

La conformité aux guides de traitement de la dépression est-elle associée à une réduction des coûts des services de santé ?

Is conformity to depression treatment guidelines associated with reduced health services costs?

Blais R¹, Partlová H², Lachaine J³, Sewitch MJ⁴

Résumé

Objectif : Les objectifs de cette étude étaient de : (1) mesurer la conformité des traitements actuels aux guides canadiens de traitement pharmacologique de la dépression, (2) déterminer s'il y a une différence dans les coûts des services de santé selon le niveau de conformité aux guides et (3) identifier les caractéristiques des patients et du médecin traitant qui seraient associées au niveau de conformité du traitement et qui pourraient expliquer les différences de coûts.

Méthodes : Nous avons réalisé une revue d'utilisation de médicaments, rétrospective de type populationnel. En utilisant les données de la Régie de l'assurance maladie du Québec (Canada), nous avons identifié 2750 adultes ayant eu un diagnostic de dépression et une ordonnance de médicaments psychotropes. La conformité aux guides de pratique clinique a été définie selon le type de médicament, la dose et la durée du traitement. Le coût des services de santé a été mesuré en termes de services médicaux, d'hospitalisations et de médicaments.

Résultats : Seulement 12,7 % des patients ont été traités selon tous les critères des guides de pratique. Comparativement aux patients dont le traitement était non conforme, ceux traités en conformité aux guides ont engendré des coûts supérieurs pour les visites à leur médecin traitant et pour les médicaments, mais inférieurs pour les visites à d'autres médecins et à l'urgence. Il n'y a pas eu d'économie pour les autres services ni pour les coûts totaux. Les caractéristiques du patient et du médecin traitant variaient selon le niveau de conformité du traitement.

Conclusion : Le traitement pharmacologique de la dépression est sous-optimal. Traiter les patients dépressifs selon les guides cliniques n'est pas associé à des économies générales.

Prat Organ Soins. 2010;41(4):349-357

Mots-clés : Dépression ; guide de bonnes pratiques ; utilisation du médicament ; coût maladie ; services de santé.

Summary

Aim: The objectives of this study were: (1) to assess the conformity of current treatment to the Canadian guidelines for pharmacological treatment of depression, (2) to determine whether there is a difference in costs of health care services by level of conformity to guidelines and (3) to identify patients' and treating physician characteristics that could be associated with treatment conformity level and that could explain differences in costs.

Methods: A population-based retrospective drug utilization review was performed. Using data from the Quebec Health Insurance Board (Canada) we identified 2750 adults who had received a diagnosis of depression and a prescription for psychotropic medication. Conformity to prescribing guidelines was defined by the type of medication, dosage and duration of treatment. The cost of health services was measured in terms of physician services, hospitalizations and medications.

Results: Only 12.7% of patients were treated according to all criteria of the practice guidelines. Compared to the non conformity group of patients, those given guideline-concordant treatment generated higher costs for visits to their prescribing physician and for medication, but lower costs for visits to other physicians and to the emergency room. No savings were shown for other services or overall cost. Patients' and treating physician characteristics varied by treatment conformity level.

Conclusion: The pharmacological treatment of depression is suboptimal. Treating depressed patients according to prescribing guidelines is not associated with savings overall.

Prat Organ Soins. 2010;41(4):349-357

Keywords: Depression; practice guideline; drug utilization; cost of illness; health care services.

¹ Professeur titulaire, Institut de recherche en santé publique, Université de Montréal, Montréal, Canada.

² Agente de recherche, Institut de recherche en santé publique, Université de Montréal, Montréal, Canada.

³ Professeur agrégé, Faculté de pharmacie, Université de Montréal, Montréal, Canada.

⁴ Professeur adjoint, Faculté de médecine, Université McGill, Montréal, Canada.

INTRODUCTION

Les troubles dépressifs ont été associés à de mauvais résultats de santé et à des coûts plus élevés de services de santé. Des études transversales ont montré que les troubles dépressifs étaient associés à une augmentation de 50 à 75 % des coûts totaux des services de santé, après ajustement pour les maladies physiques [1, 2]. Cependant, les coûts attribués directement au traitement de la dépression ne comptaient que pour 5 à 10 % de cette augmentation [1].

Certaines études observationnelles ont montré une réduction de l'utilisation et des coûts des services à mesure que l'état de santé (la dépression) s'améliore [3, 4], mais dans des études randomisées, les ressources investies pour traiter la dépression ont, seulement en partie, été compensées par la réduction de l'ensemble des coûts des services médicaux [5, 6].

La plupart des personnes vivant chez elles et souffrant de dépression ne sont pas diagnostiquées [7, 8] et ne reçoivent pas de médicaments antidépresseurs appropriés [9, 10]. Les benzodiazépines en monothérapie sont encore largement utilisées pour traiter la dépression majeure [9, 11-13]. Même lorsqu'un antidépresseur est prescrit, la dose et la durée sont souvent inappropriées [10, 14].

