence entre la proportion des personnes qui améliorent leur statut clinique à la suite du traitement chez les exposés et cette même proportion chez les non exposés. En ce qui concerne la réponse (réduction d'au moins 50 % du score initial établi à partir d'un questionnaire standardisé), cette différence varie de 8 % à 46 %, alors que pour la rémission (atteinte d'un seuil absolu prédéterminé établi à partir d'un questionnaire standardisé, indiquant l'absence de dépression majeure), elle varie de 10 % à 35 %. Pour apprécier l'importance de ces différences on peut, entre autres, estimer le nombre de sujets déprimés qui doivent être exposés à l'intervention pour obtenir 1 réponse ou 1 rémission de plus que chez le groupe non exposé (soins habituels). Dans le cas de la réponse au traitement, ce ratio varie de 12:1 à 2,2:1 alors que pour la rémission, il varie de 10:1 à 3:1. Ces résultats sont d'autant plus intéressants que la dépression majeure est un trouble mental à prévalence relativement élevée. À titre d'exemple, la littérature rapporte que pour le traitement de l'hypertension artérielle diastolique (115 à 129 mmHg) destiné à prévenir un accident vasculaire cérébral, un infarctus du myocarde ou un décès, le ratio qui est jugé acceptable et qui justifie l'intervention est de 9:1 (99).
- ❑ Concernant les effets obtenus, il apparaît qu'à court terme ils sont de nature bénéfique, principalement sur la symptomatologie dépressive. À moyen terme se manifestent également des actions positives sur le fonctionnement des personnes et sur leur qualité de vie. Par contre, en ce qui a trait à la pérennité des effets, compte tenu des nombreuses observations divergentes dues aux durées d'intervention et d'observation, à la variabilité dans la mesure des écarts et de leur maintien dans le temps, il est difficile de conclure. Selon des résultats de certaines études où les groupes exposés et non exposés finissent par présenter une même mesure d'amélioration pour ce qui est de leurs symptômes dépressifs, les effets bénéfiques non négligeables des interventions complexes pourraient résider essentiellement dans la rapidité à diminuer les symptômes de dépression. Dans certaines études, l'observation d'un plafonnement des effets bénéfiques chez les exposés et les non exposés pourrait s'expliquer par la présence dans les groupes étudiés d'individus réfractaires à toute forme de traitement.
- ❑ Les études portant sur des dimensions du fonctionnement de la personne fournissent peu d'information permettant de juger de la signification clinique de ces résultats pour les populations concernées. De plus, il est difficile de dégager des constats à portée plus générale en raison de l'inconsistance des résultats et de la grande variété des dimensions explorées. Enfin, il est raisonnable de penser que certaines dimensions du fonctionnement de la personne sont susceptibles de se modifier à plus long terme (ex. : la vitalité, la reprise de l'ensemble des rôles, le sentiment de bien-être). Eu égard à la durée relativement courte des études, il est difficile de se prononcer sur l'impact des différentes stratégies.

- Peu d'études portant sur des modèles d'intervention plus complexes tentent de cerner les effets relatifs de l'une ou l'autre composante des stratégies. Une étude récente de Vergouwen *et al.* compare un programme de soins de la dépression incluant un suivi systématique parmi d'autres composantes avec le suivi systématique seul (103). Cette étude ne comportant pas de groupe contrôle de type *usual care*, il est difficile de porter un jugement sur l'efficacité de ces programmes. Toutefois, n'ayant observé aucune différence entre les deux groupes au regard des changements cliniques (réponse et rémission), les auteurs concluent que le suivi systématique est une stratégie qui, en elle-même, pourrait avoir le potentiel d'améliorer les résultats cliniques. Simon *et al.* quant à eux observent un gradient d'efficacité entre les trois groupes étudiés (soins habituels, suivi systématique de type *case management*, suivi systématique de type *case management* + psychothérapie) (101). Ils concluent à la supériorité de la troisième approche sans pouvoir déterminer les modalités de la psychothérapie qui ont eu un impact positif (contenu de la psychothérapie vs contacts téléphoniques réguliers et fréquents). Il est possible également que ce soit la synergie des différentes composantes des approches multimodales qui soient en cause. Il est par conséquent difficile de se prononcer sur les ingrédients clés plus spécifiquement responsables des effets observés. Par ailleurs, les modèles complexes d'intervention au regard de la dépression majeure s'apparentent à d'autres modèles bien connus dans le domaine des maladies chroniques (ex. : maladies pulmonaires obstructives chroniques, diabète, hypertension artérielle) où, de plus en plus, le suivi systématique apparaît comme une condition de succès.
- Seulement 4 études se sont intéressées à l'association possible entre le degré de gravité de la maladie et les effets de l'intervention. Deux d'entre elles suggèrent une meilleure réponse chez les patients atteints de dépression majeure comparativement à ceux atteints de dépression mineure. La troisième étude a permis d'observer que la dépression d'intensité modérée répondrait mieux à l'intervention que la dépression plus grave. Par ailleurs, la dernière étude suggère que les effets de l'intervention semblent plus marqués chez les personnes présentant une symptomatologie plus grave à l'évaluation initiale. Malgré l'intérêt qu'ils soulèvent, compte tenu du faible nombre d'études réalisées sur le sujet, ces résultats doivent être interprétés avec prudence.
- De façon générale, que les groupes de comparaison soient homogènes ou non (femmes ou hommes seulement, ethnies, population assurée ou non assurée), il ressort que les stratégies complexes offrent une meilleure performance à court et moyen termes, comparées aux soins habituels. D'ailleurs, au cours des dernières années, on observe une tendance à privilégier les stratégies de soins en collaboration qui invitent à repenser le rôle du médecin, à impliquer d'autres types d'intervenants et à optimiser l'utilisation des ressources disponibles sur place.
- Les études présentent également des résultats sur un certain nombre de paramètres qui ne sont pas des mesures de changements cliniques, mais sont en lien avec le processus de mise en œuvre des interventions. L'acceptabilité de l'intervention par les intervenants de première ligne eux-mêmes, notamment par le médecin, semble être une condition de succès importante. Cinq études ont traité de l'acceptabilité de l'intervention par les médecins. Dans 2 études, 65 % (74) et 80 % (73) des médecins rapportent que l'intervention en soins de collaboration a grandement augmenté leur satisfaction au regard du traitement de la dépression majeure. Aussi, tous les médecins répondants préfèrent que les collaborateurs interviennent dans leur milieu de travail (*on-site*) plutôt que d'orienter le patient en soins spécialisés dans d'autres milieux cliniques (74). On note également que les médecins sont satisfaits de leur rencontre avec les psychiatres. Ce contact a renforcé leur confiance à l'égard du traitement des cas de dépression majeure particulièrement difficiles (71). Dans une étude de soins en collaboration avec des pharmaciens, 67 % des médecins ayant répondu à un sondage se sont déclarés satisfaits des modalités de l'intervention, de l'impact sur le bien-être des patients et de l'expertise des pharmaciens (90). Finalement, Araya *et al.* ont rapporté que les médecins ont apprécié l'aide et l'information provenant des infirmières et des travailleurs sociaux engagés dans une stratégie de soins en étapes (60).
- L'observance de la médication chez les patients a été mesurée dans 22 études. Dans la majorité d'entre elles (n=17), on rapporte une augmentation de l'observance chez les patients. Il s'agit le plus souvent d'études sur les soins en collaboration (n=13) ou sur des programmes standardisés d'amélioration de la qualité des soins (n=3). Une étude portant sur un programme téléphonique et informatique rapporte également des effets positifs sur l'observance. Ces études suggèrent en outre

que l'effet bénéfique de ces interventions sur l'observance se maintient avec le temps. De fait, parmi ces 22 études, la majorité (n=17) présente une amélioration de l'observance, que la durée d'observation soit semblable à la durée d'intervention (n=7) ou supérieure à la durée de l'intervention (n=10). Par ailleurs, parmi les études démontrant un effet positif sur l'observance (n=17), une seule étude s'est intéressée au lien entre l'observance de la médication et la symptomatologie dépressive. L'amélioration démontrée par cette étude a été mesurée par une diminution du score Ham-D (59).

- En raison de l'importance des enjeux économiques inhérents aux processus décisionnels d'allocation des ressources, il nous a paru pertinent de réaliser une revue sommaire des articles portant sur l'analyse des coûts reliés aux différentes interventions expérimentées (voir à l'Annexe 2 la description de ces études). Les résultats obtenus à cet égard suggèrent que les interventions étudiées engendrent plus de coûts que les soins habituels. Par contre, comme ces interventions semblent plus efficaces que les soins habituels et entraîner des effets bénéfiques, les coûts supplémentaires engendrés pourraient être jugés raisonnables.

CONCLUSION

Cette revue de la littérature présente un éventail des nombreuses stratégies étudiées et permet de tirer certaines conclusions au plan de l'organisation des services à mettre en place pour mieux répondre aux besoins des personnes atteintes de dépression majeure. Elle suscite également des questionnements qui pourraient faire l'objet de recherches ultérieures.

Au plan de l'organisation

À la lumière des connaissances cliniques actuelles, il s'avère que la dépression majeure doit être considérée comme un trouble récurrent évoluant fréquemment vers la chronicité. De plus, les facteurs pronostics qui influent positivement ou négativement sur l'évolution clinique des personnes atteintes invitent fortement à une révision des objectifs thérapeutiques, allant jusqu'à viser une rémission complète des symptômes dépressifs et le rétablissement de l'ensemble des dimensions du fonctionnement de l'individu. La prise en compte de ces nouvelles connaissances oblige à redéfinir également les stratégies d'intervention. La présente revue de la littérature traite notamment de stratégies complexes (multimodales, *multifaced*) se rapprochant d'interventions reconnues efficaces dans le cas de problématiques de nature chronique. Selon les études, les impacts cliniques mesurés vont de la réduction des symptômes à l'amélioration du fonctionnement de la personne, en passant par la réponse au traitement et la rémission.

Par stratégies complexes on entend, selon le cas, le travail en équipe multidisciplinaire, la formation des intervenants sur la détection et le traitement de la dépression majeure, l'utilisation de guides de pratique, un plus grand partage des tâches et la mise en place de mécanismes de suivi. Ce suivi est centré sur l'une ou l'autre des activités ci-après : la relance, la psychoéducation, le maintien de l'observance, l'utilisation de stratégies de résolution de problèmes et la prévention, et la gestion de crises psychosociales. Ces stratégies peuvent aussi intégrer des mécanismes efficaces de rétroaction entre intervenants de première ligne et entre intervenants de première et deuxième lignes; il est par contre impossible de dégager les composantes de l'intervention ayant le plus d'impacts sur l'état clinique des personnes.

Au plan de la recherche

Quatre questions exigent un regard prioritaire au plan de la recherche. Premièrement, dans la foulée de travaux récents utilisant des devis de type *naturalistic*, les études devraient de plus en plus porter sur les impacts cliniques des stratégies d'intervention qui seraient appliquées à des clientèles représentatives des populations réelles atteintes de dépression majeure consultant en première ligne, et favoriser les préférences des sujets quant aux approches thérapeutiques proposées. Ces études devraient aussi prendre place dans des environnements cliniques mettant le plus possible à contribution les ressources déjà disponibles.

Deuxièmement, en faisant porter la recherche également sur la détermination des composantes les plus bénéfiques pour les patients, on arriverait à concentrer les investissements sur ces conditions de succès donc à contrôler les coûts d'implantation des stratégies et à améliorer le rapport coût/efficacité.

Troisièmement, il est clair que la durée des études inventoriées dans cette revue de la littérature constitue une limite à l'évaluation des impacts cliniques à moyen et long termes (plus de 12 mois). Des études plus longues permettraient de porter un jugement plus définitif sur la pérennité des effets et une extension de la période d'observation rendrait possible la mesure des différentes dimensions du fonctionnement de la personne.

Enfin, il est à noter que les études publiées n'abordent le plus souvent que quelques-uns des facteurs déterminants de l'évolution du trouble dépressif. Dans la majorité des cas, ces facteurs touchent directement les cliniciens (ex. : formation, aides à la décision) et les personnes atteintes (ex. : information sur la maladie et le traitement, soutien à l'observance). Il apparaît donc souhaitable que la recherche s'intéresse à d'autres facteurs pouvant influencer l'évolution de ce trouble (ex. : croyances et attitudes au regard de la maladie mentale, force du réseau relationnel, qualité du support communautaire).

GLOSSAIRE

Biais d'information : erreur systématique induite dans une étude lorsque la mesure ou l'observation d'un phénomène est incorrecte.

Biais de confusion : erreur systématique induite dans une étude par des variables (variables confondantes ou facteurs de confusion) qui ont un lien tant avec les facteurs d'exposition étudiés qu'avec la maladie observée, sans cependant faire partie de la chaîne causale liant ces deux éléments.

Biais de sélection : erreur systématique induite dans une étude en raison des méthodes adoptées pour choisir les participants à l'étude.

Coûts directs : ressources requises afin de produire un service.

Coûts indirects : tous les coûts liés à la maladie, à l'exception des coûts directs.

Coût-bénéfice : comparaison de stratégies dans lesquelles les coûts et les bénéfices sont tous deux exprimés dans les mêmes termes (habituellement en termes monétaires).

Coût-efficacité : comparaison de stratégies pour ce qui est des coûts par unité de changement mesuré, où le changement mesuré représente par exemple une année de vie additionnelle ou un cas additionnel de nouvelle maladie diagnostiquée.

Dépression majeure : au moins cinq des symptômes suivants doivent avoir été présents pendant une même période d'une durée de deux semaines et avoir représenté un changement par rapport au fonctionnement antérieur; au moins un des symptômes est soit 1) une humeur dépressive, soit 2) une perte d'intérêt ou de plaisir :

- a) humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, presque tous les jours, signalée par le sujet ou observée par les autres;
- b) diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités pratiquement toute la journée, presque tous les jours;
- c) perte ou gain de poids significatif en l'absence de régime, ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours;
- d) insomnie ou hypersomnie presque tous les jours;
- e) agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours (constaté par les autres, non limité à un sentiment subjectif de fébrilité ou de ralentissement intérieur);
- f) fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours;
- g) sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée (qui peut être délirante) presque tous les jours (pas seulement se faire grief ou se sentir coupable d'être malade);
- h) diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer, ou indécision presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres);
- i) pensées de mort récurrentes (pas seulement une peur de mourir), idées suicidaires récurrentes sans plan précis ou tentative de suicide ou plan précis pour se suicider.

Les symptômes ne répondent pas aux critères d'épisode mixte. Les symptômes induisent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement dans le domaine social ou professionnel, ou dans d'autres domaines importants. Les symptômes ne sont pas imputables aux effets physiologiques directs d'une substance ou d'une affection médicale générale. Les symptômes ne sont pas mieux expliqués par un deuil.

Dépression mineure : au moins deux (mais moins de cinq) des symptômes suivants ont été présents pendant la même période d'au moins deux semaines et constituent un changement par rapport au fonctionnement antérieur; l'un des symptômes est nécessairement *a)* ou *b)* :

- a) humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, presque tous les jours, signalée par le sujet ou observée par les autres;
- b) diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités, pratiquement toute la journée, presque tous les jours;
- c) perte ou gain de poids significatif en l'absence de régime, ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours;
- d) insomnie ou hypersomnie presque tous les jours;
- e) agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours (constaté par les autres, non limité à un sentiment subjectif de fébrilité ou de ralentissement intérieur);
- f) fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours;
- g) sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée (qui peut être délirante) presque tous les jours (pas seulement se faire grief ou se sentir coupable d'être malade);
- h) diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer, ou indécision presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres);
- i) pensées de mort récurrentes (pas seulement une peur de mourir), idées suicidaires récurrentes sans plan précis ou tentative de suicide ou plan précis pour se suicider.

Les symptômes induisent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement dans le domaine social ou professionnel, ou dans d'autres domaines importants. Les symptômes ne sont pas dus aux effets physiologiques directs d'une substance ou d'une affection médicale générale. Les symptômes ne sont pas mieux expliqués par un deuil. Il n'existe pas d'épisode dépressif majeur antérieur et les critères d'un trouble dysthymique ne sont pas remplis. Il n'existe pas d'épisode maniaque antérieur, d'épisode mixte ou d'épisode hypomaniaque et les critères d'un trouble cyclothymique ne sont pas remplis. La perturbation de l'humeur ne survient pas exclusivement au cours d'une schizophrénie, d'un trouble schizophréniforme, d'un trouble schizo-affectif, d'un trouble délirant ou d'un trouble psychotique non spécifié.

Dysthymie : humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, plus d'un jour sur deux pendant au moins deux ans, signalée par le sujet ou observée par les autres. Quand le sujet est déprimé, il présente au moins deux des symptômes suivants :

- a) perte d'appétit ou hyperphagie;
- b) insomnie ou hypersomnie;
- c) baisse d'énergie ou fatigue;
- d) faible estime de soi;
- e) difficultés de concentration ou difficultés à prendre des décisions;
- f) sentiments de perte d'espoir.

Au cours de la période de deux ans de perturbation thymique, le sujet n'a jamais eu de périodes de plus de deux mois consécutifs sans présenter les symptômes ci-mentionnés. Au cours des deux premières années de la perturbation thymique, aucun épisode dépressif majeur n'a été présent. Il n'y a jamais eu d'épisodes maniaque, mixte ou hypomaniaque, et les critères du trouble cyclothymique n'ont jamais été réunis. La perturbation thymique ne survient pas uniquement au cours de l'évolution d'un trouble psychotique chronique, tels une schizophrénie ou un trouble délirant. Les symptômes ne sont pas dus aux effets physiologiques directs d'une substance ou d'une affection médicale générale. Les symptômes entraînent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement dans le domaine social ou professionnel, ou dans d'autres domaines importants.

Étude avant-après : étude à visée étiologique qui décrit une même cohorte avant et après une intervention, la cohorte se servant à elle-même de groupe témoin.

Étude expérimentale : étude qui s'apparente aux expériences scientifiques couramment pratiquées en chimie, en physique ou dans les autres sciences de la nature. Toutes les variables de temps, de lieux et de personnes sont contrôlées par les chercheurs, qui peuvent dans ces conditions observer les variations de la maladie en fonction de la variation de l'exposition. L'essai clinique et l'essai thérapeutique sont des études expérimentales.

Étude quasi expérimentale : étude dans laquelle les chercheurs contrôlent l'ensemble des facteurs, sauf les variables de personnes.

Réduction des symptômes : diminution de la symptomatologie mesurée à partir d'un questionnaire standardisé portant sur les symptômes liés à la dépression majeure (ex. : mCES-D, IDS, SCL, HAM-D, BDI), mais sans égard à l'utilisation d'un seuil d'amélioration prédéterminé.

Rémission : absence de symptômes dépressifs cliniquement significatifs mesurée par l'atteinte d'un seuil absolu pour un questionnaire standardisé portant sur les symptômes liés à la dépression majeure (ex. : DSM-IV, HAM-D, BDI).

Réponse au traitement : Diminution de la symptomatologie définie comme la réduction d'au moins 50 % du score initial établi à partir d'un questionnaire standardisé portant sur les symptômes liés à la dépression majeure (ex. : HAM-D, BDI).

RÉFÉRENCES

1. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, *Politique et prestation de services en santé mentale*, in *Rapport sur la santé dans le monde 2001. La santé mentale: nouvelle conception, nouveaux espoirs*. 2001: Genève, Suisse. p. 77-108.
2. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. Plan d'action en santé mentale 2005-2010. La force des liens. Gouvernement du Québec. 2005:96 p.
3. CONSEIL MÉDICAL DU QUÉBEC. Les maladies mentales: un éclairage contemporain. 2001, p. 5.
4. PARIKH, S., R.W. LAM, and CANMAT DEPRESSION WORKGROUP. Clinical practice guidelines for the treatment of depressive disorders. 1. Definitions, prevalence, and health burden. *Can J Psychiatry*, 2001. 46(Suppl. 1):13S-20S.
5. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, *La santé mentale vue sous l'angle de la santé publique*, in *Rapport sur la santé dans le monde 2001. La santé mentale: nouvelle conception, nouveaux espoirs*. 2001: Genève, Suisse. p. 9.
6. WULSIN, L.R., G.E. VAILLANT, and V.E. WELLS. A systematic review of the mortality of depression. *Psychosom Med*, 1999. 61(1):6-17.
7. BALDESSARINI, R.J. Treatment and suicide risks in affective disorders. *J Clin Psychiatry*, 2003. 64(9):1125-1129.
8. GAYNES, B.N., S.L. WEST, C.A. FORD, *et al.* Screening for suicide risk in adults: a summary of the evidence for the U.S. preventive services task force. *Ann Intern Med*, 2004. 140(10):822-835.
9. STEPHENS, T. and N. JOUBERT. The economic burden of mental health problems in Canada. *Chronic Dis Can*, 2001. 22(1):18-23.
10. DAVIDSON, J.R.T. and S.E. MELTZER-BRODY. The underrecognition and undertreatment of depression: what is the breath and depth of the problem? *J Clin Psychiatry*, 1999. 60(Suppl. 7):4-9.
11. LESAGE, A. Perspectives épidémiologiques sur le virage ambulatoire des services psychiatriques. *Santé Ment Q*, 1996. 21(1):79-96.
12. BLAND, R.C., S.C. NEWMAN, and H. ORN. Health care utilization for emotional problems: results from a community survey. *Can J Psychiatry*, 1990. 35(5):397-400.
13. BARRETT, J.E., J.A. BARRETT, T.E. OXMAN, *et al.* The prevalence of psychiatric disorders in a primary care practice. *Arch Gen Psychiatry*, 1988. 45(12):1100-1106.
14. ORMEL, J., M.W. KOETER, W. VAN DEN BRINK, *et al.* Recognition, management, and course of anxiety and depression in general practice. *Arch Gen Psychiatry*, 1991. 48(8):700-706.
15. TIEMENS, B.G., J. ORMEL, and G.E. SIMON. Occurrence, recognition, and outcome of psychological disorders in primary care. *Am J Psychiatry*, 1996. 153(5):636-644.
16. KATON, W., M. VON KORFF, E. LIN, *et al.* Population-based care of depression: effective disease management strategies to decrease prevalence. *Gen Hosp Psychiatry*, 1997. 19(3):169-178.

17. WARAICH, P., E.M. GOLDNER, J.M. SOMERS, *et al.* Prevalence and incidence studies of mood disorders: a systematic review of the literature. *Can J Psychiatry*, 2004. 49(2):124-138.
18. SIMON, G.E. and M. VONKORFF. Recognition, management, and outcomes of depression in primary care. *Arch Fam Med*, 1995. 4(2):99-105.
19. HARRIS, M.F., D. SILOVE, E. KEHAG, *et al.* Anxiety and depression in general practice patients: prevalence and management. *Med J Aust*, 1996. 164(9):526-529.
20. KESSLER, L.G., P.D. CLEARY, and J.D. BURKE. Psychiatric disorders in primary care. *Arch Gen Psychiatry*, 1985. 42(6):583-587.
21. JOUKAMAA, M., V. LEHTINEN, and H. KARLSSON. The ability of general practitioners to detect mental disorders in primary health care. *Acta Psychiatr Scand*, 1995. 91(1):52-56.
22. OLFSON, M. and G.L. KLERNAN. The treatment of depression: prescribing practices of primary care physicians and psychiatrist. *J Fam Pract*, 1992. 35(6):627-635.
23. VAN DEN BRINK, W., A. LEENSTRA, J. ORMEL, *et al.* Mental health intervention programs in primary care: their scientific basis. *J Affect Disord*, 1991. 21(4):273-284.
24. PAYKEL, E.S. and R.G. PRIEST. Recognition and management of depression in general practice: consensus statement. *BMJ*, 1992. 305(6863):1198-1202.
25. HIRSCHFELD, R.M.A. The national depressive and manic-depressive association consensus statement on the undertreatment of depression. *JAMA*, 1997. 277(4):333-340.
26. SCHULBERG, H.C. and M. MCCLELLAND. A conceptual model for educating primary care providers in the diagnosis and treatment of depression. *Gen Hosp Psychiatry*, 1987. 9(1):1-10.
27. EISENBERG, L. Treating depression and anxiety in primary care. Closing the gap between knowledge and practice. *N Engl J Med*, 1992. 326(16):1080-1084.
28. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Practice guideline for major depressive disorder in adults. *Am J Psychiatry*, 1993. 150(4 Suppl):1-26.
29. WELLS, K.B., W. KATON, B. ROGERS, *et al.* Use of minor tranquilizers and antidepressant medications by depressed outpatients: results from the medical outcomes study. *Am J Psychiatry*, 1994. 151(5):694-700.
30. KATON, W., M. VON KORFF, E. LIN, *et al.* Adequacy and duration of antidepressant treatment in primary care. *Med Care*, 1992. 30(1):67-76.
31. KATON, W., E. LIN, M. VON KORFF, *et al.* The predictors of persistence of depression in primary care. *J Affect Disord*, 1994. 31(2):81-90.
32. BRUGHA, T.S., P.E. BEBBINGTON, B. MACCARTHY, *et al.* Antidepressants may not assist recovery in practice: a naturalistic prospective survey. *Acta Psychiatr Scand*, 1992. 86(1):5-11.
33. PATTEN, S.B. Progress against major depression in Canada. *Can J Psychiatry*, 2002. 47(8):775-780.
34. PATTEN, S.B. and C.A. BECK. Major depression and mental health care utilization in Canada: 1994 to 2000. *Can J Psychiatry*, 2004. 49(5):303-309.
35. ANGST, J. Major depression in 1998: are we providing optimal therapy? *J Clin Psychiatry*, 1999. 60(Suppl 6):5-9.

36. KELLER, M.B. Remission versus response: the new gold standard of antidepressant care. *J Clin Psychiatry*, 2004. 65(Suppl 4):53-59.
37. SWINDLE, R., L. HARRIS, K. KROENKE, *et al*, *Can mental health treatment be effectively delivered in primary care? A primer for employee benefit design, decision makers, and an outcome research example*, in *Investing in health: the social and economic benefits of health care innovation*, FARQUHAR, I., K. SUMMERS, and A. SORKIN, Editors. 2001, Elsevier Science Ltd. p. 343-375.
38. BRUNDTLAND, G.H. Mental health in the 21st century. *Bull World Health Organ*, 2000. 78(4):411.
39. LINK, B.G., J.C. PHELAN, M. BRESNAHAN, *et al*. Public conceptions of mental illness: labels, causes, dangerousness, and social distance. *Am J Public Health*, 1999. 89(9):1328-1333.
40. ÜSTÜN, T.B. The global burden of mental disorders. *Am J Public Health*, 1999. 89(9):1315-1318.
41. RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL-CENTRE. Garder notre monde en santé, un nouvel éclairage sur la santé mentale des montréalais. Rapport annuel 2001 sur la santé de la population. Direction de santé publique. 2001, 1-100.
42. BACHRACH, L.L. La qualité des services aux malades mentaux: implications sociales et politiques. *Santé mentale au Québec*, 1993. XVIII(2):21-31.
43. LABERGE, A., P. BARUCH, A.L. LEMIEUX, *et al*. Étude sur les pratiques relatives au diagnostic, au traitement et au suivi des personnes atteintes de troubles de l'humeur. Direction de santé publique de Québec et Département de psychiatrie de l'Est. 1999, 131 p.
44. WORLD HEALTH ORGANIZATION, Innovative care for chronic conditions. Building blocks for action. Global report. Noncommunicable diseases and mental health. 2002. 88 p.
45. KOUTSAVLIS, T. Dissémination des guides de pratiques chez les médecins. Institut national de santé publique du Québec. 2001, 51 p.
46. OXMAN, A.D., M.A. THOMSON, D.A. DAVIS, *et al*. No magic bullets: a systematic review of 102 trials of interventions to improve professional practice. *CMAJ*, 1995. 153(10):1423-1431.
47. GREEN, L.W., M.P. ERIKSEN, and E.L. SCHOR. Preventive practices by physician: behavioural determinants and potential interventions. *Am J Preventive Med*, 1988. 4(4):S101-S107.
48. GREEN, L.W. and M.W. KREUTER, Health promotion planning: an educational and environmental approach. 1980, Mountain View, California: Mayfield publishing company. 506 p.
49. TAMBLYN, R. and R. BATTISTA. Changing clinical practice: which interventions work? *J Cont Educ Health Prof*, 1993. 13:273-288.
50. GEERTSMA, R.H., R.C. PARKER, and S.K. WHITBOURNE. How physicians view the process of change in their practice behavior. *J Med Educ*, 1982. 57(10 Pt 1):752-761.
51. BEAUCAGE, C. and Y. BONNIER VIGER, Épidémiologie appliquée: une initiation à la lecture critique de la littérature en sciences de la santé. Gaëtan Morin ed. 1996, Montréal. p. 337.

