

Cochrane Corner est un article de Cochrane Insurance Medicine pour Suva Medical. Nous rendons compte régulièrement des revues systématiques et des méta-analyses d'actualité provenant de la bibliothèque électronique Cochrane et ayant une pertinence pour la médecine des assurances. Dans le présent numéro de Suva Medical, nous présentons une revue concernant les mesures de réinsertion professionnelle pour les travailleurs souffrant de dépression, un problème que les case managers, les médecins d'arrondissement et les psychiatres rencontrent également très souvent dans l'assurance-accidents.

# Cochrane Corner

Rebecca Weida, Beate Martin, Regina Kunz

## Présentation du cas

Monsieur Bing, âgé de 32 ans, directeur d'une entreprise textile de taille moyenne, a été victime d'un grave accident de moto il y a 12 mois (provoqué par un tiers), qui a entraîné une fracture instable d'un corps vertébral avec paraparésie passagère et a nécessité une opération en urgence. Après de nombreuses séances de physiothérapie, on note encore des troubles de la fonction vésicale et des fonctions sexuelles. Dans le contexte des blessures graves et de l'inquiétude qu'il nourrit sur son avenir, une dépression s'est manifestée précocement, marquée par des angoisses sociales avec retrait et des troubles du sommeil. Une prise en charge psychiatrique et psychothérapeutique a été mise en place, accompagnée d'un traitement antidépresseur et, grâce à un suivi continu et une évolution favorable du traitement et de la réadaptation, les syndromes dépressifs se sont également améliorés.

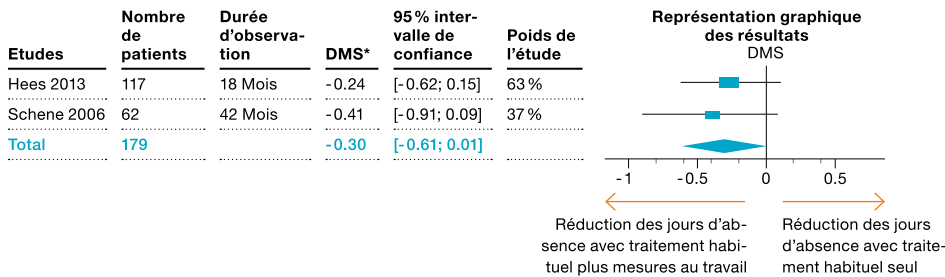
Physiquement, monsieur Bing est de nouveau en mesure d'exercer son activité (qui se déroule en partie en position assise, en partie en marchant/debout) et ressent également le besoin de reprendre son travail. En même temps, il craint de plus en plus de ne plus être à la hauteur des exigences de son travail. Avant l'accident, ses responsabilités comprenaient la direction (technique et du personnel) de 20 collaborateurs pour la plupart non qualifiés, le contrôle de la production des machines et la gestion des achats. Cette activité exige beaucoup de flexibilité et d'adaptabilité, la capacité de prendre des décisions, du discernement ainsi que la capacité de s'affirmer, toutes choses qui sont encore limitées chez l'assuré. Face aux défis précités, il développe de nouveau des symptômes de dépressifs.

Lors d'une conversation téléphonique avec le case manager de la Suva, l'assuré fait état de ses limitations persistantes et de ses craintes concernant la reprise du travail prévue et demande de l'aide. Le case manager fait appel au médecin

d'arrondissement en psychiatrie. Ce dernier se souvient alors d'une séance de formation continue qu'il a récemment suivie sur le thème «dépression et réinsertion professionnelle», avec en substance le message que, bien que le problème se rencontre très souvent dans la vie professionnelle quotidienne, il n'existe que peu d'études randomisées à ce sujet. Néanmoins, une revue Cochrane sur le traitement de la dépression liée au travail dans deux études randomisées a pu montrer que les travailleurs ayant bénéficié à la fois d'un traitement psychiatrique et de mesures de réinsertion en rapport avec le travail reprennent plus tôt leur emploi que ceux traités autrement. Les deux études en question étaient cependant trop petites (62 et 117 patients respectivement) pour montrer une efficacité. Regroupées sous forme de méta-analyse, les deux études révélaient un effet faible à modéré (standardised mean difference de -0,30, [95 % IC -0.61; 0.01]), manquant de peu le seuil de la significativité statistique.

Question pertinente pour la médecine des assurances: Les travailleurs souffrant de dépression reprennent-ils leur emploi plus tôt (moins de jour d'arrêt de travail), s'ils bénéficient d'un traitement médical habituel **associé** à des mesures sur leur lieu de travail, comparés à des travailleurs souffrant de dépression bénéficiant d'un traitement médical seul?

Fig.: méta-analyse de deux études chez des travailleurs souffrant de dépression et en incapacité de travail partielle ou complète. Ont été comparées une prise en charge médicale habituelle (care as usual, CAU) PLUS des mesures en milieu professionnel (groupe intervention) et une prise en charge médicale habituelle seule (groupe contrôle). Alors que les études prises séparément sont trop petites pour montrer une différence significative en présence d'un effet faible à modéré, l'analyse conjointe des études révèle une forte tendance à la significativité.