Le recours aux guides de pratique clinique pour traiter les troubles mentaux demeure limité [15, 16]. Pourtant, l'usage des antidépresseurs recommandés dans ces guides de pratique, à la dose et à la durée indiquées, permet de réduire de façon significative les symptômes dépressifs [17-22]. Au-delà des médicaments appropriés, une bonne capacité relationnelle du médecin traitant [23], la sévérité des symptômes, les autres maladies et les croyances des patients [24], une combinaison de pharmacothérapie et de psychothérapie [25, 26] peuvent avoir un impact sur la réduction des symptômes voire la rémission complète.

Certaines études ont montré que le non respect de l'un ou l'autre des critères de bonne pratique pour le traitement pharmacologique de la dépression augmentait les coûts des services de santé [18, 27], mais il n'est pas établi que la conformité à l'ensemble des recommandations des guides cliniques est associée à une réduction de ces coûts. Les objectifs de cette étude étaient de : (1) mesurer la conformité des traitements actuels aux guides canadiens de traitement pharmacologique de la dépression en termes de classe d'antidépresseur, de dose et de durée, (2) déterminer s'il y a une différence dans les coûts des services de santé selon le niveau de conformité aux guides et (3) identifier certaines caractéristiques des patients et du médecin traitant qui seraient associées au niveau de conformité du traitement et qui pourraient expliquer les différences de coûts.

MÉTHODES

1. L'assurance médicale au Québec (Canada)

La province de Québec dispose d'un régime d'assurance maladie universel permettant à tout citoyen d'obtenir sans frais les services médicaux et hospitaliers dont il a besoin. En 1997, la province s'est dotée d'un régime universel d'assurance médicaments qui oblige toute personne à être couverte soit par une assurance privée, offerte *via* son employeur lorsqu'elle est disponible (57 % de la population), ou par l'assurance publique (43 % de la population). Le régime d'assurance maladie et le programme public d'assurance médicaments sont administrés par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ). Les services médicaux et les médicaments obtenus pour cause d'accidents du travail sont couverts par un autre régime d'assurance, administré celui-là par la Commission de la santé et de la sécurité du travail. La présente étude ne porte que sur les programmes d'assurance administrés par la RAMQ.

2. Devis et population à l'étude

Une revue d'utilisation de médicaments, rétrospective de type populationnel, a été réalisée dans la province de Québec (Canada). Les données provenaient principalement de trois bases de données de la RAMQ qui ont été appariées pour chaque patient grâce au numéro d'assurance maladie anonyme :

- la base de données des bénéficiaires a fourni l'âge et le sexe des patients ;
- la base de données des services médicaux a fourni les diagnostics et les coûts des services dispensés par les médecins ;
- et la base de données du régime public d'assurance médicaments a fourni l'information sur les médicaments acquis par les patients [28].

Ces bases de données ont été jugées valides pour l'étude de l'usage des médicaments au Québec [29].

La population étudiée (figure 1) inclut les personnes de 18 à 64 ans qui ont reçu d'un médecin lors d'une consultation médicale, un nouveau diagnostic de dépression entre le 1^{er} octobre 2000 et le 31 mars 2001. La date d'attribution de ce diagnostic est appelée ici la date index. Un nouveau diagnostic de dépression a été défini par le fait de recevoir un des codes sélectionnés de dépression (311.0, 311.9 ou 300.4) selon la 9^e révision de la Classification internationale des maladies (CIM9) [30], en vigueur au moment de l'étude, et de ne pas avoir eu de diagnostic de dépression ou de médicament antidépresseur au cours des 12 mois précédant la date index. Les patients éligibles pour l'étude devaient avoir reçu au moins un médicament psychotrope dans les 30 jours suivant la date du nouveau diagnostic de dépression.

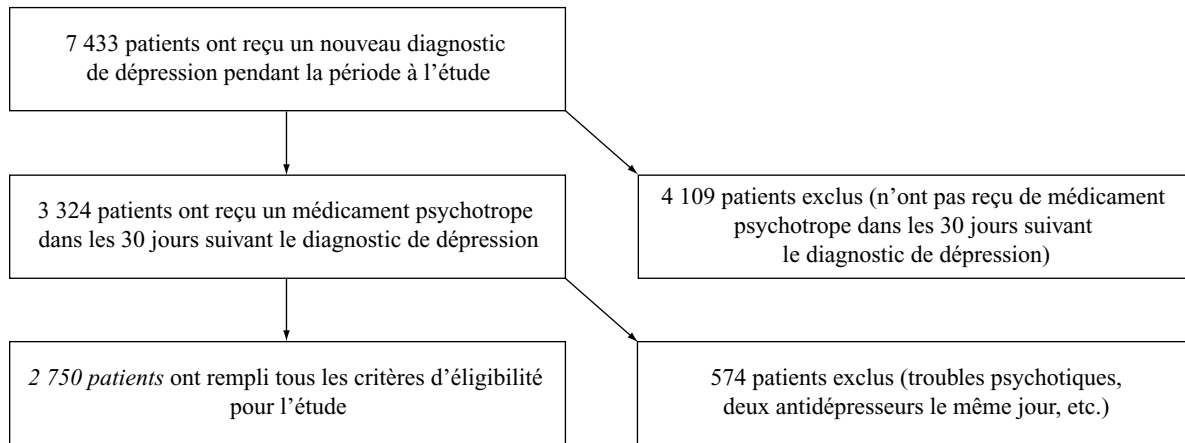


Figure 1. Sélection de la population étudiée.