52. WORLD HEALTH ORGANIZATION, Regional Office for Europe's Health Evidence Network. What is the evidence on effectiveness of capacity building of primary health care professionals in the detection, management and outcome of depression? 2004. 17 p.
53. WILLIAMS, J.W.J., C.D. MULROW, K. KROENKE, *et al.* Case-finding for depression in primary care: a randomized trial. *Am J Med*, 1999. 106(1):36-43.
54. KING, M., O. DAVIDSON, F. TAYLOR, *et al.* Effectiveness of teaching general practitioners skills in brief cognitive behaviour therapy to treat patients with depression: randomised controlled trial. *BMJ*, 2002. 324(7343):947-950.
55. THOMPSON, C., A.L. KINMONTH, L. STEVENS, *et al.* Effects of a clinical-practice guideline and practice-based education on detection and outcome of depression in primary care: Hampshire Depression Project randomised controlled trial. *Lancet*, 2000. 355(9199):185-191.
56. TIEMENS, B.G., J. ORMEL, J.A. JENNER, *et al.* Training primary-care physicians to recognize, diagnose and manage depression: does it improve patient outcomes? *Psychol Med*, 1999. 29(4):833-845.
57. SIMON, G.E., M. VONKORFF, C. RUTTER, *et al.* Randomised trial of monitoring, feedback, and management of care by telephone to improve treatment of depression in primary care. *BMJ*, 2000. 320(7234):550-554.
58. ROLLMAN, B.L., B.H. HANUSA, H.J. LOWE, *et al.* A randomized trial using computerized decision support to improve treatment of major depression in primary care. *J Gen Intern Med*, 2002. 17(7):493-503.
59. MUNDT, J.C., G.N. CLARKE, D. BURROUGHS, *et al.* Effectiveness of antidepressant pharmacotherapy: the impact of medication compliance and patient education. *Depress Anxiety*, 2001. 13(1):1-10.
60. ARAYA, R., G. ROJAS, R. FRITSCH, *et al.* Treating depression in primary care in low-income women in Santiago, Chile: a randomised controlled trial. *Lancet*, 2003. 361(9362):995-1000.
61. US PUBLIC HEALTH SERVICE AGENCY FOR HEALTH CARE POLICY AND RESEARCH. Depression in primary care: Volume 1. Diagnosis and detection. 1993.
62. US PUBLIC HEALTH SERVICE AGENCY FOR HEALTH CARE POLICY AND RESEARCH. Depression in primary care: Volume 2. Treatment of major depression. 1993.
63. BROWN, J.B., D. SHYE, B.H. MCFARLAND, *et al.* Controlled trials of CQI and academic detailing to implement a clinical practice guideline for depression. *Jt Comm J Qual Improv*, 2000. 26(1):39-54.
64. SCHULBERG, H.C., M.R. BLOCK, M.J. MADONIA, *et al.* Treating major depression in primary care practice. Eight-month clinical outcomes. *Arch Gen Psychiatry*, 1996. 53(10):913-919.
65. WELLS, K.B., C. SHERBOURNE, M. SCHOENBAUM, *et al.* Impact of disseminating quality improvement programs for depression in managed primary care: a randomized controlled trial. *JAMA*, 2000. 283(2):212-220.
66. WELLS, K., C. SHERBOURNE, M. SCHOENBAUM, *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.
67. KOIKE, A.K., J. UNUTZER, and K.B. WELLS. Improving the care for depression in patients with comorbid medical illness. *Am J Psychiatry*, 2002. 159(10):1738-1745.

68. MIRANDA, J., N. DUAN, C. SHERBOURNE, *et al.* Improving care for minorities: can quality improvement interventions improve care and outcomes for depressed minorities? Results of a randomized, controlled trial. *Health Serv Res*, 2003. 38(2):613-630.
69. SHERBOURNE, C.D., K.B. WELLS, N. DUAN, *et al.* Long-term effectiveness of disseminating quality improvement for depression in primary care. *Arch Gen Psychiatry*, 2001. 58(7):696-703.
70. UNUTZER, J., L. RUBENSTEIN, W.J. KATON, *et al.* Two-year effects of quality improvement programs on medication management for depression. *Arch Gen Psychiatry*, 2001. 58(10):935-942.
71. WORRALL, G., J. ANGEL, P. CHAULK, *et al.* Effectiveness of an educational strategy to improve family physicians' detection and management of depression: a randomized controlled trial. *CMAJ*, 1999. 161(1):37-40.
72. DIETRICH, A.J., T.E. OXMAN, J.W.J. WILLIAMS, *et al.* Re-engineering systems for the treatment of depression in primary care: cluster randomised controlled trial. *BMJ*, 2004. 329(7466):602.
73. KATON, W., M. VON KORFF, E. LIN, *et al.* Collaborative management to achieve treatment guidelines. Impact on depression in primary care. *JAMA*, 1995. 273(13):1026-1031.
74. KATON, W., P. ROBINSON, M. VON KORFF, *et al.* A multifaceted intervention to improve treatment of depression in primary care. *Arch Gen Psychiatry*, 1996. 53(10):924-932.
75. SIMON, G.E., W. KATON, C. RUTTER, *et al.* Impact of improved depression treatment in primary care on daily functioning and disability. *Psychol Med*, 1998. 28(3):693-701.
76. LIN, E.H., G.E. SIMON, W.J. KATON, *et al.* Can enhanced acute-phase treatment of depression improve long-term outcomes? A report of randomized trials in primary care. *Am J Psychiatry*, 1999. 156(4):643-645.
77. KATON, W., M. VON KORFF, E. LIN, *et al.* Stepped collaborative care for primary care patients with persistent symptoms of depression: a randomized trial. *Arch Gen Psychiatry*, 1999. 56(12):1109-1115.
78. LIN, E.H., M. VONKORFF, J. RUSSO, *et al.* Can depression treatment in primary care reduce disability? A stepped care approach. *Arch Fam Med*, 2000. 9(10):1052-1058.
79. WALKER, E.A., W.J. KATON, J. RUSSO, *et al.* Predictors of outcome in a primary care depression trial. *J Gen Intern Med*, 2000. 15(12):859-867.
80. KATON, W., J. RUSSO, M. VON KORFF, *et al.* Long-term effects of a collaborative care intervention in persistently depressed primary care patients. *J Gen Intern Med*, 2002. 17(10):741-748.
81. CERONI, G.B., P. RUCCI, D. BERARDI, *et al.* Case review vs. usual care in primary care patients with depression: a pilot study. *Gen Hosp Psychiatry*, 2002. 24(2):71-80.
82. ROST, K., P. NUTTING, J. SMITH, *et al.* Improving depression outcomes in community primary care practice: a randomized trial of the quEST intervention. Quality Enhancement by Strategic Teaming. *J Gen Intern Med*, 2001. 16(3):143-149.

83. ROST, K., P. NUTTING, J.L. SMITH, *et al.* Managing depression as a chronic disease: a randomised trial of ongoing treatment in primary care. *BMJ*, 2002. 325(7370):934-937.
84. SMITH, J.L., K.M. ROST, P.A. NUTTING, *et al.* Resolving disparities in antidepressant treatment and quality-of-life outcomes between uninsured and insured primary care patients with depression. *Med Care*, 2001. 39(9):910-922.
85. SMITH, J.L., K.M. ROST, P.A. NUTTING, *et al.* Impact of ongoing primary care intervention on long term outcomes in uninsured and insured patients with depression. *Med Care*, 2002. 40(12):1210-1222.
86. SWINDLE, R.W., J.K. RAO, A. HELMY, *et al.* Integrating clinical nurse specialists into the treatment of primary care patients with depression. *Int J Psychiatry Med*, 2003. 33(1):17-37.
87. PEVELER, R., C. GEORGE, A.L. KINMONTH, *et al.* Effect of antidepressant drug counselling and information leaflets on adherence to drug treatment in primary care: randomised controlled trial. *BMJ*, 1999. 319(7210):612-615.
88. HUNKELER, E.M., J.F. MERESMAN, W.A. HARGREAVES, *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.
89. DATTO, C.J., R. THOMPSON, D. HOROWITZ, *et al.* The pilot study of a telephone disease management program for depression. *Gen Hosp Psychiatry*, 2003. 25(3):169-177.
90. FINLEY, P.R., H.R. RENS, J.T. PONT, *et al.* Impact of a collaborative care model on depression in a primary care setting: a randomized controlled trial. *Pharmacotherapy*, 2003. 23(9):1175-1185.
91. CAPOCCIA, K.L., D.M. BOUDREAU, D.K. BLOUGH, *et al.* Randomized trial of pharmacist interventions to improve depression care and outcomes in primary care. *Am J Health Syst Pharm*, 2004. 61(4):364-372.
92. ADLER, D.A., K.M. BUNGAY, I.B. WILSON, *et al.* The impact of a pharmacist intervention on 6-month outcomes in depressed primary care patients. *Gen Hosp Psychiatry*, 2004. 26(3):199-209.
93. BROOK, O.H., H.P. VAN HOUT, H. NIEUWENHUYSEA, *et al.* Effects of coaching by community pharmacists on psychological symptoms of antidepressant users; a randomised controlled trial. *Eur Neuropsychopharmacol*, 2003. 13(5):347-354.
94. KATON, W., C. RUTTER, E.J. LUDMAN, *et al.* A randomized trial of relapse prevention of depression in primary care. *Arch Gen Psychiatry*, 2001. 58(3):241-247.
95. VON KORFF, M., W. KATON, C. RUTTER, *et al.* Effect on disability outcomes of a depression relapse prevention program. *Psychosom Med*, 2003. 65(6):938-943.
96. LUDMAN, E., W. KATON, T. BUSH, *et al.* Behavioural factors associated with symptom outcomes in a primary care-based depression prevention intervention trial. *Psychol Med*, 2003. 33(6):1061-1070.
97. LIN, E.H., M. VON KORFF, E.J. LUDMAN, *et al.* Enhancing adherence to prevent depression relapse in primary care. *Gen Hosp Psychiatry*, 2003. 25(5):303-310.
98. HEDRICK, S.C., E.F. CHANEY, B. FELKER, *et al.* Effectiveness of collaborative care depression treatment in Veterans' Affairs primary care. *J Gen Intern Med*, 2003. 18(1):9-16.

99. KATZELNICK, D.J., G.E. SIMON, S.D. PEARSON, *et al.* Randomized trial of a depression management program in high utilizers of medical care. *Arch Fam Med*, 2000. 9(4):345-351.
100. HARVEY, I., S.J. NELSON, R.A. LYONS, *et al.* A randomized controlled trial and economic evaluation of counselling in primary care. *Br J Gen Pract*, 1998. 48(428):1043-1048.
101. SIMON, G.E., E.J. LUDMAN, S. TUTTY, *et al.* Telephone psychotherapy and telephone care management for primary care patients starting antidepressant treatment: a randomized controlled trial. *JAMA*, 2004. 292(8):935-942.
102. TUTTY, S., G. SIMON, and E. LUDMAN. Telephone counseling as an adjunct to antidepressant treatment in the primary care system. A pilot study. *Eff Clin Pract*, 2000. 3(4):170-178.
103. VERGOUWEN, A.C., A. BAKKER, H. BURGER, *et al.* A cluster randomized trial comparing two interventions to improve treatment of major depression in primary care. *Psychol Med*, 2005. 35(1):25-33.
104. ROST, K., P.A. NUTTING, J. SMITH, *et al.* Designing and implementing a primary care intervention trial to improve the quality and outcome of care for major depression. *Gen Hosp Psychiatry*, 2000. 22(2):66-77.
105. MERESMAN, J.F., E.M. HUNKELER, W.A. HARGREAVES, *et al.* A case report: implementing a nurse telecare program for treating depression in primary care. *Psychiatr Q*, 2003. 74(1):61-73.
106. BOUDREAU, D.M., K.L. CAPOCCIA, S.D. SULLIVAN, *et al.* Collaborative care model to improve outcomes in major depression. *Ann Pharmacother*, 2002. 36(4):585-591.
107. LUDMAN, E., M. VON KORFF, W. KATON, *et al.* The design, implementation, and acceptance of a primary care-based intervention to prevent depression relapse. *Int J Psychiatry Med*, 2000. 30(3):229-245.
108. LAVE, J.R., R.G. FRANK, H.C. SCHULBERG, *et al.* Cost-effectiveness of treatments for major depression in primary care practice. *Arch Gen Psychiatry*, 1998. 55(7):645-651.
109. STEWART, A.L., R.D. HAYS, and J.E.J. WARE. The MOS short-form general health survey. Reliability and validity in a patient population. *Med Care*, 1988. 26(7):724-735.
110. SCHOENBAUM, M., J. UNUTZER, C. SHERBOURNE, *et al.* Cost-effectiveness of practice-initiated quality improvement for depression: results of a randomized controlled trial. *JAMA*, 2001. 286(11):1325-1330.
111. VON KORFF, M., W. KATON, T. BUSH, *et al.* Treatment costs, cost offset, and cost-effectiveness of collaborative management of depression. *Psychosom Med*, 1998. 60(2):143-149.
112. SIMON, G.E., W.J. KATON, M. VONKORFF, *et al.* Cost-effectiveness of a collaborative care program for primary care patients with persistent depression. *Am J Psychiatry*, 2001. 158(10):1638-1644.
113. PYNE, J.M., K.M. ROST, M. ZHANG, *et al.* Cost-effectiveness of a primary care depression intervention. *J Gen Intern Med*, 2003. 18(6):432-441.
114. PYNE, J.M., J. SMITH, J. FORTNEY, *et al.* Cost-effectiveness of a primary care intervention for depressed females. *J Affect Disord*, 2003. 74(1):23-32.

115. SIMON, G.E., M. VON KORFF, E.J. LUDMAN, *et al.* Cost-effectiveness of a program to prevent depression relapse in primary care. *Med Care*, 2002. 40(10):941-950.
116. LIU, C.F., S.C. HEDRICK, E.F. CHANEY, *et al.* Cost-effectiveness of collaborative care for depression in a primary care veteran population. *Psychiatr Serv*, 2003. 54(5):698-704.
117. SIMON, G.E., W.G. MANNING, D.J. KATZELNICK, *et al.* Cost-effectiveness of systematic depression treatment for high utilizers of general medical care. *Arch Gen Psychiatry*, 2001. 58(2):181-187.

ANNEXE 1

***Résumé des stratégies répertoriées visant
la modification des pratiques des intervenants
de première ligne au regard de la dépression majeure***

Tableau 5 : Résumé des stratégies répertoriées visant la modification des pratiques des intervenants de première ligne au regard de la dépression majeure

Référence	Type d'étude	Devis	Population à l'étude (n)	Changements mesurés	Période d'observation	Composantes du modèle	Résultats	Justesse de l'étude	Commentaires
DÉPISTAGE DE LA DÉPRESSION									
Williams <i>et al.</i> , 1999 (53)	Étude expérimentale randomisée en bloc et stratifiée en simple aveugle (stratification selon région géographique des cliniques; évaluation en aveugle)	Intervention unimodale Exposés n° 1 : soins habituels de 1 ^{re} ligne + questionnaire simple Exposés n° 2 : soins habituels de 1 ^{re} ligne + questionnaire complexe Non exposés : soins habituels de 1 ^{re} ligne *tous les MD reçoivent un guide de référence sur le management de la dépression	969 patients dont : 330 exposés n° 1, 323 exposés n° 2 et 316 non exposés *les patients ont été randomisés entre les groupes avant leur visite au MD. Après cette visite (72 h), les patients ont été contactés par téléphone et ont rempli le SCID. Les patients présentant des symptômes dépressifs ont été suivis à 3 mois	Reconnaissance des symptômes dépressifs par les MD Symptomatologie dépressive (DSM-III-R) Satisfaction face aux soins reçus Satisfaction des MD	Étude : 3 mois Suivis à 3 mois (effectués chez 230 patients : 101 patients dépressifs et 129 patients non dépressifs) (interviews par téléphone) (suivi postintervention)	Exposés n°1 : avant leur visite au MD, les patients ont répondu à une seule question et ont répondu par oui ou non : Vous êtes-vous senti déprimé ou malheureux la plupart du temps dans la dernière année ? Exposés n°2 : avant leur visite au MD, les patients ont rempli le CES-D.	Suivi : 89 % ont rempli le SCID. Les groupes exposés n°1 et n°2 ont été regroupés sur la base de la similitude de performance des 2 instruments de dépistage. Reconnaissance : reconnaissance de la dépression chez 39 % des exposés vs 29 % des non exposés (différence = 10 % [-23-43]). Un nouveau diagnostic de dépression a été établi chez 13 % des exposés vs 3 % des non exposés (différence = 10 % [-1-19]). Les patients DM sont plus susceptibles d'être reconnus (45 % vs 24 %, p<0,02) et traités (55 % vs 28 %, p=0,005) que les patients Dm. Symptomatologie dépressive : prévalence de dépression similaire à 3 mois chez exposés et non exposés (37 % vs 46 %, p=0,19). Plus de chance de rémission chez exposés vs non exposés (48 % vs 27 %; différence = 21 % [-1-41]). ↓ moyenne des symptômes similaire à 3 mois chez exposés et non exposés (1,6 vs 1,5, p=0,21). Satisfaction : aucune différence entre exposés et non exposés ou entre exposés n°1 et n°2. Satisfaction des MD : aucune différence quant à l'acceptabilité entre exposés n°1 et n°2.	Biais de sélection : pratiquement aucun critères d'inclusion/exclusion; patients âgés (47 à 66 ans) Biais d'information : simple aveugle; validité des instruments de mesure, responsables de l'évaluation non décrits; les MD sont informés du résultat des questionnaires Biais de confusion : DM sont plus susceptibles d'être reconnus (45 % vs 24 %, p<0,02) et traités (55 % vs 28 %, p=0,005) que les patients Dm. patients similaires (diagnostics dépressifs et gravité de la maladie semblables pour les 3 groupes) Centre médical d'affaires des vétérans, cliniques universitaires de médecine interne et clinique de médecine familiale	Cette intervention a démontré qu'un instrument très simple de dépistage de la dépression peut être tout aussi efficace qu'un instrument plus complexe. Par ailleurs, bien que le taux de reconnaissance demeure peu élevé, les patients atteints de DM sont plus susceptibles d'être diagnostiqués et traités.
ÉDUCATION DU MÉDECIN DE PREMIÈRE LIGNE									
King <i>et al.</i> , 2002 (54)	Étude expérimentale randomisée (randomisation des MD)	Intervention unimodale Exposés : soins habituels de 1 ^{re} ligne + éducation des MD sur CBT Non exposés : soins habituels de 1 ^{re} ligne	272 patients ayant un score HADS ≥11 dont : 137 exposées et 135 non exposées	Symptomatologie dépressive (BDI) Statut fonctionnel (SF-36) Satisfaction des MD	Étude : 6 mois Suivis à 3 et 6 mois (questionnaires par courrier) (suivi postintervention)	Formation des MD sur la CBT s'échelonnant sur 4 demi-journées (présentation clinique de la dépression et de l'anxiété, thérapies cognitives et éducation du patient sur la psychothérapie)	Symptomatologie dépressive : aucune différence quant au score BDI ou à l'anxiété. Statut fonctionnel : plus grand pourcentage d'exposés avec limitations émotionnelles à 6 mois vs non exposés (p=0,03). Aucune différence quant au statut fonctionnel social, mental et physique. Satisfaction des MD : meilleure confiance dans le traitement de la dépression (p=0,03) et de l'anxiété (p=0,04) chez MD exposés vs MD non exposés. Aucune différence quant à l'attitude face au traitement, au <i>professional ease</i> , à la <i>depression malleability</i> et à la détection de la dépression.	Biais de sélection : sélection selon CIDI par réceptiionnistes formés; critères d'inclusion/exclusion non décrits; seuls les patients ayant obtenu un score ≥11 pour HADS sont inclus; 20 % de patients ≥60 ans; pas de données sur les perdus de vue Biais d'information : pas d'évaluation et/ou d'affectation en aveugle; validité de certains instruments de mesure non décrite; responsables de l'évaluation des questionnaires non décrits Biais de confusion : randomisation et multicentrique; groupes comparables; analyses statistiques non décrites	Les effets d'une brève formation des MD sur la CBT sont très limités, tant pour le <i>outcome</i> clinique des patients que pour l'habileté des MD à traiter la dépression.

Référence	Type d'étude	Devis	Population à l'étude (n)	Changements mesurés	Période d'observation	Composantes du modèle	Résultats	Justesse de l'étude	Commentaires
Thompson <i>et al.</i> , 2000 (55)	Étude expérimentale randomisée et stratifiée (randomisation des cliniques; stratification selon certaines caractéristiques des cliniques)	Intervention unimodale Exposés : soins habituels de 1 ^{re} ligne + séminaires + éducation des MD Non exposés : soins habituels de 1 ^{re} ligne* *le groupe non exposé a reçu le programme d'éducation 2 mois après que le groupe exposé l'ait eu terminé	4192 patients ayant un score HADS ≥ 8 dont : 577 exposés et 670 non exposés en début d'étude 393 exposés et 576 non exposés après les séminaires 437 exposés et 579 non exposés après l'éducation 385 exposés et 575 non exposés en fin d'étude	Symptomatologie dépressive (HADS) Habileté des MD	Étude : 6 mois Suivis à 6 semaines et 6 mois (questionnaires par courrier) (suivi postintervention)	Équipe responsable de l'éducation des MD : 1 MD, 1 infirmière clinique et 1 infirmière en santé mentale Éducation basée sur un guide de pratique clinique conçu à partir d'une revue des guides existants Programme d'éducation en 2 phases : 4 h de séminaire + 9 mois de disponibilité de l'équipe d'éducation afin de faciliter l'implantation des directives standardisées	Suivi : chez les exposés, 52 % ont retourné leur questionnaire à 6 mois en début d'étude, 52,7 % après les séminaires, 47,1 % après l'éducation et 49,1 % en fin d'étude. Chez les non exposés, 53,9 %, 48,3 %, 52,3 % et 52,2 %, respectivement. Symptomatologie dépressive : aucune différence quant à l'amélioration du score HADS ou au nombre de patients toujours dépressifs. Parmi les patients dépressifs reconnus par le MD, les exposés ont plus de chance d'améliorer leurs symptômes dépressifs à 6 semaines (après les séminaires seulement, $p=0,044$). Aucune différence parmi les patients dépressifs non reconnus par le MD. Habileté des MD : aucune différence quant à la sensibilité ou la spécificité à détecter la dépression par les MD à chaque étape (début, après séminaires, après éducation, fin).	Biais de sélection : sélection selon HADS; critères d'inclusion/exclusion très peu décrits; seuls les patients ayant obtenu un score ≥ 8 pour HADS sont inclus Biais d'information : pas d'évaluation et/ou d'affectation en aveugle; validité des instruments de mesure; responsables de l'évaluation des questionnaires non décrits; contrôle de la qualité des séminaires Biais de confusion : randomisation et multicentrique; groupe non exposé également exposé à l'intervention 2 mois après la fin de l'éducation chez le groupe exposé; groupes de cliniques et de MD comparables Principe <i>intent-to-treat</i> ; calcul de puissance effectué (amélioration de 50 % chez exposés, $n=400$ patients/groupe)	Bien que très structuré, ce programme de formation n'a eu aucun impact positif sur les symptômes dépressifs, pas plus qu'il n'en a eu sur les habiletés du MD à reconnaître la dépression.
Tiemens <i>et al.</i> , 1999 (56)	Étude expérimentale de cohorte avant-après (sélection randomisée et stratifiée des patients selon score GHQ)	Intervention unimodale Exposés (après) : soins habituels de 1 ^{re} ligne + éducation des MD* Non exposés (avant) : soins habituels de 1 ^{re} ligne *2 groupes de MD ont été formés : groupe A, $n=10$; groupe B, $n=7$ (formation très similaire pour les groupes)	334 patients dépressifs dont : 155 exposés et 179 non exposés (78 exposés et 93 non exposés pour groupe A de MD; 77 exposés et 86 non exposés pour groupe B de MD)	Symptomatologie dépressive (SCL) Statut fonctionnel (BDQ)	Étude : 12 mois Suivis à 3 et 12 mois (questionnaires par courrier à 3 mois; suivi en personne ou téléphonique par assistant de recherche formé à 12 mois) (suivi postintervention)	8 séances de 2 h 30 chacune, données par un MD et un psychiatre, portant sur la dépression et les problèmes mentaux communs; formation axée sur une approche à facettes multiples (instrument de dépistage, principes généraux de management clinique, habiletés de communication)	Suivi : 87,1 % des exposés et 87,2 % des non exposés ont au moins complété un suivi, 67,7 % des exposés et 67 % des non exposés ont complété les 2 suivis. Symptomatologie dépressive : amélioration du score SCL chez exposés vs non exposés à 3 mois ($p=0,05$). Aucune différence à 12 mois. Aucune différence quant au taux de rémission à 12 mois (71,8 % vs 69,3 %). La formation est un facteur prédictif d'une amélioration du score SCL à 3 mois. La reconnaissance de la dépression et un début récent de la maladie (<12 mois) sont des facteurs prédictifs d'une amélioration du score SCL à 12 mois. Statut fonctionnel : amélioration du score BDQ chez exposés ayant une dépression depuis <12 mois (où le MD a reconnu la dépression) vs non exposés à 3 mois ($p=0,02$). Aucune différence à 12 mois.	Biais de sélection : processus de sélection en 2 étapes (GHQ puis randomisation des patients selon stratification du score GHQ); critères d'inclusion/exclusion très peu décrits; pas de données sur les perdus de vue Biais d'information : pas d'évaluation et/ou d'affectation en aveugle; validité des instruments de mesure; responsables du suivi formés Biais de confusion : étude avant-après; multicentrique; groupes de patients différents pour l'éducation, mais cette différence est contrôlée par les modèles d'analyse; très petit nombre de MD	Les effets de cette intervention visant la formation des MD sont très limités à 3 mois et ne perdurent pas à 12 mois. Cette intervention semble néanmoins plus efficace pour les patients qui ont été reconnus comme étant dépressifs par leur MD et chez qui cette dépression n'est présente que depuis <12 mois.