La différence moyenne standardisée DMS est une statistique sommaire qui est employée quand les études d'une méta-analyse évaluent le même résultat, mais le mesurent différemment. Comment interpréter une différence moyenne standardisée (DMS)? Une DMS de -0.2 ou 0.2 correspond à un effet faible, une DMS de -0.5 ou 0.5 correspond à un effet modéré et une DMS de -0.8 ou 0.8 équivaut à un effet de grande ampleur.

Même si les preuves des études disponibles ne répondent pas encore de façon définitive à la question posée, le médecin d'arrondissement en psychiatrie estime que les résultats de la revue semblent suffisamment convaincants pour justifier une prise en charge pour une mesure supplémentaire en rapport avec le poste de travail par des accompagnants socioprofessionnels dûment qualifiés. Cette mesure est mise en œuvre par le biais de l'assurance-invalidité.

## Quelles sont les mesures de réinsertion professionnelle des travailleurs souffrant de troubles dépressifs à notre disposition et à quel point leur efficacité est-elle prouvée ?

### Objectif de la revue

#### **Nieuwenhuijsen K, Interventions to improve return to work in depressed people. Cochrane Database of Systematic Reviews 2014**

Cette revue examine l'efficacité des mesures visant à promouvoir la réinsertion professionnelle des travailleurs souffrant de dépression. Pour ce faire, on prend en considération les mesures en milieu professionnel ainsi que diverses mesures médicales.

### Points essentiels

- La conjonction de mesures en rapport avec le travail et de mesures médicales (antidépresseurs ou psychothérapie) réduit plus efficacement la durée des arrêts maladie que les mesures médicales seules.
- Une thérapie comportementale associée à une prise en charge par un médecin traitant ou un suivi en médecine du travail réduit la durée des arrêts maladie par rapport à une prise en charge habituelle.
- Une thérapie comportementale et cognitive, conduite online ou par téléphone, combinée à des antidépresseurs dans le cadre d'un programme de soins coordonné, réduit la durée des arrêts maladie par rapport à une prise en charge standard.
- Rien n'indique que les divers types d'antidépresseurs diffèrent dans leurs effets sur la durée de l'arrêt maladie.
- Lorsqu'on compare l'activité physique (musculature ou aérobie) aux exercices de relaxation et d'étirement, les résultats sont contradictoires en ce qui concerne l'influence sur la durée des arrêts maladie.

Malgré la fréquence de cette problématique dans la vie professionnelle, il existe encore trop peu d'études pour informer les décideurs en toute certitude. Pour de nombreuses comparaisons, cette étude ne disposait que d'une, deux ou trois études. Or d'autres études sont nécessaires pour pouvoir se prononcer de façon plus assurée sur l'efficacité des mesures mises en œuvre sur le lieu de travail. Les

études portant sur les mesures médicales (pharmacothérapie ou psychothérapie) devraient également inclure des critères d'évaluation liés au travail, et ce, afin de générer des connaissances permettant d'évaluer l'effet de ces mesures sur la capacité de travail des travailleurs souffrant de dépression.

### Qu'a-t-on analysé ?

Il arrive souvent que les travailleurs souffrant de dépression se voient prescrire un arrêt de travail pendant une période brève, modérée voire prolongée. Leur réintégration professionnelle est une tâche importante pour eux-mêmes, pour l'employeur ainsi que pour la société dans son ensemble. On peut pour cela faire appel à diverses mesures. Notre revue étudie les mesures mises en place sur le lieu de travail ainsi que les mesures médicales (pharmacothérapie, psychothérapie et kinésithérapie). Dans certaines études, ces diverses mesures sont également combinées entre elles.

Les mesures mises en œuvre sur le lieu de travail visent avant tout à atténuer les conséquences d'une dépression sur la capacité de travail. A cet égard, on peut adapter les tâches à réaliser sur le lieu de travail aux performances de la personne ou réduire (temporairement) la durée de travail. Cependant, les mesures mises en œuvre sur le lieu de travail peuvent aussi aider les travailleurs à mieux faire face aux répercussions d'une dépression en milieu professionnel.

Pour leur part, les mesures médicales visent à réduire les symptômes dépressifs et ainsi à améliorer la capacité de travail. Les directives actuelles recommandent la pharmacothérapie, la psychothérapie ou une combinaison des deux.

### Quels sont les résultats de la revue?

La revue portait sur 23 études contrôlées randomisées incluant 5996 travailleurs et personnes indépendantes souffrant de dépression.

#### **a) Adaptations au poste de travail en complément de la prise en charge médicale habituelle (3 études, 251 patients, suivi sur 4–12 mois)**

Les adaptations au poste de travail (changement de tâches, coaching) combinées à la prise en charge médicale habituelle ont conduit à une baisse modérée du taux d'absentéisme pour cause de maladie. Il n'existait pas de différences de la symptomatologie dépressive entre les deux groupes.