Les critères d'exclusion étaient :

- un traitement hors du Québec pendant l'année précédant la date index ;
- un changement de diagnostic de dépression dans les 30 jours ;
- et une combinaison d'antidépresseurs prescrits le même jour.

Les patients souffrant de maladies de la thyroïde, de troubles psychotiques, incluant la maladie bipolaire, et les femmes enceintes dans l'année précédant ou suivant la date index ont aussi été exclus.

3. Conformité du traitement pharmacologique

L'usage des antidépresseurs a été évalué en fonction des recommandations de la *Canadian network for mood and anxiety treatments* (CANMAT) [31] qui étaient en vigueur au moment de la période à l'étude. Les patients étudiés ont été classés en 5 groupes mutuellement exclusifs, correspondant à un niveau de conformité aux recommandations de CANMAT de plus en plus exigeant pour traiter la dépression. Il faut d'abord recevoir un antidépresseur, qu'il soit ensuite du type recommandé, puis à la bonne dose et enfin pour la bonne durée. Les niveaux de conformité sont définis comme indiqué au tableau I.

En cas de changement de médicaments dans le temps, seuls les trois premiers ont été évalués. La dose a été calculée d'après l'information sur la quantité, la concentration du médicament et la durée. La durée moyenne a été calculée seulement pour les patients ayant reçu les antidépresseurs recommandés et aux doses recommandées. La durée recommandée a été définie comme étant de 145 jours ou plus de traitement dans les six mois suivant la date de la première ordonnance, afin de s'approcher de ce qui est considéré comme une thérapie de maintien [32].

Tableau I
Niveaux de conformité aux recommandations de la *Canadian network for mood and anxiety treatments*.

Niveau de conformité	Prescription
0	Le médicament n'est pas un antidépresseur (aucune conformité)
1	Le médicament est un antidépresseur, mais pas du type recommandé
2	Le médicament est un antidépresseur du type recommandé, mais pas à la dose recommandée
3	Le médicament est un antidépresseur du type recommandé, à la dose recommandée, mais pas pour la durée recommandée
4	Le médicament est un antidépresseur du type recommandé, à la dose recommandée et pour la durée recommandée

4. Coûts

Les coûts directs des services de santé ont été calculés pour l'année suivant le premier diagnostic de dépression (date index), en prenant la perspective du système public de soins de santé. Les coûts des services suivants ont été estimés pour chacun des cinq niveaux de conformité : les visites externes (en cabinet privé ou en clinique externe hospitalière) faites au médecin ayant prescrit le médicament (le médecin « prescripteur ») et aux autres médecins, les visites à l'urgence d'un hôpital, les hospitalisations et les médicaments. La rémunération versée aux médecins ainsi que les coûts des médicaments ont été obtenus de la RAMQ. Les estimations des dépenses hospitalières pour les visites en clinique externe, les visites aux départements d'urgence et les hospitalisations ont été fournies par l'Association des hôpitaux du Québec.

5. Variables associées au niveau de conformité

Les variables dont on a examiné l'association avec le niveau de conformité du traitement sont l'âge et le sexe du patient, sa comorbidité physique et psychiatrique et la spécialité du médecin prescripteur. Si une telle association existe, elle pourrait expliquer, du moins en partie, les différences de coûts des services de santé entre les niveaux de conformité au traitement pharmacologique de la dépression. La comorbidité physique a été calculée pour chaque patient à l'aide d'une adaptation du score de maladie chronique de Von Korff, basé sur le type de médicaments utilisés dans l'année précédant la date index [33]. La comorbidité psychiatrique a été mesurée par la présence de diagnostics de troubles de personnalité et de dépendance à l'alcool ou aux drogues.

6. Analyses statistiques

Comme la distribution des coûts n'était pas normale, nous avons eu recours à des analyses non paramétriques, soit le test de Kruskal-Wallis pour comparer les coûts moyens des cinq groupes de conformité et le test de Mann-Whitney pour l'analyse par paire. Les mêmes types d'analyse ont été utilisés pour comparer les groupes de conformité sur la comorbidité physique parce que cette variable n'était pas distribuée normalement non plus. L'analyse de variance a été employée pour l'âge et le test de Chi-carré pour les autres variables. Comme il y avait dix analyses par paire pour chaque variable, la correction de Bonferroni pour comparaisons multiples a été appliquée. Ainsi, seulement les différences

au seuil de 0,005 (soit 0,05/10) ont été considérées significatives. Toutes les analyses statistiques ont été réalisées avec le logiciel SPSS, version 10.

Cette étude a été approuvée par le Comité d'éthique de la recherche de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal.

RÉSULTATS

Tel qu'indiqué à la figure 1, après application des critères d'exclusion, nous avons identifié 2 750 patients éligibles. Toutes les analyses ont été effectuées sur ce groupe.

