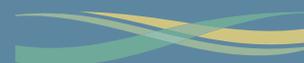


Les pratiques d'excellence dans la gestion de la dépression

Les constatations du Groupe recherche Shepell-fgi



Shepell·fgi^{MC}



travail. santé. vie.

Sommaire

Les programmes d'aide aux employés (PAE) sont souvent appelés à offrir à leurs clients un diagnostic et un traitement de la dépression et de l'anxiété. Ils essaient d'en favoriser la prévention et d'en réduire autant que possible la durée de traitement, tout en gérant le nombre d'indemnités d'invalidité qui s'y rapportent. On croit généralement que, en tant que spécialistes en santé mentale, les PAE constituent des réseaux appropriés permettant aux employeurs d'identifier les personnes souffrant de dépression ou d'anxiété, de les aider, et de réduire ainsi les risques d'indemnités d'invalidité difficiles à résoudre.

Les PAE présentent cependant des limites. Les réseaux de cliniques, les protocoles et les pratiques utilisés par les PAE - qui peuvent très bien résoudre des problèmes émotionnels, de relations familiales, de santé ou de productivité - peuvent cependant difficilement traiter de graves problèmes de dépression ou de dépendance. Les administrateurs de PAE reconnaissent eux-mêmes cette situation, et ils ont élaboré des solutions alternatives pour évaluer les risques et orienter les patients vers des sources extérieures afin de gérer leur cas adéquatement. Ces solutions visent aussi à conserver l'intégrité du service de ces programmes, qui constituent une ressource d'accès volontaire et confidentiel pour des employés qui recherchent de l'aide en vue de résoudre des problèmes variés.

Les PAE qui cherchent à offrir une source efficace de gestion de la dépression - tant pour favoriser la guérison du patient que pour gérer le nombre et les coûts des allocations d'invalidité au sein d'une organisation - doivent établir une infrastructure spécialisée et être prêts à travailler étroitement avec l'employeur, avec l'administrateur des allocations d'invalidité, avec le client, et avec son médecin traitant. Sans un tel modèle, et sans les structures qui peuvent le supporter, les risques qui se présentent tant à l'employeur qu'à l'employé sont élevés. Ces risques peuvent aller du diagnostic inapproprié ou retardé menant à une dépression chronique ou à une rechute, jusqu'à des sinistres d'invalidité prolongés inutilement, à des brèches de confidentialité ou à des procès advenant que ces cas ne soient pas traités adéquatement.

Les pratiques d'excellence dans l'identification, le traitement et la gestion des cas de dépression et d'anxiété exigent un soutien tant du patient que de l'organisation pour laquelle il travaille, un soutien qui va au-delà du modèle d'affaire et de service généralement établi pour les PAE. Nous présentons ces pratiques d'excellence dans ce livre blanc, et nous encourageons les employeurs, les assureurs d'invalidité, les consultants en prestations d'invalidité ainsi que les autres parties prenantes dans le domaine de la santé et du bien-être des employés, à évaluer leurs pratiques présentes et à les comparer aux recommandations exposées ici.

La problématique

Les PAE s'appuient sur une auto-identification individuelle et offrent, en retour, une ressource confidentielle qui aide les membres du personnel (et, généralement, les membres de leur famille) à résoudre le problème. La plupart des très bons PAE offrent une évaluation des risques dès le début, suivie d'une évaluation clinique plus approfondie après la première consultation dans le but d'identifier les risques de dépression, de dépendance, ou d'autres problèmes de santé mentale. La pratique d'excellence dans le domaine de l'évaluation est, d'abord, d'identifier immédiatement si la personne pose un risque à soi-même ou aux autres et d'aviser les services d'urgence appropriés, au besoin. Ensuite, si la dépression, l'anxiété ou de graves problèmes de santé mentale ou de dépendance émergent au cours de la consultation privée avec le thérapeute ou conseiller, on s'occupe de référer ces clients aux services communautaires appropriés pour traitement. Dans la plupart des cas, le modèle des PAE ciblés sur des solutions à court terme ne convient pas au traitement des cas de maladie mentale modérée ou grave (dépression, anxiété, dépendances, etc.) qui requièrent généralement un soutien psychopharmacologique, une thérapie spéciale, une gestion détaillée du cas ainsi qu'une coordination médicale.