**b) Effet de la psychothérapie****(3 études, 326 patients, suivi sur 3–8 mois)**

Une thérapie comportementale et cognitive, conduite online ou par téléphone, en complément de la prise en charge habituelle a conduit à une baisse légère mais significative du taux d'absentéisme pour cause de maladie par rapport à la prise en charge habituelle.

**c) Effet des antidépresseurs****(5 études, 1315 patients, suivi sur 2–12 mois)**

La comparaison de différents antidépresseurs (inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine ou SSRI, inhibiteurs sélectifs de la recapture de la noradrénaline ou SNRI et antidépresseurs tricycliques) a montré des résultats très contradictoires quant à l'effet des médicaments sur la durée des arrêts maladie. Les études n'ont par conséquent pas été analysées ensemble.

**d) Mesures spécifiques de prise en charge par le médecin de famille****(1 étude, 604 patients, suivi sur 12 mois)**

Un contact téléphonique structuré dans le cadre d'un programme d'amélioration de la qualité de la prise en charge par un médecin de famille a montré que, par rapport à une prise en charge habituelle par un médecin de famille, il existe une légère diminution de la durée des arrêts maladie avec le recours au contact téléphonique et une symptomatologie dépressive semblable dans les deux groupes. Pour le critère «fonctionnalité au poste de travail», on note une amélioration modérée dans le groupe contrôle.

**e) Exercice physique****(3 études, 245 patients, suivi sur 3–12 mois)**

Une petite étude a mis en évidence une réduction de l'absentéisme pour cause de maladie chez les patients suivant un entraînement de la force musculaire avec supervision par rapport à ceux effectuant des exercices de relaxation. En revanche, deux autres études comparant des exercices d'aérobic avec des exercices d'étirement ou de relaxation n'ont pas révélé d'effet sur la durée des arrêts maladie. Aucune des trois études n'a montré de différence entre les deux groupes en ce qui concerne la symptomatologie dépressive.

## Tableau récapitulatif des résultats pour le critère «durée des arrêts maladie»

Groupe intervention	Groupe contrôle	Résultats Comparaison de la durée des arrêts maladie (IC* 95%)	Qualité de l'étude	Commentaire
a) Mesure mise en œuvre sur le lieu de travail plus mesures médicales	Mesures médicales seules	Le nombre moyen de jours d'arrêt maladie dans le groupe intervention était inférieur de 0,4 écarts-types (0,66 à 0,14)	Moyenne	La différence entre le groupe intervention et le groupe contrôle est représentée par l'écart-type.
b) Psychothérapie: thérapie comportementale et cognitive, online ou par téléphone	Prise en charge par le médecin de famille ou en médecine du travail	Le nombre moyen de jours d'arrêt maladie dans le groupe intervention était inférieur de 0,23 écarts-types (0,45 à 0,01)	Moyenne	Un écart-type de 0,5 témoigne d'une différence modérée entre les deux groupes.
c) Antidépresseurs* • SSRI • SSRI • SSRI	• SNRI • ATC • SSRI	Résultats non cohérents Les comparaisons ont montré un avantage pour le groupe contrôle (non sig.); pas de différence; ou bien un avantage pour le groupe intervention (sig.)	Moyenne à très faible	Un écart-type de 0,2 témoigne d'une légère différence entre les deux groupes
d) Thérapie comportementale, online ou par téléphone, plus antidépresseurs dans le cadre d'un programme de prise en charge coordonné	Prise en charge habituelle des dépressions	Le nombre moyen de jours d'arrêt maladie dans le groupe intervention était inférieur de 0,21 écarts-types (0,37 à 0,05)	Haute	Un écart-type de 0,2 témoigne d'une légère différence entre les deux groupes
e) Exercice: • entraînement contrôlé de la force musculaire • exercices d'aérobic	• relaxation • relaxation/exercices d'étirement	Le nombre moyen de jours d'arrêt maladie dans le groupe intervention était inférieur de 1,11 ou de 0,06 écarts-types (1,68 à 0,54) ou (-0,36 à 0,24)	Moyenne à faible	Un écart-type de 0,8 témoigne d'une différence importante, un écart-type de 0,2 d'une légère différence entre les deux groupes

\* IC: intervalle de confiance; sig: significatif; n.sig: non significatif

\*: SSRI: inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine  
TCA: antidépresseurs tricycliques  
SNRI: inhibiteurs de la recapture de la sérotonine-noradrénaline

## Adresse de correspondance

Adrian Verbel  
Coordinateur Cochrane  
Cochrane Insurance Medicine  
Departement Klinische Forschung  
Hôpital universitaire de Bâle  
insuremed.cochrane@usb.ch

## Bibliographie

Nieuwenhuijsen K, Faber B, Verbeek JH, Neumeyer-Gromen A, Hees HL, Verhoeven AC, van der Feltz-Cornelis CM, Bültmann U. Interventions to improve return to work in depressed people. Cochrane Database of Systematic Reviews 2014, Issue 12. Art. n° CD006237. DOI: 10.1002/14651858.CD006237.pub3.



