

[6] Niedhammer I, David S, Degioanni S, and 143 occupational physicians. Association between workplace bullying and depressive symptoms in the French working population. *J Psychosom Res.* 2006; 61:251-9.

[7] Niedhammer I, David S, Degioanni S, and 143 occupational physicians. Economic activities and occupations at high risk for workplace bullying: results from a large-scale cross-sectional survey in the general working population in France. *Int Arch Occup Environ Health.* 2007; 80:346-53.

[8] Leymann H. The content and development of mobbing at work. *Eur J Work Organizational Psychology.* 1996; 2:165-84.

[9] Leymann H. Handanleitung für den LIPT-Fragebogen (Leymann Inventory of Psychological Terror). Materialie Nr. 33. 1996. Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie e.V., Tübingen.

[10] Fuhrer R, Rouillon F. La version française de l'échelle CES-D (Center for Epidemiologic Studies - Depression scale).

Description et traduction de l'échelle d'autoévaluation. *Psychiatr Psychobiol.* 1989; 4:163-6.

[11] SAS Institute: SAS/STAT user's guide, release 6.03 edition, ed Cary, NC: SAS Institute Inc. 1988.

[12] Niedhammer I, Goldberg M, Leclerc A, Bugel I, David S. Psychosocial factors at work and subsequent depressive symptoms in the Gazel cohort. *Scand J Work Environ Health.* 1998; 24:197-205.

Améliorer le diagnostic et la prise en charge des troubles anxieux et dépressifs en population active : l'expérience du programme Aprand, France

Catherine Godard (catherine.godard@edfgdf.fr)¹, Anne Chevalier², Charles Gouffier¹

1 / Industrie électrique et gazière, Service général de médecine de contrôle, Paris, France 2 / Institut de veille sanitaire, Saint-Maurice, France

Résumé / Abstract

Introduction - Au début des années 2000, l'évaluation de la détection et du traitement de l'anxiété et de la dépression en population adulte montrait qu'au moins 10 % présentaient les critères CIM10 (10^e révision de la Classification internationale des maladies) de trouble anxieux ou dépressif, mais que la moitié seulement étaient diagnostiqués comme tels et qu'un tiers d'entre eux bénéficiaient de traitements adaptés. Le but du programme Aprand (Action de prévention des rechutes des troubles anxieux et dépressifs) a été d'explorer la possibilité d'améliorer leur prise en charge, par un programme de détection et de promotion de la santé en consultation médicale.

Méthode - Le MINI (*Mini International Neuropsychiatric Interview*) a été utilisé en 2001 pour détecter les critères CIM10 des troubles anxieux et dépressifs chez 9 743 employés des entreprises EDF-GDF en arrêt de travail, au cours d'une visite médicale de contrôle réalisée par 21 médecins conseils du régime spécial de Sécurité sociale. Une étude épidémiologique évaluative d'observation de type ici-ailleurs a enregistré les diagnostics initiaux des personnes détectées positives, puis leur devenir médical un an plus tard, dans huit centres actifs (avec action préventive) et dans 13 centres témoins (sans action préventive). L'action a consisté en une explication des troubles détectés, une remise du résultat du test, une remise de dépliant basé sur les recommandations de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et une forte incitation à consulter le médecin traitant, ou un psychiatre, ou le médecin du travail si nécessaire. La comparaison a été réalisée par des régressions logistiques prenant en compte le sexe, l'âge, la région géographique, l'existence de problèmes associés et le suivi médical au moment de la détection.

Résultats - Le fait d'avoir bénéficié de l'intervention est associé à la disparition à un an des épisodes dépressifs (OR=1,93 [1,3-2,84]) et des troubles phobiques ou paniques (OR=1,98 [1,14-3,44]), après ajustement sur l'ensemble des autres facteurs. L'âge et le sexe ont été les seules variables d'ajustement qui ont eu aussi un effet sur le pronostic, à niveau constant des autres variables. L'action a amélioré de 10 à 15 % la probabilité *a posteriori* de guérison-rémission, selon l'âge, pour les premiers épisodes dépressifs comme pour les troubles phobiques ou paniques. Les médecins ont déclaré un effet secondaire très formateur du programme.

Conclusion - Il est possible d'améliorer le diagnostic et le pronostic des épisodes dépressifs, des troubles phobiques et paniques par une approche diagnostique et éducative du type de celle d'Aprand en consultation médicale non spécialisée.