Référence	Type d'étude	Devis	Population à l'étude (n)	Changements mesurés	Période d'observation	Composantes du modèle	Résultats	Justesse de l'étude	Commentaires
PROGRAMMES TÉLÉPHONIQUE OU INFORMATIQUE (sans intervenant)									
Simon <i>et al.</i> , 2000 (57)	Étude expérimentale randomisée et stratifiée en simple aveugle (stratification selon clinique; évaluation en aveugle)	Intervention unimodale (n° 1) ou bimodale (n° 2) Exposés n° 1 : soins habituels de 1 ^{re} ligne + rétroaction au MD Exposés n° 2 : soins habituels de 1 ^{re} ligne + suivi téléphonique + rétroaction et assistance au MD Non exposés : soins habituels de 1 ^{re} ligne *tous les patients reçoivent des ADs	613 patients DM dont : 221 exposés n° 1, 196 exposés n° 2 et 196 non exposés	Symptomatologie dépressive (SCID, SCL-20) Observance de la médication Coûts reliés au traitement	Étude : 6 mois Suivis téléphoniques à 3 et 6 mois (suivi pendant [16 semaines] et postintervention)	<u>Intervention n° 1 :</u> rétroaction informatique au MD à 8 et 16 semaines (posologie, ordonnances, visites de suivi) et recommandations pour le traitement sur la base d'algorithmes informatiques <u>Intervention n° 2 :</u> contacts téléphoniques avec le patient au début de l'étude puis à 8 et 16 semaines, rétroaction au MD, recommandations plus détaillées pour le traitement, soutien du MD pour l'organisation du suivi des patients Les <i>case managers</i> sont expérimentés en évaluation téléphonique mais non en pharmacothérapie	Suivi : 97 % à 8 semaines et 93 % à 16 semaines pour exposés n° 2. Symptomatologie dépressive : ↓ du score SCL-20 chez exposés n° 2 vs non exposés à 6 mois (p=0,008). Le groupe exposés n° 2 a plus de chance d'obtenir une ↓ d'au moins 50 % du score SCL-20 (<i>odds ratio</i> de 2,22 [1,31, 3,75]) et moins de chance de DM persistante (<i>odds ratio</i> de 0,45 [0,24, 0,86]). Observance : les exposés n° 2 reçoivent une pharmacothérapie adéquate (posologie modérée) plus souvent que les non exposés pour une période d'au moins 90] (<i>odds ratio</i> de 1,99 [1,23, 3,22]). Coûts pour 6 mois de suivi : aucune différence entre les 3 groupes pour le nombre de visites. ↑ moyenne par patient de 22 \$ US pour exposés n° 1 et de 83 \$ US pour exposés n° 2 mais aucune différence significative entre les 3 groupes.	Biais de sélection : critères d'inclusion et d'exclusion restrictifs; étude limitée aux patients ayant reçu une nouvelle ordonnance; toutes les analyses informatématiques limitées aux patients suivis pour 6 mois (93 %) Biais d'information : simple aveugle; validité des questionnaires mais aucune information sur les algorithmes informatiqués; équipe responsable du suivi téléphonique non décrite; <i>case managers</i> non compétents en pharmacothérapie Biais de confusion : étude randomisée et multicentrique; aucune analyse afin de comparer les groupes en début d'étude Calcul de puissance effectué (différence de 10 % pour les coûts du traitement de DM, n=200/ groupe), GHG	Le simple fait d'acheminer un suivi informatisé au MD n'a aucun impact sur les <i>outcomes</i> des patients. Toutefois, si l'on ajoute un suivi téléphonique aux patients ainsi qu'une assistance au MD, ont note une amélioration (bien que celle-ci ne soit que modérée).
Rollman <i>et al.</i> , 2002 (58)	Étude expérimentale randomisée et stratifiée en simple aveugle (randomisation des MD; stratification selon le nombre de ½ journée de travail/sem.; évaluation en aveugle)	Intervention unimodale (n° 1) ou bimodale (n° 2) Exposés n° 1 : soins habituels de 1 ^{re} ligne + rappel du diagnostic de DM à chaque visite du patient Exposés n° 2 : soins habituels de 1 ^{re} ligne + rappel du diagnostic de DM + avis de traitement pour chaque patient Non exposés : soins habituels de 1 ^{re} ligne *tous les MD reçoivent un courriel détaillant les résultats du PRIME-MD	226 patients DM dont : 77 exposés n° 1, 78 exposés n° 2 et 71 non exposés	Symptomatologie dépressive (Ham-D) Statut fonctionnel (SF-12) Observance de la médication Satisfaction face aux soins reçus	Étude : 6 mois Suivis téléphoniques à 3 et 6 mois par interviewer (suivi pendant l'intervention)	<u>Intervention n° 1 :</u> à chaque visite avec un patient, on rappelle au MD le diagnostic de DM du patient <u>Intervention n° 2 :</u> en plus du rappel du diagnostic de DM, les MD reçoivent pour chaque patient des avis spécifiques de traitement basé sur les standards de l'AHCPR Toutes les interventions se font via un système informatique. Des assistants de recherche renvoient à chaque semaine les dossiers des patients.	Suivi : 91 % à 3 mois, 91 % à 6 mois et 88 % ont complété les 2 suivis Symptomatologie dépressive : amélioration des symptômes de 0-6 mois (p<0,001), mais aucune différence entre les groupes quant à l'amélioration des symptômes ou au taux de rémission. Utilisation des services : ↑ du nombre de visites (p=0,02) et de contacts (≥3; p=0,03) avec MD chez exposés vs non exposés.	Biais de sélection : sélection par assistant de recherche selon PRIME-MD; les patients doivent avoir un score Ham-D ≥12; analyses limitées aux 200 patients qui ont complété le 1 ^{er} ou le 2 ^e suivi Biais d'information : simple aveugle; validité des instruments de mesure; qualification des assistants de recherche non décrite; même interviewer pour tous les patients; réévaluation en aveugle par 2 infirmières des données médicales des patients Biais de confusion : étude randomisée mais non multicentrique; limitations techniques du système informatique; groupes différents pour âge, sexe et statut marital Principe <i>intent-to-treat</i> ;	L'ajout informatique d'une rétroaction du diagnostic et/ou de recommandations concernant le traitement de la maladie n'a engendré aucun changement quant aux symptômes dépressifs des patients atteints de DM.

Référence	Type d'étude	Devis	Population à l'étude (n)	Changements mesurés	Période d'observation	Composantes du modèle	Résultats	Justesse de l'étude	Commentaires
Mundt <i>et al.</i> , 2001 (59)	Etude expérimentale randomisée (randomisation par coordonnateur de l'étude à la suite du 1 ^{er} contact par téléphone)	Intervention unimodale Exposés : soins habituels de 1 ^{re} ligne + RHYTHMS Non exposés : soins habituels de 1 ^{re} ligne *tous les patients reçoivent des ADs	246 patients DM dont : 122 exposés et 124 non exposés	Symptomatologie dépressive (Ham-D) Statut fonctionnel (WSAS) Observance de la médication Satisfaction face à la médication	Etude : 30 semaines Suivis à 4, 12 et 30 semaines par système interactif téléphonique (suivi pendant l'intervention)	Programme RHYTHMS d'information pour le patient, subventionné par Pfizer Pharm., qui s'échelonne sur une période de 7 mois. Au cours de cette période, les patients reçoivent de l'information concernant la DM et les antidépresseurs).	Suivi : 73,8 % exposés ont fait tous leurs suivis vs 66,9 % non exposés. Symptomatologie dépressive : amélioration des symptômes pour chaque groupe à chaque suivi (p<0,05). Score Ham-D plus élevé chez exposés vs non exposés à 4 semaines (p<0,05). Aucune différence entre les groupes quant à la réponse au traitement (↓ ≥50 % du score Ham-D). Meilleur taux de rémission (score Ham-D ≤8) chez non exposés vs exposés à 4 semaines (p<0,05). Rechutes plus fréquentes à 12 et 30 semaines chez non exposés vs exposés (p<0,01). Statut fonctionnel : amélioration du statut fonctionnel pour chaque groupe à chaque suivi (p<0,01), mais aucune différence entre exposés et non exposés. Observance : plus les patients observent le traitement, plus ils ont de chance d'améliorer leurs scores Ham-D et WSAS (exposés et non exposés confondus). Satisfaction : La perception d'amélioration de la santé et d'efficacité du traitement ↑ avec le temps (p<0,001), mais aucune différence entre exposés et non exposés.	Biais de sélection : étude limitée aux patients ayant reçu une nouvelle ordonnance; seuls les patients ayant un score Ham-D ≥18 sont éligibles; sélection selon SCID Biais d'information : pas d'évaluation et/ou d'affectation en aveugle; validité des instruments de mesure mais celle du système téléphonique non décrite; protocole du programme RHYTHMS mal défini Biais de confusion : étude randomisée et multicentrique; groupes comparables Principe <i>intent-to-treat</i> (dernière observation) pour analyses concernant l'observance; récompense pécuniaire à chaque suivi	Bien qu'une ↓ du taux de rechute a été observée, le programme d'information RHYTHMS n'a démontré aucun effet notable sur les symptômes, le statut fonctionnel et la satisfaction face au traitement au cours des 30 semaines de suivi. Par ailleurs, l'amélioration des symptômes et du statut fonctionnel sont en relation avec le niveau d'observance au traitement. Toutefois, ces résultats ne font pas de distinction entre les patients exposés et ceux non exposés.
SOINS EN ÉTAPES									
Arava <i>et al.</i> , 2003 (60)	Etude expérimentale randomisée en bloc et stratifiée en simple aveugle (stratification selon cliniques; évaluation en aveugle)	Intervention à facettes multiples Exposés : soins habituels de 1 ^{re} ligne + psycho-éducation + suivi pharmacothérapié Non exposés : soins habituels de 1 ^{re} ligne (les MD du groupe non exposé ont reçu les directives concernant le traitement de la DM en 1 ^{re} ligne)	240 patients DM de sexe féminin dont : 120 exposées et 120 non exposées	Symptomatologie dépressive (Ham-D) Statut fonctionnel (SF-36) Observance de la médication	Etude : 6 mois Suivis à 3 et 6 mois (MD indépendants) (suivi pendant [3 mois] et postintervention)	Psycho-éducation structurée (7 séances hebdomadaires puis séances de renforcement aux semaines 9 et 12) Suivi systématique des progrès cliniques Programme structuré de pharmacothérapie Éducation du patient (discussion, écrit) et du MD (formation sur pharmacothérapie) Intervention encadrée par infirmières et travailleurs sociaux formés et supervisés	Suivi : pour exposées, 85 % à 3 mois et 86,7 % à 6 mois. Pour non exposées, 90,8 % à 3 mois et 89,2 % à 6 mois. Symptomatologie dépressive : amélioration des symptômes chez exposées vs non exposés (p<0,0001) qui se traduit par une amélioration ≥50 % du score Ham-D (3 mois : 54 % vs 17 %, 6 mois : 78 % vs 32 %), ainsi qu'une amélioration du taux de rémission (3 mois : 49 % vs 15 %, 6 mois : 70 % vs 30 %). Statut fonctionnel : amélioration du score SF-36 pour la santé mentale, le rôle émotionnel, le fonctionnement social et la vitalité chez exposées vs non exposées (scores moyens différents de 22,78, 20,72, 19,32 et 21,23 points respectivement, p<0,0001).	Biais de sélection : sélection en 2 étapes (GHQ-12); inclusion de femmes seulement Biais d'information : simple aveugle; validité des instruments de mesure; personnel formé et supervisé Biais de confusion : randomisation et multicentrique; groupes comparables Principe <i>intent-to-treat</i> (dernière observation) pour analyses concernant l'observance; récompense pécuniaire à chaque suivi	Cette étude a démontré une efficacité notable et constante, pour une période de 6 mois, d'un programme <i>par étape</i> relativement simple sur les symptômes dépressifs et le statut fonctionnel de femmes atteintes de DM. Cette étude a été effectuée dans un pays en développement où les ressources sont très limitées, ce qui laisse supposer que les soins habituels de 1 ^{re} ligne sont probablement encore plus mal adaptés au traitement de la DM.
PROGRAMMES STANDARDISÉS D'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ DES SOINS									
Brown <i>et al.</i> , 2000 (63)	2 études conduites en simultané AD : étude expérimentale randomisée et stratifiée	Intervention unimodale Exposés : soins habituels de 1 ^{re} ligne + AD ou CQI Non exposés : soins habituels de 1 ^{re} ligne	2 populations cibles : a) 928 patients DM ayant un score SCL ≥1,1 dont : 464 exposés et 464 non exposés	Symptomatologie dépressive (SCL) Statut fonctionnel (SF-36) Observance de la médication	Etude : 12 mois Suivi à 12 mois (questionnaires par courrier) (suivi pendant [implantation des interventions non	Implantation de directives standards de l'AHCPR dans les pratiques de 1 ^{re} ligne AD : 4 visites de formation des MD par pharmaciens sur la DM, les ADs et l'importance	Symptomatologie dépressive : aucune différence entre patients DM exposés et non exposés pour AD et CQI quant à la réponse au traitement. Statut fonctionnel : pour AD, détérioration du statut fonctionnel physique (p=0,032) et de la vitalité (p=0,001) chez patients DM exposés vs non exposés. Pour CQI,	Biais de sélection : critères d'inclusion/exclusion très peu décrits; seuls les patients ayant un score SCL ≥1,1 sont éligibles; aucune information sur les perdus de vue Biais d'information : pas	Bien que les MD du groupe d'intervention AD aient amélioré leur comportement face au traitement de la DM, cette intervention s'est tout de même montrée néfaste pour certains

Référence	Type d'étude	Devis	Population à l'étude (n)	Changements mesurés	Période d'observation	Composantes du modèle	Résultats	Justesse de l'étude	Commentaires
Schulberg et al., 1996 (64)	Étude expérimentale randomisée en simple aveugle (évaluation en aveugle)	Interventions à facettes multiples	pour AD	Satisfaction des MD	complétée en début de suivi et postintervention)	de l'observation	aucune différence quant aux statuts fonctionnels et aux rôles émotionnels et physiques, à la vitalité, la douleur, la santé mentale, la perception générale de la santé et aux changements de santé entre patients DM exposés et non exposés.	d'évaluation et/ou d'affectation en aveugle; validité des instruments de mesure; personnel formé et patients à cheval avec l'implantation des interventions; MD simultanément sujets dans AD et CQI (modèle d'analyse teste toutefois cette interaction)	aspects du statut fonctionnel des patients DM.
		Exposés no 1 : soins habituels de 1 ^{re} ligne + pharmacothérapie + éducation du MD	488 exposés et 440 non exposés pour CQI (les patients DM sont les mêmes pour CQI et AD)				Observance : pour AD, plus grande utilisation d'ADs chez exposés vs non exposés (patients DM : p=.046, tous les patients : p=.025). Pour CQI, plus grand nombre de jour d'ADs par épisode dépressif chez patients DM exposés vs non exposés (p=.026). Aucune différence quant à la posologie quotidienne équivalente pour AD et CQI (patients DM et tous les patients).		L'intervention CQI d'implantation de directives standards n'a eu aucun impact sur les patients DM, exception faite d'une amélioration de l'observance lors d'épisodes dépressifs. De plus, aucune des 2 interventions n'a été bénéfique pour les symptômes dépressifs. Ces résultats peuvent être biaisés par le fait que les intervenants n'ont pu implanter les directives à temps.
Schulberg et al., 1996 (64)	quasi - expérimentale (exposition des MD à CQI selon l'emplacement géographique des cliniques)	Exposés no 2 : soins habituels de 1 ^{re} ligne + psychothérapie	276 patients DM dont : 91 exposés n° 1, 93 exposés n° 2 et 92 non exposés	Symptomatologie dépressive (Ham-D)	Suivis à 1, 2, 3, 4, 6 et 8 mois (évaluateurs cliniques formés et supervisés (suivi pendant l'intervention)	Intervention n° 1 : éducation du MD sur la pharmacothérapie; traitement avec nortriptyline; suivis aux 1-2 semaines durant la phase agüe de traitement, puis aux mois pendant 6 mois	Suivi à 8 mois : 33 % pour exposés n° 1, 42 % pour exposés n° 2 et 88 % pour non exposés (150/276 patients au total). Analyses effectuées en 2 temps : 1) tous les patients (<i>intent-to-treat</i>), et 2) patients ayant complété l'étude. Symptomatologie dépressive : exposés vs non exposés (tous les patients ou suivis complets seulement, p<.01). Pour tous les patients, aucune différence entre exposés n° 1 et n° 2. Pour les patients ayant complété l'étude, différence entre exposés n° 1 et n° 2 à 1 et 2 mois (amélioration au profit de exposés n° 1). A 8 mois, plus grand % de rémission chez exposés n° 1 et n° 2 vs non exposés pour tous les patients (48 % et 46 % vs 18 %, p=.001) et pour les patients ayant complété l'étude (67 % et 72 % vs 20 %, p=.001).	Biais de sélection : sélection en 3 étapes (CES-D, SCID puis psychiatre); critères d'exclusion peu décrits	Étude charnière : 1 ^{re} étude évaluant l'effet de traitements standardisés (selon les directives de l'AHCPR) chez des patients DM en soins de 1 ^{re} ligne.
		Non exposés : soins habituels de 1 ^{re} ligne				Intervention n° 2 : psychothérapie interpersonnelle (IPT) par psychologues ou psychiatres expérimentés (16 séances hebdomadaires pendant la phase agüe puis 4 séances mensuelles)		Biais d'information : simple aveugle; validité des instruments de mesure; personnel qualifié; les MD sont informés du Dx de DM et de la détérioration de leurs patients	Lorsqu'elles sont administrées selon les directives de l'AHCPR, la pharmacothérapie et la psychothérapie sont très efficaces pour le traitement de la DM.
Wells et al., 2000 (65)	Étude expérimentale randomisée en bloc et stratifiée (randomisation des cliniques [regroupement en trio selon leur ressemblances puis randomisation entre exposés/psycho-	Intervention à facettes multiples	1356 patients DM dont : 913 exposés et 443 non exposés	Symptomatologie dépressive (CES-D)	Étude : 24 mois Suivis à 6 et 12 mois disponibles pour cette étude	Engagement financier des cliniques	Suivi : 88 % ont répondu au sondage en début d'étude, 85 % à 6 mois et 83 % à 12 mois.	Biais de sélection : critères d'inclusion larges; DM selon CIDI et non DSM ou CIM	Intervention de soins en collaboration selon les directives de l'AHCPR.
		Exposés : soins habituels de 1 ^{re} ligne + éducation des intervenants + CBT ou ADs	Des 913 exposés, 489 patients ont suivi une psychothérapie et 424 ont reçu des ADs.	Statut fonctionnel (SF-12)	(sondage par courrier)	Formation de 1 MD, 1 infirmière et 1 spécialiste en santé mentale par clinique (atelier, écrit) pour l'éducation des divers intervenants	Symptomatologie dépressive : amélioration des symptômes chez exposés vs non exposés à 6 et 12 mois (p=.005, p=.04). Moins de probabilité de développer un désordre dépressif à 6 et 12 mois chez exposés vs non exposés (p=.001, p=.005).	Biais d'information : pas d'évaluation et/ou d'affectation en aveugle; validité des instruments de mesure; personnel qualifié	L'application des directives de l'AHCPR, lors d'une intervention à facettes multiples s'étendant sur 12 mois, améliore la qualité des soins de 1 ^{re} ligne, les symptômes dépressifs, le statut émotionnel et promeut la maintenance d'emploi.
Wells et al., 2000 (65)	Non exposés : soins habituels de 1 ^{re} ligne (les cliniques randomisées dans le groupe non exposé ont reçu les			Évaluation des soins	(suivi pendant et/ou postintervention)	Éducation des intervenants (MD, infirmières et psychothérapeutes)	Statut fonctionnel : amélioration du statut fonctionnel émotionnel chez exposés vs non exposés à 6 et 12 mois (p=.009, p=.04). Aucune différence quant au	Biais de confusion : randomisation et <i>naturalistic</i> ; différences entre les groupes (âge, éducation), mais ces	

Référence	Type d'étude	Devis	Population à l'étude (n)	Changements mesurés	Période d'observation	Composantes du modèle	Résultats	Justesse de l'étude	Commentaires
	thérapie, exposés/ pharmacothérapie ou non exposés); stratification selon le pourcentage de patients d'origine mexicaine)	directives de l'AHCPR par courrier)				(écrit, vidéo) Pharmacothérapie (suivi par infirmières qualifiées sur une période 6 ou 12 mois [randomisation au niveau des patients]) ou CBT (12-16 séances) selon les directives de l'AHCPR	statut fonctionnel physique. Évaluation des soins : usage plus approprié de la médication à 6 et 12 mois chez exposés (patients avec ADs) vs non exposés (p=.001, p=.01), ainsi que soins plus adéquats (p<.001, p=.006) et ↑ du nombre de consultations (p<.001, p=.03) chez exposés vs non exposés à 6 et 12 mois. Emploi : moins de pertes d'emploi chez exposés vs non exposés pour une période de 12 mois (p=.05).	différences sont contrôlées par les modèles d'analyse; modèles statistiques bien établis Principe <i>intent-to-treat</i> ; calcul de puissance effectué; <i>fee-for-services</i> , <i>Medicaid</i> ou <i>Medicaid</i>	
Koike <i>et al.</i> , 2002 (67)	Cette étude utilise exactement le même protocole que Wells <i>et al.</i> , 2000 (65). Seule la présence ou non de comorbidités médicales est prise en compte dans l'évaluation de l'état dépressif et des soins pour les groupes.		1269 patients DM dont : 398 latinos, 93 afro-américains et 778 blancs	Symptomatologie dépressive (CES-D) Évaluation des soins	Idem que travaux de Wells <i>et al.</i> , 2000 (65)		Symptomatologie dépressive : score CES-D plus élevé et plus de désordres dépressifs probables à 6 (p<.001, p=.01) et 12 mois (p=.0005, p=.0006) chez patients avec comorbidité vs patients sans comorbidité (groupes exposés et non exposés confondus). Parmi les patients avec comorbidité, score CES-D moins élevé à 6 mois (p=.05) et moins de désordres dépressifs probables à 6 (p=.02) et 12 mois (p=.01) chez exposés vs non exposés. Aucune différence entre exposés et non exposés parmi les patients sans comorbidité. Évaluation des soins : aucune différence quant à l'utilisation d'ADs ou de consultations spécialisées entre patients ± comorbidité. Parmi les patients avec comorbidité, utilisation d'ADs (p=.03) et consultations spécialisées (p=.0004) plus élevées à 6 mois chez exposés vs non exposés. Parmi les patients sans comorbidité, utilisation d'ADs plus élevée à 6 (p=.005) et 12 mois (p=.0001) chez exposés vs non exposés.	Idem que travaux de Wells <i>et al.</i> , 2000 (65) Exception faite de : principe <i>intent-to-treat</i> pour certaines analyses seulement	La présence de comorbidités médicales accentue l'état dépressif de patients atteints de DM, mais ceux-ci ne reçoivent cependant pas un meilleur traitement. L'intervention est bénéfique pour les patients DM qui sont également atteints d'au moins une comorbidité médicale : elle favorise le traitement de la dépression de même qu'elle améliore l'état dépressif. L'effet de l'intervention semble toutefois s'atténuer à long terme. L'intervention a amélioré l'observance de la médication chez les patients DM sans comorbidités médicales mais n'a eu aucun impact sur l'état dépressif.
Miranda <i>et al.</i> , 2003 (68)	Cette étude utilise exactement le même protocole que Wells <i>et al.</i> , 2000 (65). Seule la sélection des patients est différente car l'étude s'intéresse aux différences ethniques. (stratification selon le pourcentage de patients latinos)		1269 patients DM dont : 398 latinos, 93 afro-américains et 778 blancs	Symptomatologie dépressive Évaluation des soins Emploi	Idem que travaux de Wells <i>et al.</i> , 2000 (65)	Idem que travaux de Wells <i>et al.</i> , 2000 (65) Exception faite de : nombre de séances différent pour la psychothérapie (8-12 séances) adaptation du matériel éducationnel pour la population ethnique cible de l'étude	Suivi : 88 % ont répondu au sondage en début d'étude, 83 % à 6 et 12 mois. Symptomatologie dépressive : moins de probabilité de vivre un désordre dépressif à 6 et 12 mois chez latinos (p=.02, p=.02) et afro-américains (p=.00, p=.01) exposés vs groupes non exposés respectifs; à 6 et 12 mois chez blancs non exposés vs latinos non exposés (p=.05); à 6 mois chez blancs exposés vs afro-américains exposés (p=.002); à 12 mois chez blancs non exposés vs afro-américains non exposés. Évaluation des soins : soins plus adéquats à 6 mois chez afro-américains et blancs exposés (p=.04, p=.05) et à 12 mois chez latinos exposés (p=.03) vs groupes non exposés respectifs; à 6 et 12 mois chez blancs exposés vs latinos exposés (p=.025, p=.023); à 12 mois chez blancs non exposés vs latinos non exposés (p=.002).	Idem que travaux de Wells <i>et al.</i> , 2000 (65) Exception faite de : n des sous-groupes exposés et non exposés inconnus différences à plusieurs niveaux entre groupes ethniques en début d'étude pas de mention de calcul de puissance Toute fois, bien que l'intervention soit une avenue bénéfique pour les groupes ethniques, les améliorations observées quant à la qualité des soins et l'état dépressif demeurent tout de même sous les valeurs du groupe de	L'application des standards de l'AHCPR aux soins de 1 ^{re} ligne améliore la qualité des soins. L'intervention semble, par ailleurs, plus bénéfique pour les groupes ethniques quant à l'état dépressif alors qu'elle semble plus favorable aux Blancs en ce qui concerne l'emploi. Toute fois, bien que l'intervention soit une avenue bénéfique pour les groupes ethniques, les améliorations observées quant à la qualité des soins et l'état dépressif demeurent tout de même sous les valeurs du groupe de

Référence	Type d'étude	Devis	Population à l'étude (n)	Changements mesurés	Période d'observation	Composantes du modèle	Résultats	Justesse de l'étude	Commentaires
Sherbourne <i>et al.</i> , 2001 (69)	Cette étude fait suite aux travaux de Wells <i>et al.</i> , 2000 (65) en présentant les résultats d'un suivi de 24 mois (Wells <i>et al.</i> , 2000 ont rapporté les résultats des premiers 12 mois du suivi).			Symptomatologie dépressive (CES-D) Statut fonctionnel (SF-12)	Étude : 24 mois Suivis à 6, 12, 18 et 24 mois (sondage par courrier) (suivi pendant et/ou postintervention pour les 12 premiers mois; postintervention pour 12-24 mois)	Idem que travaux de Wells <i>et al.</i> , 2000 (65)	Emploi : plus de maintiens d'emploi à 6 et 12 mois chez blancs exposés vs blancs non exposés (p=.01, p=.02); à 12 mois chez blancs non exposés vs latinos non exposés (p=.06); à 12 mois chez afro-américains non exposés vs blancs non exposés (p=.004). Lorsque l'on regroupe les patients latinos et afro-américains exposés et les compare aux patients blancs exposés, les patients du groupe ethnique ont moins de chance de vivre un désordre dépressif à 6 mois (p=.02), mais on ne note aucune différence quant à la qualité des soins ou à l'emploi. Suivi : 90 % ont répondu au sondage en début d'étude, 86 % à 6 mois, 84 % à 12 mois, 83 % à 18 mois et 85 % à 24 mois. Symptomatologie dépressive : moins de probabilité de vivre un désordre dépressif dans la première année, mais non dans la deuxième, chez exposés vs non exposés (p<.05). A 24 mois, présence de désordre dépressif de même amplitude entre exposés et non exposés. Statut fonctionnel : amélioration du statut fonctionnel émotionnel chez exposés/CBT vs non exposés de 6 à 24 mois (p=.004 à p=.04). Aucune différence quant au statut fonctionnel physique. ↓ des limitations à 6, 12 et 18 mois chez exposés/CBT vs non exposés (p<.05), ainsi qu'à 6 et 12 mois vs exposés/ADs (p=.01, p=.03). ↓ des limitations à 6 et 12 mois chez exposés/ADs vs non exposés (p<.05). La CBT semble plus efficace pour les patients atteints de désordre dépressif dès leur entrée dans l'étude. ↓ de <i>overall poor outcome</i> de 6 à 18 mois chez exposés/CBT vs non exposés (p=.04, p=.03, p=.03) ainsi que de 18 à 24 mois vs exposés/ADs (p=.05, p=.02).	Idem que travaux de Wells <i>et al.</i> , 2000 (65) Il a été démontré que les 2 interventions améliorent les symptômes et le statut fonctionnel dans les 12 premiers mois (voir Wells <i>et al.</i> , 2000 (65)). Toutefois, le volet psychothérapie de l'intervention est plus bénéfique à long terme sur le statut émotionnel et les limitations que ne l'est le volet pharmacothérapie.	patients blancs.
Unutzer <i>et al.</i> , 2001 (70)	Cette étude fait suite aux travaux de Wells <i>et al.</i> , 2000 (65) et complète les travaux de Sherbourne <i>et al.</i> , 2001 (69) en présentant les résultats de l'utilisation des ADs sur une période de 24 mois.			Observance de la médication	Idem que travaux de Sherbourne <i>et al.</i> , 2001 (69)	Idem que travaux de Wells <i>et al.</i> , 2000 (65)	Observance : parmi tous les patients DM, meilleure observance chez exposés/ADs vs non exposés à 6 (p<.001) et 12 mois (p=.003), chez exposés/CBT vs non exposés à 6 mois (p=.02) et chez exposés/ADs vs exposés/CBT à 6 (p<.001), 12 (p=.02) et 24 mois (p=.03). Résultats similaires pour l'utilisation confondue d'ADs ou de CBT. Parmi les patients DM à fort risque de rechute, meilleure posologie au cours des 30 derniers jours et des 6 ou 12 derniers mois chez exposés/ADs vs non exposés à 6 (p=.001, p=.001, p<.001), 12 (p=.003, p=.003, p=.004) et 18 mois (p=.009, p=.002, p=.006), chez exposés/CBT vs non exposés à 18 mois (30 derniers jours seulement, p=.04) et chez exposés/ADs	Parmi tous les patients, l'effet de l'intervention (principalement exposés/ADs) sur l'observance est observable jusqu'à 12 mois mais ne perdure pas jusqu'à 24 mois. Chez les patients à fort risque de rechute, l'effet bénéfique de cette intervention (ADs) est prolongé de 6 mois. Aucune différence n'a été observée entre les patients exposés/ADs ayant eu un suivi à 6 ou 12 mois. Il aurait	