Ce processus, qui a évolué pour offrir le niveau approprié de soin au bon moment et pour répondre rapidement aux urgences, comporte cependant un élément clé : les programmes d'aide au personnel ne peuvent qu'identifier un problème de dépression et d'anxiété si la personne affectée prend le téléphone et demande de l'aide. Cela rend

plusieurs personnes à risque vulnérables à un manque de diagnostique, à une absence de traitement et à une invalidité si elles choisissent de ne pas de s'inscrire d'elles-mêmes au programme d'aide au personnel. En particulier, parce que les PAE sont un outil offert au sein du milieu de travail et aident principalement ceux qui sont au travail, ils excluent les personnes qui sont le plus à risque, c'est-à-dire qui sont déjà absentes du travail ou qui sont en congé d'invalidité par suite de problèmes de santé mentale ou de maladie nerveuse. Le PAE ou le fournisseur de ce programme n'est pas coupable de cette lacune puisqu'il s'agit d'un service dont la structure est celle d'une ressource confidentielle à accès volontaire.

« Les PAE ne peuvent qu'identifier un problème de dépression et d'anxiété si la personne affectée prend le téléphone et demande de l'aide. Cela rend plusieurs personnes à risque vulnérables à un manque de diagnostique, à une absence de traitement et à une invalidité. En particulier, les PAE excluent les personnes qui sont le plus à risque, c'est-à-dire celles qui sont déjà absentes du travail ou qui sont en congé d'invalidité par suite de problèmes de santé mentale ou de maladie nerveuse. »

Cette situation n'est pas due au fait que le PAE exclut les personnes qui ne sont pas au travail. C'est plutôt parce que ces personnes reçoivent un traitement au sein d'un plan de traitement qui provient d'un système séparé - le système de gestion de l'invalidité. Même si, en principe, ces personnes peuvent s'adresser au PAE, en général, elles ne le font pas. Et si elles le font, ces programmes ne sont pas conçus pour une interaction efficace avec les systèmes de gestion de l'invalidité à moins que des protocoles et des infrastructures - incluant une formation de conseillers PAE

et de questionnaires de cas chez l'employeur ou chez son assureur - permettent une communication et un échange d'informations entre les deux systèmes.

Si une personne reçoit un diagnostic de dépression modérée ou grave, ses options de traitement au sein d'un PAE sont limitées. Les PAE fournissent un type d'aide bien particulière : une thérapie à court terme - généralement de 6 à 8 sessions - ciblée sur une solution. Ce genre de thérapie, pratiqué par des cliniciens d'expérience tels que travailleurs sociaux ou diplômés ayant l'équivalent d'une maîtrise en éducation ou en psychologie des adultes, est tout à fait approprié à des problèmes variés allant des difficultés de parentage aux problèmes matrimoniaux, des transitions difficiles à la gestion du stress.

Cependant, pour mieux traiter la dépression et l'anxiété, il faut utiliser un tout autre ensemble de compétences. Il est impératif d'avoir, tout au moins, une expérience dans le traitement de la santé mentale en milieu psychiatrique - ce qu'ont certains mais pas tous les travailleurs sociaux. En outre, l'approche psychothérapeutique recommandée pour le traitement optimal de la dépression et de l'anxiété est la thérapie cognitivo-comportementale (TCC). Il s'agit d'une méthodologie connue de certains travailleurs sociaux, mais pas de tous.

Il est donc extrêmement important de trouver un clinicien dont l'expérience corresponde aux besoins du client. Même si on peut offrir aux personnes atteintes de dépression qui s'adressent à un PAE, la forme et la durée de thérapie requises, celles-ci doivent être dirigées vers le clinicien approprié et ce clinicien doit être formé et supervisé, et il doit aussi connaître

les protocoles appropriés pour traiter ce problème. Cela requiert une coordination poussée avec les ressources externes incluant le médecin traitant du client et, dans la plupart des cas, avec la personne responsable de la gestion du cas d'invalidité.