Improving the diagnosis and treatment of depressive and anxiety disorders in the active population: Experience from the APRAND programme, France

Context - In early 2000, evaluating the detection and treatment for anxiety and depression in adults showed that at least 10 per cent of them had *iCD-10* criteria for depressive or anxiety disorders, but only half of them were diagnosed as such, while one third received adequate treatment. The objective of the APRAND programme was to explore the possibility of improving their treatment, through a detection and promotion health programme during medical consultations.

Method - The MINI (*Mini International Neuropsychiatric Interview*) was used in 2001 to detect *iCD10* criteria for anxiety and depression among 9,743 employees from EDF-GDF on sick leave during a medical check-up carried out by 21 medical officers from the Special Social Security Scheme. An observational evaluation epidemiological study belonging to the here/elsewhere type recorded the initial diagnoses of persons found positive, and their medical future one year later, in 8 active centers (with preventive action), and in 13 control centers (without preventive action). The action consisted of explaining the disorders detected, with the delivery of test results, the distribution of a leaflet based on the WHO recommendations, and a strong incentive to consult the general practitioner or a psychiatrist or a medical officer, if necessary. The comparison was performed by logistic regression taking into account sex, age, and geographic region, existence of related problems, and medical follow-up at the time of detection.

Results - The fact of having benefited from the intervention is associated with the disappearance at 1 year of depressive episodes (OR = 1.93 [1,3-2,84]) and panic or phobic disorders (OR = 1, 98 [1,14-3,44]), after adjustment for all other factors. Age and sex were the only variables of adjustment that also had an effect on prognosis, at constant level with other variables. The action improved the probability of cure-remission from 10% to 15%, according to age and sex, for the first depressive episodes and for phobic or panic disorders. Doctors reported a very formative effect of the programme which improved their practices.

Conclusion - It is possible to improve the diagnosis and prognosis of depressive episodes, phobic and panic disorders through a diagnostic and educational approach such as APRAND in non-specialized medical consultations.

Mots clés / Key words

Dépression, population active, intervention évaluée / Depression, active-population, assessed intervention

Introduction

Au début des années 2000, l'évaluation de la détection et du traitement de l'anxiété et de la dépression en population adulte montrait qu'au moins 10 % présentaient les critères CIM10 (10^e révision de la Classification internationale des maladies) de trouble anxieux ou dépressif, mais que la moitié seulement étaient diagnostiqués comme tels, et qu'un tiers d'entre eux bénéficiaient de traitements adaptés [1]. Le but du programme Aprand (Action de prévention des rechutes des troubles anxieux et dépressifs) a été d'explorer la possibilité d'améliorer leur prise en charge, par un programme de détection et de promotion de la santé en consultation médicale [2,3].

En 2001, le Service médical d'assurance maladie des Industries électriques et gazières (IEG) a organisé une détection systématique des critères diagnostiques des troubles anxieux et dépressifs définis par la CIM10 au moyen de l'entretien structuré MINI (*Mini International Neuropsychiatric Interview*) [4], auprès de tous les salariés consultants de 21 médecins conseils, volontaires pour l'étude. Ces consultants sont des salariés en arrêt de travail ou des salariés accidentés qui se rendent de façon systématique à la consultation du médecin conseil, en contrepartie de leurs prestations. Une partie des personnes détectées (sur les centres actifs) a bénéficié d'une action protocolée d'information et de conseil pendant la consultation, juste après la détection. Cette action a comporté une remise des résultats du test, une remise de dépliants courts et simples sur les pathologies détectées, une incitation à consulter le médecin traitant (ou un psychiatre) si nécessaire, voire une incitation à consulter le

médecin du travail en cas de problème professionnel. Les conseils formulés comme les dépliants se sont basés sur les recommandations de l'OMS : explications sur l'affection, sur les moyens de s'en sortir, conseils généraux aux personnes et aux familles. Une charte de fonctionnement en réseau a permis la transmission directe d'information entre médecins, si la personne le demandait.

Pour évaluer l'efficacité de l'intervention sur le pronostic des pathologies détectées, une enquête épidémiologique évaluative d'observation de type « ici-ailleurs » a été mise en place pour comparer l'évolution des pathologies détectées dans huit cabinets médicaux « actifs » (qui se sont investis dans l'action préventive à l'issue des détections positives) à celle des pathologies détectées dans 13 cabinets médicaux « témoins » (qui ont accepté de détecter les pathologies de façon similaire et d'observer leur évolution sans intervenir).

Cette étude a obtenu l'autorisation de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) ainsi que la caution morale du Conseil national de l'Ordre des médecins.