1. Caractéristiques des patients et des traitements

L'âge moyen des patients était de 42 ans [écart-type (ET) = 12,2], 63,7 % étaient des femmes, 4,9 % avaient au moins une comorbidité psychiatrique et le score moyen de Von Korff était de 1,40 (ET = 2,21). La majorité des patients ont reçu leur premier diagnostic de dépression (97 %) et leur première ordonnance de médicament psychotrope (95 %) d'un médecin généraliste.

Parmi les 2 750 patients, 76 % ont reçu une ou plusieurs ordonnances d'antidépresseurs au début du traitement et 24 % ont reçu d'autres médicaments psychotropes comme les benzodiazépines (figure 2). Seulement 12,7 % des patients ont reçu un traitement qui respecte tous les critères de conformité des guides de CANMAT,

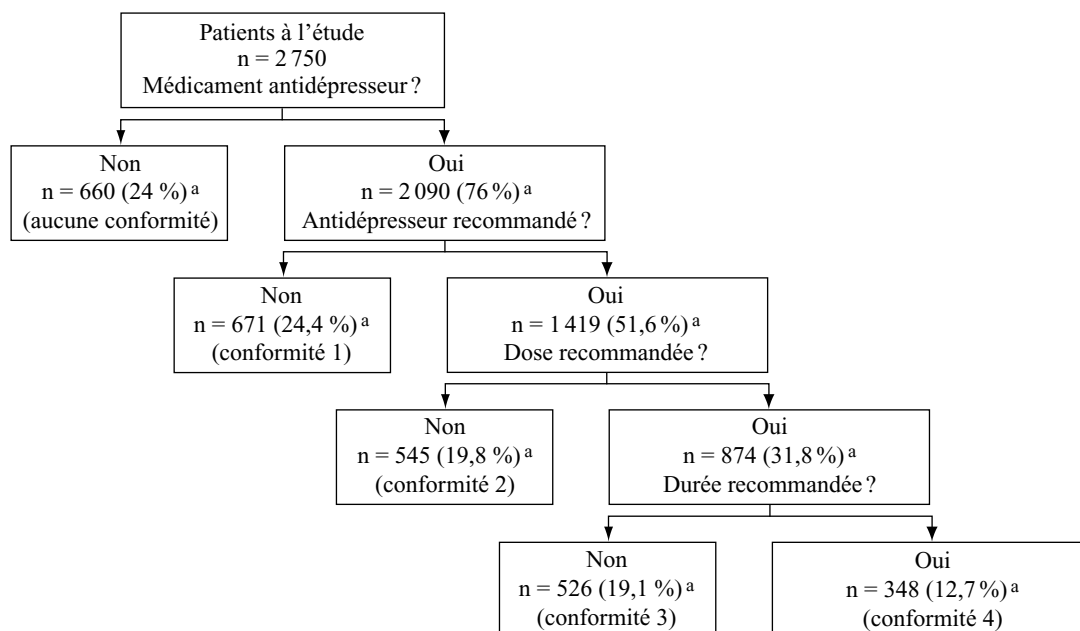


Figure 2. Évaluation de la conformité du traitement pharmacologique de la dépression aux guides de pratique.

^a Pourcentage de la population à l'étude (n = 2 750).

alors que 19,1 % ont reçu le bon type de médicament, à la dose recommandée, mais pour une durée insuffisante. La plupart des patients ont été traités avec un seul type de médicament et 27,9 % ont reçu une combinaison de deux médicaments ou plus. Parmi les antidépresseurs, les inhibiteurs sélectifs du recaptage de la sérotonine (ISRS) ont été les plus souvent prescrits comme traitement de première intention et les benzodiazépines l'ont été comme deuxième médicament.

2. Coûts des services de santé

Le coût total moyen des services de santé reçus par les patients étudiés en une année, excluant la contribution des patients, a été de 1 884 \$ (ET = 4 061 \$). Il y a des différences significatives entre les groupes de conformité pour tous les types de services de santé ainsi que pour les coûts totaux (tableau II). La distribution des coûts totaux prend la forme d'un V. En effet, les coûts tendent à diminuer à mesure que la conformité augmente, sauf au plus haut niveau de conformité (niveau 4), où les coûts sont presque aussi élevés que lorsqu'il n'y a aucune conformité (niveau 0).

La tendance est un peu la même pour les consultations médicales externes. Cependant, comparativement aux

patients traités avec d'autres médicaments que les antidépresseurs (aucune conformité), les patients qui satisfont à tous les critères (niveau 4) ont engendré des coûts supérieurs pour des consultations de leur médecin prescripteur, mais moindres pour des consultations d'autres médecins. Pour les consultations aux urgences, les coûts sont plus élevés pour le groupe de non-conformité (niveau 0) que pour le groupe de pleine conformité (niveau 4), alors qu'il n'y a pas de différence significative avec ou entre les autres groupes.

Pour ce qui est des hospitalisations, les coûts sont généralement plus élevés pour les deux plus bas niveaux de conformité, mais il n'y a pas de tendance claire pour les trois autres niveaux.

