

Avis sur l'accès équitable aux services de psychothérapie

Volet I – Examen des données probantes sur l'efficacité et le coût de la psychothérapie comparativement à ceux de la pharmacothérapie dans le traitement des adultes atteints de troubles anxieux et dépressifs

Juin 2015

Une production de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux

Rapport rédigé par
Alvine Fansi et Cédric Jehanno

*Institut national
d'excellence en santé
et en services sociaux*

Québec 

Le présent rapport a été présenté au Comité scientifique permanent de l’Institut national d’excellence en santé et en services sociaux (INESSS) lors de sa réunion du 26 septembre 2014.

Le contenu de cette publication a été rédigé et édité par l’INESSS.

Ce document et ses annexes sont accessibles en ligne dans la section *Publications* de notre site *Web*.

Équipe de projet

Auteurs

Alvine K. Fansi, M.D., Ph. D.
Cédric Jehanno, M. Sc.

Collaborateur

D' Martin Drapeau, Ph. D.

Coordination scientifique

Micheline Lapalme, Ph. D.

Direction

Sylvie Bouchard, B. Pharm, D.P.H., M. Sc., MBA,

Recherche documentaire

Lysane St-Amour, MBSI

Soutien documentaire

Micheline Paquin, *tech. doc.*

Édition

Responsable

Renée Latulippe

Coordination

Véronique Baril

Révision linguistique

Madeleine Fex

Traduction

Jocelyne Lauzière

Mise en page

Ginette Petit

Vérification bibliographique

Denis Santerre

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2015

Bibliothèque et Archives Canada, 2015

ISSN 1915-3104 INESSS (PDF)

ISBN 978-2-550-73462-8 (PDF)

© Gouvernement du Québec, 2015

La reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée à condition que la source soit mentionnée.

Pour citer ce document : Institut national d’excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Avis sur l'accès équitable aux services de psychothérapie. Volet I – Examen des données probantes sur l'efficacité et le coût de la psychothérapie comparativement à ceux de la pharmacothérapie dans le traitement des adultes atteints de troubles anxieux et dépressifs. Rapport rédigé par Alvine Fansi et Cédric Jehanno. Québec, Qc : INESSS;2015. 35 p.

L’Institut remercie les membres de son personnel qui ont contribué à l’élaboration du présent document.

Membres du comité consultatif

Marie-Josée Bleau, directrice générale de Réinsertion sociale du Soleil Levant - Volet Clinique communautaire de psychothérapie pour le Regroupement québécois des organismes communautaires en psychothérapie (RQOCP), Sainte-Thérèse, Laurentides

Claude DiStasio, vice-présidente, Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes (ACCAP), Montréal

Lyne Desrosiers, Ph.D., Ergothérapeute, Psychothérapeute, Professeure, Université de Québec à Trois-rivières (UQTR)

Frédéric D'Outrelepont, Psychologue, D.Ps. – Professeur au département des sciences infirmières – Université de Québec à Outaouais (UQO), Saint-Jérôme

D^r Martin Drapeau, Ph.D., psychologue, professeur de psychologie du counselling et de psychiatrie à l'Université McGill, et Directeur du Groupe de Recherche sur les Processus Psychothérapiques de McGill (*McGill Psychotherapy Process Research Group*), Montréal

Nathalie Fortin, Présidente, Centre de relation d'aide Le Levier, pour le Regroupement québécois des organismes communautaires en psychothérapie (RQOCP), Montréal

Ginette Henri, M.A., Infirmière en gérontologie à la retraite, Orford, Estrie

Jean-Luc Lacroix, Travailleur social et thérapeute conjugal, Montréal

D^r Alain Lesage, psychiatre chercheur, Hôpital Louis-H. Lafontaine, centre de recherche Fernand-Seguin et centre de recherche de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal, professeur titulaire, département de psychiatrie, Université de Montréal, Montréal

Anne Rebecca Maugille, Psychoéducatrice, CSSS Pierre-Boucher, Longueuil

Claude Montmarquette, Économiste, président-directeur général du Centre interuniversitaire de recherche en analyse des organisations (CIRANO), Montréal

D^{re} Yvette Palardy, Ph.D., Psychologue, Joliette

D^{re} Suzanne Pelchat, M.D., Médecin de famille, Québec

Bruno Rainville, Directeur des affaires professionnelles, Régie d'assurance Médicament du Québec (RAMQ), Québec

Patrice St-Amand, Psychologue, CSSS Lucille-Teasdale, Montréal

Alain St-Pierre, Conseiller d'orientation et psychothérapeute, Québec

Lecture externe

La lecture externe est l'un des mécanismes importants utilisés par l'INESSS pour assurer la qualité de ses travaux. Les lecteurs externes valident les aspects méthodologiques de l'évaluation, de même que l'exactitude du contenu, en fonction de leurs domaines d'expertise respectifs.

