

Les soins en étapes, une approche prometteuse pour le traitement des troubles anxieux et dépressifs

Hélène Brouillet, M.Ps.¹, Pasquale Roberge, Ph.D.², Louise Fournier, Ph.D.², Isabelle Doré¹, M.Sc.

¹ Institut national de santé publique du Québec (INSPQ)

² Centre de recherche du Centre hospitalier universitaire de Montréal (CRCHUM)

Contexte

Les troubles anxieux et dépressifs représentent les troubles mentaux les plus fréquemment observés au sein de la population en général. D'ailleurs, ils constituent une source importante de détresse et d'incapacités fonctionnelles, sociales et physiques. Malgré cela, environ la moitié seulement des personnes qui en sont atteintes auront recours à des soins. De plus, lorsqu'elles cherchent de l'aide professionnelle, ces personnes s'adressent habituellement aux services de première ligne, et plus particulièrement aux médecins généralistes. Les écrits scientifiques font ressortir de nombreuses lacunes liées à l'organisation et à la prestation actuelle de soins et de services prodigués aux personnes atteintes de tels troubles. En effet, ces derniers sont peu détectés par les services de première ligne et seulement une minorité de patients accèdent à des traitements psychologiques ou pharmacologiques qui correspondent aux recommandations des guides de pratique clinique. Le modèle de soins en étapes apparaît comme une approche prometteuse pour améliorer la qualité des soins offerts aux personnes qui souffrent de troubles anxieux et dépressifs.



Les soins en étapes

Les soins en étapes constituent un modèle de prestation de soins où les interventions sont hiérarchisées en fonction des besoins du patient⁽¹⁻⁴⁾. Dans une perspective populationnelle, les interventions les moins complexes, donc qui requièrent moins de ressources spécialisées, sont d'abord offertes aux patients suite à une évaluation de leurs besoins en matière de soins. Le choix du traitement peut tenir compte de la sévérité des symptômes, des caractéristiques personnelles et sociales du patient et de ses préférences. La progression vers des degrés de soins plus complexes est envisagée lorsque l'état de santé du patient ne s'améliore pas à la suite des interventions offertes.

Les points à retenir relatifs aux modèles de soins en étapes sont^(2,3) que :

- le degré de soins requis varie d'un individu à l'autre;
- l'identification du degré de soins adéquat nécessite une évaluation continue et systématique de la réponse au traitement;
- la progression du degré de soins en fonction de la réponse au traitement permet souvent d'améliorer l'efficacité des soins tout en diminuant les coûts associés.

L'importance d'évaluer la réponse au traitement

L'évaluation continue et systématique de la réponse au traitement, un élément central du modèle de soins en étapes, permet d'ajuster rapidement le plan de soins du patient^(3,4). Les guides de pratique clinique recommandent de se doter d'outils pour effectuer un suivi adéquat de l'évolution clinique des patients. Le *Patient Health Questionnaire* (PHQ-9) en est un exemple en ce qui a trait au suivi de la dépression.

Le modèle de NICE* pour le traitement de la dépression : un exemple de modèle de soins en étapes

Il existe différents modèles de soins en étapes pour le traitement des troubles mentaux courants qui prennent comme point d'ancrage le profil clinique du patient. Le modèle proposé par le *National Institute for Health and Clinical Excellence* (NICE)⁽⁵⁾ se déploie en cinq étapes et intègre, à chacune d'elles, des interventions cliniques démontrées comme étant efficaces ou recommandées sur la base d'un consensus d'experts. Ce modèle offre un cadre à partir duquel les services peuvent être organisés et détermine les interventions les plus efficaces en fonction du profil clinique des patients.

* Le *National Institute for Health and Clinical Excellence* (NICE) est une organisation britannique indépendante responsable d'établir les standards cliniques portant sur la promotion de la santé ainsi que sur la prévention et le traitement des problèmes de santé. Les guides de pratique clinique publiés par NICE sont de grande qualité et jouissent d'une grande crédibilité scientifique.