Référence	Type d'étude	Devis	Population à l'étude (n)	Changements mesurés	Période d'observation	Composantes du modèle	Résultats	Justesse de l'étude	Commentaires
							vs exposés/CBT à 6 (p=.02, p=.02, p=.008), 12 (12 derniers mois seulement, p=.03) et 18 mois (6 derniers mois seulement, p=.05). Aucune différence entre exposés/ADs ayant eu un suivi par infirmière à 6 mois et ceux en ayant eu un à 12 mois.	Idem que travaux de Wells <i>et al.</i> , 2000 (65)	toutefois été essentiel de vérifier s'il existe des différences entre les patients suivis et ceux qui ne l'ont pas été.
Wells <i>et al.</i> , 2004 (66)	Cette étude fait suite aux travaux de Wells <i>et al.</i> , 2000 (65) et Sherbourne <i>et al.</i> , 2001 (69) en présentant les résultats d'un suivi de 57 mois (Wells <i>et al.</i> ont présenté les travaux du suivi de 0-12 mois alors que Sherbourne <i>et al.</i> ont présenté ceux de 12-24 mois).			Symptomatologie dépressive (CES-D) Statut fonctionnel (SF-12) Évaluation des soins Utilisation des services de santé	Étude : 57 mois Suivi à 57 mois par sondage téléphonique (suivi pendant et/ou postintervention pour les 12 premiers mois; postintervention pour 12-57 mois)	Idem que travaux de Wells <i>et al.</i> , 2000 (65)	Suivi : 86 % ont répondu au sondage téléphonique à 57 mois. Symptomatologie dépressive : moins de probabilité de vivre un désordre dépressif chez exposés (p=.04) ou exposés/CBT (p=.05) vs non exposés. Moins de probabilité de vivre un désordre dépressif chez ethnies exposés (p=.009) ou ethnies exposés/CBT (p=.01) vs ethnies non exposés. Statut fonctionnel : aucune différence quant au statut fonctionnel émotionnel entre exposés et non exposés. Amélioration du statut fonctionnel émotionnel chez ethnies exposés/CBT vs ethnies non exposés (p=.03). Évaluation des soins : soins plus adéquats chez ethnies exposés/CBT vs ethnies non exposés (p=.03). Services de santé : aucune différence quant au nombre ou au type de visites et à l'hospitalisation.	Idem que travaux de Wells <i>et al.</i> , 2000 (65)	L'application des directives de l'AHICPR, lors d'une intervention à facettes multiples s'étendant sur près de 5 années, améliore l'état dépressif des patients exposés (toutes ethnies confondues). De plus, l'intervention améliore la qualité des soins chez les patients latinos et afro-américains, ce qui contribue à atténuer la disparité entre les patients blancs et les patients de diverses ethnies.
Worrall <i>et al.</i> , 1999 (71)	Étude expérimentale randomisée (randomisation des MD et un seul MD par clinique et par ville)	Intervention bimodale Exposés : soins habituels de 1 ^{re} ligne + formation des MD pour les directives standards + interaction avec psychiatre Non exposés : soins habituels de 1 ^{re} ligne (les MD du groupe non exposé ont reçu les directives de pratique clinique par courrier)	147 patients DM nouvellement diagnostiqués dont : 91 exposés et 56 non exposés	Symptomatologie dépressive (CES-D) Observance de la médication Utilisation des services	Étude : 6 mois Suivi à 6 mois par MD (suivi postintervention en ce qui concerne la formation, mais non l'interaction entre MD et psychiatre)	Atelier de formation sur les directives standards de pratiques cliniques (séance de 3 heures concernant l'épidémiologie de la dépression, les directives, et discussion de cas) Interaction MD/psychiatre pour le management des patients hebdomadairement	Symptomatologie dépressive : aucune différence à 0 et 6 mois quant à la diminution des symptômes entre exposés et non exposés, mais plus grande amélioration entre 0-6 chez exposés vs non exposés (selon CES-D : p=.04; selon MD : p=.02). Observance : aucune différence quant à la proportion de patients ayant observé le traitement durant tout le suivi, mais meilleure observance à 6 mois chez exposés vs non exposés (56,0 % vs 39,3 %, p=.02). Utilisation : aucune différence quant au nombre de visite chez MD, mais plus de patients exposés orientés en soins spécialisés vs non exposés (p=.05).	Biais de sélection : critères d'inclusion/exclusion non décrits; recrutement des patients par MD; aucune information concernant les perdus de vue Biais d'information : pas d'évaluation et/ou d'affectation en aveugle; validité des instruments de mesure; personnel responsable de la formation qualifié; suivi effectué par le MD responsable du traitement Biais de confusion : randomisation et multicentrique; groupes différents pour âge, mais très peu d'information concernant les patients en début d'étude Calcul de puissance effectué selon nombre de MD; <i>fee-for-services</i>	Bien que cette étude ait mis un peu plus l'accent sur les MD, elle a tout de même démontré qu'une intervention aussi minime que celle-ci peut améliorer les symptômes et l'observance de patients DM nouvellement diagnostiqués. Toutefois, les effets bénéfiques sont de faible amplitude, et les biais, nombreux.
Dietrich <i>et al.</i> , 2004 (72)	Étude expérimentale randomisée multicentrique Stratification selon « <i>health manager</i> » sous la	Non exposés (NE) : Soins habituels Exposés (E) : Suivi téléphonique de type « <i>case manager</i> » sous la	Non exposés (NE) : 28 cliniques, n=181 Exposés (E) : 32 cliniques, n=224	Symptomatologie dépressive (SCL-20) Satisfaction de la qualité des soins	3 et 6 mois en plus de l'évaluation initiale.	Non exposés (NE) : Soins habituels. Formation des intervenants sur la dépression et le protocole de recherche.	Diminution des symptômes : L'effet de l'intervention est de .23 à 3 mois et de .29 à 6 mois. Non exposés (NE) : % réponse à 3 mois : 34,2 % % rémission à 3 mois : 16,5 %	Biais de sélection : Participation des sujets modifiant un traitement ou modifiant un traitement. Exclusion des patients avec score < 0,5 au SCL-20.	Les auteurs croient à la possibilité de généraliser leurs résultats puisque plusieurs types de pratiques ont été représentés dans l'étude.

Référence	Type d'étude	Devis	Population à l'étude (n)	Changements mesurés	Période d'observation	Composantes du modèle	Résultats	Justesse de l'étude	Commentaires
Katon <i>et al.</i> , 1995 (73)	Étude expérimentale randomisée en bloc et stratifiée en simple aveugle (stratification selon la gravité de la dépression: évaluation en aveugle)	supervision d'un psychiatre	217 patients dont : 91 patients avec DM (49 exposés, 42 non exposés) 126 patients avec Dm (59 exposés, 67 non exposés) Dm → entre 2 et 4 symptômes de DM presque chaque jour durant > 2 semaines (selon DSM-III-R)	Symptomatologie dépressive (SCL-90, IDS) Observance de la médication Satisfaction face aux soins reçus Satisfaction face à la médication Acceptabilité par les MD	7 mois Suivis téléphoniques à 1, 4 et 7 mois (équipe de sondage) (suivi pendant [6 semaines] et postintervention)	Exposés (E) : suivi téléphonique de type « <i>case management</i> » par un professionnel de la santé mentale; contacts mensuels (observance au protocole de recherche et soutien au « <i>self management</i> »); Formation de tous les personnels sur la dépression et le protocole de recherche.	Exposés (E) : % réponse à 3 mois : 53,0 % (p= ,001) % remission à 3 mois : 26,2 % (p=,018) Non exposés (NE) : % réponse à 6mois : 46,6 % % remission à 6 mois : 26,7 % Exposés (E) : % réponse à 6 mois : 59,9 % (p=,021) % remission à 6 mois : 37,3 % (p=,014) Satisfaction : Satisfaction p/r qualité des soins (bonne ou excellente) des patients exposés supérieure à celle des non exposés (90 % vs 75 %, p= ,0003)	Critères d'exclusion présents (impossibilité d'un contact dans les 14 jours suivant la visite index, femmes enceintes, pensées suicidaires, schizophrénie, trouble bipolaire, SPT, problèmes de consommation). Biais d'information : Changements cliniques évalués en simple aveugle par entrevue téléphonique (SCL-20). Biais de confusion : On ne sait pas dans quelles proportions se distribuent les sujets suivant qu'ils commencent ou qu'ils modifient un Tx. Stratification selon le « <i>health care organisation</i> ». Pairage des cliniques selon leur spécialité (médecine interne ou médecin de famille), le nombre de médecins, la présence ou non d'un service de santé mentale, la distance du bureau central. Randomisation des cliniques (« <i>flip of a coin</i> ») à l'intérieur de chaque paire. Principe <i>intent-to-treat</i> : Calcul de puissance effectué sur la base d'un score de 1,5 à l'échelle SCL lors de l'évaluation initiale et une différence de 0,15 entre les groupes pendant le suivi : 30 cliniques par groupe de cliniques (60 au total) et 400 patients (en considérant un taux de perdus de vue de 15 %).	L'intervention expérimentée l'a été dans des conditions proches de la réalité (perspective naturalistique).
SOINS EN COLLABORATION – PSYCHIATRE ET/OU PSYCHOLOGUE									
Katon <i>et al.</i> , 1995 (73)	Étude expérimentale randomisée en bloc et stratifiée en simple aveugle (évaluation en aveugle)	Intervention à facettes multiples Exposés : soins habituels de 1 ^{re} ligne + suivi psychiatrique + éducation du patient Non exposés : soins habituels de 1 ^{re} ligne *tous les MD de 1 ^{re} ligne ont reçu	217 patients dont : 91 patients avec DM (49 exposés, 42 non exposés) 126 patients avec Dm (59 exposés, 67 non exposés) Dm → entre 2 et 4 symptômes de DM presque chaque jour durant > 2 semaines (selon DSM-III-R)	Symptomatologie dépressive (SCL-90, IDS) Observance de la médication Satisfaction face aux soins reçus Satisfaction face à la médication Acceptabilité par les MD	7 mois Suivis téléphoniques à 1, 4 et 7 mois (équipe de sondage) (suivi pendant [6 semaines] et postintervention)	Intégration d'un suivi psychiatrique (en alternance avec visites au MD de 1 ^{re} ligne) ↑ en nombre et en durée des visites habituelles de 1 ^{re} ligne durant les premières 4-6 semaines de traitement Interaction MD/psychiatre	Suivi : 91,7 % à 1 mois; 88,9 % à 4 mois; 85,2 % à 7 mois Symptomatologie dépressive : à 4 mois, amélioration d'au moins 50 % du score SCL chez DM exposés vs DM non exposés (74,4 % vs 43,8 %, p<,01). Amélioration rehaussée lorsque corrigé pour covariables (p<,005). A 4 mois, amélioration d'au moins 50 % du score IDS chez DM exposés vs DM non exposés lorsque corrigée pour covariables (61,5 % vs 40,6 %, p<,02). ↓ des symptômes dans le temps plus importante chez DM exposés vs DM non exposés (p<,004).	Biais de sélection : patients âgés de 18-80 ans; inclusion de patients favorables aux ADs seulement; comparaison des résultats de SCL-90 et IDS portant sur 177 patients ayant complété les 3 suivis prévus (18,4 % de perdus de vue) Biais d'information : simple aveugle; validité des instruments de mesure; équipe responsable du suivi	Intervention bénéfique pour les patients atteints de DM, mais non pour ceux atteints de Dm (exception faite de l'observance de la médication). L'analyse <i>post-hoc</i> suggère que l'impact positif de l'intervention sur les symptômes des patients DM survient principalement chez les patients qui ont eu au

Référence	Type d'étude	Devis	Population à l'étude (n)	Changements mesurés	Période d'observation	Composantes du modèle	Résultats	Justesse de l'étude	Commentaires
Katon <i>et al.</i> , 1996 (74)	Étude expérimentale randomisée en bloc et stratifiée en simple aveugle (stratification selon la de la dépression; évaluation en aveugle)	une formation	153 patients dont : 65 patients avec DM (31 exposés, 34 non exposés) 90 patients avec DM (48 exposés, 42 non exposés) Dm → entre 2 et 4 symptômes de DM presque chaque jour durant > 2 semaines (selon DSM-III-R)	Symptomatologie dépressive (SCL-90, IDS) Observance de la médication Satisfaction face aux soins reçus Satisfaction face à la médication Acceptabilité par les MD	7 mois Suivis téléphoniques à 1, 4 et 7 mois (interviewers formés et supervisés) (suivi pendant l'intervention)	Brève psychothérapie comportementale (4-6 visites) et suivi téléphonique (2, 4, 12 et 24 semaines postvisites) par des psychologues expérimentés Interaction MD/psychologue Intégration d'un rôle entre MD, psychologues et psychiatres (ajustement de la médication) Surveillance continue de l'observance de la médication (et patients) Éducation du patient (discussion, écrit et vidéo) et du MD (discussion et écrit)	Aucune différence quant à l'amélioration d'au moins 50 % des scores SCL et IDS, ainsi qu'à la diminution des symptômes dans le temps pour Dm. Observance : meilleure observance pour exposés vs non exposés pour une période d'au moins 30j (DM : 87,8 % vs 57,1 %, p<.001; Dm : 88,1 % vs 47,8 %, p<.001) et d'au moins 90j (DM : 75,5 % vs 50,0 %, p<.01; Dm : 79,7 % vs 40,3 %, p<.001). Satisfaction à 4 mois : meilleure satisfaction face aux soins (93,0 % vs 75,0 %, p<.03) et à la médication (88,1 % vs 63,3 %, p<.01) pour DM exposés vs DM non exposés. Meilleure satisfaction face à la médication pour Dm exposés vs Dm non exposés (81,8 % vs 61,4 %, p<.02). Aucune différence quant à la satisfaction face aux soins pour Dm. Acceptabilité : dans un sondage post-étude, plus de 80 % des MD ont mentionné qu'une telle intervention ↑ grandement leur satisfaction à traiter la DM.	téléphonique non décrite Biais de confusion : étude randomisée mais non multicentrique; patients exposés ont une tendance vers une différence pour la comorbidité vs les non exposés (DM : p=.06; Dm : p=.10) Calcul de puissance effectué (↓ ≥50 % du score SCL-90 d'au moins 22 %, n=125/groupe); HMO	moins un ajustement de la posologie (il est suggéré que le rapport coût-efficacité serait amélioré si on cibait les patients plus difficiles à traiter).
		*tous les patients reçoivent des ADs							
Test <i>post-hoc</i> : aucune différence quant à l'amélioration des symptômes chez les DM n'ayant pas eu recours à un changement de posologie.									
							Suivi : 91,5 % à 1 mois; 83,7 % à 4 mois; 76,5 % à 7 mois Symptomatologie dépressive : à 4 mois, amélioration d'au moins 50 % des scores SCL et IDS chez DM exposés DM non exposés (SCL : 70,4 % 42,3 %, p=.04; IDS : 74,1 % 42,3 %, p=.02). Amélioration maintenue lorsque corrigée pour âge, genre, score NEO et CDS (SCL : p=.02; IDS : p=.03). ↓ des symptômes dans le temps plus importante chez exposés non exposés pour SCL (DM : p=.001; Dm : p=.03) et IDS (DM : p=.003). Aucune différence quant à l'amélioration d'au moins 50 % des scores SCL et IDS pour Dm. Observance : meilleure observance pour exposés non exposés (DM : 89 % 62 % à 4 mois, p<.02; Dm : 74 % 44 % à 4 mois, p<.01; Dm : 65 % 41 % à 7 mois, p<.04). Meilleure posologie pour Dm exposés Dm non exposés pour une période d'au moins 30j (84,8 % 53,9 %, p<.002). Satisfaction à 4 mois : meilleure satisfaction face aux soins pour exposés non exposés (DM : 88,5 % 56,0 %, p<.009; Dm : 97,1 % 71,4 %, p<.003). Aucune différence quant à la satisfaction face à la médication. Acceptabilité : dans un sondage	Biais de sélection : patients âgés de 18-80 ans; inclusion de patients favorables aux ADs seulement; comparaison des résultats de SCL-90 et IDS portant sur 141 patients ayant complété au moins 2 suivis prévus Biais d'information : simple aveugle; validité des instruments de mesure; intervenants qualifiés Biais de confusion : étude randomisée mais non multicentrique; groupes comparables Principe <i>intent-to-treat</i> ; HMO	Intervention bénéfique pour les patients atteints de DM, mais non pour ceux atteints de Dm (exception faite de l'observance de la médication). L'absence d'effet dans la Dm n'est pas nécessairement liée à l'inefficacité du traitement, mais peut être due à l'histoire naturelle de la maladie.

Référence	Type d'étude	Devis	Population à l'étude (n)	Changements mesurés	Période d'observation	Composantes du modèle	Résultats	Justesse de l'étude	Commentaires
Simon <i>et al.</i> , 1998 (75)	Cette étude dérive directement des travaux de Katon <i>et al.</i> , 1995 (73) et Katon <i>et al.</i> , 1996 (74). Seuls des questionnaires évaluant la perception de la santé générale ainsi que le statut fonctionnel et la productivité quotidienne ont été ajoutés à chaque suivi.		156 patients DM dont : 80 exposés et 76 non exposés	Perception générale de la santé Statut fonctionnel Productivité au quotidien	Idem que travaux de Katon <i>et al.</i> , 1995 (73) et Katon <i>et al.</i> , 1996 (74)		postétude, 65 % des MD ont mentionné qu'une telle intervention ↑ grandement leur satisfaction à traiter la DM et 100 % préfèrent ce type d'intervention (traitement sur place plutôt que en soins spécialisés).	Idem que travaux de Katon <i>et al.</i> , 1995 (73) et Katon <i>et al.</i> , 1996 (74) Les analyses statistiques ont tenu compte de l'effet de chacune des interventions et l'effet du traitement est similaire pour les deux études.	Études secondaires aux deux premières, ce qui laisse penser que le design de ces interventions n'est pas orienté vers une amélioration du statut fonctionnel, mais plutôt vers une amélioration des symptômes à court terme. Les interventions ont toutefois un effet bénéfique sur les symptômes somatiques et sur la perception globale de la santé des patients DM.
Lin <i>et al.</i> , 1999 (76)	Cette étude dérive directement des travaux de Katon <i>et al.</i> , 1995 (73) et Katon <i>et al.</i> , 1996 (74). Seul un suivi à 19 mois a été ajouté afin d'évaluer l'effet de l'intervention à long terme. Les patients atteints de Dm sont exclus. Les patients DM exposés sont regroupés.		156 patients DM dont : 80 exposés et 76 non exposés	Symptomatologie dépressive (SCL, IDS) Observance de la médication	Idem que travaux de Katon <i>et al.</i> , 1995 (73) et Katon <i>et al.</i> , 1996 (74) Un suivi à 19 mois est ajouté (suivi pendant 16 semaines ou 6 mois) et postintervention)		Suivi : 74,4 % à 19 mois : 63 exposés (78,8 %) et 53 non exposés (69,7 %). Symptomatologie dépressive : aucune différence à 19 mois quant aux scores IDS et SCL entre DM exposés et DM non exposés. Plus que 4,8 % (exposés) et 1,9 % (non exposés) respectant les critères de DM (DSM-III-R). Observance : aucune différence à 19 mois quant à l'observance ou la posologie.	Idem que travaux de Katon <i>et al.</i> , 1995 (73) et Katon <i>et al.</i> , 1996 (74) Aucune remarque concernant le regroupement des patients DM exposés; équipe responsable du suivi à 19 mois non décrite; pas de principe <i>intent-to-treat</i> pour cette portion de l'étude	Bien qu'une amélioration de l'observance et des symptômes fut observée à court terme chez les patients DM exposés (selon les travaux de Katon <i>et al.</i> , 1995 et 1996 (73, 74)), aucune amélioration n'a perduré à la suite d'un suivi de 1 année supplémentaire.
Katon <i>et al.</i> , 1999 (77)	Étude expérimentale randomisée en bloc et stratifiée en simple aveugle (stratification selon la sévérité de la dépression; évaluation en aveugle)	Intervention à facettes multiples Exposés : soins habituels de 1 ^{re} ligne + suivi psychiatrique + éducation du patient Non exposés : soins habituels de 1 ^{re} ligne *tous les patients reçoivent des Aids	228 patients DM persistante, sous médication dont : 114 exposés et 114 non exposés Les patients sont recrutés après 8-9 semaines de traitement pharmacologique. A ce moment, ils doivent encore être symptomatiques.	Symptomatologie dépressive (SCL-20, SCID) Observance de la médication Satisfaction face à la médication	6 mois Suivis téléphoniques à 1, 3 et 6 mois (interviewers formés et supervisés) (suivi pendant [1-2 mois] et postintervention)	Intégration d'un suivi psychiatrique (en clinique et téléphonique) Surveillance continue de l'observance de la médication (ordonnances et patients) Interaction MD/psychiatre Éducation du patient (discussion, écrit et vidéo)	Suivi : 91,7 % à 1 mois; 84,6 % à 3 mois; 84,2 % à 6 mois. 76,3 % exposés vs 70,2 % non exposés ont complété tous les suivis. Symptomatologie dépressive : amélioration du score SCL-20 chez exposés vs non exposés à 3 mois (p=.001). Plus grand % de rémission chez exposés vs non exposés à 3 mois (44 % vs 23 %, p=.01) et à 6 mois (44 % vs 31 %, p=.05). Observance : meilleure observance pour exposés vs non exposés à 3 mois (78,6 % vs 62,1 %, p=.02) et à 6 mois (73,2 % vs 50,5 %, p=.002). Meilleure posologie pour exposés vs non exposés pour une période d'au moins 90j (posologie minimale : 68,8 % vs 43,8 %, p<.0001; double posologie minimale : 46,8 % vs 25,7 %, p=.002). Satisfaction : meilleure satisfaction face à la médication pour exposés vs non exposés à 3 mois (94,5 % vs 63,9 %, p<.00001) et à 6 mois (79,5 % vs 63,5 %, p=.04).	Biais de sélection : patients âgés de 18-80 ans; inclusion de patients favorables aux ADs seulement Biais d'information : simple aveugle; validité des instruments de mesure; intervenants qualifiés Biais de confusion : étude randomisée et multicentrique; plus grand % de femmes chez non exposés vs exposés (p=.02; cette variable est toutefois l'une des covariables contrôlées) Principe <i>intent-to-treat</i> ; HMO	Intervention bénéfique pour les patients DM dont les symptômes ont persisté au moins 6-8 semaines après le début d'une pharmacothérapie.

Référence	Type d'étude	Devis	Population à l'étude (n)	Changements mesurés	Période d'observation	Composantes du modèle	Résultats	Justesse de l'étude	Commentaires
Référence	Type d'étude	Devis	Population à l'étude (n)	Changements mesurés	Période d'observation	Composantes du modèle	Résultats	Justesse de l'étude	Commentaires
Lin <i>et al.</i> , 2000 (78)	Cette étude dérive directement des travaux de Katon <i>et al.</i> , 1999 (77). Seuls des questionnaires évaluant l'invalidité ont été ajoutés à chaque suivi.			Statut fonctionnel (SF-36) Évaluation de l'invalidité (SDS)	Idem que travaux de Katon <i>et al.</i> , 1999 (77)		Statut fonctionnel : aucune différence quant au fonctionnement social et aux limitations dues à des problèmes émotionnels. Invalidité : ↓ d'interférences de la DM dans les activités (au travail, familiales, sociales) chez les exposés vs les non exposés de façon globale ($p=.025$) ou à 3 mois ($<15\%$, $p=.05$).	Idem que travaux de Katon <i>et al.</i> , 1999 (77)	L'intervention a de modestes effets pour les patients DM dont les symptômes ont persisté au moins 6-8 semaines après le début d'une pharmacothérapie (différence d'au plus 17 % entre exposés et non exposés)
Walker <i>et al.</i> , 2000 (79)	Étude expérimentale randomisée en bloc et stratifiée en simple aveugle (stratification selon la gravité de la dépression; évaluation en aveugle)	Intervention à facettes multiples Exposés : soins habituels de 1 ^{re} ligne + suivi psychiatrique + éducation du patient Non exposés : soins habituels de 1 ^{re} ligne *tous les patients reçoivent des Aids	228 patients DM persistante, sous médication dont : 149 patients avec DM grave (SCL-20 > 2,0) et 79 patients avec DM modérée (SCL-20 entre 1,0 et 2,0) Les patients sont recrutés après 6-8 semaines de traitement pharmacologique. A ce moment, ils doivent encore être symptomatiques. n inconnu pour chaque sous-groupes, exposés ou non exposés	Symptomatologie dépressive (SCL-20, SCID) Observance de la médication	6 mois Suivis téléphoniques à 1, 3 et 6 mois (équipe de sondage) (suivi pendant [1-2 mois] et postintervention)	Intégration d'un suivi psychiatrique (en clinique et téléphonique) Surveillance continue de l'observance de la médication (ordonnances et patients) Interaction MD/psychiatre Éducation du patient (discussion, écrit et vidéo)	Symptomatologie dépressive : pour DM modérée, les symptômes du groupe exposé ont plus de chance de s'améliorer dans le temps ($p<.002$) vs non exposés. Pour DM grave, aucune différence entre exposés et non exposés même si les symptômes de chacun des groupes s'améliorent dans le temps ($p<.001$). Observance : pour DM modérée, meilleure posologie pour une période d'au moins 90j (faible posologie : 67 % vs 46 %, $p<.05$; forte posologie : 44 % vs 25 %, $p<.05$) et meilleure observance à 3 mois (82 % vs 63 %, $p<.05$) chez exposés vs non exposés. Pour DM grave, meilleure posologie pour une période d'au moins 90j (faible posologie : 72 % vs 39 %, $p<.01$; forte posologie : 51 % vs 28 %, $p<.05$) et meilleure observance à 6 mois (75 % vs 39 %, $p<.05$) chez exposés vs non exposés.	Biais de sélection : patients âgés de 18-80 ans; étude limitée aux patients ayant reçu une nouvelle ordonnance; processus téléphonique de sélection en 2 phases Biais d'information : simple aveugle; validité des instruments de mesure; intervenants qualifiés; n des groupes exposés et non exposés inconnus Biais de confusion : étude randomisée et multicentrique; la sévérité de la DM induit des différences entre les groupes, mais ces différences sont contrôlées par les modèles d'analyse; pas de données sur les perdus de vue	Cette étude cible les patients à fort risque de DM persistante et voit si la réponse induite par l'intervention est influencée par la gravité de la DM. Bien que l'intervention soit bénéfique quant à l'amélioration des symptômes pour les patients atteints de DM modérée, aucun effet notable n'a été observé pour les patients atteints de DM grave (dont les symptômes ont persistés au moins 6-8 semaines après le début d'une médication).
Katon <i>et al.</i> , 2002 (80)	Cette étude dérive directement des travaux de Walker <i>et al.</i> , 2000 (79). Seul un suivi à 28 mois à été ajouté afin d'évaluer l'effet de l'intervention à long terme.		228 patients DM persistante, sous médication dont : 114 exposés et 114 non exposés Les patients sont recrutés après 8-9 semaines de traitement pharmacologique. A ce moment, ils doivent encore être symptomatiques. Les patients sont ensuite regroupés selon la gravité de la DM : DM grave (SCL-20 > 2,0) et DM modérée (SCL-20 entre 1,0 et 2,0) (n inconnu pour chaque sous-groupes, exposés	Symptomatologie dépressive (SCL-20, SCID) Statut fonctionnel (SDS) Observance de la médication Coûts des soins de santé	28 mois Suivi téléphonique à 28 mois (équipe de sondage) (suivi pendant [1-3 mois] et postintervention; observance contrôlée par psychiatre aux 6 mois)	Idem que travaux de Walker <i>et al.</i> , 2000 (79)	Suivi : 91,7 % à 1 mois, 84,6 % à 3 mois, 84,2 % à 6 mois et 75,0 % à 28 mois Symptomatologie dépressive : pour DM modérée, amélioration des symptômes à 28 mois chez exposés vs non exposés ($p=.004$). Pour DM grave, aucune différence entre exposés et non exposés. Statut fonctionnel : aucune différence, tant pour DM grave que pour DM modérée à 28 mois, entre exposés et non exposés. Observance : pour DM modérée, observance au cours des 6 premiers mois chez exposés vs non exposés (76 % vs 46 %, $p<.05$). Pour DM grave, meilleure observance au cours des 12 premiers mois chez exposés vs non exposés (6 mois : 72 % vs 40 %, $p<.01$; 12 mois : 70 % vs 37 %, $p<.05$). Coûts : aucune différence entre exposés et non exposés (sévérités confondues) quant aux coûts ambulatoires et de soins de santé totaux, ainsi qu'aux coûts du traitement de la DM et aux coûts non	Biais de sélection : patients âgés de 18-80 ans; étude limitée aux patients ayant reçu une nouvelle ordonnance; processus téléphonique de sélection en 2 phases (SCID, SCL-20) Biais d'information : simple aveugle; validité des instruments de mesure; intervenants qualifiés; n des sous-groupes exposés et non exposés inconnus Biais de confusion : étude randomisée et multicentrique; plus grand % de femmes chez non exposés vs exposés ($p=.02$; cette variable est toutefois l'une des covariates contrôlées) Principe <i>intent-to-treat</i> ; mention d'un calcul de puissance pour les analyses concernant les coûts	L'étude à long terme des impacts de l'intervention démontre des bienfaits sur les symptômes dépressifs des patients atteints de DM modérée et ce, sans engendrer de coûts supplémentaires. Toutefois, aucun effet notable n'a été observé pour les patients atteints de DM grave (dont les symptômes ont persisté au moins 8 semaines après le début d'une médication).