Les lecteurs externes du présent rapport sont :

Louis G. Castonguay, Ph. D., psychologue, professeur de psychologie, Département de psychologie, université de l'État de Pennsylvanie, États-Unis

Marc-Simon Drouin, Ph. D., psychologue, professeur titulaire, Département de psychologie, directeur du Centre de services psychologiques, Université du Québec à Montréal (UQAM)

Conrad Lecomte, Ph. D., psychologue, professeur honoraire, Département de psychologie, Université de Montréal, professeur associé à l'UQAM et à l'Université Paris VIII

Martin Provencher, Ph. D., psychologue, professeur agrégé, École de psychologie, Université Laval (Québec), chercheur à l'Institut universitaire en santé mentale de Québec et directeur de l'Unité de thérapie cognitive comportementale (UTCC) du Service de consultation de l'École de psychologie (SCEP), Québec

Autre contribution

Outre les lecteurs externes, l'INESSS tient à remercier **Pierre Dagenais**, M.D., Ph. D., FRCP(C), directeur du soutien à la qualité et à la méthode, qui a contribué à la rédaction de ce rapport en fournissant du soutien, de l'information et des conseils clés.

Déclaration d'intérêts

D^r Martin Drapeau a déclaré avoir reçu des versements sous forme de *per diem* à titre de membre du conseil d'administration de l'Ordre des psychologues du Québec jusqu'en décembre 2013 et un versement d'honoraria à titre de rédacteur en chef des Cahiers de la Recherche / Science & Practice, revue publiée par l'Ordre jusqu'en décembre 2013. Il déclare également avoir reçu jusqu'en 2013 une rémunération à titre de consultant de la part de l'Ordre des psychologues du Québec. Il est également membre de la coalition d'accès à la psychothérapie (CAP).

Patrice St-Amand a déclaré avoir reçu une rémunération à titre de consultant ou d'expert de la part de l'Ordre des psychologues du Québec en 2011.

Responsabilité

L'INESSS assume l'entièvre responsabilité de la forme et du contenu définitifs de ce document. Les conclusions et les recommandations ne reflètent pas forcément les opinions des lecteurs externes ou des autres personnes consultées aux fins de cette production.

COMITÉ SCIENTIFIQUE PERMANENT EN SANTÉ ET EN SERVICES SOCIAUX

Membres

M. Pierre Dostie

- Directeur des clientèles en Dépendances (CSSS et Centre de réadaptation en dépendances), Santé mentale, Enfance, jeunesse et famille, et Santé publique au CSSS de Jonquière
- Chargé de cours en travail social, Université du Québec à Chicoutimi

M. Hubert Doucet

- Consultant en bioéthique
- Professeur associé, Faculté de théologie et de sciences des religions, Université de Montréal

M. Serge Dumont

- Directeur scientifique, CSSS de la Vieille-Capitale
- Directeur du Réseau de collaboration sur les pratiques interprofessionnelles en santé
- Professeur titulaire, École de service social, Université Laval
- Chercheur, Centre de recherche en cancérologie, Hôtel-Dieu de Québec

M^{me} Isabelle Ganache

- Consultante en éthique, Commissaire à la santé et au bien-être
- Professeure adjointe de clinique, Programmes de bioéthique, Département de médecine sociale et préventive, Faculté de médecine, Université de Montréal

M. Jude Goulet

- Pharmacien, chef du Département de pharmacie, Hôpital Maisonneuve-Rosemont

M^{me} Marjolaine Landry

- Conseillère cadre clinicienne au programme-clientèle santé mentale, Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke

M^{me} Claudine Laurier

- Pharmacienne
- Professeure titulaire, Faculté de pharmacie, Université de Montréal

M^{me} Louise Lavergne

- Directrice générale, Institut de réadaptation en déficience physique de Québec

M^{me} Esther Leclerc (présidente)

- Infirmière
- Ex-directrice générale adjointe, Centre hospitalier de l'Université de Montréal