Enfin, les patients du niveau de conformité 4 ont engendré les coûts les plus élevés pour les médicaments psychotropes et pour les médicaments au total, tandis que ceux du niveau 3 avaient les coûts les plus bas pour tous les médicaments.

3. Variables associées au niveau de conformité

Il existe des différences significatives entre les niveaux de conformité pour les cinq variables examinées, mais

Tableau II
Coûts moyens annuels (\$ CAN) des services de santé par patient traité pour la dépression, par niveau de conformité du traitement aux guides de pratique, Québec.

Service de santé	Niveau de conformité					p ^a
	0 (n = 660)	1 (n = 671)	2 (n = 545)	3 (n = 526)	4 (n = 348)	
Consultations médicales externes						
Rémunération du médecin						
Médecin prescripteur	122,57	141,48	140,66	98,36	162,89	0,000
Autres médecins	227,99	207,26	189,08	153,36	169,33	0,000
Frais d'établissements	55,86	42,00	40,53	26,46	36,33	0,000
<i>Total</i>	<i>406,42</i>	<i>390,74</i>	<i>370,27</i>	<i>278,18</i>	<i>368,55</i>	<i>0,000</i>
Consultations aux urgences						
Rémunération du médecin	30,76	35,12	25,35	26,27	28,60	0,018
Frais d'établissements	112,23	111,36	88,74	92,22	94,83	0,025
<i>Total</i>	<i>142,99</i>	<i>146,48</i>	<i>114,09</i>	<i>118,49</i>	<i>123,43</i>	<i>0,017</i>
Hospitalisations						
Rémunération du médecin	65,80	65,52	44,81	58,27	69,78	0,010
Frais d'établissements	714,00	738,00	450,00	642,00	516,00	0,005
<i>Total</i>	<i>779,80</i>	<i>803,52</i>	<i>494,81</i>	<i>700,27</i>	<i>585,78</i>	<i>0,008</i>
Médicaments						
Psychotropes	220,58	250,32	294,86	131,04	500,88	0,000
Autres	533,40	441,96	455,90	266,11	477,35	0,000
<i>Total</i>	<i>753,98</i>	<i>692,29</i>	<i>750,77</i>	<i>397,15</i>	<i>978,23</i>	<i>0,000</i>
<i>Coûts totaux</i>	<i>2 081,51</i>	<i>2 034,96</i>	<i>1 730,19</i>	<i>1 492,06</i>	<i>2 053,76</i>	<i>0,000</i>

^a Test de Kruskal-Wallis.

Tableau III
Caractéristiques des patients traités pour la dépression et du médecin prescripteur,
par niveau de conformité du traitement aux guides de pratique, Québec.

Caractéristique	Niveau de conformité 0 (n = 660)	1 (n = 671)	2 (n = 545)	3 (n = 526)	4 (n = 348)	P
Âge (années)	43,4	41,9	42,4	40,2	42,6	0,000 ^a
Sexe (% femmes)	63,3	68,1	67,5	54,6	63,8	0,000 ^b
Comorbidité psychiatrique (% oui)	6,8	5,4	3,5	3,6	4,6	0,044 ^b
Comorbidité physique (score de Von Korff)	1,82	1,43	1,32	0,92	1,44	0,000 ^c
Médecin prescripteur (% psychiatres)	4,8	2,7	2,8	2,3	1,7	0,028 ^b

^a Analyse de variance.

^b Test de Chi-carré.

^c Test de Kruskal-Wallis.

tous les groupes ne sont pas différents (tableau III). C'est principalement le groupe du niveau de conformité 3 qui se distingue des autres. En effet, le groupe 3 est plus jeune que le groupe 1, il est composé d'une plus grande proportion d'hommes que les groupes 0, 1 et 2, et il a moins de comorbidité physique que tous les autres groupes. Les patients dans le groupe sans conformité ont un score de comorbidité physique plus élevé que celui des autres groupes, tandis que leur score de comorbidité psychiatrique paraît plus élevé et que leur médecin prescripteur serait plus souvent un psychiatre (ces deux dernières différences étant non statistiquement significatives).

DISCUSSION

Cette étude a montré que, pour les patients inscrits au régime public d'assurance médicaments, le traitement pharmacologique de la dépression au Québec se conformait peu aux recommandations de bonne pratique en vigueur. Moins de la moitié des patients pour lesquels un nouveau diagnostic de dépression a été posé (3 324 sur 7 433, figure 1) ont été traités avec un médicament psychotrope dans les 30 jours suivant le diagnostic. D'autres études ont montré que moins de 50 % des patients dépressifs ne recevaient pas un traitement adéquat [9, 10, 34-36]. Bien que certains médecins et certains patients aient pu décider d'utiliser d'autres modes de traitement, comme la psychothérapie, plusieurs patients ne reçoivent peut-être pas un traitement optimal. Par exemple, dans notre étude, 24 % des patients ont reçu un psychotrope autre qu'un antidépresseur : 20,4 % des patients ont eu des benzodiazépines seules, sans antidépresseur, et 3,6 % d'autres médicaments. Il est possible que la condition de certains patients justifie ces choix thérapeutiques. Cependant, l'usage relativement élevé de benzodiazépines reflète une pratique encore trop courante malgré l'inefficacité de ces médicaments pris tout seuls pour traiter la dépression et leurs risques potentiels [11]. Enfin, un peu plus de 30 % des patients ont reçu des antidépresseurs à la dose

recommandée. Cependant, les deux tiers d'entre eux ont utilisé ces médicaments moins longtemps que la durée recommandée. Ceci pourrait être lié aux pratiques de prescription du médecin ou à la non-observance du traitement par le patient [37-39].