Référence	Type d'étude	Devis	Population à l'étude (n)	Changements mesurés	Période d'observation	Composantes du modèle	Résultats	Justesse de l'étude	Commentaires
Ceroni <i>et al.</i> , 2002 (81)	Projet pilote – étude expérimentale randomisée et stratifiée	Intervention unimodale Exposés : soins habituels de 1 ^{re} ligne + collaboration entre MD et psychiatre Non exposés : soins habituels de 1 ^{re} ligne	80 patients dont : 36 exposés et 44 non exposés 15 patients avec DM, 38 patients avec DM et 27 patients avec SSD (n inconnu pour chaque sous-groupes, exposés ou non exposés) DM → 3 ou 4 symptômes de DM au cours des 2 dernières semaines SSD → plus de 2 symptômes de DM > 2 semaines	Symptomatologie dépressive (Ham-D) Statut fonctionnel (SF-36)	12 mois Suivi par psychiatre à 12 mois (sondage par courrier à 3 mois) (suivi pendant [6 mois] et postintervention)	Collaboration entre MD et psychiatre : rencontres hebdomadaires pour une période de 6 mois (discussion des diagnostics et plans d'intervention pour chacun des patients)	relés à la DM des <i>outpatients</i> . Symptomatologie dépressive : aucune différence quant à l'amélioration des symptômes.	seulement; HMO Biais de sélection : processus de sélection en 2 phases (GHQ-12 puis psychiatrie) Biais d'information : pas d'évaluation et/ou d'affectation en aveugle; validité des instruments de mesure; personnel qualifié Biais de confusion : étude randomisée et multicentrique; très peu de données concernant les 2 groupes (étude beaucoup plus descriptive que comparative)	Cette étude est un projet pilote qui apporte très peu d'information sur le sujet qui nous préoccupe. Presque aucun résultat concernant la différence entre les 2 groupes n'est mentionné, les résultats portant majoritairement sur la population totale de l'étude (étude presque exclusivement descriptive).
SOINS EN COLLABORATION – INFIRMIÈRE									
Rost <i>et al.</i> , 2001 (82) (protocole détaillé dans Rost <i>et al.</i> , 2000 (104))	Étude expérimentale randomisée en bloc et stratifiée en simple aveugle (randomisation des cliniques en 2 temps : randomisation entre cliniques rurales et urbaines puis regroupement en paires selon leur ressemblances et randomisation par paire; stratification selon les habitudes de traitement de la dépression; évaluation en aveugle) Sélection de 2 MD et 1 infirmière par clinique et recrutement de 20 patients/MD	Intervention à facettes multiples Exposés : soins habituels de 1 ^{re} ligne + suivi par infirmière + éducation des intervenants Non exposés : soins habituels de 1 ^{re} ligne	479 patients DM, soit nouvellement diagnostiqués soit sous médication dont : 243 sous médication et 189 nouvellement diagnostiqués Des 189 patients nouvellement diagnostiqués, 103 sont favorables aux Ads contre 86 n inconnu pour chaque sous-groupes, exposés ou non exposés	Symptomatologie dépressive (mCES-D) Statut fonctionnel (SF-36) Satisfaction face aux soins	Étude : 6 mois Suivi téléphonique à 6 mois (par membres indépendants de l'équipe de recherche) (suivi pendant [8 semaines] et postintervention)	Formation des MD et des infirmières sur les directives de l'AHCPR par 4 conférences téléphoniques Formation des infirmières (options thérapeutiques, aide aux patients) Interaction infirmières/MD Formation du personnel administratif pour le recrutement de patients DM (pour les 2 groupes) Suivi hebdomadaire par infirmières pour un maximum de 8 semaines (visite ou téléphone)	Suivi : 90,2 % à 6 mois Symptomatologie dépressive : amélioration des symptômes chez exposés vs non exposés nouvellement diagnostiqués (p=04) et chez exposés vs non exposés nouvellement diagnostiqués et favorables aux Ads (p=.007). Aucune différence pour les patients déjà sous médication. Statut fonctionnel : amélioration du fonctionnement physique chez exposés vs non exposés nouvellement diagnostiqués et favorables aux Ads (p=.07). Diminution du fonctionnement physique chez exposés nouvellement traités mais non favorables aux Ads (p=.03). Satisfaction : ↑ de la satisfaction face aux soins (p=.02) chez exposés vs non exposés nouvellement diagnostiqués et favorables aux Ads.	Biais de sélection : critères d'inclusion/exclusion des patients restreints; processus téléphonique de sélection en 2 phases Biais d'information : les intervenants du groupe non exposé (mais non ceux du groupe exposé) ne savent pas à quel groupe les patients appartiennent; simple aveugle; expérience de l'équipe responsable du suivi téléphonique non décrite; n des groupes exposés et non exposés inconnus Biais de confusion : petit nombre de cliniques (12 donc multicentrique) mais randomisation stratifiée; cliniques comparables, mais groupes de patients différents (les différences sont toutefois introduites dans les modèles d'analyse) Principe <i>intent-to-treat</i> ; calcul de puissance effectué (détection d'un effet de l'intervention de 0,40 sur la gravité de la DM, n=480 patients); GHC	Le but de cette étude est de redéfinir les rôles des intervenants de 1 ^{re} ligne afin d'améliorer le diagnostic et le traitement de la DM. L'intervention semble plus prometteuse pour les nouveaux patients DM que pour ceux déjà sous médication. Et parmi les patients DM nouvellement diagnostiqués, ceux favorables aux Ads répondent mieux à l'intervention. Comme les critères d'inclusions et d'exclusions sont très restreints, les groupes comparés sont hétérogènes (ex. tendance suicidaire ou non, patients DM déjà sous médication), ce qui les rend toutefois plus près de la réalité.
Rost <i>et al.</i> , 2002 (83) (protocole détaillé dans Rost <i>et al.</i> , 2000 (104))	Cette étude emploie le même protocole que Rost <i>et al.</i> , 2001 (82). Seul un suivi de 2 années a été ajouté. Les patients déjà sous médication sont exclus de l'étude.	Intervention à facettes multiples Exposés : soins habituels de 1 ^{re} ligne + suivi par infirmière + éducation des intervenants Non exposés : soins habituels de 1 ^{re} ligne	211 patients DM nouvellement diagnostiqués dont : 115 exposés et 96 non exposés	Symptomatologie dépressive (CES-D) Statut fonctionnel (SF-36)	Étude : 24 mois Suivis téléphoniques à 6, 12, 18 et 24 mois (par membres	Idem que Rost <i>et al.</i> , 2001 (82) Exception faite de : ajout d'un suivi téléphonique mensuel par infirmières pour les	Suivi : 90 % à 6 mois, 82 % à 12 mois, 73 % à 18 mois et 67 % à 24 mois Symptomatologie dépressive : amélioration du nombre de rémission chez exposés vs non exposés (74 % vs 41 %, p=.02). ↑ des consultations au	Idem que Rost <i>et al.</i> , 2001 (82) Exception faite de : incohérence des n entre cette étude et l'étude source	Un simple suivi téléphonique à long terme améliore considérablement le taux de rémission ainsi que le fonctionnement émotionnel et physique

Référence	Type d'étude	Devis	Population à l'étude (n)	Changements mesurés	Période d'observation	Composantes du modèle	Résultats	Justesse de l'étude	Commentaires
				Observance de la médication	Indépendants de l'équipe de recherche) (suivi pendant l'intervention)	patients ayant ≥3 critères de DM ou un suivi téléphonique aux 3 mois pour les patients ayant <3 critères de DM	cours des 12 premiers mois chez exposés vs non exposés (p=.01). Statut fonctionnel : amélioration de 67 % du fonctionnement émotionnel (73 points vs 49, p=.002) et de 35 % du fonctionnement physique (61 points vs 44, p=.005) chez exposés vs non exposés. Observance : meilleure observance chez exposés vs non exposés sur une période de 2 ans (p<.0001).	Biais de sélection : critères d'exclusion des patients restreints; processus téléphonique de sélection en 2 phases Biais d'information : simple aveugle; équipe responsable du suivi téléphonique formée; MD informés des tendances suicidaires des patients; statut d'assurances non confirmé pour certains patients Biais de confusion : petit nombre de cliniques (12 donc multicentrique) mais randomisation stratifiée; étude quasi expérimentale; cliniques comparables; groupes de patients différents (les différences sont toutefois introduites dans les modèles d'analyse) GHC	chez des patients DM nouvellement diagnostiqués.
Smith <i>et al.</i> , 2001 (84) (protocole détaillé dans Rost <i>et al.</i> , 2000 (104))	Cette étude emploie le même protocole que Rost <i>et al.</i> , 2001 (82). Seule une distinction entre les patients assurés et ceux non assurés a été effectuée. (étude quasi expérimentale)		383 patients DM nouvellement diagnostiqués ou sous médication dont : 290 assurés et 93 non assurés Parmi les assurés, 140 exposés et 150 non exposés Parmi les non assurés, 48 exposés et 45 non exposés	Statut fonctionnel (SF-36) Qualité des soins	Étude : 6 mois Suivi téléphonique à 6 mois (par interviewers formés) (suivi pendant [8 semaines] et postintervention)	Idem que Rost <i>et al.</i> , 2001 (82) Exception faite de : ajout de formation pour les infirmières sur les diverses alternatives offertes aux patients non assurés	Suivi : 89,6 % de tous les patients à 6 mois (88,6 % assurés et 92,5 % non assurés). Statut fonctionnel : Parmi les assurés et exposés et non exposés, Parmi les exposés, aucune différence entre assurés et non assurés. Parmi les non exposés, aucune différence entre assurés et non assurés ($p=.02$). Qualité des soins : Parmi les assurés, aucune différence entre exposés et non exposés. Parmi les non assurés, plus d'exposés ont été orientés en soins spécialisés ($p=.02$) et ont reçu des Ads ainsi qu'une pharmacothérapie (55 % vs 14 %) et un traitement global adéquats vs non exposés ($p=.0005$). Parmi les exposés, aucune différence entre assurés et non assurés. Parmi les non exposés, plus de patients assurés ont reçu des Ads ($p=.01$), ainsi qu'une pharmacothérapie ($p=.0002$) et un traitement global ($p=.001$) adéquats vs non assurés ($p=.0005$). Aucun différence quant au traitement adéquat en psychothérapie.	Biais de sélection : critères d'exclusion des patients restreints; processus téléphonique de sélection en 2 phases Biais d'information : simple aveugle; équipe responsable du suivi téléphonique formée; MD informés des tendances suicidaires des patients; statut d'assurances non confirmé pour certains patients Biais de confusion : petit nombre de cliniques (12 donc multicentrique) mais randomisation stratifiée; étude quasi expérimentale; cliniques comparables; groupes de patients différents (les différences sont toutefois introduites dans les modèles d'analyse) GHC	L'effet de l'intervention n'a été notable que pour la qualité des soins chez les patients non assurés. Par ailleurs, les patients assurés ont davantage bénéficié des soins habituels de 1 ^{re} ligne. L'intervention a toutefois pu amoindrir les différences entre les assurés et les non assurés et, de ce fait, éliminer la disparité entre ces 2 groupes.
Smith <i>et al.</i> , 2002 (85) (protocole détaillé dans Rost <i>et al.</i> , 2000 (104))	Cette étude fait suite aux travaux de Smith <i>et al.</i> , 2001 (84). Seul un suivi de 24 mois a été ajouté. (étude quasi expérimentale)			Symptomatologie dépressive (CID) Statut fonctionnel (SF-36) Qualité des soins	Étude : 24 mois Suivis téléphoniques à 6, 12, 18 et 24 mois (par interviewers formés) (suivi pendant l'intervention)	Idem que Smith <i>et al.</i> , 2001 (84) Exception faite de : suivi téléphonique mensuel par infirmières pour les patients ayant ≥3 symptômes et aux 3 mois pour les patients <3 symptômes.	Suivi : 89,6 % à 6 mois, 80,9 % à 12 mois, 72,6 % à 18 mois et 69,7 % à 24 mois. Symptomatologie dépressive : Parmi les assurés et non assurés, aucune différence entre exposés et non exposés. Parmi les exposés, aucune différence entre assurés et non assurés, ↓ du nombre de DM chez assurés vs non assurés à 24 mois ($p=.04$). Statut fonctionnel : Parmi les assurés, aucune différence entre exposés et non exposés. Parmi les non assurés, amélioration du statut fonctionnel chez exposés vs non exposés à 24 mois ($p=.01$). Parmi les exposés, aucune différence entre assurés et non assurés. Parmi les non exposés, amélioration du statut fonctionnel chez assurés vs non assurés à 24 mois ($p=.02$). Améliorations maintenues lorsque l'on contrôle pour le statut d'assurances à chaque suivi. Qualité des soins : aucune différence	Idem que Smith <i>et al.</i> , 2001 (84) Exception faite de : principe <i>intent-to-treat</i>	Peu d'effets ont été notés à la suite de cette intervention. Seul le statut fonctionnel des patients non assurés a été amélioré à 24 mois. Par ailleurs, les patients assurés ont davantage bénéficié des soins habituels de 1 ^{re} ligne sur une période de 24 mois. L'intervention a toutefois pu amoindrir les différences entre les assurés et les non assurés et, de ce fait, éliminer la disparité entre ces 2 groupes.

Référence	Type d'étude	Devis	Population à l'étude (n)	Changements mesurés	Période d'observation	Composantes du modèle	Résultats	Justesse de l'étude	Commentaires
Swindle <i>et al.</i> , 2003 (86)	Étude expérimentale randomisée en simple aveugle (randomisation des cliniques; évaluation en aveugle)	Intervention à facettes multiples Exposés : soins habituels de 1 ^{re} ligne + suivi par infirmière Non exposés : soins habituels de 1 ^{re} ligne *programme de formation pour tous les MD sur les stratégies de traitement de la DM et l'utilisation du PRIME-MD *les MD du groupe non exposés reçoivent le PRIME-MD	268 patients DM ou dysthymie dont : 134 exposés et 134 non exposés	Symptomatologie dépressive (BDI) Satisfaction face aux soins reçus Qualité des soins Utilisation des services de santé Coûts totaux des soins de santé	Étude : 12 mois Suivis téléphoniques à 3 et 12 mois (par interviewers) (suivi pendant [2 mois] et postintervention)	Visite initiale avec infirmière (élaboration d'un plan de traitement MD et le patient; recommandation d'un traitement aux Ads de 8 semaines si le patient n'est pas déjà sous médication) Suivi par infirmière (visite ou téléphone) à 2 semaines puis à 1 et 2 mois (évaluation des symptômes, effets secondaires, importance de l'observance) Si le patients nécessite une psychothérapie, l'infirmière sera présente à la première séance (soutien au patient, rétroaction au MD) Possibilité de consulter un psychiatre pour infirmière si nécessaire	quant au pourcentage de patients ayant pris des Ads, au pourcentage de patients ayant consulté un spécialiste en santé mentale et au nombre de visite à un spécialiste en santé mentale au cours des 6 mois précédents le suivi. Suivi : 92 % à 3 mois et 83 % à 12 mois. Symptomatologie dépressive : aucune différence entre exposés et non exposés (cohorte totale ou selon patients DM et/ou dysthymie). Amélioration du score BDI entre 0-12 mois pour patients DM ± dysthymie exposés (p= .002, p= .027) et pour patients DM non exposés (p=.003). Pour les exposés, amélioration du score BDI à 3 mois chez patients ayant eu un suivi par infirmière vs ceux n'en ayant pas eu (p= .04). Satisfaction : aucune différence entre exposés et non exposés. Qualité des soins : plus de chances d'avoir un diagnostic de DM <i>in the chart</i> et d'être orientés en soins spécialisés chez exposés vs non exposés à 0 (p=.003, p=.007) et 12 mois (p=.019, p=.034). Aucune différence quant aux nouvelles ordonnances et à la posologie d'Ads. Utilisation des services : plus de visites en 1 ^{re} ligne (p=.012) et en santé mentale (p=.016) chez exposés vs non exposés. Coûts : ↑ des coûts en 1 ^{re} ligne (993 ± 1116 \$ US vs 680 ± 458 \$ US, p<.001) et en santé mentale (473 ± 1122 \$ US vs 214 ± 558 \$ US, p<.001) chez exposés vs non exposés. Aucune différence quant aux coûts totaux des soins de santé.	Biais de sélection : sélection par assistant de recherche selon PRIME-MD; patients âgés et principalement masculins Biais d'information : simple aveugle; infirmières expérimentées et formées; compétences des interviewers non décrites Biais de confusion : randomisation mais non multicentrique (2 cliniques); légères différences entre les groupes (différences contrôlées par les modèles statistiques) Principe <i>intent-to-treat</i> ; calcul de puissance effectué (détecter une différence de 3 points du score BDI entre les groupes, n=136 patients/clinique); difficulté de généraliser les résultats à la population en général; centre médical d'affaires des vétérans	Les patients ayant bénéficié d'un suivi plus actifs des infirmières semblent mieux se porter à court terme. Toutefois, cette intervention n'a aucun effet sur les symptômes dépressifs et la satisfaction face aux soins reçus d'hommes DM et/ou dysthymie.
Peveler <i>et al.</i> , 1999 (87)	Étude expérimentale randomisée en bloc et stratifiée en simple aveugle (stratification selon le type de médication; évaluation en aveugle)	Intervention unimodale ou bimodale Exposés : soins habituels de 1 ^{re} ligne + feuillet d'information et/ou consultations avec infirmière Non exposés : soins habituels de 1 ^{re} ligne *tous les patients reçoivent des Ads	213 patients dépressifs dont : 158 exposés et 55 non exposés Parmi les exposés, 53 ont reçu un feuillet seulement, 52 les consultations seulement, et 53 le feuillet et les consultations	Symptomatologie dépressive (HADS) Statut fonctionnel (SF-36) Observance de la médication	Étude : 12 semaines Suivis à 6 et 12 semaines par interviewer de recherche (suivi pendant [8 semaines] et postintervention)	Feuillet comportant des informations sur la médication et ses effets secondaires Consultations avec infirmière à propos de la médication à la 2 ^{ème} et 8 ^{ème} semaine	Suivi : 86,8 % exposés n° 1, 88,5 % exposés n° 2, 94,3 % exposés n° 3 et 87,3 % non exposés ont complété tous les suivis. Symptomatologie dépressive : aucune différence entre exposés et non exposés. Corrélation entre le score HADS et le nombre de jours de d'observance (p<.0001). Parmi les patients DM et ayant reçu >75 mg, la consultation améliore les symptômes vs non exposés (p=.032). Statut fonctionnel : aucune différence entre exposés et non exposés. Parmi les patients DM et/ou ayant reçu >75 mg, la consultation améliore le score de santé mentale vs non exposés (p<.05). Observance : la consultation est un facteur prédictif d'observance. Parmi les patients DM, la consultation a un impact positif sur l'observance (p=.012). Meilleure observance, en nombre de jours, chez exposés en consultation vs	Biais de sélection : patients âgés jusqu'à 83 ans; inclusion de patients dépressifs, DM ou non; patients référés par MD; critères d'inclusion/exclusion assez larges Biais d'information : simple aveugle; validité de certains questionnaires non décrite; compétences des interviewers de recherche non décrite; infirmières qualifiées et expérimentées en soins de 1 ^{re} ligne, mais non en santé mentale (formation de 4 heures) Biais de confusion : étude randomisée et multicentrique; analyses statistiques très peu détaillées; aucune	Étude plus ou moins valide. Néanmoins, cette étude a démontré que l'ajout de quelques séances de consultation avec une infirmière améliore l'observance de la médication.

Référence	Type d'étude	Devis	Population à l'étude (n)	Changements mesurés	Période d'observation	Composantes du modèle	Résultats	Justesse de l'étude	Commentaires
Hunkeler <i>et al.</i> , 2000 (88) (protocole détaillé dans Meresman <i>et al.</i> , 2003 (105))	Etude expérimentale randomisée et stratifiée (randomisation des patients en 2 temps : randomisation entre groupes non exposés et exposés n° 1 pour les 9 premiers mois de recrutement puis randomisation entre les 3 groupes pour les 9 mois suivants de recrutement; stratification selon les services offerts)	Intervention unimodale (n° 1) ou bimodale (n° 2) Exposés n° 1 : soins habituels de 1 ^{re} ligne + suivi par infirmière Exposés n° 2 : soins habituels de 1 ^{re} ligne + suivi par infirmière + soutien par ancien DM volontaire Non exposés : soins habituels de 1 ^{re} ligne *tous les patients reçoivent des Aids	302 patients DM dont : 117 exposés n° 1, 62 exposés n° 2 et 123 non exposés	Symptomatologie dépressive (Ham-D, BDI) Statut fonctionnel (SF-12) Observance de la médication Satisfaction face à la médication	Étude : 6 mois Suivis téléphoniques à 6 semaines et 6 mois (par étudiants gradués en psychologie, formés et supervisés) (suivi pendant [16 semaines] et postintervention)	Intervention n° 1 : suivi téléphonique de 16 semaines par infirmière formée et supervisée (vérification de l'observance, soutien émotionnel, rétroaction au MD) Intervention n° 2 : suivi par infirmière + soutien par ancien patient DM volontaire Les infirmières sont expérimentées, formées et supervisées alors que les volontaires sont minutieusement sélectionnés, formés et assignés selon leur âge et leur sexe aux patients.	Suivi : 90 % à 6 semaines et 85 % à 6 mois Symptomatologie dépressive : ↓ d'au moins 50 % du score Ham-D à 6 semaines (50 % vs 37 %, p=.01) et à 6 mois (57 % vs 38 %, p=.003), et ↓ d'au moins 50 % du score BDI à 6 mois (48 % vs 37 %, p=.05) chez exposés n° 1 vs non exposés. Statut fonctionnel : amélioration du score SF-12 à 6 semaines chez exposés n° 1 vs non exposés (p=.004). Observance : aucune différence quant à l'observance ou à la posologie. Satisfaction : ↑ de la satisfaction face au traitement à 6 semaines (p=.004) et à 6 mois (p=.001), et ↑ de la satisfaction face à l'information reçue à 6 mois (p=.01) chez exposés n° 1 vs non exposés.	Biais de sélection : critères d'inclusion restrictifs; patients âgés de 19-90 ans (moyenne : 55,4 ans); étude limitée aux patients ayant reçu une nouvelle ordonnance Biais d'information : pas d'analyse en aveugle; validité de certains questionnaires non décrite; personnel compétent Biais de confusion : étude randomisée mais non multicentrique (2 centres); processus de randomisation changé en cours d'étude mais contrôlé statistiquement; groupes comparables Aucun effet additif de l'ajout d'un soutien par un ancien DM volontaire (peut-être dû au fait que seulement 50 % des patients ont eu plus d'un contact avec le volontaire).	comparaison entre les groupes en début d'étude; interférence (certains patients ont reçu des feuillets alors qu'ils ne devaient pas en recevoir) Principe <i>intent-to-treat</i> ; calcul de puissance effectué (↑ de 15 % de l'observance à 6 semaines, n=376 patients)
Datto <i>et al.</i> , 2003 (89)	Projet pilote – étude expérimentale randomisée (randomisation des cliniques)	Intervention à facettes multiples Exposés : soins habituels de 1 ^{re} ligne + suivi téléphonique par infirmière + éducation du patient Non exposés : soins habituels de 1 ^{re} ligne	61 patients dépressifs dont : 30 exposés et 31 non exposés (41 patients avec DM)	Symptomatologie dépressive (CES-D) Statut fonctionnel (SF-12) Observance des directives standards par MD	Étude : 4 mois Suivi téléphonique à 4 mois par infirmières (suivi pendant l'intervention)	Suivi téléphonique par infirmières toutes les 3 semaines (évaluation des symptômes, observance de la médication, observance des recommandations du MD, éducation du patient) Rétroaction au MD et recommandations sur la médication	Suivi : 82 % à 4 mois. Symptomatologie dépressive : ↓ des symptômes chez exposés vs non exposés (p=.04), bien que les 2 groupes se soient améliorés entre 0 et 4 mois (p<.001). Les exposés ont plus de chance d'obtenir un score CES-D <16 que les non exposés à 4 mois (p=.01). Statut fonctionnel : aucune différence quant au statut fonctionnel. Observance : chez les patients requérant un changement de traitement, meilleure chance d'obtenir des soins adéquats chez exposés vs non exposés (p=.002). L'intervention est un facteur prédictif de l'amélioration des symptômes (p=.02) et de l'observance des MD (p=.01).	Biais de sélection : sélection par MD puis par téléphone; aucune information quant à la gravité ou au type de dépression admise; petit échantillon Biais d'information : pas d'évaluation et/ou d'affectation en aveugle; validité des instruments de mesure; infirmières supervisées Biais de confusion : étude randomisée et multicentrique; groupes de patients différents au plan de la médication (cette différence est toutefois contrôlée)	Projet pilote limité à un petit nombre de patients. Une amélioration des symptômes dépressifs est toutefois observée après un suivi de 4 mois par téléphone chez des patients dépressifs. Ces résultats suggèrent que l'observance des directives standards par les MD serait un facteur prédictif des <i>outcomes</i> des patients.

Référence	Type d'étude	Devis	Population à l'étude (n)	Changements mesurés	Période d'observation	Composantes du modèle	Résultats	Justesse de l'étude	Commentaires
SOINS EN COLLABORATION – PHARMACIEN									
Finley <i>et al.</i> , 2003 (90)	Etude expérimentale randomisée en simple aveugle (randomisation selon un ratio de 3 exposés/ 2 non exposés; évaluation du sondage en aveugle)	Intervention à facettes multiples Exposés : soins habituels de 1 ^{re} ligne + suivi par pharmacien Non exposés : soins habituels de 1 ^{re} ligne *tous les patients reçoivent des ADs (nouvelle ordonnance depuis > 6 mois)	125 patients DM dont : 75 exposés et 50 non exposés	Symptomatologie dépressive (IDS) Statut fonctionnel (WSDS) Observance de la médication Satisfaction face aux soins reçus Satisfaction face à la médication Coûts de la médication Utilisation des services de santé Satisfaction des MD (sondage)	Etude : 6 mois Suivi à 6 mois (sondage par courrier) Suivis 12 mois avant et 12 mois après pour les services (données informatisées) (suivi pendant l'intervention)	Suivi par pharmacien : visites aux semaines 1, 6 et 24 et suivis téléphoniques aux semaines 1, 2, 4, 10 et 16 (évaluation des symptômes, observance de la médication, effets secondaires, éducation du patient) Interaction pharmacien/MD (ajustement de la médication) Surveillance continue de l'observance de la médication (données informatisées) Supervision par psychiatre (rencontres hebdomadaires avec pharmacien concernant la condition et le progrès des patients)	Suivi : 79 % des exposés vs 50 % des non exposés ont répondu au sondage. Symptomatologie dépressive : aucune différence, bien qu'une $\downarrow$ de 39 % (exposés) et 49 % (non exposés) soit observée pour le score IDS. Statut fonctionnel : aucune différence, bien qu'une amélioration de 56 % (exposés) et 67 % (non exposés) soit observée pour le score WSDS. Observance : meilleure observance chez exposés vs non exposés (au moins 180 jours de traitement/6 mois, 67 % vs 48 %, $p=.038$). Aucune différence quant à la posologie. Les exposés ont plus souvent changé d'ADs que les non exposés (19 % vs 4 %, $p=.016$). Satisfaction : meilleure satisfaction chez exposés vs non exposés quant au traitement global de la DM ($p=.023$), la personnalisation du traitement ($p=.032$), l'habileté du personnel à écouter ($p=.037$), l'information concernant les ADs ($p=.018$) et comment les prendre ($p=.049$), et les conseils reçus ($p=.001$). Coûts de la médication : aucune différence quant au coût de la médication totale, des ADs et des psychotropes. Utilisation des services de santé : aucune différence quant à l'utilisation des ressources et au nombre de visite en 1 ^{re} ligne, en urgence et en psychiatrie. Satisfaction des MD : 67 % ont répondu au sondage, lequel a démontré que la majorité des MD sont satisfaits de la procédure de l'intervention, de l'impact sur le bien-être des patients et de l'expertise des pharmaciens.	Biais de sélection : étude limitée aux patients ayant reçu une nouvelle ordonnance; sélection des patients selon le diagnostic du MD (étude <i>naturalistic</i>) Biais d'information : simple aveugle; validité de certains instruments de mesure non décrite; pharmaciens qualifiés et expérimentés; personnel responsable de l'évaluation des sondages non décrit Biais de confusion : étude randomisée mais non multicentrique; groupes comparables; nombre limité de sondages retournés Principe <i>intent-to-treat</i> pour observance; calcul de puissance effectué ($\uparrow \geq 25$ % de l'observance à 6 mois chez exposés, $n=200$); HMO	Cette intervention favorise une meilleure observance et une meilleure satisfaction face aux soins reçus, mais n'a aucune incidence sur les symptômes dépressifs et le statut fonctionnel des patients atteints de DM modérée.
Capoccia <i>et al.</i> , 2004 (91) (protocole détaillé dans Boudreau <i>et al.</i> , 2002 (106))	Etude expérimentale randomisée en simple aveugle (évaluation en aveugle)	Intervention à facettes multiples Exposés : soins habituels de 1 ^{re} ligne + suivi par pharmacien Non exposés : soins habituels de 1 ^{re} ligne	74 patients DM nouvellement diagnostiqués dont : 41 exposés et 33 non exposés	Symptomatologie dépressive (SCID, SCL-20) Statut fonctionnel (SF-12) Observance de la médication Satisfaction face aux soins reçus Satisfaction face à la médication Utilisation des services de santé	Etude : 12 mois Suivis téléphoniques par assistant de recherche à 3, 6, 9 et 12 mois (suivi pendant l'intervention)	Suivis par pharmacien aux semaines 1-4, 6, 8, 10 et 12 puis aux mois 5, 7, 9, 11 et 12 (observance et ajustement de la médication, effets secondaires, éducation du patient, évaluation des symptômes). Surveillance de l'observance par questionnaire Interaction pharmacien/psychiatre Suivi psychiatrique si nécessaire	Suivi : 96 % à 3 mois, 95 % à 6 et 9 mois, 93 % à 12 mois. 90 % exposés vs 91 % non exposés ont complété tous les suivis ($p=.99$) Symptomatologie dépressive : aucune différence (SCID, $p=.32$; SCL-20, $p=.92$) bien qu'une amélioration soit notée à chacun des suivis pour chacun des groupes. Statut fonctionnel : aucune différence (SF-12, $p=.46$) bien qu'une amélioration soit notée à chacun des suivis pour chacun des groupes. Observance : haut degré d'observance mais aucune différence entre exposés et non exposés ($p=.91$). Satisfaction : haut degré de satisfaction mais aucune différence face aux soins relatés à la dépression ($p=.19$) ou face aux	Biais de sélection : sélection selon PRIME-MD, 2 questionnaires de critères d'inclusion et d'exclusion et AUDIT; inclusion de patients ayant reçu une ordonnance seulement Biais d'information : simple aveugle; validité des instruments de mesure; personnel qualifié Biais de confusion : randomisation mais non multicentrique; groupes comparables Principe <i>intent-to-treat</i> ; calcul de puissance effectué avant le début de l'étude ($\downarrow \geq 50$ % du score SCL-20 d'au moins 28 %, $n=55$)	Etude très bien construite, mais qui ne démontre aucun rôle notable du pharmacien dans l'amélioration des pratiques de 1 ^{re} ligne au regard de la DM.