D^r Michaël Malus

- Médecin de famille,
- Chef du département de médecine familiale et responsable du Centre Réseau Intégré Universitaire (CRIU) Herzl de l'Hôpital général juif – Sir Mortimer B. Davis
- Professeur associé, Département de médecine familiale, Université McGill

D^r Maurice St-Laurent

- Gériatre
- Professeur agrégé de clinique, Faculté de médecine, Université Laval

M. Jean Toupin (vice-président)

- Professeur titulaire, Département de psychoéducation, Université de Sherbrooke
- Chercheur, Institut universitaire en santé mentale de Montréal

Membres citoyens

M. Marc Bélanger

- Psychoéducateur à la retraite
- Professionnel expert de l'intervention des autorités publiques et de l'organisation des services en interdisciplinarité et intersectorialité (santé et services sociaux, justice, éducation) auprès des personnes éprouvant des difficultés d'adaptation psychosociale

M^{me} Jeannine Tellier-Cormier

- Professeure en soins infirmiers à la retraite, Cégep de Trois-Rivières

Membres experts invités

M. Éric A. Latimer

- Économiste et professeur titulaire, Département de psychiatrie, Faculté de médecine, Université McGill
- Chercheur, Institut universitaire en santé mentale Douglas

M. Aimé Robert LeBlanc

- Ingénieur, professeur émérite, Institut de génie biomédical, Département de physiologie, Faculté de médecine, Université de Montréal
- Directeur adjoint à la recherche et au développement, Centre de recherche de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal

D^r Réginald Nadeau

- Cardiologue et chercheur, Centre de recherche de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal
- Professeur émérite, Faculté de médecine, Université de Montréal

D^r Raghu Rajan

- Hématologue et oncologue médical, Centre universitaire de santé McGill
- Professeur associé, Université McGill
- Membre du Comité de l'évolution des pratiques en oncologie (CEPO) et du programme de gestion thérapeutique des médicaments

Membre observateur MSSS

D^r Brigitte Bernard

- Pédiatre
- Adjointe exécutive, Bureau du sous-ministre adjoint, Direction générale de la planification, de la performance et de la qualité, ministère de la Santé et des Services sociaux

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ	i
SUMMARY.....	iii
SIGLES ET ABRÉVIATIONS.....	v
GLOSSAIRE	vii
INTRODUCTION.....	1
1 TROUBLES MENTAUX.....	3
1.1 Définition et prévalence	3
1.2 Traitements.....	4
1.2.1 Médicaments psychotropes	4
1.2.2 Psychothérapie	5
1.3 Fardeau économique	5
2 METHODOLOGIE.....	7
2.1 Questions d'évaluation	7
2.2 Méthodes de recherche et d'analyse	8
2.2.1 Types d'évaluation et stratégies de recherche d'information scientifique selon les questions d'évaluation	8
2.2.2 Sélection des études de synthèse.....	9
2.2.3 Analyse de la qualité des études retenues.....	9
2.2.4 Catégorisation de la qualité de la preuve.....	10
2.2.5 Extraction des données	10
3 DONNÉES PROBANTES.....	12
3.1 Efficacité.....	12
3.1.1 Description et qualité des études de synthèse retenues	12
3.1.2 Résultats des études de synthèse portant sur des patients souffrant de troubles dépressifs.....	13
3.1.3 Résultats des études de synthèse portant sur des patients souffrant de troubles anxieux.....	18
3.2 Revue des études de coût-efficacité, coût-utilité et coût-bénéfice de la psychothérapie comparés à la pharmacothérapie	22
3.2.1 Description des études retenues.....	22
3.2.2 Résultats des études analysées	24
4 DISCUSSION	26
4.1 Limites et qualité de la preuve scientifique.....	26
4.2 Principaux constats	27

4.2.1 Aspect de l'efficacité.....	27
4.2.2 Aspect économique	27
CONCLUSION.....	28
RÉFÉRENCES.....	29

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 Effets de la psychothérapie comparés aux effets de la pharmacothérapie sur les patients souffrant de troubles dépressifs	16
Tableau 2 Effets de la psychothérapie comparés aux effets de la pharmacothérapie sur les patients souffrant de troubles anxieux	20

RÉSUMÉ

Introduction

Les troubles mentaux touchent une personne sur cinq au cours de sa vie. Les troubles anxieux et les troubles dépressifs constituent les principaux troubles mentaux dits courants ou modérés. Ils affectent à la fois la personne qui en souffre et son entourage et ont un impact économique substantiel.