Prestataires	Profils cliniques	Interventions
Étape 5 Hôpital Équipe de crise	Risque de dangerosité Négligence personnelle grave	Médication, traitements combinés, ECT
Étape 4 Spécialistes en santé mentale, y compris les équipes de crise	Résistance au traitement, récurrence, dépression atypique et psychotique, population à risque	Médication, interventions psychologiques complexes, traitements combinés
Étape 3 Équipe de première ligne, intervenant de première ligne en santé mentale	Dépression modérée ou sévère	Médication, interventions psychologiques, soutien social
Étape 2 Équipe de première ligne, intervenant de première ligne en santé mentale	Dépression légère	Observation (<i>watchful waiting</i>), soutien à l'autogestion, thérapie cognitive comportementale assistée par ordinateur, exercice, interventions psychologiques brèves
Étape 1 Médecin généraliste, Infirmière praticienne	Détection	Évaluation

Traduction libre de : NICE (2007). *Depression (amended): Management of depression in primary and secondary care*. <http://www.nice.org.uk/CG023>

- **À la première étape**, soit la détection des troubles dépressifs, une importance particulière est accordée aux populations à risque (p. ex. : ayant des antécédents de dépression ou souffrant de maladies chroniques) et aux patients qui présentent des symptômes physiques ou somatiques plutôt que psychologiques.
- **À la deuxième étape**, l'équipe de première ligne propose des modalités d'interventions simples, telles que le soutien à l'autogestion, le développement de saines habitudes de vie (hygiène du sommeil, alimentation et programmes d'exercices) et des interventions psychologiques brèves (TCC brève, résolution de problèmes et counselling). L'introduction d'une pharmacothérapie ou d'une psychothérapie à long terme n'est pas recommandée à la deuxième étape.
- **À la troisième étape**, le profil clinique est celui de la dépression modérée ou sévère. Un traitement pharmacologique ou un traitement psychologique (TCC, thérapie interpersonnelle) pourra être amorcé. Le choix du traitement est déterminé en tenant compte de l'histoire clinique du patient et de ses préférences.
- **À la quatrième étape**, des soins plus spécialisés sont offerts aux patients qui se présentent avec un tableau clinique complexe ou dont l'état de santé ne s'est pas amélioré à l'étape précédente. L'équipe spécialisée en santé mentale peut notamment proposer un traitement combiné (pharmacothérapie et psychothérapie).
- **La cinquième étape** correspond au profil clinique de patients gravement atteints, l'état mental présente un risque de dangerosité ou s'accompagne d'une négligence personnelle importante.

En terminant

À l'instar du modèle britannique NICE, d'autres modèles de soins en étapes peuvent représenter une source d'inspiration. Pensons notamment au modèle de Katon et collègues⁵³ aux États-Unis qui est davantage centré sur les soins offerts en collaboration avec le médecin de famille et ses partenaires (psychiatres, autres professionnels de la santé). Toutefois, il importe que ces modèles soient adaptés pour répondre aux particularités du système de soins d'une région ou d'un pays donné. L'implantation de modèles de soins en étapes pourrait contribuer à l'amélioration de la qualité des soins et des services en santé mentale. Parmi les bénéfices potentiels, mentionnons la réduction des listes d'attente, une meilleure efficacité dans l'utilisation des ressources spécialisées, une satisfaction accrue des patients par rapport à des soins mieux adaptés à leur profil clinique et à leurs besoins, et enfin le rapport coût/efficacité avantageux des interventions.

Références

1. Seekles, W., van Straten, A., Beekman, A., van Marwijk, H. & Cuijpers, P. (2009). Stepped care for depression and anxiety: from primary care to specialized mental health care: a randomised controlled trial testing the effectiveness of a stepped care program among primary care patients with mood or anxiety disorders. *BMC Health Services Research*, 9(90).
2. Von Korff, M. & Tiemens, B. (2000). Individualized stepped care of chronic illness. *Western Journal of Medicine*, 172(2), 133-137.
3. Katon, W.J. & Seelig, M. (2008). Population-based care of depression: team care approaches to improving outcomes. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 50(4), 459-67.
4. Bower, P. & Gilbody, S. (2005). Stepped care in psychological therapies: access, effectiveness and efficiency. *British Journal of Psychiatry*, 186, 11-17.
5. National Institute for Clinical Excellence (NICE; 2007). *Depression (amended): Management of depression in primary and secondary care*. Leicester, UK: The British Psychological Society and Gaskell. <http://www.nice.org.uk/CG023>