À moins que la formation requise, les protocoles de communication et les processus de consentement et de direction des malades vers des cliniques spécialisées soient bien compris de toutes les parties, le thérapeute de la personne en dépression ne pourra faire autrement que de prodiguer ses soins au sein des limites traditionnelles de thérapie à court terme des PAE. Même si on prolonge cette thérapie à 10 ou 12 sessions, l'efficacité du traitement sera limitée et pourra difficilement atteindre des objectifs de prévention d'invalidité valables pour la personne ou pour l'organisation où elle travaille.

- « • Environ 8 % des adultes vivront une dépression au cours de leur vie.
- Seulement un tiers des patients souffrant de dépression demande de l'aide au cours de la première année d'apparition des symptômes ; certains attendent jusqu'à 10 ans avant de chercher de l'aide.
- Bien que 4 personnes déprimées sur 5 puissent être traitées avec succès en quelques semaines, il arrive trop souvent que plusieurs ne reçoivent pas de diagnostic approprié ou qu'on leur prescrive des ordonnances incorrectes ou des doses inadéquates.
- La dépression entraîne des pertes annuelles de 1,5 \$ milliards en productivité, et elle est maintenant la deuxième plus importante cause d'invalidité à long terme des travailleurs au Canada. »

(L'Association canadienne de santé publique, 2003 ; Statistique Canada, 2005 ; American Psychiatric Association, 2001)

Ces facteurs augmentent grandement les risques qu'une dépression ou une anxiété grave aboutissent à une indemnité d'invalidité. Dans le cas où une personne traitée au sein d'un PAE recevrait une indemnité d'invalidité, les paramètres de confidentialité empêchent le thérapeute de partager de l'information avec le responsable de la gestion du cas, à moins que certains protocoles bien spécifiques aient été établis à l'avance. Sans eux, tous les participants sont frustrés : le clinicien qui fait de son mieux pour diriger le patient vers les ressources disponibles, le gestionnaire du cas d'invalidité et l'employeur, qui peuvent avoir besoin d'informations de la part du fournisseur de PAE qui ne peuvent pas être divulguées sans que des protocoles et consentements appropriés existent pour gouverner l'échange d'informations sanitaires.

Pire, la personne pourrait subir des délais prolongés, de mauvais diagnostics et des traitements inefficaces. Inévitablement, cela mène à des souffrances inutiles et à des absences plus longues que si un diagnostic approprié, un traitement adéquat et un plan de santé avaient été en place dès le début.

« Étant donné la difficulté de diagnostiquer et de traiter correctement la dépression, il est facile de comprendre : 1) pourquoi les antidépresseurs représentent des coûts aussi élevés pour les organisations ; 2) pourquoi les maladies mentales ou nerveuses sont parmi les trois plus importantes catégories d'indemnités d'invalidité ; et 3) pourquoi ces indemnités peuvent se prolonger à long terme dans des cas où il est difficile d'aider la personne à revenir à la santé et à un travail productif. »

Dans ce contexte, il est facile de comprendre pourquoi 1) les antidépresseurs représentent des coûts aussi élevés pour les organisations

(on les prescrit aveuglément et l'observance du traitement est invariablement faible) ; 2) pourquoi les problèmes relatifs à la santé mentale et aux maladies nerveuses sont parmi les trois plus importantes causes d'allocations d'invalidité ; et 3) pourquoi ces allocations peuvent se prolonger à long terme dans des cas où il est difficile d'aider la personne à revenir à la santé et à un travail productif.

Une autre difficulté à affronter est la formation et l'orientation des cliniciens qui offrent des consultations aux personnes dépressives. Dans le cas où la personne se présente au PAE en état de dépression et passe ensuite à une absence due à une invalidité, on doit procéder d'une façon différente : le clinicien traitant et le patient doivent passer - d'un environnement confidentiel à inscription volontaire où les objectifs du client ont été identifiés et un plan d'action mis en place pour les atteindre - à un programme mandaté 1) où la personne - maintenant « demanderesse d'indemnité » doit suivre le traitement pour continuer d'avoir droit aux allocations d'invalidité, 2) où l'information concernant les progrès du patient et ses habiletés fonctionnelles seront transmises à une tierce partie ; et 3) où le traitement est spécifiquement dirigé vers un objectif de retour à la productivité.