Les médicaments psychotropes demeurent l'option thérapeutique la plus souvent proposée aux patients qui présentent des troubles mentaux modérés. La psychothérapie représente pourtant un traitement qu'il conviendrait de considérer.

Contexte

L'accessibilité physique et financière à la psychothérapie reste limitée du fait que seulement le tiers des professionnels habilités à offrir de la psychothérapie pratiquent dans le secteur public et que la politique de couverture et de remboursement de ce service est très restreinte. Cela fait en sorte que ce sont majoritairement les personnes ayant les moyens financiers de débourser le coût des séances ou une assurance privée qui profitent de ce service, lequel est largement disponible dans le secteur privé. En 2012, le Commissaire à la santé et au bien-être a recommandé au gouvernement du Québec de diversifier le panier de services assurés dans le secteur de la santé mentale et d'offrir un accès équitable aux services de psychothérapie. La Direction de la santé mentale du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a donc confié à l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) le mandat d'évaluer les données probantes portant sur l'efficacité et le coût de la psychothérapie comparativement à ceux de la pharmacothérapie dans le traitement des adultes atteints de troubles mentaux courants ou modérés, tels que les troubles anxieux et les troubles dépressifs.

Méthodologie

Un recensement des revues de littérature traitant de la psychothérapie comparée à la pharmacothérapie dans le traitement des adultes atteints de troubles mentaux a d'abord été effectué. La revue de littérature qui était à la fois la plus récente et de bonne qualité selon l'outil d'évaluation AMSTAR (*Assessment of Multiple Systematic Reviews*) a été choisie pour revue de référence aux fins de notre analyse. Celle-ci a été mise à jour en effectuant une revue des revues systématiques qui ont été publiées depuis. La stratégie de recherche documentaire, inspirée de celle de la revue de référence, a été appliquée aux bases de données MEDLINE (par l'interface PubMed), Cochrane Library, CINAHL, Web of Science et HTA (administrée par le Centre for Reviews and Dissemination) ainsi que EconLit concernant le volet économique. L'exploration de la littérature grise a été concentrée sur l'information disponible sur les sites Web du National Institute for Health and Care Excellence (NICE), de la Haute Autorité de Santé (HAS) (France), du Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health (CADTH), de l'American Psychological Association (APA) et des sites traitant particulièrement de l'aspect économique (Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), Health Economic Evaluations Database (HEED) (Alberta Case Cost Reports, Centre for Health Economics, University of York). Les études économiques ont été évaluées à l'aide de la grille de Drummond. Seuls les documents publiés en anglais ou en français ont été retenus. De plus, une catégorisation des niveaux de la qualité de l'ensemble de la preuve scientifique établie en fonction des plans d'étude de même qu'en fonction de la nature des données recueillies a été effectuée.

Résultats

La recherche documentaire et l'application de critères d'inclusion et d'exclusion prédéfinis ont permis de retenir, aux fins d'analyse et concernant l'aspect « efficacité », 1 revue systématique de littérature de référence et 12 revues systématiques. Concernant l'aspect économique, 2 revues d'études économiques et 1 rapport d'évaluation de technologie en santé ont été retenus. Ces revues ont été jugées de bonne qualité selon les grilles AMSTAR et Drummond. Le niveau de l'ensemble de la preuve scientifique a été jugé de qualité modérée à élevée.

De manière générale, les données montrent qu'il n'y a pas de différence significative entre la psychothérapie et la pharmacothérapie sur le plan de la réduction des symptômes des patients souffrant de troubles anxieux ou dépressifs dits modérés, ce qui indique une efficacité comparable de ces deux modes de traitement. Cependant, les avantages de la psychothérapie sont maintenus plus longtemps après la fin du traitement que ceux des médicaments. La psychothérapie offre donc une meilleure protection contre la rechute.

Les effets positifs de la psychothérapie sur les symptômes dépressifs ont été observés auprès de diverses populations adultes: les adultes avec des troubles dépressifs, mais aussi les personnes âgées souffrant de dépression, les patients dépressifs avec un problème de santé physique, les patients dépressifs hospitalisés, suivis en première ligne ainsi que les patients atteints de dépression mineure et de dépression chronique. Les effets de la psychothérapie se sont également avérés comparables à ceux de la pharmacothérapie dans le traitement des patients souffrant de troubles anxieux modérés notamment, le trouble d'anxiété généralisée et le trouble panique.