Matériel et méthodes

Détection, inclusion des cas

Pour éviter les problèmes de contamination, on a veillé à ce que les centres médicaux de l'étude soient géographiquement dispersés en France. L'implantation géographique et la taille des villes d'exercice (Île-de-France, régions, ville universitaire ou non) ont également été prises en considération pour la répartition en centres actifs (11 900 salariés couverts) et en centres témoins (14 750 salariés), afin d'équilibrer les possibilités

et les cultures d'accès aux soins dans les deux groupes.

Le programme a été présenté et expliqué à chaque consultant des cabinets médicaux de l'étude comme un programme de recherche visant à « mieux comprendre les troubles anxieux et dépressifs, mieux les identifier, mieux les résoudre ». Un document explicatif a été remis par la secrétaire ou par le médecin. Puis la détection au moyen de l'entretien MINI a été systématiquement proposée. Les consultants ont eu toute liberté de refuser.

Les entretiens ont recherché les critères diagnostiques d'épisodes dépressifs actuels (premiers épisodes ou épisodes récurrents), de dysthymies, de troubles phobiques (agoraphobies, phobies sociales), de troubles paniques, d'anxiétés généralisées et d'épisodes maniaques dans la vie du sujet (troubles bipolaires). Les idées suicidaires ont été explorées par l'entretien MINI chez les personnes qui présentaient un épisode dépressif ou une dysthymie.

Les personnes détectées étaient ensuite libres de ne pas entrer dans l'enquête évaluative. Celles qui ont accepté d'y être incluses ont été sollicitées pour remplir un auto-questionnaire juste après l'entretien. Elles ont été rappelées un an plus tard pour un entretien MINI de contrôle, recherchant si le trouble initial avait disparu.

Données et analyse

À la détection, un auto-questionnaire « patient » et un hétéro-questionnaire « médecin » ont permis de recueillir les caractéristiques initiales personnelles (âge, sexe, catégorie hiérarchique, lieu de travail), ainsi que les caractéristiques diagnostiques et pronostiques initiales (troubles détectés par le MINI, existence d'un diagnostic

Tableau 1 Résultats de la détection : caractéristiques initiales des personnes détectées avec au moins un trouble dépressif, Programme Aprand, France / Table 1 Results of the detection: initial characteristics of those detected with at least one depressive disorder, APRAND programme, France

	Total 667 cas		Actifs 270 cas		Témoins 397 cas		Chi ²
≥40 ans	(500)	75 %	(209)	77,40 %	(291)	73,30 %	NS
Hommes	(297)	44,50 %	(99)	36,70 %	(198)	49,90 %	***
Exécution	(308)	46,20 %	(104)	38,50 %	(204)	51,40 %	***
Île-de-France	(337)	50,50 %	(173)	64,10 %	(164)	41,30 %	***
Première dépression	(263)	39,40 %	(131)	48,50 %	(132)	33,20 %	***
Dépression récurrente	(288)	43,20 %	(107)	39,60 %	(181)	45,60 %	NS
Dysthymie	(116)	17,40 %	(32)	11,90 %	(84)	21,20 %	**
Trouble panique présent	(164)	24,60 %	(67)	24,80 %	(97)	24,40 %	NS
Trouble phobique présent	(215)	32,20 %	(73)	27 %	(142)	35,80 %	*
Anxiété généralisée présente	(214)	32,10 %	(95)	35,20 %	(119)	30 %	NS
Score HAD composante anxiété	12,1 ^a	(3,8) ^b	12,2	(3,9)	12,0	(3,8)	NS
Score HAD composante dépression	9,9 ^a	(4,2) ^b	10,1	(4,2)	9,8	(4,3)	NS
Idées suicidaires	(239)	34,40 %	(120)	43,60 %	(119)	28,30 %	***
Problème privé présent	(212)	31,80 %	(113)	41,90 %	(99)	24,90 %	***
Problème médical présent	(100)	15 %	(51)	19,90 %	(49)	12,30 %	*
Problème professionnel présent	(334)	50,10 %	(121)	44,80 %	(213)	53,70 %	*
Problème d'alcool présent	(30)	4,50 %	(15)	5,60 %	(15)	3,80 %	NS
N'a pas de suivi médical ^c	(155)	23,20 %	(68)	25,20 %	(87)	21,90 %	NS
Suivi par un généraliste	(384)	57,60 %	(147)	54,40 %	(237)	59,70 %	NS
Suivi par un spécialiste	(201)	30,10 %	(86)	31,90 %	(115)	29 %	NS

^a Moyenne

^b Écart type

^c N'a pas de suivi médical antérieur à la détection pour le problème détecté.