Référence	Type d'étude	Devis	Population à l'étude (n)	Changements mesurés	Période d'observation	Composantes du modèle	Résultats	Justesse de l'étude	Commentaires
Adler <i>et al.</i> , 2004 (92)	Étude expérimentale randomisée	Intervention unimodale Exposés : soins habituels de 1 ^{re} ligne + suivi par pharmacien Non exposés : soins habituels de 1 ^{re} ligne (tous les MD ont reçu les directives standards de l'AHCPR avant le début de l'étude)	533 patients DM dont : 268 exposés et 265 non exposés	Symptomatologie dépressive (BDI modifié) Statut fonctionnel (SF-12, SF-36) Utilisation d'ADs	Étude : 6 mois Suivis à 3 et 6 mois (questionnaires par courrier) (suivi pendant l'intervention)	Suivis par pharmacien aux semaines 2, 4, 6, 8 et 12 puis aux mois 6, 9, 12 et 18 (observance et ajustement de la médication, effets secondaires, éducation du patient, évaluation des symptômes). Interaction pharmacien/MD Supervision par psychiatre	soins de santé généraux (p=,48) entre exposés et non exposés. Utilisation des services de santé : aucune différence entre exposés et non exposés. Suivi : 75,4 % exposés vs 68,7 % non exposés à 6 mois. Symptomatologie dépressive : aucune différence entre exposés et non exposés à 3 et 6 mois (mention de résultats similaires à 12 et 18 mois). Pour les sous-groupe de patients n'étant pas sous ADs en début d'étude ou atteints de DM chronique, aucune différence entre exposés et non exposés. Plus grande amélioration des symptômes de 0-6 mois chez les patients sous ADs à 3 mois vs ceux ne l'étant pas (groupes confondus, p=.005). Statut fonctionnel : aucune différence entre exposés et non exposés à 3 et 6 mois (mention de résultats similaires à 12 et 18 mois). Pour le sous-groupe de patients n'étant pas sous ADs en début d'étude, aucune différence entre exposés et non exposés. Utilisation d'ADs : plus grande utilisation d'ADs chez exposés vs non exposés à 3 et 6 mois pour la cohorte au complet (p=.024, p=.025) ou seulement pour les patients atteints de DM chronique (p=.05). Pour le sous-groupe de patients n'étant pas sous ADs en début d'étude, plus grande utilisation d'ADs chez exposés vs non exposés à 3 (p=.005) et 6 mois (p=.001). Dans ce sous-groupe de patients, observations similaires à 6 mois pour les patients n'ayant jamais utilisé d'ADs (p=.008) et ceux en ayant déjà utilisé (p=.024). Aucune différence entre exposés et non exposés pour le sous-groupe de patients étant sous ADs en début d'étude.	Biais de sélection : sélection par assistant de recherche (PC-SAD) Biais d'information : pas d'évaluation et/ou d'affectation en aveugle; pharmaciens expérimentés et formés; validité des instruments de mesure; responsables de l'évaluation des questionnaires non décriés; les MD sont informés du Dx de DM; intervention supervisée par les investigateurs afin qu'elle soit uniformément implantée Biais de confusion : randomisation et multicentrique; étude <i>naturalistic</i> ; groupes différents quant aux antécédents d'utilisation d'ADs (cette différence est toutefois contrôlée) Principe <i>intent-to-treat</i> mis en doute; calcul de puissance effectué (n=529 patients à 6 mois)	Le suivi de patients DM par un pharmacien est efficace quant à 1 ^{re} de l'utilisation des ADs. Cet effet semble accentué chez les patients DM qui n'étaient pas sous médication dès le début de l'étude. Toutefois, cette intervention n'apporte aucun bienfait pour les symptômes ou le statut fonctionnel de patients DM épisodique et chronique.
Brook <i>et al.</i> , 2003 (93)	Étude expérimentale randomisée en bloc	Intervention bimodale Exposés : soins habituels de 1 ^{re} ligne + suivi par pharmacien + éducation du patient Non exposés : soins habituels de 1 ^{re} ligne (les soins habituels de 1 ^{re} ligne désignent les soins offerts par le pharmacien et non par le MD)	147 patients dépressifs dont : 69 exposés et 78 non exposés	Symptomatologie dépressive (SCL-90)	Étude : 6 mois Suivis à 3 et 6 mois par questionnaires (suivi pendant [3 mois] et postintervention)	Suivis par pharmacien à la remise de l'ordonnance, environ 2 semaines avant la fin de celle-ci et à 3 mois (information sur la dépression et ses symptômes, importance de l'observance de la médication, effets secondaires) Éducation du patient (vidéo)	Suivi : 73 % (72,5 % exposés, 73,1 % non exposés) à 3 mois et 65 % (71 % exposés, 60,3 % non exposés) à 6 mois. Symptomatologie dépressive : lorsque l'on considère les dernières observations (<i>intent-to-treat</i> et <i>per protocol</i>), amélioration plus soutenue des symptômes dépressifs de 0-6 mois chez exposés vs non exposés (p=.027, p=.001). Observations similaires pour les symptômes d'anxiété (p=.042, p=.003). Lorsque l'on considère les dernières observations (<i>per protocol</i>), amélioration plus soutenue des symptômes obsessionnels (p=.003), de la sensibilité interpersonnelle (p=.024) et de la somatisation (p=.021) de 0-6 mois chez exposés vs non exposés. Aucune différence lorsque l'on considère la	Biais de sélection : sélection par pharmacien; critères d'exclusion non décriés; seul les patients ayant reçu une nouvelle ordonnance d'ADs non tricycliques sont éligibles; pas de mention d'un diagnostic de DM Biais d'information : pas d'évaluation et/ou d'affectation en aveugle; validité des instruments de mesure; expérience des pharmaciens non décriés; équipe responsable de l'évaluation des questionnaires non décriés; questionnaire non décrié; différences entre les	Il semblerait que l'éducation des patients par le pharmacien sur l'importance de l'observance de la médication soit une intervention simple et bénéfique quant à l'amélioration des symptômes dépressifs et anxieux. Toutefois, les résultats significatifs ne sont basés que sur les dernières observations, l'analyse de la moyenne des observations n'ayant démontré aucune différence entre les

Référence	Type d'étude	Devis	Population à l'étude (n)	Changements mesurés	Période d'observation	Composantes du modèle	Résultats	Justesse de l'étude	Commentaires
SOINS EN COLLABORATION – INTERVENANTS MULTIPLES OU AUTRES									
Katon <i>et al.</i> , 2001 (94) (protocole détaillé dans Ludman <i>et al.</i> , 2000 (107))	Étude expérimentale randomisée en bloc en simple aveugle (évaluation en aveugle)	Intervention à facettes multiples Exposés : soins habituels de 1 ^{re} ligne + suivi par intervenants qualifiés + éducation du patient Non exposés : soins habituels de 1 ^{re} ligne *tous les patients reçoivent des ADs	386 patients DM sous médication à risque de rechute dont : 194 exposés et 192 non exposés Les patients sont recrutés après 8 semaines de traitement pharmacologique	Symptomatologie dépressive (SCL-20, SCID) Observance de la médication	12 mois Suivis téléphoniques à 3, 6, 9 et 12 mois (interviewers formés et supervisés) (suivi pendant l'intervention)	Intégration d'un suivi par intervenants formés et qualifiés (psychologue, infirmière, travailleur social) en personne (2 visites), par téléphone (3 contacts) et par courrier (4 contacts) pour 12 mois Surveillance continue de l'observance de la médication (ordonnances et patients) Interaction MD/intervenants/psychiatre Éducation du patient (discussion, écrit et vidéo)	Suivi : chez exposés, 93,3 % se sont présentés aux 2 visites et 79,9 % ont reçu les 3 suivis téléphoniques. Symptomatologie dépressive : ↑ du nombre de visites en 1 ^{re} ligne pour exposés vs non exposés (1,46 vs 1,15, p=.05). Amélioration du score SCL-20 chez exposés vs non exposés sur 12 mois (p=.04) mais aucune différence au niveau des rechutes (SCID). Observance : les exposés sont plus aptes à une meilleure observance (<i>odds ratio</i> de 1,91 [1,37, 2,65], p<.001) et à recevoir une posologie plus adéquate (<i>odds ratio</i> de 2,08 [1,41, 3,06], p<.001) que les non exposés durant 12 mois.	Biais de sélection : patients âgés de 18-80 ans; étude limitée aux patients ayant reçu une nouvelle ordonnance Biais d'information : simple aveugle; validité des instruments de mesure; intervenants qualifiés Biais de confusion : étude randomisée et multicentrique; plus de non exposés ayant eu un épisode de DM au cours des 2 dernières années vs exposés (p=.02); observations non uniformes entre les divers intervenants HMO	Le but de cette étude est de donner les outils et l'encadrement nécessaire au patient pour qu'il puisse lui-même détecter les signes de rechute et les éviter. Cette intervention de 12 mois, ciblant les patients DM à fort risque de rechute, améliore l'observance de la médication et les symptômes dépressifs mais n'a pas d'incidence sur le taux de rechute.
Von Korff <i>et al.</i> , 2003 (95)	Cette étude fait suite aux travaux de Katon <i>et al.</i> , 2001 (94), dont le protocole a été détaillé dans Ludman <i>et al.</i> , 2000 (107). Seuls des questionnaires évaluant l'invalidité ont été ajoutés.			Statut fonctionnel (SF-36) Invalidité (SDS)	Idem que travaux de Katon <i>et al.</i> , 2001 (94)		Statut fonctionnel : aucune différence quant au statut fonctionnel émotionnel, bien qu'une amélioration soit observée de 0-12 mois pour les 2 groupes (p<.01). Meilleur statut fonctionnel social chez exposés vs non exposés (p<.05). Invalidité : aucune différence quant à l'invalidité.	Idem que travaux de Katon <i>et al.</i> , 2001 (94)	Les effets modérés de cette intervention sur les symptômes dépressifs (voir Katon <i>et al.</i> , 2001 (94)) sont associés à un très modeste effet sur le statut fonctionnel à 12 mois de patients DM à fort risque de rechute.
Ludman <i>et al.</i> , 2003 (96)	Cette étude fait suite aux travaux de Katon <i>et al.</i> , 2001 (94), dont le protocole a été détaillé dans Ludman <i>et al.</i> , 2000 (107). Seuls des questionnaires évaluant le comportement des patients face à la DM ont été ajoutés.			Comportement face à la maladie	Idem que travaux de Katon <i>et al.</i> , 2001 (94)		Comportement face à la DM : à 12 mois, les exposés ont une plus grande efficacité personnelle (p<.01), dépistent mieux et plus tôt les symptômes (p<.001), et se préparent mieux afin de faire face aux situations à hauts risques (p<.001) que les non exposés. Aucune différence quant à la participation à des activités agréables et sociales. L'efficacité personnelle à gérer la DM, le dépistage des symptômes, ainsi que la participation à des activités agréables et sociales sont des facteurs qui prédisent l'amélioration du score SCL alors que le monitoring des signes précoces de DM prédit une détérioration du score SCL.	Idem que travaux de Katon <i>et al.</i> , 2001 (94) Exception faite de : validité de certains questionnaires non démontrée	A la suite d'une intervention ciblant les changements de comportements, les patients DM à fort risque de rechute ont amélioré leur efficacité personnelle à gérer leur maladie, de même qu'ils ont changé leurs comportements afin de mieux dépister et d'être mieux préparés à faire face aux situations difficiles. Ces changements de comportements sont d'ailleurs des facteurs prédictifs d'une

Référence	Type d'étude	Devis	Population à l'étude (n)	Changements mesurés	Période d'observation	Composantes du modèle	Résultats	Justesse de l'étude	Commentaires
Lin <i>et al.</i> , 2003 (97)	Cette étude fait suite aux travaux de Katon <i>et al.</i> , 2001 (94), dont le protocole a été détaillé dans Ludman <i>et al.</i> , 2000 (107). Seuls des questionnaires évaluant l'attitude face à la médication ont été ajoutés.		354 patients DM et/ou dysthymie dont : 168 exposés et 186 non exposés	Attitude face à la médication	Idem que travaux de Katon <i>et al.</i> , 2001 (94)		Attitude face à la médication : les exposés ont une attitude face à la médication plus favorable et ont une plus grande confiance en leur capacité à gérer les effets secondaires de la médication que les non exposés durant 12 mois. L'attitude face à la médication et à la gestion des effets secondaires prédisent une meilleure observance de la médication. De même, de tous les comportements étudiés par Ludman <i>et al.</i> , 2003, seul le monitoring des signes précoces de DM serait également un facteur prédictif d'une meilleure observance.	Idem que travaux de Katon <i>et al.</i> , 2001 (94) Exception faite de : validité de certains questionnaires non démontrée	À la suite d'une intervention ciblant les changements de comportements, les patients DM à fort risque de rechute ont une attitude plus favorable face à la médication, cette attitude étant un facteur prédictif d'une meilleure observance.
Hedrick <i>et al.</i> , 2003 (98)	Étude expérimentale randomisée en simple aveugle (randomisation des cliniques; évaluation en aveugle)	Intervention à facettes multiples Exposés : soins habituels de 1 ^{re} ligne + suivi indirect par divers intervenants Non exposés : soins habituels de 1 ^{re} ligne *formation pour tous les MD sur les stratégies de traitement de la DM et les ressources des cliniques	354 patients DM et/ou dysthymie dont : 168 exposés et 186 non exposés	Symptomatologie dépressive (SCL-20) Statut fonctionnel (SF-36) Évaluation de l'invalidité (SDS) Observance de la médication Satisfaction face au traitement reçu	Étude : 12 mois Suivis téléphoniques à 3 et 9 mois (par étudiants gradués formés) Vérification des données 12 mois pour observation (suivi pendant [minimum de 12 semaines] et possiblement postintervention)	Intégration d'un suivi par divers intervenants (psychologue, psychiatre, travailleur social et technicien en psychologie) : rencontre hebdomadaire entre les intervenants; élaboration d'un plan de traitement selon les directives standards; collaboration avec MD; évaluation des progrès du patient à 6 et 12 semaines Évaluation des données recueillies par un technicien en psychologie (aucun suivi direct du patient par intervenants)	Suivi : à 3 mois, 93 % exposés vs 92 % non exposés. À 9 mois, 90 % exposés vs 94 % non exposés. Symptomatologie dépressive : amélioration des symptômes chez exposés vs non exposés à 3 mois (<i>odds ratio</i> de -0,17 [-0,31, -0,03], <i>p</i> <.025). Aucune différence entre exposés et non exposés quant à une ↓ de ≥50 % du score SCL ou la gravité de la DM (score SCL ≥1,75). Parmi les exposés, ceux présentant un score SCL ≥1,75 à 0 mois ont moins de chance d'être déprimés à 3 mois (<i>odds ratio</i> de 1,64 [1,00, 2,70]). Statut fonctionnel : aucune différence quant aux statuts fonctionnels mental et physique, mais amélioration du score SF-36 mental ≥ 5 (signification clinique) de 0-9 mois chez une plus grande proportion d'exposés vs non exposés (45 % vs 36 %, <i>p</i> =.03) et amélioration du statut fonctionnel physique de 0-9 mois pour exposés (<i>p</i> <.05). Invalidité : amélioration de l'invalidité chez exposés vs non exposés à 3 mois (<i>odds ratio</i> de -0,53 [-1,04, -0,02], <i>p</i> <.05). Observance : plus grand nombre d'ordonnances chez exposés vs non exposés entre 0-9 mois (80 % vs 62 %, <i>p</i> =.0001). Aucune différence quant à l'obtention d'une posologie adéquate. Satisfaction : aucune différence entre exposés et non exposés.	Biais de sélection : recrutement des patients par MD ou par processus de sélection d'études simplifiée; sélection selon PRIME-MD et SCID par technicien en psychologie compétent; inclusion de patients nouvellement diagnostiqués et non sous médication seulement; patients âgés (57 ± 14 ans) et principalement masculins Biais d'information : simple aveugle; validité des questionnaires; équipe responsable du suivi téléphonique ± décrite; tous les MD sont informés du Dx; durée de l'intervention mal décrite Biais de confusion : étude randomisée et multicentrique; groupes comparables sauf que le groupe exposé a plus d'antécédents dépressifs Principe <i>intent-to-treat</i> ; calcul de puissance effectué (<i>n</i> =168/groupe); difficulté de généraliser les résultats à la population en général; centre médical d'affaires des vétérans	Les résultats de cette étude peuvent difficilement être interprétés car une attention particulière a été prise afin que les ressources disponibles en santé mentale soient équivalentes pour les 2 groupes. L'intervention est légèrement bénéfique à court terme (3 mois) et n'a pratiquement aucun effet à moyen terme (9 mois). L'étude n'est toutefois pas très claire quant à la durée de l'intervention <i>versus</i> la durée d'observation de l'étude. Par ailleurs, l'intervention semble particulièrement bénéfique pour les patients atteints de DM grave.
Katzelnick <i>et al.</i> , 2000 (99)	Étude expérimentale double randomisée en simple aveugle (randomisation des MD avant	Intervention à facettes multiples Exposés : soins habituels de 1 ^{re} ligne + pharmacothérapie + éducation du	407 patients à la fois DM et grands utilisateurs de services de santé non psychiatriques dont : 218 exposés et	Symptomatologie dépressive (Ham-D) Statut fonctionnel (SF-20)	Étude : 12 mois Suivis téléphoniques à 6 semaines et à 3, 6 et 12 mois L'utilisation des	Pharmacothérapie pré-établie Suivi prédéterminé avec MD de 1 ^{re} ligne à 1, 3, 6 et 10 semaines puis à toutes les 10 semaines	Suivi : 93,1 % exposés vs 93,7 % non exposés à 12 mois Symptomatologie dépressive : amélioration du score Ham-D chez exposés vs non exposés à 6 semaines (-3,3 vs -2,0, <i>p</i> =.04), à 3 mois (-5,6 vs -3,9, <i>p</i> =.02), à 6 mois (-7,3 vs -4,0,	Biais de sélection : processus téléphonique de sélection en 2 phases (SCID puis Ham-D) Biais d'information : simple aveugle; validité des instruments de mesure;	Intervention bénéfique pour les patients atteints de DM et qui sont également de grands utilisateurs de services de santé. Les différences observées

Référence	Type d'étude	Devis	Population à l'étude (n)	Changements mesurés	Période d'observation	Composantes du modèle	Résultats	Justesse de l'étude	Commentaires
	le début de l'étude puis randomisation des patients par la suite; évaluation en aveugle)	patient et du MD + coordination du traitement Non exposés : soins habituels de 1 ^{re} ligne	189 non exposés	Observance de la médication Utilisation des services de santé	services de santé est évaluée 1 an avant et 1 an après la randomisation (suivi pendant l'intervention)	Interaction MD/psychiatrie Programme de monitoring du traitement par des coordinateurs – observance de la médication Éducation du patient (discussion, vidéo, programme RHYTHMS) et du MD (formation, encadrement) Évaluation de l'utilisation des services de santé	p<.001) et à 12 mois (-9,2 vs -5,6, p<.01). Différence entre exposés et non exposés ↑ avec le temps. À 12 mois, 53,2 % exposés vs 32,8 % non exposés ont une ↓ d'au moins 50 % du score Ham-D (p<.001) et 45,3 % exposés sont en rémission vs 27,7 % non exposés (p<.001). Statut fonctionnel : à 12 mois, amélioration du fonctionnement social, de la santé mentale et de la perception générale de la santé chez les exposés (p<.05), mais aucune différence quant au fonctionnement physique, au rôle <i>functioning</i> et à la perception de la douleur. Observance à 6 mois : meilleure posologie pour exposés vs non exposés (82,1 % vs 32,3 % ≥ 1 ordonnance, p<.001; 69,3 % vs 18,5 % ≥ 3 ordonnances, p<.001). Utilisation des services de santé : ↑ du nombre de visites chez exposés vs ↓ chez non exposés (1,6 vs -2,0 visites, p=.02).	consultants du programme de traitement moyennement qualifiés; équipe responsable du suivi téléphonique non décrite Biais de confusion : randomisation des MD avant le début de l'étude; étude multicentrique; groupes comparables Principe <i>intent-to-treat</i> ; difficulté de généraliser les résultats à la population en général; HMO (2 <i>not-for-profit</i> et 1 <i>for-profit</i>)	sont de même amplitude que celles attribuables à l'utilisation d'ADs vs placebo.
Harvey <i>et al.</i> , 1998 (100)	Étude expérimentale randomisée en bloc (randomisation selon un ratio de 2 exposés/ 1 non exposé)	Intervention unimodale Exposés : soins habituels de 1 ^{re} ligne + consultation Non exposés : soins habituels de 1 ^{re} ligne	162 patients dont : 111 exposés et 51 non exposés	Symptomatologie dépressive (HADS) Statut fonctionnel (COOP/WONKA)	Étude : 4 mois Suivi à 4 mois (questionnaires par courrier) (suivi pendant [6 semaines] et postintervention)	6 séances hebdomadaires de consultation mettant l'accent sur l'écoute	Symptomatologie dépressive : amélioration des symptômes dépressifs et anxieux de 0-4 mois chez exposés et non exposés, mais aucune différence entre les 2 groupes. Statut fonctionnel : amélioration du statut fonctionnel social et émotionnel de 0-4 mois chez exposés et non exposés, mais aucune différence entre les 2 groupes.	Biais de sélection : patients recrutés par MD; diagnostics très larges (24 % des patients avec dépression); critères d'exclusion très restrictifs Biais d'information : pas d'évaluation et/ou d'affectation en aveugle; conseillers peuvent être peu expérimentés, responsables de l'évaluation et validité de certains questionnaires non décrits Biais de confusion : étude randomisée et multicentrique; séances de consultation non standardisées; groupes comparables mais différences observées lorsque l'on tient compte du lieu de recrutement Principe <i>intent-to-treat</i> ; calcul de puissance effectué (différence entre les groupes de 0,6 d'erreur standard, n=100 exposés et n=50 non exposés)	Validité douteuse et population cible très large. Ces travaux ne démontrent aucune efficacité de l'ajout de consultations en soins de 1 ^{re} ligne pour des patients atteints de troubles mentaux divers.
Tutty <i>et al.</i> , 2000 (102)	Projet pilote - étude non randomisée	Intervention à facettes multiples Exposés : soins habituels de 1 ^{re} ligne + éducation du patient + suivi téléphonique +	122 patients DM dont : 28 exposés et 94 non exposés (les patients non exposés ont été sélectionnés selon	Symptomatologie dépressive (SCID, SCL-20) Observance de la médication Utilisation des services	Étude : 6 mois Suivis téléphoniques à 3 et 6 mois (par assistant de recherche)	Éducation du patient (matériel éducatif concernant la dépression) Suivi téléphonique par thérapeutes (6 séances hebdomadaires de	Suivi : 96 % à 3 mois et 92 % à 6 mois pour exposés. Symptomatologie dépressive : ↓ du score SCL-20 entre 0-6 mois chez exposés vs non exposés (p=.03). Aucune différence quant à la proportion de patients ayant eu une ↓ ≥ 50 % du score SCL-20 ou au	Biais de sélection : étude limitée aux patients ayant reçu une nouvelle ordonnance; recrutement selon diagnostic du MD; groupe non exposé provenant d'une étude antérieure mais sélectionné sur une période de	Projet pilote effectué sur un très petit nombre de patients atteints de DM, mais qui a tout de même démontré une amélioration des symptômes dépressifs sur une période de

Référence	Type d'étude	Devis	Population à l'étude (n)	Changements mesurés	Période d'observation	Composantes du modèle	Résultats	Justesse de l'étude	Commentaires
Simon <i>et al.</i> , 2004 (101)	Etude expérimentale multicentrique (randomisation des patients)	réaction et assistance au MD	la même procédure mais ils sont issus de l'étude de Simon <i>et al.</i> , 2000 (571)	Coûts reliés au traitement	(suivi pendant [6 semaines] et postintervention)	30 minutes axées sur l'activation du comportement, la restructuration cognitive et l'élaboration d'un plan personnel de soins)	taux de rémission.	selon la même procédure; très petit échantillon	6 mois.
		Non exposés : soins habituels de 1 ^{re} ligne				Réaction au MD à la suite de chaque contact téléphonique et recommandations pour le traitement sur la base d'algorithmes informatiques	Observance : aucune différence quant à la posologie entre exposés et non exposés. Utilisation des services : aucune différence quant à nombre de visites pour DM. Coûts : l'intervention est évaluée à 153 \$ US/patient (environ 26 \$ US/seance).	Biais d'information : pas d'affectation et/ou d'évaluation en aveugle; validité des questionnaires; équipe responsable du suivi téléphonique non décrite; compétence des thérapeutes non décrite	Cette intervention téléphonique semble également être une solution abordable (d'un point de vue financier).
		*tous les patients reçoivent des ADs						Biais de confusion : étude non randomisée et non multicentrique; groupes comparables; HMO	
Simon <i>et al.</i> , 2004 (101)	Etude expérimentale multicentrique (randomisation des patients)	Non exposés : soins habituels	Patients avec dépression majeure (SCL ≥ 0,5) recrutés dans 7 cliniques de soins de première ligne (<i>Group Health Cooperative</i>), patients débutant un traitement anti-dépresseur.	Symptomatologie dépressive (SCL-20)	Evaluation initiale et à 6 semaines, 3 mois et 6 mois	Non exposés : soins habituels	Symptomatologie dépressive : Les proportions des patients présentant une réponse dans les différents groupes à 6 semaines et à 3 mois ne sont pas présentées. Les auteurs mentionnent qu'il n'y a pas de différence significative entre les groupes à 6 semaines et à 3 mois.	Biais de sélection : Un tiers des participants potentiels contactés au départ ont refusé l'évaluation de base. Exclusion des sujets souhaitant d'emblée une psychothérapie ou une orientation en psychiatrie. Participation des sujets débutant un traitement.	Les effets des interventions semblent liés au degré de gravité de la dépression lors de l'évaluation initiale, les personnes présentant un score au SCL de 0,5 à 1,0 n'ayant pas démontré d'amélioration de leur état. Les auteurs considèrent que les interventions téléphoniques présentent des avantages au plan de l'accessibilité des services (pas de transport, pas d'attente, horaire plus flexible, moins de stigmatisation) qui compensent pour le contact personnel. Ces avantages doivent être pris en considération notamment en milieu rural.
		Exposés 1 : soins habituels + <i>case management</i> par téléphone		Satisfaction par rapport aux soins		Exposés 1 : suivi téléphonique de type « <i>case management</i> » par un professionnel de la santé mentale (soutien à la médication, intervention de crise au besoin, coordination des soins, réaction au médecin traitant et référence en psychiatrie au besoin).	Non exposés : 43 % (76/176) Exposés 1 (E1) : 51 % (94/184) (p=,13) Exposés 2 (E2) : 58 % (100/172) (p=,005)	Exclusion des patients avec score <0,5.	
		Exposés 2 : soins habituels + <i>case management</i> par téléphone + psychothérapie téléphonique (8 sessions)	Non exposés : n=195 Exposés 1 : n=207 Exposés 2 : n=198			Exposés 2 : suivi téléphonique tel que décrit précédemment et psychothérapie par téléphone (thérapie cognitivo-comportementale structurée de 8 sessions de 30 à 40 minutes et cahier d'exercices pour le patient).	Perception de l'amélioration et satisfaction : Les patients ayant suivi une psychothérapie rapportent une perception ou « <i>very much</i> » dans une proportion plus grande que le groupe non exposé (80 % vs 55 % , p<.001). Pour le groupe exposé au suivi téléphonique seulement, la différence est moins grande (66 % vs 55 % , p=.04). Le niveau de satisfaction au regard du traitement est plus élevé dans les deux groupes exposés. Il est par contre plus important chez les E2 (59 % vs 29 % , p<.001) que chez les E1 (47 % vs 29 % , p=.001).	Biais d'information : Evaluation en simple aveugle (sujets avisés de ne pas donner d'informations sur leur traitement). Évaluateurs formés (6 heures) pour faire l'évaluation des sujets. Instruments de mesure décrits et valides. Perdus de vue décrits (pas de différence avec ceux qui ont complété l'étude).	Il est difficile d'isoler les composantes de la psychothérapie qui ont eu un effet positif (fréquence des contacts vs contenu de la psychothérapie). Augmentation de l'observance (41 % chez NE vs 54 % chez E1 (p=.01) et 50 % chez E2 (p=.09)), mais globalement ces proportions demeurent inadéquates. Les deux interventions expérimentées sont coûteuses et ne pourraient être implantées dans la plupart des systèmes « <i>fee-for-service</i> ».