Les résultats obtenus indiquent également que la combinaison de la psychothérapie et de la pharmacothérapie présente une efficacité supérieure à celle de la psychothérapie seule dans le traitement des patients souffrant de troubles anxieux et dépressifs chroniques ou graves.

Les études économiques montrent qu'à long terme la psychothérapie présente un meilleur rapport coût/efficacité et est plus rentable comparativement à la pharmacothérapie pour le traitement des troubles anxieux et dépressifs.

Conclusion

Sur la base de la preuve établie, jugée de qualité modérée à élevée, l'INESSS conclut que la psychothérapie est aussi efficace que la pharmacothérapie dans le traitement des patients adultes souffrant de troubles anxieux et/ou dépressifs modérés. Cependant, les effets bénéfiques de la psychothérapie se maintiennent plus longtemps après la fin du traitement que ceux associés à la pharmacothérapie et celle-ci réduit la probabilité de rechutes. Les analyses économiques publiées indiquent un meilleur rapport coût/efficacité de la psychothérapie et une meilleure rentabilité à long terme comparativement aux traitements pharmacologiques.

SUMMARY

Evidence brief on equitable access to psychotherapy services
Part 1: Review of the evidence on the effectiveness and cost of psychotherapy compared with those of pharmacotherapy for the treatment of adults with anxiety and depressive disorders

Introduction

Mental health disorders affect one in five people in their lifetime. Anxiety and depressive disorders are the main common or moderate mental health disorders. They affect both the individuals with the disorder and the people around them and have substantial economic impact.

Psychotropic drugs are the treatment option most often proposed to patients presenting with moderate mental health disorders. Psychotherapy is nevertheless a treatment that should be given consideration.

Background

Physical and financial access to psychotherapy remains limited because only one third of professionals qualified to offer it practise in the public sector, and the coverage and reimbursement policy for this service is very restricted. This means that it is mostly people with the financial means or with private insurance who benefit from this service, which is largely available in the private sector. In 2012, the Commissaire à la santé et au bien-être recommended that the Québec government should diversify the basket of insured services in the mental health sector and offer equitable access to psychotherapy services. The Direction de la santé mentale at the Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) thus mandated the Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) to assess the evidence on the effectiveness and cost of psychotherapy compared with those of pharmacotherapy for the treatment of adults with common or moderate mental health disorders, such as anxiety and depressive disorders.

Methodology

A search for literature reviews comparing psychotherapy with pharmacotherapy for the treatment of adults with mental health disorders was conducted. The published review that was both the most recent and of good quality according to the AMSTAR (Assessment of Multiple Systematic Reviews) assessment tool was selected as the reference document for the purposes of our analysis. This review was updated with an analysis of other systematic reviews published since its release. The literature search strategy, modelled on that of the reference review, was applied to Medline (via PubMed), the Cochrane Library, CINAHL, Web of Science, the HTA database (managed by the Centre for Reviews and Dissemination), and, for the economic component, EconLit. Exploration of the grey literature focused on information available on the websites of the National Institute for Health and Care Excellence (NICE), the Haute Autorité de Santé (HAS) (France), the Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health (CADTH), the American Psychological Association (APA) and of those dealing specifically with the economic aspect (Canadian Institute for Health Information, CIHI, Health Economic Evaluations Database, HEED, Alberta Case Cost Reports, Centre for Health Economics, of University of York). The economic studies were assessed using the Drummond checklist. Only articles published in English

or French were selected. In addition, the quality of the scientific evidence was graded as a function of study design and of type of data collected.

Results

For the purposes of the analysis of effectiveness, the literature search and the application of predefined inclusion and exclusion criteria led to the selection of one systematic literature review serving as the reference review and twelve other systematic reviews. Concerning the economic aspect, two reviews of economic studies and one health technology assessment report were selected. These reviews were judged to be of good quality according to the AMSTAR and Drummond checklists. The level of evidence overall was judged to be of moderate to high quality.

In general, the data showed no significant difference between psychotherapy and pharmacotherapy in terms of symptom reduction in patients with moderate anxiety or depressive disorders, indicating comparable effectiveness of these two modes of treatment. Furthermore, the benefits of psychotherapy last longer after the end of treatment than those of medication. Psychotherapy therefore offers better protection against relapse.