* p < 0,05 ** p < 0,01 *** p < 0,001

de ce trouble par un médecin traitant avant la détection, présence de problèmes privés, médicaux, professionnels concomitants, scores anxiété et dépression des deux sous-échelles HAD [5] pour évaluer la sévérité de la symptomatologie). Dans le groupe intervention, les personnes et les médecins ont été interrogés sur leur perception de l'intérêt de l'intervention (à six mois pour les patients, à un an pour les médecins).

Le critère de jugement de l'efficacité de l'intervention a été le résultat de l'entretien MINI à un an (présence ou absence du trouble initialement détecté). Des régressions logistiques ont été effectuées pour expliquer la disparition à un an d'un trouble initial donné, par la variable de

groupe (intervention/témoin) en ajustant sur les variables pronostiques initiales. Des probabilités prédites de « guérison/rémission » ajustées ont enfin été estimées.

Les déclarations des personnes et des médecins ont été utilisées pour éclairer les mécanismes de l'intervention.

Résultats

Résultats initiaux : détection, co-morbidité, groupes comparés

Au cours de l'année 2001, les médecins conseils de l'étude ont reçu 9 743 salariés en consultation pour leur accident ou leur arrêt de travail (4 458 sur les centres actifs et 5 285 sur les centres

témoins) [2,3]. Le taux d'acceptation du test de dépistage systématique a été selon les centres de 85 à 100 %. Les critères d'au moins un trouble anxieux ou dépressif ont été observés chez 912 consultants (10,6 %).

À l'issue des entretiens, 33 salariés ont refusé de participer à l'enquête, et 36 personnes ont été exclues de l'étude pour trouble bipolaire. L'analyse a donc porté sur 843 personnes incluses dans l'étude pour un ou plusieurs troubles anxieux ou dépressifs, dont 667 présentait au minimum un trouble dépressif (tableau 1). Un très fort taux de co-morbidité a été observé : 56,5 % des détectés présentaient simultanément des trouble(s) anxieux et dépressif(s). Les idées suicidaires ont

Tableau 2 Résultats de la détection : caractéristiques initiales des personnes détectées avec au moins un trouble anxieux, programme Aprand, France / Table 2 Results of the detection: initial characteristics of those detected with at least one depressive disorder, APRAND programme, France

	Total 673 cas		Actifs 299 cas		Témoins 374 cas		Chi 2
>= 40 ans	(502)	74,60 %	(226)	75,60 %	(276)	73,80 %	NS
Hommes	(310)	46,10 %	(120)	40,10 %	(190)	50,80 %	**
Exécution	(320)	47,50 %	(112)	37,50 %	(208)	55,60 %	***
Île-de-France	(347)	51,60 %	(184)	61,50 %	(163)	43,60 %	***
Trouble panique	(201)	29,90 %	(87)	29,10 %	(114)	30,50 %	NS
Trouble phobique	(269)	40 %	(98)	32,80 %	(171)	45,70 %	***
Anxiété généralisée	(318)	47,30 %	(160)	53,50 %	(158)	42,20 %	***
Premier épisode dépressif	(189)	28,10 %	(100)	33,40 %	(89)	23,80 %	**
Dépression récurrente	(219)	32,50 %	(77)	25,80 %	(142)	38,00 %	***
Dysthymie	(89)	13,20 %	(25)	8,40 %	(64)	17,10 %	***
Score HAD composante anxiété	12,1 ^a	(3,7) ^b	12,0	(3,8)	12,1	(3,7)	NS
Score HAD composante dépression	9,0 ^a	(4,4) ^b	9,0	(4,4)	9,0	(4,4)	NS
Problème privé présent	(203)	30,20 %	(115)	38,50 %	(88)	23,50 %	***
Problème médical présent	(102)	15,20 %	(53)	17,70 %	(49)	13,10 %	NS
Problème professionnel présent	(318)	47,30 %	(120)	40,10 %	(198)	52,90 %	***
Problème d'alcool présent	(33)	4,90 %	(19)	6,40 %	(14)	3,70 %	NS
N'a pas de suivi médical ^c	(200)	29,70 %	(93)	31,10 %	(107)	28,60 %	NS
Suivi par un généraliste	(355)	52,70 %	(151)	50,50 %	(204)	54,50 %	NS
Suivi par un spécialiste	(183)	27,20 %	(89)	29,80 %	(94)	25,10 %	NS

^a Moyenne

^b Écart type

^c N'a pas de suivi médical antérieur à la détection pour le problème détecté.