Référence	Type d'étude	Devis	Population à l'étude (n)	Changements mesurés	Période d'observation	Composantes du modèle	Résultats	Justesse de l'étude	Commentaires
Nombre de visites en personne faible dans les trois groupes (3 visites en 6 mois) ce qui se rapproche de l'intensité des soins habituels typiques. Ceci pourrait faire ressortir fausement un effet de l'intervention expérimentée parce que soins habituels très faibles, mais ces résultats sont intéressants dans une perspective « naturalistique ». Par contre, les effets bénéfiques du suivi semblent moins importants que dans une étude antérieure (Simon, 2000), ce qui pourrait être dû tout de même à une amélioration des soins habituels. AD : academic detailing; ADs : antidépresseurs; AHCPR : Agency for Health Care Policy and Research; BDI : Beck Depression Inventory score; BDQ : Brief Disability Questionnaire; BSI : Brief Symptom Inventory; CBT : Cognitive Behavioural Therapy; CDS : Chronic Disease Score; CIDI : Composite International Diagnostic Interview; CQI : continuous quality improvement; Dm : dépression mineure; DM : dépression majeure; DSM-III-R : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Revised Third Edition; GHC : Group Health Cooperative; GHQ-12 : General Health Questionnaire; HADS : Hospital Anxiety and Depression Scale; Ham-D : Hamilton Depression Rating Scale; HMO : Health Maintenance Organization; IDS : Inventory of Depressive Symptomatology; CES-D : Centre for Epidemiological Studies – Depression scale; MD : médecin de 1^{re} ligne; NDC : non-directive counselling; NEO : Neuroticism Extroversion Openness Personality Inventory; SAS : Social Adjustment Scale; SCID : Structured Clinical Interview for DSM-III-R/IV; SCL : Hopkins Symptom Checklist; SDS : Sheehan Disability Scale; SF : Medical Outcomes Study short form; SSD : dépression sous-syndromale (subsyndromal depression); SSRIs : selective serotonin-reuptake inhibitors; WSAS : Work and Social Disability Scale.									

ANNEXE 2

***Évaluation des coûts reliés à une stratégie particulière
visant la modification des pratiques des intervenants de
première ligne au regard de la dépression majeure***

Avant tout chose, il importe de déterminer la perspective adoptée pour l'analyse économique effectuée. Chacune des études répertoriées a été analysée selon une perspective économique du système de santé. L'analyse économique de ces études vise donc à déterminer les coûts engendrés par le système de santé pour une intervention précise. Ainsi, tous les coûts reliés à une intervention particulière, à l'hospitalisation ou aux visites en soins de première ligne sont comptabilisés, alors que les coûts relatifs à la perte d'un emploi ou au manque de productivité au travail par les personnes dépressives ne sont pas pris en compte.

Il est également nécessaire de distinguer les mesures de coût-efficacité et de coût-bénéfice. La mesure de coût-efficacité est représentée par un ratio entre les coûts reliés à une intervention et l'efficacité de cette dernière. Les coûts seront calculés selon la perspective que l'on veut donner à l'analyse économique. La mesure de l'efficacité de l'intervention s'effectue, quant à elle, selon une mesure clinique donnée. On mesurera le nombre de jours sans dépression (*Depression-free days*, DFDs) ou d'années de vie de qualité (*Quality-adjusted life years*, QALYs) afin de standardiser l'analyse de l'efficacité d'une intervention. La limite de ces études économiques devient alors la mesure de l'efficacité d'une intervention. En ce sens, la faiblesse de l'analyse du ratio coût-efficacité tient à ce qu'il ne mesure l'efficacité de l'intervention que selon un seul paramètre à la fois – par exemple les symptômes dépressifs dans le cas qui nous concerne. Par ailleurs, la notion de ratio coût-efficacité incrémental renvoie à la différence entre les ratios coût-efficacité de deux interventions données. En ce qui a trait au coût-bénéfice, il représente une différence plutôt qu'un ratio. Pour effectuer une analyse de coût-bénéfice, il faut transformer en valeur monétaire l'efficacité d'une intervention. Les bénéfices de l'intervention sont par conséquent déterminés par la différence entre les coûts qu'elle engendre et le coût de l'efficacité qui lui est relié. Le concept *willingness to pay*, nouvellement décrit, représente une façon de quantifier l'efficacité en termes monétaires d'une intervention afin d'en déterminer le coût-bénéfice.

La mesure du *cost-offset* tient compte des coûts autres que ceux engendrés par l'intervention. Par exemple, il est reconnu que les patients déprimés coûtent plus cher au système de santé qu'une population non déprimée, et c'est à cette différence que le *cost-offset* s'intéresse. Le *cost-offset* représente donc la différence entre les coûts moyens des services de santé hors intervention pour les patients exposés et non exposés.

Finalement, les principaux constats que l'on peut faire à la suite de ces études économiques sont les suivants : a) les stratégies d'intervention étudiées engendrent plus de coûts que les soins habituels; b) ces stratégies sont néanmoins plus efficaces que les soins habituels; c) les stratégies étudiées semblent une option « coût-efficacité » très intéressante si on la compare aux soins habituels.

Tableau 6 : Évaluation des coûts reliés à une stratégie particulière visant la modification des pratiques des intervenants de première ligne au regard de la dépression majeure (sommaire de 9 études reliées à certaines études de la revue de la littérature)

Référence / stratégie évaluée	Coûts mesurés	Résultats*	Justesse de l'étude	Commentaires
Lave <i>et al.</i> , 1998 (108) <u>Stratégie évaluée</u> : programmes standardisés d'amélioration de la qualité des soins (basé sur les travaux de Schulberg <i>et al.</i> , 1996 (64))	Coûts directs et indirects Ratio coût-efficacité selon <i>Depression-free days</i> (DFDs**) et <i>Quality-adjusted life years</i> (QALYs) *pour une période d'observation de 12 mois	Coûts : coûts médicaux non reliés à l'intervention moins élevés chez exposés vs non exposés ($p < ,001$). Coûts directs et coûts totaux plus élevés chez exposés vs non exposés ($p < ,001$). <u>Ratio coût-efficacité</u> : lorsque les coûts totaux sont considérés et que les changements mesurés sont basés sur le score Ham-D, 14,79 \$ doivent être ajoutés pour chaque DFDs additionnel chez exposés n° 1 vs non exposés. Cela se traduit par un coût variant entre 13 163-17 112 \$ par QALYs. Chez les exposés n° 2 vs non exposés, ces coûts sont de 29,36 \$ et 26 130-33 969 \$, respectivement.	Étude qui dérive d'une étude expérimentale randomisée à simple aveugle Principe <i>intent-to-treat</i> ; analyses statistiques bien construites; analyses du ratio coût-efficacité seulement pour les patients ayant complété tous les suivis; analyses de QALYs basées sur HAM-D; dollars de l'année 1995	Si l'on se fie au grade B de recommandation (109) (stratégie plus efficace que celles déjà existantes et coûtant <20 000 \$/QALYs additionnelle), la stratégie n° 2, mais non la n° 1, est une option « coût-efficace » intéressante comparée aux soins habituels de première ligne.
Schoenbaum <i>et al.</i> , 2001 (110) <u>Stratégie évaluée</u> : programmes standardisés d'amélioration de la qualité des soins (basé sur les travaux de Wells <i>et al.</i> , 2000 (65))	Coûts directs et indirects Ratio coût-efficacité selon <i>Days of Depression burden</i> (DDB) et <i>Quality-adjusted life years</i> (QALYs) Emploi *pour une période d'observation de 24 mois	<u>Coûts</u> : aucune différence entre les coûts reliés aux soins de santé chez exposés et non exposés (4289 \$ vs 3835 \$). <u>Ratio coût-efficacité</u> : ↑ de QALYs (1,6850 vs 1,6624, $p = ,006$) et ↓ de DDB (373,2j vs 419,9j, $p = ,01$) chez exposés/CBT vs non exposés. Aucune différence entre exposés/ADs et non exposés. Les coûts estimés pour chaque QALYs additionnelle sont de 36 467 \$ pour exposés/ADs et de 21 478 \$ pour exposés/CBT. Considérant que la DM engendre une ↓ de la valeur de chaque année de vie de 0,2 à 0,4 QALYs, les coûts varient entre 15 331 \$-30 663 \$ pour exposés/ADs et entre 9478 \$-18 953 \$ pour exposés/CBT. <u>Emploi</u> : ↑ du nombre de jours d'emploi chez exposés/CBT vs non exposés (300,1j vs 279,2j, $p = ,03$). Aucune différence entre exposés/ADs et non exposés.	Étude qui dérive d'une étude expérimentale randomisée en bloc et stratifiée Principe <i>intent-to-treat</i> ; analyses statistiques bien construites; analyses seulement pour les patients ayant complété au moins un suivi; analyses de QALYs basées sur SF-12; dollars de l'année 1998	Si l'on se fie au grade B de recommandation (109) (stratégie plus efficace que celles déjà existantes et coûtant <20 000 \$/QALYs additionnelle), la stratégie CBT, mais non la stratégie ADs, est une option « coût-efficace » intéressante comparée aux soins habituels de première ligne. L'observation d'un mois additionnel de travail sur une période de deux années pourrait avoir un impact positif sur les coûts chez les exposés/CBT.
Von Korff <i>et al.</i> , 1998 (111) <u>Stratégie évaluée</u> : soins en collaboration – psychiatre et/ou psychologue (basé sur les travaux de Katon <i>et al.</i> , 1995 et 1996 (73, 74))	Coût du traitement <i>Cost-offset</i> des soins spécialisés en santé mentale (hors intervention) Ratio coût-efficacité (représente le coût de traitement de la dépression par patient ayant obtenu une ↓ ≥50 % du score SCL à 4 mois) *pour une période d'observation de 12 mois	<u>Coût</u> : parmi les patients DM, coûts totaux du traitement de la dépression de 1337 \$ (vs 850 \$) chez exposés/psychiatre et de 1182 \$ (vs 918 \$) chez exposés/psychologue. Parmi les patients DM, ces coûts s'élèvent à 1298 \$ (vs 656 \$) chez exposés/psychiatre et à 1045 \$ (vs 525 \$) chez exposés/psychologue. <u>Cost-offset</u> : parmi les patients DM, <i>cost-offset</i> de 120 \$ (vs 284 \$) chez exposés/psychiatre et de 127 \$ (vs 352 \$) chez exposés/psychologue. Parmi les patients DM, ces coûts s'élèvent à 136 \$ (vs 169 \$) chez exposés/psychiatre et à 33 \$ (vs 81 \$) chez exposés/psychologue.	Étude qui dérive de deux études expérimentales randomisées en bloc et stratifiées à simple aveugle Pratiquement aucune analyse statistique car très petit n (test de Student seulement à 2 occasions)	Du fait qu'aucune analyse statistique n'a été effectuée afin de comparer les 2 groupes, on ne peut se prononcer avec certitude sur la significativité des différences observées. Toutefois, les soins en collaboration, que ce soit avec l'implication d'un psychiatre ou d'un psychologue, semblent plus « coût-efficaces » pour les patients atteints de

Référence / stratégie évaluée	Coûts mesurés	Résultats*	Justesse de l'étude	Commentaires
		Lorsque les résultats des 2 études sont combinés, le <i>cost-offset</i> est ↓ chez patients DM exposés vs non exposés ($p=,027$). <u>Ratio coût-efficacité</u> : parmi les patients DM, le ratio coût-efficacité et le ratio coût-efficacité incrémental sont de 1797 \$ (vs 1941 \$) et 1592 \$ chez exposés/psychiatre et de 1679 \$ (vs 2170 \$) et 940 \$ chez exposés/psychologue. Parmi les patients Dm, ces coûts s'élèvent à 2163 \$ (vs 968 \$) et -8190 \$ chez exposés/psychiatre et à 1567 \$ (vs 994 \$) et 3741 \$ chez exposés/psychologue.		DM que pour ceux atteints de Dm.
Simon <i>et al.</i> , 2001 (112) <u>Stratégie évaluée</u> : soins en collaboration – psychiatre et/ou psychologue (basé sur les travaux de Katon <i>et al.</i> , 1999 (77))	Coûts reliés au traitement Coûts totaux des services de santé <i>Ratio</i> coût-efficacité selon <i>depression-free days</i> (DFDs) *pour une période d'observation de 6 mois	<u>Coûts reliés au traitement</u> : 728 \$ (630-859) chez exposés vs 386 \$ (293-506) chez non exposés pour les coûts reliés au traitement. 1481 \$ (1159-1948) chez exposés vs 1239 \$ (940-1764) chez non exposés pour les coûts reliés à tous les services (<i>outpatients</i>). <u>Coûts totaux</u> : 2406 \$ (1769-3218) chez exposés vs 2110 \$ (1503-3234) chez non exposés. <u>Ratio coût-efficacité</u> : ↑ de DFDs chez exposés vs non exposés (87,8j vs 70,9j, $p=,02$). Lorsque l'on considère les coûts reliés au traitement seulement (<i>outpatients</i>), 21,44 \$ (7,56-125,76) doivent être ajoutés pour chaque DFDs additionnel. Lorsque l'on considère les coûts reliés à tous les services (<i>outpatients</i>) et les coûts totaux, ce sont, respectivement, 25,96 \$ (-10,39-213,00) et 35,05 \$ (-51,73-387,54) qui doivent être ajoutés pour chaque DFDs additionnel. Les coûts incrémentaux pour ces 3 catégories sont de 357 \$ (205-506), 433 \$ (94-996) et 584 \$ (-495-1659) pour les exposés.	Étude qui dérive d'une étude expérimentale randomisée en bloc et stratifiée à simple aveugle Analyses statistiques bien construites, mais comparaisons absentes; analyses de DFDs seulement pour les patients ayant complété tous les suivis; analyses de DFDs basées sur SCL-90	Du fait qu'aucune analyse statistique n'a été effectuée afin de comparer les 2 groupes, on ne peut se prononcer avec certitude sur la significativité des différences observées. Toutefois, cette intervention de soins en collaboration/psychiatre implique un investissement supplémentaire à celui des soins habituels.
Pyne <i>et al.</i> , 2003 (113) <u>Stratégie évaluée</u> : soins en collaboration – infirmière (basé sur les travaux de Rost <i>et al.</i> , 2000 (104))	<i>Ratio</i> coût-efficacité selon <i>Quality-adjusted life years</i> (QALYs) *pour une période d'observation de 12 mois	<u>Ratio coût-efficacité</u> : l'efficacité incrémentale moyenne est de 0,041 et le coût incrémental moyen est de 634 \$. Le ratio coût-efficacité incrémental moyen de l'intervention est donc de 15 463 \$ (634/0,041) par QALYs additionnelle. Ce ratio varie entre 11 341 \$ et 19 976 \$ selon diverses analyses sensibles.	Étude qui dérive d'une étude expérimentale randomisée en bloc et stratifiée à simple aveugle Principe <i>intent-to-treat</i> ; analyses statistiques bien construites; analyses de QALYs basées sur SF-36; très petit n; dollars de l'année 2000	Si l'on se fie au grade B de recommandation (109) (stratégie plus efficace que celles déjà existantes et coûtant <20 000 \$/QALYs additionnelle), cette intervention est une option « coût-efficace » intéressante comparée aux soins habituels de première ligne.
Pyne <i>et al.</i> , 2003 (114) <u>Stratégie évaluée</u> : soins en collaboration – infirmière	<i>Ratio</i> coût-efficacité selon <i>Quality-adjusted life years</i> (QALYs) *pour une période d'observation de	<u>Ratio coût-efficacité</u> : ↑ significative de 0,123 QALYs chez femmes exposées vs non exposées. ↓ non significative de 0,073 QALYs chez hommes exposés vs non exposés. Les coûts incrémentaux moyens sont	Étude qui dérive d'une étude expérimentale randomisée en bloc et stratifiée à simple aveugle	Étude qui évalue le ratio coût-efficacité en fonction du sexe des patients. L'échantillon est par contre très petit pour

Référence / stratégie évaluée	Coûts mesurés	Résultats*	Justesse de l'étude	Commentaires
(basé sur les travaux de Rost <i>et al.</i> , 2000 (104))	12 mois	de 645 \$ pour les femmes exposées et de -10 \$ pour les hommes exposés. Le ratio coût-efficacité incrémental moyen de l'intervention est donc de 5244 \$ (645/0,123) pour les femmes par QALYs additionnelle. Ce ratio est négatif pour les hommes. Ces ratios varient, selon diverses analyses sensibles, entre 4886 \$ et 9740 \$ chez les femmes et entre 4644 \$ et 15 068 \$ chez les hommes.	Principe <i>intent-to-treat</i> ; analyses statistiques bien construites; analyses de QALYs basées sur SF-36; n=33 pour hommes; analyses portant seulement sur patients commençant un nouveau traitement aux ADs et étant favorables à leur utilisation; dollars de l'année 2000	ces analyses. Le ratio coût-efficacité est intéressant pour les femmes, mais il ne l'est pas pour les hommes.
Simon <i>et al.</i> , 2002 (115) <u>Stratégie évaluée</u> : soins en collaboration – intervenants divers (basé sur les travaux de Katon <i>et al.</i> , 2001 (94))	Coûts reliés au traitement Coûts totaux des services de santé Ratio coût-efficacité selon <i>depression-free days</i> (DFDs) *pour une période d'observation de 12 mois	<u>Coûts</u> : le coût moyen de l'intervention est de 256 \$ (249-264). Les coûts moyens reliés au traitement des <i>outpatients</i> sont de 969 \$ (888-1049) chez exposés et de 703 \$ (581-825) chez les non exposés. Les coûts totaux des <i>outpatients</i> sont de 1847 \$ (1555-2139) chez exposés et de 1641 \$ (1348-1934) chez les non exposés. <u>Coûts totaux</u> : les coûts totaux des services de santé (<i>outpatients</i> et <i>inpatients</i>) sont de 2691 \$ (2320-3062) chez exposés et de 2619 \$ (2139-3099) chez les non exposés. <u>Ratio coût-efficacité</u> : ↑ non significative de 13,9 (-1,5-29,3) DFDs chez exposés vs non exposés (253,2j vs 239,4j). Lorsque l'on considère les coûts reliés au traitement des <i>outpatients</i> seulement, 24 \$ (-59-496) doivent être ajoutés pour chaque DFDs additionnel. Lorsque l'on considère les coûts totaux des <i>outpatients</i> et les coûts totaux des services de santé (<i>outpatients</i> et <i>inpatients</i>), ce sont, respectivement, 15 \$ (-35-248) et 1 \$ (-134-344) qui doivent être ajoutés pour chaque DFDs additionnel. Les coûts incrémentaux pour ces 3 catégories sont de 273 \$ (102-418), 160 \$ (-173-512) et 13 \$ (-584-511) pour les exposés.	Étude qui dérive d'une étude expérimentale randomisée en bloc à simple aveugle Analyses statistiques bien construites; analyses de DFDs seulement pour les patients ayant complété tous les suivis; analyses de DFDs basées sur SCL; petit échantillon pour coûts totaux; dollars de l'année 1997-1998	Cette intervention, portant sur une population de patients atteints de dépression majeure, sous médication et à risque de rechute, n'a eu qu'un très modeste effet sur le nombre de jours sans dépression. Par ailleurs, cette intervention implique un investissement supplémentaire relativement modeste.
Liu <i>et al.</i> , 2003 (116) <u>Stratégie évaluée</u> : soins en collaboration – intervenants divers (basé sur les travaux de Hedrick <i>et al.</i> , 2003 (98))	Coûts reliés au traitement Coûts totaux des services de santé Ratio coût-efficacité selon <i>depression-free days</i> (DFDs) *pour une période d'observation de 9 mois	<u>Coûts</u> : le coût moyen du programme d'intervention est de 182 \$ (168-196). Les coûts totaux reliés au traitement sont de 901 \$ (801-1001) chez exposés et de 741 \$ (605-877) chez les non exposés. Les coûts totaux des <i>outpatients</i> sont de 3754 \$ (3329-4179) chez exposés et de 3139 \$ (2759-3519) chez les non exposés. <u>Coûts totaux</u> : les coûts totaux des services de santé (<i>outpatients</i> et <i>inpatients</i>) sont de 7946 \$ (5582-10 310) chez exposés et de 6789 \$ (4720-8858) chez les non exposés. <u>Ratio coût-efficacité</u> : ↑ non significative de 14,6 (-0,5-29,6) DFDs chez exposés vs non exposés (112,7	Étude qui dérive d'une étude expérimentale randomisée à simple aveugle Analyses statistiques bien construites; analyses de DFDs seulement pour les patients ayant complété tous les suivis; analyses de DFDs basées sur SCL; dollars de l'année 2000; petit échantillon pour coûts totaux	Cette intervention, portant sur une population de patients relativement âgés atteints de dépression majeure, n'a eu qu'un modeste effet sur le nombre de jours sans dépression. De plus, cette intervention implique un investissement supplémentaire relativement modeste.

Référence / stratégie évaluée	Coûts mesurés	Résultats*	Justesse de l'étude	Commentaires
		± 81,1j vs 107,3 ± 75,6j). Lorsque l'on considère seulement les coûts reliés au traitement, 24 \$ (-105-148) doivent être ajoutés pour chaque DFDs additionnel. Lorsque l'on considère les coûts totaux des <i>outpatients</i> et les coûts totaux des services de santé (<i>outpatients</i> et <i>inpatients</i>), ce sont, respectivement, 33 \$ (-106-232) et 2 \$ (-254-398) qui doivent être ajoutés pour chaque DFDs additionnel. Les coûts incrémentaux pour ces 3 catégories sont de 237 \$ (70-404), 519 \$ (47-1003) et 169 \$ (-1851-2453) pour les exposés.		
Simon <i>et al.</i> , 2001 (117) Stratégie évaluée : soins en collaboration – intervenants divers (basé sur les travaux de Katzelnick <i>et al.</i> , 2000 (99))	Coûts des services de santé Ratio coût-efficacité selon <i>depression-free days</i> (DFDs) *pour une période d'observation de 12 mois	<u>Coûts</u> : les coûts des <i>outpatients</i> sont ↑ de 675 \$ (3390 \$ vs 2715 \$) et les coûts des <i>inpatients</i> sont ↑ de 839 \$ (2033 \$ vs 1194 \$) chez exposés vs non exposés. Les coûts directs de l'intervention sont de 135 \$/patient. <u>Ratio coût-efficacité</u> : ↑ de 47,4 (26,6-68,2) DFDs chez exposés vs non exposés (229,3j vs 181,9j). Lorsque l'on considère les coûts reliés aux <i>outpatients</i> seulement, 21,12 \$ (10,53-37,61) doivent être ajoutés pour chaque DFDs additionnel. Lorsque l'on considère les coûts reliés à tous les services (<i>outpatients</i> et <i>inpatients</i>) et les coûts totaux (coûts reliés aux services et au temps), ce sont, respectivement, 41,34 \$ (16,04-81,03) et 51,84 \$ (17,37-108,47) qui doivent être ajoutés pour chaque DFDs additionnel. Les coûts incrémentaux pour ces 3 catégories sont de 1008 \$ (534-1383), 1974 \$ (848-3171) et 2475 \$ (880-4138) pour les exposés.	Étude qui dérive d'une étude expérimentale double randomisée à simple aveugle Analyses statistiques bien construites, mais comparaisons absentes; analyses du ratio coût-efficacité seulement pour les patients ayant complété tous les suivis; analyses de DFDs basées sur Ham-D; dollars de l'année 1995	Cette intervention, portant sur une population de grands utilisateurs de services de santé non psychiatriques, implique un investissement supplémentaire variant entre 1000 \$-2500 \$/patient/année.
* Tous les coûts indiqués sont en dollars américains. Toutefois, les coûts n'ont pas été rapportés selon la valeur du dollar de l'année 2004.				
** DFDs représente le nombre de jours sans symptômes de dépression et est calculé selon une stratification du score Ham-D, BDI ou SCL.				