The positive effects of psychotherapy on depressive symptoms were observed among various adult populations: adults with depressive disorders, but also older people suffering from depression, patients with depression and physical health problems, patients with depression who were hospitalized, receiving outpatient care or treated in primary care, and patients with minor depression or chronic depression. The effects of psychotherapy were also shown to be comparable to those of pharmacotherapy in the treatment of patients with moderate anxiety disorders, particularly generalized anxiety and panic disorder.

The results obtained also indicated that the combination of psychotherapy and pharmacotherapy is more effective than psychotherapy alone for the treatment of patients with chronic or severe anxiety or depressive disorders.

The economic studies showed that, in the long term, psychotherapy has a better cost-effectiveness ratio and is more cost-effective compared with pharmacotherapy for the treatment of anxiety and depressive disorders.

Conclusion

On the basis of the established evidence, judged to be of moderate to high quality, INESSS concludes that psychotherapy is as effective as pharmacotherapy in the treatment of adult patients with moderate anxiety and/or depressive disorders. Moreover, the beneficial effects of psychotherapy last longer after treatment than those associated with pharmacotherapy, and psychotherapy is associated with a lower likelihood of relapse. The published economic analyses indicate that, compared with pharmacological treatment, psychological interventions have a better incremental cost-effectiveness ratio and greater profitability in the long term.

SIGLES ET ABRÉVIATIONS

AHRQ	Agency for Healthcare Research and Quality (États-Unis)
AMSTAR	<i>Assessment of Multiple Systematic Reviews</i>
APA	American Psychological Association
APA	American Psychiatric Association
APR-DRG	All Patients Refined Diagnosis Related Groups
APS	Australian Psychological Society
AQESENS	Association québécoise des établissements de la santé et des services sociaux
ASPC	Agence de la santé publique du Canada
ASSS	Agence de la santé et des services sociaux
ATC	Antidépresseurs tricycliques
AVCI	Année de vie corrigée du facteur d'invalidité
BDI	Beck Depression Inventory
CADTH	Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health
CASP	Critical Appraisal Skills Programme
CCI	Classification canadienne des interventions en santé
CGI	Clinical Global Impressions of Severity Scale
CIM	Classification internationale des maladies
CLSC	Centre local de services communautaires
CMQ	Conseil médical du Québec
CSBE	Commissaire à la santé et au bien-être
CSR	<i>Clinical Severity Rating</i>
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
CSST	Commission de la santé et de la sécurité du travail
CUSM	Centre universitaire de santé McGill
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
EC	Essai clinique
ECR	Essai clinique randomisé
ESPT	État de stress post-traumatique
ETS	Évaluation des technologies de la santé
FDA	Food and Drug Administration (États-Unis)
GAD-7	<i>Generalized Anxiety Disorder Assessment</i>

GIN	Guidelines International Network
GRADE	Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation
HAS	Haute Autorité de Santé (France)
HDRS	Hamilton Depression Rating Scale
HEED	Health Economic Evaluations Database
IC	Intervalle de confiance
ICIS	Institut canadien d'information sur la santé
ICSI	Institute for Clinical Systems Improvement (États-Unis)
IMAO	Inhibiteur de la monoamine oxydase
INAHTA	International Network of Agencies for Health Technology Assessment
INESSS	Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (Québec)
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
IRSN	Inhibiteurs du recaptage de la sérotonine et de la noradrénaline
ISRS	Inhibiteurs sélectifs du recaptage de la sérotonine
IVAC	Indemnisation des victimes d'actes criminels
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux (Québec)
NHMRC	National Health and Medical Research Council
NICE	National Institute for Health and Care Excellence (Royaume-Uni)
OMS	Organisation mondiale de la Santé
OPQ	Ordre des psychologues du Québec
PDSS	Panic Disorder Severity Scale
QALY	<i>Quality adjusted life year</i>
RAMQ	Régie de l'assurance maladie du Québec
RCED	Rapport coût/efficacité différentiel
RUIS	Réseau universitaire intégré en santé
SAAQ	Société d'assurance automobile du Québec
SF-36	Short-Form (36) Health Survey
TAG	Trouble d'anxiété généralisée
TAS	Trouble d'anxiété sociale
TCC	Thérapie cognitivo-comportementale
TIP	Thérapie interpersonnelle
TOC	Trouble obsessionnel-compulsif
TRP	Thérapie axée sur la résolution des problèmes

GLOSSAIRE

Ampleur de l'effet

L'ampleur ou amplitude de l'effet, aussi appelée « taille d'effet », reflète le gain du groupe traité par rapport au groupe témoin. Elle est généralement définie comme l'écart dans les moyennes entre le groupe expérimental et le groupe témoin divisé par l'écart type des deux groupes. Une ampleur de l'effet est considérée comme petite lorsqu'elle se situe entre 0,20 et 0,50, moyenne, entre 0,50 et 0,80 et grande, au-delà de 0,80.