Une telle modification requiert: 1) une pratique et une méthodologie cliniques différentes; 2) une supervision clinique et des protocoles de communications différents; 3) des réseaux de triage et d'accès différents pour le client; 4) une obtention de consentements et des communications différentes selon les parties prenantes à l'indemnité; et 5) une

coordination majeure des polices et des protocoles pour protéger le client contre les risques d'atteinte à la vie privée, et protéger l'employeur contre des responsabilités civiles.

Il ne faudrait pas pour autant conclure que les PAE ne s'acquittent pas adéquatement de leurs fonctions. Au contraire ! L'axiome «, ' il faut d'abord identifier correctement le problème avant de pouvoir le résoudre » est ici très utile. Les PAE font exactement ce qu'ils doivent faire pour traiter la vaste majorité des problèmes personnels, sociaux et familiaux qui leur sont présentés et, aussi, plusieurs des cas de dépression chez des patients qui en font eux-mêmes la demande.

Le problème est qu'on ne devrait pas utiliser les PAE - les programmes eux-mêmes - comme des systèmes de gestion d'invalidités. C'est trop souvent ce qu'on attendait d'eux dans le passé, et certains fournisseurs de PAE ont essayé d'adapter leurs programmes à cette fin, avec des conséquences problématiques. Ce ne sont pas les PAE qui doivent changer, mais plutôt les fournisseurs de PAE. Ce n'est pas le PAE qui doit mieux traiter la dépression, c'est le fournisseur du PAE qui doit être capable de mieux utiliser ses ressources cliniques afin de mieux répondre aux attentes et aux besoins du personnel des organisations quant à la gestion de l'invalidité due à la santé mentale ou aux maladies nerveuses.

Pour ce faire, les fournisseurs de PAE doivent mettre sur pied un programme de traitement séparé, des réseaux d'accès particuliers et une approche bien coordonnée pour traiter les cas de dépression et d'anxiété qui, presque toujours, seront

administrés par le gestionnaire du cas d'invalidité.

En modifiant l'identification et le traitement de la dépression et de l'anxiété pour arriver à la prévention d'invalidité et à la gestion de la maladie, les fournisseurs de PAE doivent faire face à de nouveaux défis dans le but de servir le mieux possible les intérêts des employeurs, les gestionnaires de cas d'invalidité, et les clients.

La solution des pratiques d'excellence

En observant la dépression sous l'angle de la gestion de la maladie plutôt que de l'aide au patient, le fournisseur de PAE est libéré des limites inhérentes à la structure du programme. Il peut enfin s'assurer que des processus d'identification, de traitement et de gestion des cas graves de santé mentale puissent respecter les objectifs cliniques et les objectifs d'affaire de toutes les parties prenantes : le client, le clinicien, le gestionnaire du cas et l'employeur.

- ♦ Si le système d'admission du fournisseur de PAE doit pouvoir offrir un diagnostic de la dépression, il faut que des protocoles spéciaux et une formation appropriée puissent aider toute personne dépressive, qui fait une demande de traitement, à recevoir une évaluation clinique complète qui utilise des paramètres cliniques valides et fiables. Le programme doit aussi offrir une information appropriée au gestionnaire de cas sur le pronostique, les recommandations de traitement et le plan de soin ;
- ♦ Le PAE doit utiliser toutes ses ressources pour informer les parties prenantes par des communications qui permettent de mieux comprendre la dépression, qui éduquent tant

le personnel que les cadres, et qui encouragent ceux qui reconnaissent des symptômes de dépression à demander de l'aide au PAE. En cas de dépression, cela maximise l'efficacité de l'inscription volontaire au programme. Le PAE doit, de plus, mettre en place des structures qui favorisent un acheminement prompt vers une aide appropriée, selon le niveau de dépression diagnostiqué.