Tel que recommandé dans la littérature, l'évaluation économique des antidépresseurs réalisée ici tient compte d'un large éventail de dépenses directes de santé [40]. Nos résultats révèlent des différences significatives dans les coûts totaux des services de santé entre les patients de différents niveaux de conformité aux guides de pratique, mais les coûts les plus élevés se retrouvent à la fois dans le groupe sans conformité (niveau 0) et dans le groupe avec pleine conformité (niveau 4). Des études ont montré qu'un suivi approprié de la dépression (c'est-à-dire conforme aux guides de pratique) était significativement associé soit à une hausse de l'usage de certains services de santé [41, 42] ou à des coûts moindres [18, 27]. La présente étude montre que les différences de coûts entre les niveaux de conformité varient selon le type de services de santé. En particulier, les patients dont le traitement pharmacologique répondait à tous les critères de conformité (niveau 4 : 12,7 % des patients) ont généré des coûts moindres pour les consultations externes à d'autres médecins que les patients n'ayant pas reçu les médicaments recommandés (niveau de conformité 0). Les patients qui n'ont pas reçu le bon médicament dès le début n'ont peut-être pas vu leurs symptômes s'améliorer et ont peut-être consulté d'autres médecins jusqu'à ce qu'ils reçoivent un meilleur traitement ou de la psychothérapie. Par contre, pour les patients du 4^e niveau de conformité, des coûts supérieurs, correspondant à des visites plus nombreuses à leur médecin prescripteur, peuvent signifier une bonne interaction entre le patient et son médecin traitant, ce qui favorise l'efficacité thérapeutique [23].

Un certain nombre d'études ont examiné, pour d'autres pathologies que la dépression, la relation entre la conformité du traitement aux guides de pratique et les coûts

des services de santé. Par exemple, que ce soit pour le traitement de l'asthme [43] ou de l'hypertension artérielle [44], une meilleure conformité aux guides de pratique est associée à des coûts de services de santé moindres. De plus, une étude récente réalisée aux États-Unis suggère que, si les patients prenaient leurs médicaments comme ils leur sont recommandés, ceci pourrait engendrer des économies de 160 milliards de dollars par année, ce qui représente environ 20 % du coût total des médicaments consommés dans ce pays [45]. Cependant, il faut noter que, dans plusieurs de ces études, les économies sont calculées sur une base hypothétique seulement (exemple : si la prise de médicaments avait été conforme aux recommandations, alors des économies auraient été faites) et non pas sur une base réelle, comme c'est le cas de la présente étude. De plus, que ce soit pour le traitement de la dépression ou d'autres maladies, les autres études ont souvent considéré la conformité au traitement de façon dichotomique [18, 27, 43, 44], alors que notre étude tient compte de différents niveaux de conformité, ce qui reflète sans doute mieux la complexité des traitements pharmacologiques.

La présente étude révèle que les personnes dont le traitement respecte tous les critères de conformité ne se distinguent pas systématiquement des autres groupes et les variations de coûts ne peuvent pas être expliquées par des différences dans les caractéristiques des patients ou du prescripteur. Cependant, les patients dans le groupe de non-conformité ont plus de comorbidité physique et semblent avoir plus de comorbidité psychiatrique que tous les autres groupes, ce qui rend sans doute la prise en charge de leur dépression plus difficile et peut-être plus coûteuse. La complexité de ces cas est aussi reflétée dans le fait que la proportion de ces patients traités par des psychiatres plutôt que par des médecins généralistes est beaucoup plus grande que dans les autres groupes.

Par ailleurs, comparativement aux autres groupes, les patients du groupe 3 ont significativement moins de comorbidités physiques et semblent un peu plus jeunes. Ceci pourrait peut-être justifier qu'ils soient traités moins longtemps et, en définitive, que les coûts de leurs visites médicales, de leurs médicaments (psychotropes et autres) et les coûts totaux soient moindres [24].