* p < 0,05 ** p < 0,01 *** p < 0,001

Tableau 3 Résultats des régressions logistiques sur l'absence de tout trouble dépressif, un an après la détection d'un trouble dépressif, programme Aprand, France / Table 3 Results of logistic regressions on the absence of any depressive disorder, 1 year after the detection of a depressive disorder, APRAND programme, France

Troubles initiaux	Tous troubles dépressifs initiaux (546 entretiens à 1 an)		Premiers épisodes dépressifs initiaux (213 entretiens à 1 an)		Dépressions récurrentes initiales (238 entretiens à 1 an)		Dysthymies initiales (95 entretiens à 1 an)	
	OR	[IC95 %]	OR	[IC95 %]	OR	[IC95 %]	OR	[IC95 %]
Action préventive	1,93	[1,30-2,84]	1,92	[1,03-3,57]	1,48	[0,79-2,77]	2,24	[0,58-4,63]
Être un homme	1,59	[1,10-2,30]	2,32	[1,24-4,35]	1,36	[0,76-2,42]	1,13	[0,37-3,45]
Avoir > 40 ans	0,45	[0,29-0,69]	0,49	[0,24-0,99]	0,50	[0,26-0,97]	0,23	[0,06-0,88]
Exécution	1,07	[0,74-1,55]	0,94	[0,49-1,78]	0,94	[0,52-1,7]	1,46	[0,52-4,05]
Détection en Île-de-France	1,08	[0,73-1,59]	0,90	[0,44-1,84]	1,44	[0,79-2,66]	0,57	[0,19-1,71]
Anxiété généralisée	1,14	[0,72-1,79]	0,95	[0,45-1,94]	1,02	[0,48-2,15]	3,12	[0,77-12,59]
Trouble panique	0,95	[0,61-1,49]	1,36	[0,61-3,01]	0,60	[0,3-1,19]	3,53	[0,95-13,12]
Trouble phobique	0,82	[0,53-1,27]	0,73	[0,33-1,62]	0,78	[0,38-1,6]	1,65	[0,50-5,48]
Idées suicidaires	0,86	[0,59-1,27]	0,92	[0,45-1,88]	0,67	[0,38-1,18]	0,94	[0,26-3,36]
Problème privé	1,08	[0,72-1,60]	1,21	[0,62-2,38]	0,92	[0,49-1,73]	1,10	[0,33-3,71]
Problème médical	1,18	[0,72-1,96]	0,82	[0,36-1,86]	1,38	[0,61-3,15]	1,74	[0,46-6,63]
Problème professionnel	0,88	[0,62-1,26]	0,80	[0,44-1,46]	1,19	[0,67-2,11]	0,28	[0,09-0,84]
Problème d'alcool	1,05	[0,45-2,48]	0,62	[0,08-4,82]	2,23	[0,54-9,2]	1,88	[0,32-10,89]
Déjà médicalement suivi (*)	1,05	[0,69-1,61]	0,79	[0,39-1,58]	0,78	[0,35-1,75]	1,34	[0,48-4,02]

(*) Le patient était déjà médicalement suivi par un médecin traitant pour le trouble détecté au moment de la détection.

Tableau 4 Résultats des régressions logistiques sur l'absence de troubles anxieux un an après la détection d'un trouble anxieux initial, programme Aprand, France / Table 4 Results of logistic regressions on the absence of any anxiety disorder, 1 year after the detection of an initial anxiety disorder, APRAND programme, France