ANNEXE 3

***Regroupement des études répertoriées selon la durée de
l'intervention, la durée du suivi des patients et
l'observation de résultats positifs ou négatifs***

Études n'ayant démontré aucun résultat

Étude	Professionnels	Information / formation	Suivi	Rétroaction	Accès aux ressources spécialisées	Puissance	Commentaires
INTERVENTION ÉGALE À L'OBSERVATION ET RÉSULTATS NÉGATIFS (I* <<< O*)							
King <i>et al.</i> , 2002 (54)	MD	MD : formation sur la CBT s'échelonnant sur 4 demi-journées (présentation clinique de la dépression et de l'anxiété, thérapies cognitives et comportementales, éducation du patient sur la psychothérapie, les ADs, outils de reconnaissance de la maladie, schéma de classification en pratique générale)	Aucun	Questionnaires au MD avant et 6 mois après la formation (<i>depression attitude questionnaire</i> et <i>n=105 patients / groupe</i> , différence de 0,5 SD sur BDI)	Patient : peut être recommandé au besoin (personne recommandée non spécifiée)	n=43 MD / groupe, différence de 0,65 SD entre I et UC pour <i>depression attitude questionnaire</i> et n=105 patients / groupe, différence de 0,5 SD sur BDI Puissance 85 % (<i>two-sided</i>), taux d'attrition de 30 %	
INTERVENTION ÉGALE À L'OBSERVATION ET RÉSULTATS NÉGATIFS (I* = O*)							
Mundt <i>et al.</i> , 2001 (59)	Aucun	Aucune	Le patient fait lui-même les suivis. Une semaine avant le suivi téléphonique, il reçoit un rappel par courrier et s'il oublie, un coordonnateur lui téléphone 2 jours après la date prévue	ND	ND	ND	
Finley <i>et al.</i> , 2003 (90)	Case manager = pharmacien	Pharmacien : formation de 2 mois juste avant le début de l'étude par un <i>board certified</i> en pharmacologie psychiatrique Patient : à tous les suivis, informé sur symptômes, étologie, pronostic, médication et effets secondaires par le pharmacien	Contacts téléphoniques par le pharmacien à 1, 2, 4, 10 et 16 semaines et visites au pharmacien à 6 et 24 semaines	ND	Patient : s'il est recommandé ou consulte lui-même, il est par la suite exclu de l'étude Pharmacien : supervision par psychiatre (rencontre 1 h / semaine et sur demande)	n=200, effet estimé de 0,25 (i.e. une adhésion à 6 mois 25 % > pour I vs UC Erreur de type I de 5 % (<i>two-tailed</i>), puissance 90 %, taux d'attrition de 30 %.	Modèle d'intervention implanté environ 2 ans avant le début de l'étude
Capocia <i>et al.</i> , 2004 (91)	Pharmacien	Patient : informé à chaque suivi sur habitudes saines de vie par pharmacien	Contacts téléphoniques par le pharmacien à 1, 2, 3, 4, 6, 8, 10 et 12 semaines et à 5, 7, 9, 11 et 12 mois, et visites au MD à 4 et 12 semaines	ND	Patient : recommandé à un psychiatre si aucune amélioration à 8-10 semaines et orienté en tout temps vers MD ou un psychiatre si idée suicidaire	n=55 / groupe, différence de 28 % entre I et UC pour amélioration clinique ($\downarrow \geq 50$ % SCL-20) Puissance 80 %, taux d'attrition de 8 %	
Adler <i>et al.</i> , 2004 (92)	Pharmacien	MD et infirmière : recommandations de l'AHQPR sur DM avant le début de l'étude (I et UC) Patient : informé sur DM et médication par pharmacien Pharmacien : formé pour administrer le protocole de l'étude (alliance thérapeutique avec le patient, amélioration du comportement pour meilleure adhésion)	Contacts téléphoniques par le pharmacien à 2, 4, 6, 8 et 12 semaines et à 6, 9, 12 et 18 mois	Les investigateurs de l'étude se rencontrent régulièrement afin de discuter du protocole de l'étude et de s'assurer qu'il est implanté uniformément	Patient : peut être recommandé à un spécialiste en santé mentale Pharmacien : supervision clinique par psychiatre chaque semaine	n=529 à 6 mois, différence de 1,74 pour le score BDI Puissance 80 %	
Von Korff <i>et al.</i> , 2003 (95) – section « Intervention égale à l'observation et résultats positifs (I* = O*) »							
INTERVENTION PENDANT MAIS INFÉRIEURE À L'OBSERVATION ET RÉSULTATS NÉGATIFS (I* < O*)							
Brown <i>et al.</i> , 2000 (63)	CQI : groupe de 11 personnes (MD, spécialiste en santé mentale, personnel de soutien, facilitateur) AC : pharmacien	CQI : formation de 3 jours sur la méthode et les outils pour implanter CQI; le MD reçoit de l'information sur directives standards durant les réunions départementales; le patient reçoit une brochure sur DM et directives standards AD : formation de 14 h	AD : 4 visites individuelles des pharmaciens aux MD	CQI : un <i>sponsor group</i> guide les intervenants et revoit et soutient l'implantation des directives standards AD : les pharmaciens sont supervisés par le département de	CQI : consultation téléphonique avec psychiatre et soutien du pharmacien possible pour MD	Différence de 0,4 entre I et UC pour la moyenne du score SCL Puissance 90 % (<i>one-tailed</i>)	

Étude	Professionnels	Information / formation	Suivi	Rétroaction	Accès aux ressources spécialisées	Puissance	Commentaires
(présentation didactique, vidéos et jeu de rôle)							
Worrall <i>et al.</i> , 1999 (71)	MD	MD : atelier de 3 h sur les directives standards, dépistage et traitement de DM – les MD de UC ont reçu les directives standards	Rencontre hebdomadaire entre MD et psychiatre	Un assistant de recherche communique avec les MD pour s'assurer de leur adhésion au protocole de recherche	Patient : peut être recommandé à un spécialiste en santé mentale	Différence de 3,6 points pour la moyenne du score CES-D et de 0,9 pour DSM-IV entre I et UC	
Puissance 80 %							
Lin <i>et al.</i> , 1999 (76)	Voir Katon <i>et al.</i> , 1995 (73) – section « Intervention pendant mais inférieure à l'observation et résultats positifs (I* < O*) »						
Lin <i>et al.</i> , 2000 (78)	Voir Katon <i>et al.</i> , 1996 (74) – section « Intervention égale à l'observation et résultats positifs (I* = O*) »						
Ceroni <i>et al.</i> , 2002 (81)	MD	ND	Rencontre bihebdomadaire de 2 h pour 6 mois entre MD et 2 psychiatres (local et expérimenté en troubles psychiatriques en 1 ^{re} ligne) ; étude de cas et planification de stratégie d'intervention	ND	ND	ND	
Swindle <i>et al.</i> , 2003 (86)	Infirmière	MD : programme éducatif sur traitement de DM et interprétation du PRIME-MD (I et UC)	Visite initiale avec patient et contact téléphonique ou visite à 2 semaines, 1 et 2 mois	Rencontre mensuelle entre infirmière et investigateur de l'étude pour discuter des difficultés d'implantation du protocole de recherche	Infirmière : consultation avec psychiatre possible Patient : peut être recommandé à un psychiatre	n=136 patients/groupe, différence de trois points entre I et UC pour score BDI Puissance 85 % (<i>two-sided</i>)	
Peveler <i>et al.</i> , 1999 (87)	Infirmière	Infirmière : formée sur protocole de recherche, standards de diagnostic et traitement pour DM et dysthymie Infirmière : formation de 4 h sur médication Patient : dépliant sur la médication	Suivi par infirmière à 2 et 8 semaines	Groupe témoin afin d'évaluer l'effet d'une surveillance continue sur l'adhésion	ND	n=376, adhésion à six semaines de 35 % (UC) à 50 % (I) Puissance 90 % (<i>two-sided</i>) n=150, différence de 13 % pour dépression	
Brook <i>et al.</i> , 2003 (93)	Pharmacien	Patient : dépliant sur la médication Patient : dépliant sur ADs et vidéo de 25 minutes sur DM, ADs, diagnostic et traitement	3 contacts avec pharmacien	ND	ND	Puissance 80 % (<i>two-sided</i>) n=100 pour I et n=50 pour UC, différence de 0,6 SD de toutes mesures continues d' <i>outcomes</i>	
Harvey <i>et al.</i> , 1998 (100)	Counselors	Counselors : tous sont diplômés mais aucun n'est professionnel de la santé	6 séances hebdomadaires de 50 minutes	ND	Patient : peut être recommandé à un spécialiste en santé mentale	Puissance 90 % (<i>two-tailed</i>) ND	
Tufty <i>et al.</i> , 2000 (102)	Thérapeute (M.Sc.)	Patient : écrits sur DM, médication et effets secondaires	6 séances téléphoniques de 30 minutes par thérapeute	ND	MD : reçoit un résumé de chacune des séances de thérapies par le thérapeute		
AHCPR : <i>Agency for Health Care Policy and Research</i> ; AD : <i>academic detailing</i> ; ADs : antidépresseurs; BDI : Beck Depression Inventory score; CBT : <i>Cognitive Behavioural Therapy</i> ; CES-D : <i>Centre for Epidemiological Studies – Depression scale</i> ; CQI : <i>continuous quality improvement</i> ; DM : <i>depression majeure</i> ; DSM-IV : <i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Revised Fourth Edition</i> ; h : heure; I : intervention; MD : médecin de 1 ^{re} ligne; n : nombre de patients; ND : non déterminé; O : observation; SCL : <i>Hopkins Symptom Checklist</i> ; SD : <i>déviation standard (standard deviation)</i> ; UC : <i>usual care</i> .							

Études ayant démontré des résultats positifs – peu importe à quel moment

Étude	Professionnels	Information / formation	Suivi	Rétroaction	Accès aux ressources spécialisées	Puissance	Commentaires
INTERVENTION AVANT L'OBSERVATION ET RÉSULTATS POSITIFS (I* <<< O*)							
Williams <i>et al.</i> , 1999 (53)	MD	MD : livre (UC et I) sur le management de DM et formation continue sur questionnaire, diagnostic et traitement de DM	Aucun suivi; ce sont les patients qui répondent soit à 1 question soit à 1 questionnaire avant de voir le MD (le résultat est transmis au MD)	ND	Patient : peut être recommandé à un spécialiste en santé mentale	ND	

Étude	Professionnels	Information / formation	Suivi	Rétroaction	Accès aux ressources spécialisées	Puissance	Commentaires
Thompson <i>et al.</i> , 2000 (55)	Équipe de formateur (MD, infirmière clinicienne et infirmière en santé mentale), MD	Équipe de formateur : formés par les membres du comité directeur sur l'utilisation de recommandations et sur les techniques éducationnelles (cette équipe sert à former les MD afin de faciliter l'implantation de recommandations)	Formation des MD puis disponibilité de l'équipe de formateur pendant 9 mois	Chaque MD complète 1 questionnaire après le séminaire; le vidéo d'un séminaire est évalué par 4 experts indépendants	ND	n=400/groupe, ↑ de 40 % (UC) à 50 % (I) de la reconnaissance de DM par MD Puissance 80 % (<i>two-sided</i>)	L'intervention s'adresse aux MD et non aux patients
Tienens <i>et al.</i> , 1999 (56)	MD	MD : séminaire de 4 h, jeu de rôle, vidéo et discussion de groupe sur les techniques d'intervention et de <i>counseling</i> MD : 8 séances de 2 h 30 sur DM et autres troubles mentaux fréquents, troubles du sommeil, anxiété, <i>chronic complaining behaviour</i> , protocole de recherche, recommandations et outils de détection	Aucun suivi (étude avant-après)	ND	ND	ND	
INTERVENTION ÉGALE À L'OBSERVATION ET RÉSULTATS POSITIFS (I* = O*)							
Rollman <i>et al.</i> , 2002 (58)	MD	MD : avant d'avoir donné un consentement pour faire partie de l'étude, 1 h sur protocole de l'étude et recommandations de l'AHCPR sur DM	Rappel du diagnostic de DM par courriel à chaque visite du patient, rappel par courriel des recommandations de l'AHCPR, courriel pour inciter le MD à planifier un suivi avec le patient si celui-ci n'a pas été suivi à l'intérieur des délais prévus par l'AHCPR	Indicateurs de soins par le MD à 3 et 6 mois : nombre moyen de visites et contacts totaux, proportion de patients ≥ 3 visites, proportion de patients ≥ 3 visites ou DM est mentionnée, ordonnance d'ADs, recommandation en soins spécialisés	Patient : peut être recommandé à un spécialiste en santé mentale	n=72 observations / groupe, différence de 30 % (65 % vs 35 %) entre I et UC pour la proportion de patients en rémission Puissance 80 % (<i>two-tailed</i>)	Le système <i>electronic medical record</i> a été implanté 9 mois avant le début de I
Schulberg <i>et al.</i> , 1996 (64)	MD et internistes pour pharmacothérapie Psychiatres et psychologues cliniques pour psychothérapie	MD et internistes : formation sur protocole de pharmacothérapie (livre et sessions didactiques) Psychiatres et psychologues cliniques : formation sur IPT, réunions consultatives pour évaluer les progrès des patients et revue des séances en vidéocassette	Pharmacothérapie : suivis aux 1-2 semaines durant la phase aigue de traitement puis mensuels pour 6 mois Psychothérapie : 16 séances hebdomadaires pendant la phase aigue puis 4 séances mensuelles	ND	Un psychiatre indépendant est disponible pour juger si le patient répond ou non aux différents traitements	différence de 33 % (66 % vs 33 %) entre I et UC pour la proportion de patients en rémission Puissance 90 %	
Katon <i>et al.</i> , 1996 (74)	MD et psychologue	MD : séance didactique sur ADs et psychothérapie comportementale Psychologue : 20 h de formation par psychologues seniors et supervision clinique hebdomadaire pour 1 an Patient : vidéo de 20 minutes et livres sur biologie de DM, psychothérapie comportementale et sur <i>I can if I want to</i>	Visite initiale de 1 h avec psychologue Brève psychothérapie comportementale avec psychologue de 4 séances (1-2 séances optionnelles) Contacts téléphoniques par le psychologue à 2, 4, 12 et 24 semaines	9 % des visites au psychologue sont revues pour vérifier l'adhésion du psychologue au protocole de l'étude Évaluation de l'adhésion du psychologue par un score <i>Likert scale</i> : les 2 psychologues ont une bonne adhésion	Psychologue : étude de cas avec psychiatre où le psychiatre peut revoir les posologies d'ADs – le psychologue fait le pont entre le psychiatre et le MD Patient : recommandation possible au psychiatre si aucune réponse face à I MD : reçoit un résumé de chacune des séances de psychothérapies par le psychologue	ND	
Rost <i>et al.</i> , 2002 (83)	Voir Rost <i>et al.</i> , 2001 (82)	Intervention pendant mais inférieure à l'observation et résultats positifs (I* < O*) »					
Smith <i>et al.</i> , 2002 (85)	À l'exception de l'ajout d'un suivi téléphonique mensuel par l'infirmière pour les patients ayant ≥ 3 critères de DM ou un suivi téléphonique aux trois mois pour les patients ayant < 3 critères de DM. Voir Rost <i>et al.</i> , 2002 (83)	Intervention égale à l'observation et résultats positifs (I* = O*) » (étude précédente)					

Étude	Professionnels	Information / formation	Suivi	Rétroaction	Accès aux ressources spécialisées	Puissance	Commentaires
Datto <i>et al.</i> , 2003 (89)	Infirmière	Infirmière : formation sur les options thérapeutiques, les facteurs de risque de DM, la prévention du suicide et le renforcement du patient à effectuer ses suivis avec le MD Patient : matériel éducatif sur les options thérapeutiques, les facteurs de risque de DM, la prévention du suicide et l'importance du suivi avec le MD	Suivi par infirmière au moins aux 3 semaines et à 16 semaines	Les infirmières sont supervisées par des MD <i>specialty-trained</i> (suivi du programme); revue rétrospective des notes des infirmières par 2 investigateurs principaux de l'étude pour contrôler l'adhésion des patients et des MD aux recommandations du protocole	Patient : peut être recommandé à un spécialiste en santé mentale Infirmière : supervision hebdomadaire par psychiatre pour faciliter le traitement et le suivi du patient	ND	
Katon <i>et al.</i> , 2001 (94)	Spécialiste en prévention de dépression (travailleur social, infirmière clinique et psychologue)	Patient : 2 vidéos de 30 minutes et livre sur <i>self-care</i> pour DM récidivante Spécialiste : 2 demi-journées interactives avec investigateurs de l'étude (psychologue, psychiatre et MD) et livre de 56 pages	2 rencontres avec spécialiste de 60-90 minutes puis suivis téléphoniques ou par courrier aux 4 à 8 semaines pour un total de 12 mois	Chaque spécialiste observe au moins 1 rencontre des autres spécialistes avec leurs patients	Spécialiste : rencontre bimensuelle avec psychiatre pour plan de médication MD : psychiatre disponible	ND	
Ludman <i>et al.</i> , 2003 (96)	Voir Katon <i>et al.</i> , 2001 (94)	section « Intervention égale à l'observation et résultats positifs (I* = O*) » (étude précédente)			Patient : peut être recommandé à un psychiatre		
Lin <i>et al.</i> , 2003 (97)	Voir Katon <i>et al.</i> , 2001 (94)	section « Intervention égale à l'observation et résultats positifs (I* = O*) »					
Katzelnick <i>et al.</i> , 2000 (99)	MD, psychiatre, coordonnateur de traitement (B.Sc ou M.Sc avec un minimum d'expérience en santé mentale)	MD : programme de formation de 2 h sur évaluation de DM et initiation de pharmacothérapie Patient : livre sur « <i>Depression isn't just a mental problem</i> » vidéo sur l'importance de l'adhésion au traitement et programme RHYTHMS d'éducation	Coordonnateur de traitement planifie les visites du patient avec le MD aux semaines 1, 3, 6, 10 puis aux 10 semaines Contacts téléphoniques par le coordonnateur à 2 et 10 semaines	ND	MD : psychiatre disponible pour revue de cas et consultation téléphonique Patient : peut être recommandé à un psychiatre	ND	
Dietrich <i>et al.</i> , 2004 (72)	Approche systémique d'évaluation et de la gestion des cas par le médecin et <i>case manager</i> (professionnel de la santé mentale)	<i>Case manager</i> : formation de base en santé mentale ou en santé. Formation des <i>case managers</i> , des médecins traitants des deux groupes et des psychiatres (4-8 h à 45 minutes)	Suivi par intervenant en santé mentale (contact téléphonique mensuel jusqu'à la rémission)	Rétroaction au médecin traitant par l'intervenant qui fait le soutien téléphonique (<i>case manager</i>) Supervision par psychiatre (contacte l'intervenant en santé mentale à chaque semaine) Rétroaction par le psychiatre à cet intervenant ou au médecin traitant	Psychiatre rejoignable par médecin traitant	n=400 patients	
Simon <i>et al.</i> , 2004 (101)	Médecin traitant, <i>case manager</i> Psychologue	<i>Case manager</i> : professionnel de la santé (baccalauréat et expérience d'au moins un an en évaluation de la dépression) (6 heures supplémentaires et supervision) Patients : livre d'exercice (<i>self management</i>) (E ₁ et E ₂) Psychologues : maîtrise et 1 an d'expérience en psychothérapie (12 heures supplémentaires et supervision)	Exposé n° 1 : au moins 3 contacts par <i>case manager</i> Exposé n° 2 : <i>case manager</i> + psychothérapie par téléphone (6 sessions)	Rapport au médecin traitant par <i>case manager</i> après chaque contact (E ₁ et E ₂)	ND	N=200/groupe	

Étude	Professionnels	Information / formation	Suivi	Rétroaction	Accès aux ressources spécialisées	Puissance	Commentaires
INTERVENTION PENDANT MAIS INFÉRIEURE À L'OBSERVATION ET RÉSULTATS POSITIFS (I ⁺ < O ⁺)							
Smith <i>et al.</i> , 2001 (84)	Voir Rost <i>et al.</i> , 2001 (82)	– section « Intervention pendant mais inférieure à l'observation et résultats positifs (I ⁺ < O ⁺) »					
Hedrick <i>et al.</i> , 2003 (98)	À l'exception de l'ajout d'une formation aux infirmières sur les diverses options offertes aux patients non assurés. Équipe de soins (psychologue clinique, psychiatre, travailleur social et technicien en psychologie)	MD : formation de 3 h (UC et 1) sur DM, traitement et ressources cliniques Patient : vidéo et livre d'exercices	Rencontres hebdomadaires de l'équipe de soins pour la mise en œuvre du plan de traitement de chaque patient; évaluation du patient par équipe de soins à 6 et 12 semaines (seulement selon le dossier du patient) Contacts téléphoniques réguliers par travailleur social (encourager l'adhésion)	ND	MD : reçoit une rétroaction de l'équipe de soins et peut consulter le psychiatre de l'équipe de soins Patient : peut être recommandé à un spécialiste en santé mentale	n=168/groupe	
INTERVENTION PENDANT MAIS INFÉRIEURE À L'OBSERVATION ET RÉSULTATS POSITIFS (I ⁺ < O ⁺)							
Simon <i>et al.</i> , 2000 (57)	<i>Case manager</i>	ND	Exposé n° 1 : rétroaction informatique au MD à 8 et 16 semaines Exposé n° 2 : contact téléphonique par <i>case manager</i> à 8 et 16 semaines	Supervision des <i>case managers</i> 15 minutes par semaine par psychiatre	MD : reçoit un suivi des contacts téléphoniques par <i>case manager</i> Patient : peut être recommandé à un spécialiste en santé mentale	n=200/groupe, différence de 10 % pour les coûts du traitement Puissance 80 %, erreur de type I (<i>two-sided</i>)	
Arava <i>et al.</i> , 2003 (60)	MD, travailleur social et infirmière	Travailleur social et infirmière : formation de 12 h MD : formation de 4 h sur algorithmes – les MD UC ont reçu avant l'étude des recommandations sur le traitement de DM	7 séances hebdomadaires de psycho-éducation et 1 séance à 9 et 12 semaines (75 minutes chacune)	Supervision de 8 h des travailleurs sociaux et des infirmières	Patient : peut être recommandé à un spécialiste en santé mentale	n=120/groupe, différence de 2,5 points en faveur de I pour la moyenne du HAM-D Puissance 80 % (<i>two-sided</i>)	
Wells <i>et al.</i> , 2000 (65)	Leaders (MD, infirmière et spécialiste en santé mentale), MD, infirmière et thérapeute	Leaders : atelier de 2 jours sur l'implantation du protocole Infirmière : atelier de 1 jour sur évaluation de DM, <i>study charts and forms</i> Thérapeute : <i>study charts and forms</i> MD : livres et lectures mensuelles, AC si nécessaire Patient : dépliant et vidéo	Contacts téléphoniques mensuels par infirmière pour 6 ou 12 mois 12 à 16 séances de CBT par thérapeutes	Supervision des infirmières et thérapeutes par les leaders	ND	Différence de 10 à 15 % en faveur de I pour CES-D	
INTERVENTION PENDANT MAIS INFÉRIEURE À L'OBSERVATION ET RÉSULTATS POSITIFS (I ⁺ < O ⁺)							
Koike <i>et al.</i> , 2002 (67)	Voir Wells <i>et al.</i> , 2000 (65)	– section « Intervention pendant mais inférieure à l'observation et résultats positifs (I ⁺ < O ⁺) » (étude précédente)					
Miranda <i>et al.</i> , 2003 (68)	Voir Wells <i>et al.</i> , 2000 (65)	– section « Intervention pendant mais inférieure à l'observation et résultats positifs (I ⁺ < O ⁺) »					
Sherbourne <i>et al.</i> , 2001 (69)	Voir Wells <i>et al.</i> , 2000 (65)	– section « Intervention pendant mais inférieure à l'observation et résultats positifs (I ⁺ < O ⁺) »					Résultats positifs pour une certaine période suivant la fin de I seulement
Unutzer <i>et al.</i> , 2001 (70)	Voir Wells <i>et al.</i> , 2000 (65)	– section « Intervention pendant mais inférieure à l'observation et résultats positifs (I ⁺ < O ⁺) »					Résultats positifs pour une certaine période suivant la fin de I seulement

Étude	Professionnels	Information / formation	Suivi	Rétroaction	Accès aux ressources spécialisées	Puissance	Commentaires
Sherbourne <i>et al.</i> , 2001 (69)	Voir Wells <i>et al.</i> , 2000 (65)	Intervention pendant mais inférieure à l'observation et résultats positifs ($I^+ < O^+$) »					
Unutzer <i>et al.</i> , 2001 (70)	Voir Wells <i>et al.</i> , 2000 (65)	Intervention pendant mais inférieure à l'observation et résultats positifs ($I^+ < O^+$) »					
Wells <i>et al.</i> , 2004 (66)	Voir Wells <i>et al.</i> , 2000 (65)	Intervention pendant mais inférieure à l'observation et résultats positifs ($I^+ < O^+$) »					Résultats positifs pour les symptômes, mais résultats négatifs pour le statut fonctionnel
Katon <i>et al.</i> , 1995 (73)	MD, psychiatre	MD : demi-journée sur ADs et thérapies, conférences mensuelles Patient : livre et vidéo de 20 minutes sur DM, ADs et CBT	Visites au MD et au psychiatre pendant 4 à 6 semaines (visites n° 1 et n° 3 au MD, visites n° 2 et n° 4 au psychiatre)	ND	MD : psychiatre disponible pour étude de cas Patient : peut être recommandé à un spécialiste en santé mentale	n=125/groupe, ↓ de 22 % en faveur de I pour le score SCL Puissance 80 % (<i>two-sided</i>)	Résultats positifs pour DM, mais résultats négatifs pour Dm
Simon <i>et al.</i> , 1998 (75)	Voir Katon <i>et al.</i> , 1995 (73) Voir Katon <i>et al.</i> , 1996 (74)	Intervention pendant mais inférieure à l'observation et résultats positifs ($I^+ < O^+$) » Intervention égale à l'observation et résultats positifs ($I^+ = O^+$) »					Résultats positifs pour une certaine période suivant la fin de I seulement
Katon <i>et al.</i> , 1999 (77)	MD, psychiatre	Patient : livre et vidéo de 20 minutes sur DM, ADs et CBT	4 visites au psychiatre, espacées de 2 semaines et contact téléphonique par psychiatre entre les visites n° 1 et n° 2	ND	MD : reçoit une rétroaction du psychiatre Patient : peut consulter par lui-même un spécialiste en santé mentale	ND	Résultats positifs pour une certaine période suivant la fin de I seulement
Walker <i>et al.</i> , 2000 (79)	MD, psychiatre	Patient : livre et vidéo de 20 minutes sur DM, ADs et CBT	4 visites au psychiatre, espacées de 2 semaines et contact téléphonique par psychiatre entre les visites n° 1 et n° 2	ND	MD : reçoit une rétroaction du psychiatre; psychiâtre disponible pour consultation Patient : peut consulter par lui-même un spécialiste en santé mentale	ND	Résultats positifs pour DM modérée, mais résultats négatifs pour DM grave
Katon <i>et al.</i> , 2002 (80)	Voir Walker <i>et al.</i> , 2000 (79)	Intervention pendant mais inférieure à l'observation et résultats positifs ($I^+ < O^+$) » (étude précédente)					Résultats positifs pour DM modérée, mais résultats négatifs pour DM grave
Rost <i>et al.</i> , 2001 (82)	MD, infirmières et personnel administratif	MD : 4 conférences téléphoniques sur les recommandations de l'AHCPR, la pharmacothérapie et la psychiatrie Infirmière : 4 conférences téléphoniques sur les recommandations de l'AHCPR, la pharmacothérapie et la psychiatrie Personnel administratif : 8 h de formation sur le protocole de l'étude et le recrutement de patients DM (pour UC et I)	Suivi hebdomadaire pour un minimum de 5 et un maximum de 8 semaines par infirmière	ND	MD : psychiatre disponible pour consultation par téléphone – mais aucun MD n'a utilisé ce service Patient : peut être référé à un spécialiste en santé mentale	n=480, différence de 0,4 en faveur de I pour la gravité de la DM Puissance 85 % (<i>two-sided</i>)	Résultats positifs pour les symptômes, mais résultats négatifs pour le statut fonctionnel
Hunkeler <i>et al.</i> , 2000 (88)	MD et infirmière	MD : formation de 3 h sur détection et management de DM (UC et I) Infirmière : formation de 3 h sur détection et management de DM (UC et I); atelier de 6 h (exposé n° 1); 30 h de lectures, jeu de rôle et discussion (exposé n° 2)	Exposé n° 1 : 1 ou 2 téléphones par infirmière dans les 2 premières semaines, 1 téléphone par semaine pour semaines 3 à 8 puis 1 téléphone aux 2 semaines jusqu'à 16 semaines Exposé n° 2 : au moins 1 téléphone ou 1 visite par infirmière	Supervision hebdomadaire téléphonique et visite mensuelle par le directeur clinique de l'étude	MD : reçoit une rétroaction régulière des infirmières Patient : aucune recommandation autorisée par l'étude	ND	Résultats positifs pour les symptômes, mais résultats négatifs pour le statut fonctionnel

AC : academic detailing; ADs : antidépresseurs; AHCPR : Agency for Health Care Policy and Research; CBT : Cognitive Behavioural Therapy; CES-D : Centre for Epidemiological Studies – Depression scale; Dm : dépression mineure; DM : dépression majeure; h : heure; Ham-D : Hamilton Depression Rating Scale; I : intervention; IPT : interpersonal psychotherapy; MD : médecin de 1^{re} ligne; n : nombre de patients; ND : non déterminé; O : observation; SCL : Hopkins Symptom Checklist; UC : usual care.

ANNEXE 4

***Distribution des 38 études pour la synthèse
des résultats selon le type d'impact clinique mesuré***

DISTRIBUTION DES 38 ÉTUDES POUR LA SYNTHÈSE DES RÉSULTATS SELON LE TYPE D'IMPACT CLINIQUE MESURÉ

Symptomatologie dépressive et fonctionnement de la personne :

- | | |
|-----------------------------------|-----------------------------------|
| ➤ Araya <i>et al.</i> , 2003 | ➤ Peveler <i>et al.</i> , 1999 |
| ➤ Brown <i>et al.</i> , 2000 | ➤ Hunkeler <i>et al.</i> , 2000 |
| ➤ Wells <i>et al.</i> , 2000 | ➤ Datto <i>et al.</i> , 2003 |
| ➤ Miranda <i>et al.</i> , 2003 | ➤ Finley <i>et al.</i> , 2003 |
| ➤ Sherbourne <i>et al.</i> , 2001 | ➤ Capoccia <i>et al.</i> , 2004 |
| ➤ Wells <i>et al.</i> , 2004 | ➤ Adler <i>et al.</i> , 2004 |
| ➤ Katon <i>et al.</i> , 2002 | ➤ Ceroni <i>et al.</i> , 2002 |
| ➤ Smith <i>et al.</i> , 2002 | ➤ Hedrick <i>et al.</i> , 2003 |
| ➤ Rost <i>et al.</i> , 2001 | ➤ Katzelnick <i>et al.</i> , 2000 |
| ➤ Rost <i>et al.</i> , 2002 | ➤ Harvey <i>et al.</i> , 1998 |

Symptomatologie dépressive seulement :

- | | |
|----------------------------------|--------------------------------|
| ➤ Schulberg <i>et al.</i> , 1996 | ➤ Katon <i>et al.</i> , 1999 |
| ➤ Koike <i>et al.</i> , 2002 | ➤ Walker <i>et al.</i> , 2000 |
| ➤ Worrall <i>et al.</i> , 1999 | ➤ Swindle <i>et al.</i> , 2003 |
| ➤ Dietrich <i>et al.</i> , 2004 | ➤ Brook <i>et al.</i> , 2003 |
| ➤ Katon <i>et al.</i> , 1995 | ➤ Katon <i>et al.</i> , 2001 |
| ➤ Katon <i>et al.</i> , 1996 | ➤ Tutty <i>et al.</i> , 2000 |
| ➤ Lin <i>et al.</i> , 1999 | ➤ Simon <i>et al.</i> , 2004 |

Fonctionnement de la personne seulement :

- | | |
|------------------------------|----------------------------------|
| ➤ Simon <i>et al.</i> , 1998 | ➤ Smith <i>et al.</i> , 2001 |
| ➤ Lin <i>et al.</i> , 2000 | ➤ Von Korff <i>et al.</i> , 2003 |