Cette étude comporte un certain nombre de limites, largement liées à l'utilisation de données administratives. Premièrement, les données administratives ne contiennent pas d'information sur la sévérité de la dépression du patient qui pourrait justifier un traitement différent de ce que les guides recommandent. Deuxièmement, comme les données sur les médicaments ne reflètent que ce que le patient a acquis en pharmacie communautaire, nous n'avons pas d'information sur les médicaments réellement prescrits par le médecin, pris par le

patient ou dispensés à l'hôpital. Troisièmement, n'examiner que le traitement pharmacologique (aucune donnée disponible sur la psychothérapie ou d'autres approches) peut sous-estimer la complexité du traitement des troubles mentaux et ses conséquences sur les coûts. Quatrièmement, les coûts ont été estimés pour l'ensemble des conditions de santé sans distinction : il était impossible de distinguer les services utilisés pour traiter spécifiquement la dépression et ceux utilisés pour traiter d'autres maladies. Enfin, les bases de données consultées ne contenaient pas de mesures des coûts indirects de la dépression, incluant le coût des arrêts de travail et le coût social du suicide et de son repérage. Une prise en compte de ces coûts indirects aurait permis de dégager une image plus complète des conséquences économiques d'un traitement adéquat ou inadéquat de la dépression.

À l'avenir, pour combler ces lacunes, des études longitudinales basées sur des données cliniques complètes, incluant les résultats des traitements, seraient utiles pour mieux évaluer la conformité au traitement recommandé et ses conséquences économiques. De telles études pourraient inclure des détails sur la pharmacothérapie et la psychothérapie, autant que sur l'environnement social des patients dépressifs, de façon à mieux documenter et expliquer les différences dans les coûts du traitement de la dépression. De plus, des études longitudinales pourraient examiner l'association entre le traitement recommandé à long terme et les économies qui peuvent être réalisées si on évite les rechutes et la récurrence de symptômes dépressifs.

Cette étude a été financée par les Instituts de recherche en santé du Canada.

RÉFÉRENCES

1. Simon GE, Von Korff M, Barlow W. Health care cost of primary care patients with recognized depression. *Arch Gen Psychiatry*. 1995;52:850-6.
2. Unützer J, Patrick DL, Simon G. Depressive symptoms and the cost of health services in HMO patients age 65 and over: A four-year prospective study. *JAMA*. 1997;277:1618-23.
3. Simon GE, Revicki D, Heiligenstein J. Recovery from depression work productivity and health care costs among primary care patients. *Gen Hosp Psychiatry*. 2000;22:153-62.
4. Simon GE, Chisholm D, Treglia M. Course of depression health services costs and work productivity in an international primary care study. *Gen Hosp Psychiatry*. 2002;24:328-35.
5. Schoenbaum M, Unützer J, Sherbourne C. The cost-effectiveness of practice-initiated quality improvement for depression: Results of a randomized controlled trial. *JAMA*. 2001;286:1325-30.