Troubles initiaux	Tous troubles anxieux initiaux (559 entretiens à 1 an)		Troubles phobiques ou paniques initiaux (297 entretiens à 1 an)		Anxiétés généralisées initiales (262 entretiens à 1 an)	
	OR	[IC95 %]	OR	[IC95 %]	OR	[IC95 %]
Action préventive	1,35	[0,93-1,96]	1,98	[1,14-3,44]	0,85	[0,49-1,45]
Etre un homme	1,51	[1,06-2,15]	2,38	[1,41-4,00]	0,93	[0,55-1,57]
Avoir plus de 40 ans	0,75	[0,50-1,12]	0,55	[0,30-1,00]	1,08	[0,60-1,93]
Être agent d'exécution	0,75	[0,52-1,07]	1,04	[0,62-1,73]	0,56	[0,33-0,57]
Détection en Île-de-France	1,45	[1,00-2,09]	1,61	[0,94-2,76]	1,71	[0,97-3,02]
1 ^{er} épisode dépressif présent	1,17	[0,72-1,90]	1,71	[0,81-3,64]	0,86	[0,43-1,70]
Dépression récurrente présente	1,06	[0,00-1,74]	1,81	[0,86-3,83]	0,59	[0,28-1,22]
Dysthymie présente	0,78	[0,43-1,42]	1,12	[0,47-2,66]	0,57	[0,22-1,49]
Problème privé	1,09	[0,73-1,61]	1,07	[0,61-1,90]	1,13	[0,64-1,99]
Problème médical	1,13	[0,70-1,85]	1,29	[0,63-2,65]	0,96	[0,48-1,93]
Problème professionnel	1,22	[0,86-1,74]	1,21	[0,71-1,95]	1,39	[0,81-2,39]
Problème d'alcool	1,83	[0,81-4,18]	2,16	[0,65-7,13]	1,38	[0,41-4,66]
Déjà médicalement suivi*	0,63	[0,42-0,95]	0,49	[0,22-0,74]	1,07	[0,60-1,89]

(*) Le patient était déjà médicalement suivi par un médecin traitant pour le trouble détecté au moment de la détection .

Tableau 5 Probabilité de l'absence de trouble à 1 an en tenant compte de l'âge et du sexe et selon que l'on bénéficie ou non de l'action préventive, programme Aprand, France / Table 5 Probability of the absence of disorder at 1 year, taking into account the age and sex, as well as the provision or not of preventive action, APRAND programme, France

	Probabilité d'absence de trouble dépressif un an après la détection d'un premier épisode dépressif		Probabilité d'absence de trouble anxieux un an après la détection d'un trouble phobique ou panique	
	Sans l'action préventive %	Avec l'action préventive %	Sans l'action préventive %	Avec l'action préventive %
Femmes < 40 ans	57,7	72,2	40,5	59,9
Femmes ≥ 40 ans	39,6	55,5	30,0	48,5
Hommes < 40 ans	77,3	86,6	59,3	76,2
Hommes ≥ 40 ans	62,1	75,7	47,9	66,8

été relevées dans plus de 36 % des cas de troubles dépressifs, tous diagnostics confondus ; 11,4 % des personnes détectées n'avaient jamais parlé de leur problème à qui que ce soit.

Les tableaux 1 et 2 montrent que les sous-scores HAD-A (composante anxiété) et HAD-D (dépressivité), et les modes de suivis médicaux à la détection sont similaires dans les deux groupes. Le médecin généraliste est l'interlocuteur de prise en charge médicale dans plus de 50 % des cas, tandis que 20 à 30 % des cas, selon le groupe de pathologie, n'ont aucun suivi médical extérieur. Parmi les cas de trouble dépressif, 52 % ont déclaré suivre un traitement antidépresseur régulier, sans différence entre le groupe intervention et le groupe témoin. Les idées suicidaires, le ressenti de problèmes professionnels (sans préjuger de la cause ou de la conséquence) et de problèmes privés sont inégalement répartis.

Efficacité de l'intervention

Parmi les 843 personnes incluses dans l'étude, 693 sont revenues passer leur entretien MINI à un an (82,2 %). Les salariés non revus à un an ont été relancés par les secrétariats médicaux, appuyés par des alertes du secrétariat national de l'étude. Le taux de perdus de vue à un an a été de 22,1 % dans le groupe intervention, contre 14,5 % dans le groupe témoin ($p < 0,01$). Le

tableau 3 montre que l'Odds-Ratio (OR) de la disparition d'un trouble dépressif associé au fait d'avoir bénéficié de l'intervention est de 1,93 (IC 95 % : [1,3-2,84]) après ajustement sur l'ensemble des autres facteurs. On retrouve en particulier ce résultat chez les personnes qui avaient été diagnostiquées avec un premier épisode dépressif : OR de 1,92 (IC 95 % : [1,03-3,57]). Le tableau 4 montre que l'OR de la disparition d'un trouble phobique ou d'un trouble panique associé au fait d'avoir bénéficié de l'intervention est de 1,98 (IC 95 % : [1,14-3,44]), après ajustement sur l'ensemble des autres facteurs. Les mêmes résultats sont observés sur les personnes détectées avec un trouble phobique et sur les personnes avec trouble panique. Les troubles phobiques ou paniques déjà connus et pris en charge au moment de la détection sont de moins bon pronostic que les cas découverts à l'occasion de l'étude. Les mêmes résultats des régressions sont obtenus chez les déprimés en substituant le co-facteur « existence d'un traitement anti-dépresseur régulier » à la variable « existence de suivi médical ».