- ◆ Les conseillers doivent être spécialement choisis, formés et supervisés pour offrir une thérapie cognito-comportementale ciblée sur le retour au travail.

- ◆ On devrait utiliser un outil psychométrique pour orienter correctement le plan de soin et faciliter le diagnostic, l'observance du traitement et les communications entre médecins, puisqu'il est important de coordonner la psychothérapie avec la thérapie médicale pour obtenir les meilleurs résultats possibles. Cet outil psychométrique devrait aussi être intégré au processus de consultation et utilisé comme élément de motivation et de mesure du progrès.

- ◆ Les thérapeutes qui traitent la dépression doivent être prêts à fournir des informations à l'administrateur des allocations d'invalidité au sujet du traitement de l'employé, de ses habiletés fonctionnelles, de sa participation au programme et des progrès du traitement, tout en s'assurant que les consentements appropriés soient accordés - quand et si - une absence pour invalidité devenait nécessaire.

- ◆ Les thérapeutes doivent avoir l'expertise requise pour traiter de façon efficace les personnes auxquelles on a mandaté un traitement comme condition de paiement des indemnités.

- ◆ Le programme doit comporter une formation adéquate pour l'administrateur du cas et pour l'employeur.

- ◆ Les protocoles s'adressant au personnel de la santé au travail devraient être coordonnés avec les statuts et les pratiques du programme de gestion d'invalidité de l'employeur.

- ◆ On doit établir un coupe-feu entre l'information fournie par le thérapeute au sein du plan de gestion du cas, et celle qui est utilisée par le gestionnaire du cas dans son évaluation de la demande d'indemnité, afin que les décisions concernant les indemnités soient défendables.

- ◆ L'implémentation du programme doit être spécifique à chaque client afin que l'administrateur du cas choisi par l'employeur (soit son propre service de santé au travail, soit celui de son assureur) reçoive l'aide appropriée pour admettre des personnes au programme et pour gérer les cas importants ou potentiellement coûteux.

Mettre en œuvre la gestion de la dépression

Bien que la mise en œuvre d'un programme de gestion de la dépression qui inclue les pratiques d'excellence soit complexe et requiert des changements importants tant dans les objectifs que dans la pratique, elle est absolument réalisable. Les employeurs, les consultants en prestations d'invalidité, et les principales parties prenantes dans le domaine de la santé et du bien-être du personnel devraient poser les questions suivantes au fournisseur de PAE afin de s'assurer qu'il applique les pratiques

d'excellence pour favoriser tant le diagnostic que le traitement de la dépression et de l'anxiété:

- ♦ Quel outil d'évaluation de la dépression appliquez-vous ? Quand ? Et qui l'utilise ? Quelles informations fournit-il ? Quand ? Et à qui ? Est-il intégré au processus de thérapie ou est-il appliqué séparément ?
- ♦ Cet outil offre-t-il un plan de traitement et des consultations entre médecins pour s'assurer que les doses de médicaments soient appropriées et que le traitement psycho pharmaceutique soit intégré à la thérapie ? Combien de fois utilise-t-on cet outil pendant le traitement ? Comment les résultats sont-ils communiqués au patient, à son médecin traitant et à l'administrateur du cas ? À quelles fins ? Et par qui ?
- ♦ Offrez-vous un traitement approprié à la complexité d'une dépression modérée ou grave ? Si les sessions de consultations sont incluses dans le recours au PAE, appliquerez-vous des frais supplémentaires ? Sinon, comment financez-vous ce niveau de service plus complet ?
- ♦ Quels processus de gestion clinique appliquez-vous pour vous assurer que les cas compliqués sont traités en vue d'éviter les brèches de confidentialité et d'optimiser les résultats de traitement ?
- ♦ Quelle est la formation exigée des thérapeutes ? Quel processus de sélection utilisez-vous pour vous assurer que les thérapeutes soient qualifiés et supervisés de façon appropriée en vue d'offrir des consultations en santé mentale ciblées sur le retour au travail, en parallèle avec le programme d'administration du cas et avec les personnes auxquelles on a mandaté un

traitement comme condition du paiement de l'allocation d'invalidité ?