6. Lave J, Frank R, Schulberg H. Cost-effectiveness of treatments for major depression in primary care practice. *Arch Gen Psychiatry*. 1998;55:645-51.
7. Kirmayer LJ. Cultural variation in the clinical presentation of depression and anxiety: implication for diagnosis and treatment. *J Clin Psychiatry*. 2001;Suppl 13:22-8.
8. Rosenthal MH. Barriers to diagnosis, advances in therapy. *J Am Osteopath Assoc*. 2003;Supp 4:S2-9.
9. Parikh SV, Lesage AD, Kennedy SH. Depression in Ontario: under-treatment and factors related to antidepressant use. *J Affect Dis*. 1999;52:67-76.
10. Katz SJ, Kessler RC, Lin E. Medication management of depression in the United States and Ontario. *J Gen Intern Med*. 1998;13:77-85.
11. Nutt D. Treatment of depression and concomitant anxiety. *Eur Neuropsychopharm*. 2000; Suppl 4:S433-7.
12. Furukawa TA, Streiner DL, Young LT. Antidepressant and benzodiazepine for major depression. *Cochrane Database Syst Rev*. 2002;1:CD001026.
13. Tylee A, Gastpar M, Lépine JP. Identification of depressed patient types in the community and their treatment needs; findings from the DEPRES II Depression Research in European Society II survey. *Int Clin Psychopharmacol*. 1999;14:153-65.
14. Simon GE, VonKorff M. Delivery of services to mood disordered patients. *Curr Opin Psychiatry*. 1996;9:30-4.
15. Bauer MS. A review of quantitative studies of adherence to mental health clinical practice guidelines. *Harv Rev Psychiatry*. 2002;10:138-53.
16. Cabana MD, Rushton JL, Rush AJ. Implementing practice guidelines for depression: Applying a new framework to an old problem. *Gen Hosp Psychiat*. 2002;24:35-42.
17. Hepner KA, Rowe M, Rost K, Hickey SC, Sherbourne CD, Ford DE, et al. The effect of adherence to practice guidelines on depression outcomes. *Ann Intern Med*. 2007;147:320-9.
18. Revicki DA, Simon GE, Chan K, Katon W, Heiligenstein J. Depression, health-related quality of life, and medical cost outcomes of receiving recommended levels of antidepressant treatment. *J Fam Practice*. 1998;47:446-52.
19. Sood N, Treglia M, Obenchain RL, Dulisse B, Melfi CA, Croghan TW. Determinants of antidepressant treatment outcome. *Am J Manag Care*. 2000;6:1327-36.
20. Sobocki P, Ekman M, Agren H, Krakau I, Runeson B, Mårtensson B, et al. Health-related quality of life measured with EQ-5D in patients treated for depression in primary care. *Value Health*. 2007;10:153-60.
21. Fortney J, Rost K, Zhang M. The relationship between quality and outcomes in routine depression care. *Psychiatr Serv*. 2001;52:56-62.
22. Katon W, Rutter C, Ludman EJ. A randomized trial relapse prevention of depression in primary care. *Arch Gen Psychiatry*. 2001;58:241-7.
23. Van Os T, Van den Brink R, Tiemens BG. Communicative skills of general practitioners augment the effectiveness of guideline-based depression treatment. *J Affect Disord*. 2005; 84:43-5.
24. Brown CH, Schulberg HC, Prigerson HG. Factors associated with symptomatic improvement and recovery from major depression in primary care patients. *Gen Hosp Psychiat*. 2000;22:242-50.
25. Pampallona S, Bollini P, Tibaldi G, Kupelnick B, Munizza C. Combined pharmacotherapy and psychological treatment for depression: A systematic review. *Arch Gen Psychiatry*. 2004;6:714-19.
26. Segal Z, Vincent P, Levitt, A. Efficacy of combined, sequential and crossover psychotherapy and pharmacotherapy in improving outcomes in depression. *J Psychiatr Neurosci*. 2002;27:281-90.
27. Tournier M, Moride Y, Crott R, Galbaud du Fort G, Ducruet T. Economic impact of non-persistence to antidepressant therapy in the Quebec community-dwelling elderly population. *J Affect Dis*. 2009;115(1):160-6.
28. Régie de l'assurance maladie du Québec. Le régime général d'assurance médicament. Rapport d'activité 2000-2001. Québec : Gouvernement du Québec ; 2001.
29. Tamblyn R, Lavoie G, Petrella L. The use of prescription claims databases in pharmacoepidemiological research: The accuracy and comprehensiveness of the prescription claims database in Quebec. *J Clin Epidemiol*. 1995;48:999-1009.
30. Organisation mondiale de la santé (OMS). Classification internationale des maladies, 9^e révision. Genève : OMS ; 1999.
31. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT). Guidelines for the diagnosis and pharmacological treatment of depression. 1st Edition Revised. Toronto : CANMAT ; 1999.
32. Kennedy SH, Lam WL, Cohen N, CANMAT Depression Work Group IV. Medication and other biological treatments. *Can J Psychiat*. 2001;Suppl 1:38S-58S.
33. Von Korff M, Wagner EH, Saunders K. A chronic disease score from automated pharmacy data. *J Clin Epidemiol*. 1992;45:197-203.
34. Charbonneau A, Rosen AK, Ash AS, Owen RR, Kader B, Spiro A 3rd, et al. Measuring the quality of depression care in a large integrated health system. *Med Care*. 2002;41:669-80.
35. Jones LE, Turvey C, Carney-Doebbeling C. Inadequate follow-up care for depression and its impact on antidepressant treatment duration among veterans with and without diabetes mellitus in the Veterans Health Administration. *Gen Hosp Psychiat*. 2006;28:465-74.
36. Weilburg JB, Stafford RS, O'Leary KM, Meigs JB, Finkelstein SN. Costs of antidepressant medications associated with inadequate treatment. *Am J Manag Care*. 2002;10:357-65.
37. Pampallona S, Bollini P. Patient adherence in the treatment of depression. *Brit J Psychiat*. 2002;180:104-9.

38. Wells KB, Katon W, Rogers B, Camp P. Use of minor tranquilizers and antidepressant medications by depressed outpatients: results from the medical outcomes study. *Am J Psychiatry*. 1994;151(5):694-700.
39. Kuhn F, Pédaillès S, Pull MT, Guyon FX, Thielly P. Adéquation à l'autorisation de mise sur le marché des instaurations de traitement par inhibiteurs spécifiques de la recapture de la sérotonine. *Rev Med Ass Maladie*. 2006;37(1):1-7.
40. Crown WH. Antidepressant selection and economic outcome: a review of methods and studies from clinical practice. *Brit J Psychiat*. 2001;179:s18-22.
41. Cully JA, Zimmer M, Khan MM, Petersen LA. Quality of depression care and its impact on health service use and mortality among Veterans. *Psychiatr Serv*. 2008;59:1399-405.
42. Sewitch M, Blais R, Rahme E, Galarneau, S, Bexton B. Receiving guideline concordant pharmacotherapy for major depression: Impact on ambulatory and inpatient health service use. *Can J Psychiat*. 2007;52:191-200.
43. Piecoro LT, Potoski M, Talbert JC, Doherty DE. Asthma prevalence, cost, and adherence with expert guidelines on the utilization of health care services and costs in a state Medicaid population. *Health Servs Res*. 2001;36:357-71.
44. Fischer M, Avorn J. Economics implications of evidence-based prescribing for hypertension: Can better care cost less? *JAMA*. 2004;291(15):1850-6.
45. Express Scripts. 2009 Drug trend report: Solving for America's \$163 billion in pharmacy-related waste. A market and behavioral analysis. St. Louis, Missouri : Express Scripts ; 2010.