Les seuls co-facteurs retrouvés significatifs sont l'âge et le sexe du salarié : les hommes et les jeunes ont une probabilité de guérison plus élevée. Malgré le déséquilibre du taux de perdus de vue, plus élevé dans le groupe intervention,

les résultats des régressions logistiques sont restés robustes à l'hypothèse que ces perdus de vue présentent encore leur trouble initial un an plus tard.

Le tableau 4 montre, enfin, que la probabilité d'absence de trouble à un an du premier épisode, estimée après régression logistique avec ajustement sur le sexe et sur l'âge, est, pour les femmes de moins de 40 ans, de 57,7 % dans le groupe témoin et de 72,2 % dans le groupe intervention. Le gain est de l'ordre de 10 à 15 % selon l'âge et le sexe, pour les épisodes dépressifs comme pour les troubles anxieux.

Discussion

Le taux de personnes détectées, résultats de l'intervention

La participation au programme a été très bonne. Le taux de détection (10,6 %) a été très proche des taux de prévalence en population adulte [1,6,7]. Il a, par ailleurs, été montré que les personnes détectées ne s'arrêtaient pas de travailler du fait de leur pathologie, puisque le taux annuel de salariés arrêtés au moins une fois pour pathologie anxio-dépressive est de 3 % (sources SGMC - Service général de médecine de contrôle). Malgré l'absence de randomisation, les résultats à un an dans les deux groupes sont

également cohérents avec les taux de guérison rapportés dans les méta-analyses d'essai d'efficacité d'antidépresseurs [8] : les taux de guérison-rémission y sont de l'ordre de 80 % (contre 59 % chez les placebos). Il serait intéressant d'envisager une randomisation des centres, si l'expérience se renouvelait.

Les composantes de l'intervention

Il a été montré [9] qu'une bonne reconnaissance diagnostique des épisodes dépressifs améliore la symptomatologie à trois mois, mais qu'elle n'est pas significativement efficace sur le pronostic des affections à un an. Dans Aprand, des régressions logistiques appliquées aux personnes des centres actifs uniquement n'ont pas permis d'isoler une composante plus efficace qu'une autre dans l'action informative. Les résultats donnent la sensation que c'est l'ensemble « détection par entretien structuré, suivi d'une intervention informative adaptée » qui a formé « un tout » efficace. On peut faire l'hypothèse que l'utilisation précoce du MINI, la remise des résultats du test, les explications et dépliants ont accéléré la bonne adéquation des conduites individuelles de prise en charge. Les médecins investigateurs ne pratiquant pas de soins dans le contexte de l'étude, c'est bien leur action éducative qui a impacté les connaissances et les comportements des personnes détectées.

Le contexte institutionnel et professionnel

L'étude ne s'est pas penchée sur l'analyse des liens entre les troubles étudiés et les facteurs psychosociaux qui ont fait l'objet de travaux parallèles indépendants. Dans Aprand, les problèmes professionnels, évoqués dans 46 % des entretiens, ont été relevés et analysés au cas par cas, dans la perspective de réagir si nécessaire et si possible avec le médecin du travail, pour améliorer le pronostic de l'affection.

L'approche préventive d'Aprand a donc été induite par le positionnement institutionnel, atypique du service médical de sécurité sociale qui a réalisé l'étude : non observateur direct de l'organisation et des conditions de travail, mais observateur direct de toutes les causes d'arrêt

médical des employés, avec des médecins au double profil, médecins de la Sécurité sociale et médecins généralistes. Ces derniers ont affirmé que le programme avait transformé leur propre pratique de médecins libéraux. Ce témoignage incite d'autant plus fortement à penser que l'expérience d'Aprand aurait pu se construire dans d'autres consultations de soins primaires ou de médecine du travail. Le rôle formateur des réunions régulières de suivi logistique dans ce type d'étude n'est probablement pas négligeable. Les services médicaux en entreprise pourraient mettre en place des vagues périodiques de campagnes de détection-intervention similaires. Quelques expériences utilisant la formation des médecins et l'éducation pour la santé ont été décrites en Europe du Nord [10,11].