- ♦ Comment le thérapeute communique-t-il avec l'administrateur du cas d'invalidité ? Comment vous assurez-vous, en tant que fournisseur du programme, de rendre cette communication la plus directe possible ? Comment voyez-vous à obtenir les consentements appropriés ? Comment établissez-vous les protocoles de communication pour respecter les normes d'invalidité à court terme et pour protéger, en tout temps, l'information concernant la santé du patient ?
- ♦ Étant donné les limites d'inscription volontaire à un PAE en cas de dépression, et étant donné que la plupart des personnes qui ont recours aux services d'un PAE sont au travail, comment offririez-vous ce service à des personnes qui ne travaillent pas à cause de problèmes de santé mentale ou de maladies nerveuses ? En somme, comment pouvez-vous offrir les services de consultation, de coordination médicale et de traitement de la dépression aux personnes qui sont le plus à risque ?
- ♦ Quels protocoles utilisez-vous pour vous assurer que la thérapie soit intégrée à l'administration du cas et au processus de retour au travail ? Quels moyens utilisez-vous pour savoir si le patient suit sa thérapie selon les normes d'invalidité à court et à long terme ? Comment formez-vous et aidez-vous les différentes parties prenantes à la gestion d'une demande d'indemnité, d'abord au cours de la mise en œuvre du programme et, régulièrement par la suite ?
- ♦ Quel genre de rapports fournissez-vous ? À qui ? Quelles procédures appliquez-vous à l'obtention des consentements pour que

des brèches de confidentialité ne se produisent pas ? Quels résultats rapportez-vous, et à qui, pour vous assurer que le traitement atteint l'objectif de retour au travail, et correspond aussi aux objectifs plus larges de gestion du cas.

♦ Quels systèmes offrez-vous pour assurer une communication efficace entre les

administrateurs des cas d'invalidité du service de santé au travail de l'employeur, qu'ils soient internes ou externes, le thérapeute, le médecin traitant, et le client ? Comment aidez-vous les différentes parties à mettre le programme en œuvre, et à établir le protocole de communication et de rapport au sein de l'organisation ?

Focalisation sur les objectifs

En somme, chez tout employeur, il faut mettre l'accent sur les objectifs-clé du programme de prévention d'invalidité et de gestion de la maladie. Ces objectifs sont :

1. Aider la personne de façon adéquate pour qu'elle puisse redevenir productive au travail.
2. Harmoniser les éléments du programme aux normes et aux processus de l'employeur concernant les cas d'invalidité.
3. Appliquer des solutions qui réduiront les risques d'invalidité et qui, si la personne est déjà absente par suite d'une invalidité mentale ou nerveuse, réduiront la durée de son invalidité en offrant les soins appropriés.

En considérant les carences du système de santé publique et les limites inhérentes aux PAE, et en tenant compte des coûts et du nombre sans cesse croissant des cas d'invalidité qui affectent les organisations, il revient aux employeurs, à leurs assureurs et aux consultants en prestations d'invalidité d'étudier très attentivement qui fait quoi pour résoudre leurs problèmes, et exiger les normes les plus élevées quant aux pratiques d'excellence dans le traitement de la dépression.

LE GROUPE RECHERCHE SHEPELL•FGI

Le Groupe recherche Shepell•FGI a pour mandat d'éduquer les employeurs et les chefs d'entreprise sur les problèmes de santé physique, mentale et sociale qui peuvent affecter leurs clients, leur personnel, leur famille et le milieu de travail. Le Group recherche analyse les principales tendances de la santé et fournit des observations, qui sont le fruit d'une collaboration avec les instituts de recherche et les experts les plus réputés, et d'une expertise provenant de 28 ans d'expérience. Vous pouvez adresser vos questions et commentaires directement à Paula Allen, au 1 800 461-9722. © 2008 Shepell•fgi