Conclusion

Bien que la psychiatrie reste d'un domaine très spécialisé et complexe, cette étude montre qu'il est possible d'améliorer le diagnostic et le pronostic des épisodes dépressifs, des troubles phobiques et des troubles paniques par une démarche de diagnostic, d'information et de conseil en consultation médicale. Les entretiens diagnostiques structurés font reconnaître les critères des troubles définis par la CIM10 et leurs associations co-morbides. Les conseils de prise en charge, conformes aux recommandations des institutions officielles (ici de l'OMS), avec remise de documents explicatifs simples, remise des résultats de l'entretien et, selon le contexte, incitation forte à consulter le médecin traitant si nécessaire, conduisent à une amélioration du pronostic. Ce type de pratique médicale consomme du temps de consultation et renvoie donc aux moyens des politiques de santé. Il serait intéressant de prolonger l'expérience en approfondissant l'analyse de l'effet de la sévérité des troubles au moment de la détection des co-morbidités initiales, de l'adéquation des prises en charges et des liens avec la vie professionnelle.

Remerciements

Le programme Aprand a été réalisé par les médecins et les assistantes des services de Médecine de contrôle d'EDF et de Gaz de France : R Aboulker, JG Bauer, C Bolle, H Chriqui, H Colombani, J Coste, F Danis, B Daum, T Hergueta, J Letourmy, B Fourçans, JF Giorla, G Goulet, E Joubert, A

Léoni, J Nogues, B Roisan, D Von Seckendorff, B Siret, P Soum, JP Sperte, A Villard. Il a été soutenu par les médecins des conseils régionaux et nationaux : B Callet, F Coing, J Dulac, F François, B Hazard, A Herrouet, G Lahon, J Lambrozo, T Lault, E Petin, M Pragout. Ces médecins ont travaillé en liaison avec des correspondants locaux médecins du travail et assistantes sociales de l'entreprise.

L'étude a bénéficié de conseils en déontologie, en psychiatrie, en épidémiologie psychiatrique de : J Ahr, A Caria, JN Colombani, P Haennel, Y Lecrubier, E Weiller.

Références

- [1] Tylee A. Depression in Europe: experience from the DEPRESII survey. Depression research in the European Society. Eur Psychopharmacol. 2000; 10 Suppl 4:S445-8.
- [2] Godard C, Chevalier A, Lecrubier Y, Lahon G. APRAND Program: An intervention to Prevent Relapses of ANxiety and Depressive Disorders, First results of a health promotion intervention in a population of employees. EurPsy. 2006; 451-9.
- [3] Godard C, Chevalier A, Siret B, Giorla J, Hergueta T, Lecrubier Y, et al. Prévention des troubles anxieux et dépressifs par une action d'éducation pour la santé en consultation : résultats du programme APRAND. Rev Epidemiol Sante Publique. 2007; 55:77-87.
- [4] Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorim P, Janavs J, Weiller E, et al. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI): the development and validation of a structured diagnosis psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10 J Clin Psychiatry 1998; 59 Suppl 20:22-33; quiz 34-57.
- [5] Zigmond AS, Snaith RP. The Hospital Anxiety and Depression scale; Acta Psychiatr Scand. 1983; 67(6):361-70.
- [6] Tylee A, Gaspar M, Lépine JP, Mendlewicz J. DEPRESII (Depression Research in European Society): a patient survey of the symptoms, disability and current management of depression in the community. Int Clin Psychopharmacol. 1999; 14:139-51.
- [7] Roelandt JL, Caria A, Anguis M, Benoist J, Bryden B, Defromont L. La santé mentale en population générale : résultats de la première phase d'enquête 1998-2000. Inf Psychiatr. 2003; 79(10):867-78.
- [8] Geddes JR, Carney SM, Davies C, Furlong TA, Kupfer DJ, Frank E, Goodwin GM. Relapse prevention with antidepressant drug treatment in depressive disorders: a systematic review. Lancet 2003; 361(9358):653-61.
- [9] Simon GE, Goldberg D, Tiemens BG, Ustun TB. Outcomes of recognized and unrecognized depression in an international primary care study, Gen Hosp Psychiatry 1999; 21(2):97-105.
- [10] Rix S, Paykel ES, Lelliott P, Tylee A, Freeling P, Gask L, Hart D. Impact of a national campaign on GP education: an evaluation of the defeat depression campaign. Br J Gen Pract. 1999; 49(439):91-2.
- [11] Rutz W. Preventing suicide and premature death by education and treatment. J Affect Disord. 2001; 62(1-2):123-9.