Essai clinique non randomisé

Essai clinique dans lequel les sujets sont répartis entre un groupe expérimental et un groupe témoin par une méthode non randomisée, en fonction des contraintes pratiques des chercheurs, par exemple, ou par d'autres méthodes comme l'attribution des traitements en alternance¹.

Essai clinique randomisé

Essai portant sur au moins deux interventions, dans lequel les personnes admissibles sont réparties aléatoirement entre le groupe traité et le groupe témoin².

Littérature grise scientifique

Documents publiés à l'intention d'un public restreint et difficilement repérables dans les bases de données courantes. Il s'agit, par exemple, de présentations à des congrès, d'évaluations de technologies de la santé réalisées par des hôpitaux ou de certains documents gouvernementaux.

Méta-analyse

Méthode statistique consistant à combiner de façon systématique les résultats de différentes études afin d'obtenir une estimation quantitative de l'effet global d'une intervention ou d'une variable particulière³.

Niveau de preuve

Le niveau de preuve est défini comme la signification clinique et statistique des résultats d'une étude. Il est déterminé par l'ampleur, la précision et la reproductibilité de l'effet de l'intervention étudiée.

Psychothérapie

La Loi n° 21 définit la psychothérapie comme étant « un traitement psychologique pour un trouble mental, pour des perturbations comportementales ou pour tout autre problème entraînant une souffrance ou une détresse psychologique, qui a pour but de favoriser chez le client des changements significatifs dans son fonctionnement cognitif, émotionnel ou comportemental, dans son système interpersonnel, dans sa personnalité ou dans son état de

¹ Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Glossaire en ETS [site Web]. Disponible à : <http://htaglossary.net/tiki-index.php?switchLang=fr>.

² *Ibid.*

³ *Ibid.*

santé. Ce traitement va au-delà d'une aide visant à faire face aux difficultés courantes ou d'un rapport de conseils ou de soutien »⁴.

La psychothérapie au sens de la loi 21 n'inclut pas d'autres interventions telles que l'intervention de crise, l'intervention de soutien, l'intervention conjugale et familiale, la rencontre d'accompagnement, l'accompagnement individuel ou le coaching, l'éducation psychologique, la réadaptation et le suivi clinique.

Le terme « intervention ou traitement psychologique » est utilisé ici comme un terme général qui englobe à la fois ou désigne selon le cas la psychothérapie telle que définie par la loi 21 et les autres interventions. Revue de la littérature

Résumé, avec ou sans interprétation, des résultats de recherche³ relevés dans la littérature scientifique. La revue de la littérature peut inclure tant des recherches qualitatives que diverses analyses systématiques et quantitatives telles que les méta-analyses⁵.

Revue narrative

Synthèse d'études originales qui n'ont pas été répertoriées ou analysées de façon systématique, c'est-à-dire standardisées et objectives⁶.

Revue systématique

Forme de recension structurée des publications portant sur une question formulée de façon à ce qu'on puisse y répondre en analysant les articles qui s'y rapportent. Ce type de revue inclut des méthodes objectives de recherche documentaire, la mise en application de critères prédéterminés d'inclusion et d'exclusion des articles, l'évaluation critique des publications pertinentes ainsi que l'extraction et la synthèse des données probantes qui permettent de formuler des conclusions⁷.

Thérapies d'orientation cognitivo-comportementale

Les spécialistes de ces approches considèrent que les difficultés psychologiques sont liées à des pensées ou à des comportements inadéquats qui ont été appris par une personne dans son environnement quotidien. Il s'agit donc d'analyser ces comportements et pensées, ainsi que le milieu de vie de la personne, et d'apprendre de nouveaux comportements, de remplacer ces pensées ou émotions non désirées par d'autres qui sont davantage adaptées. La thérapie comportementale et la thérapie émotivo-rationnelle sont des exemples d'approches associées à cette orientation⁸.

Thérapies d'orientation existentielle humaniste

Les approches de cette orientation sont fondées sur la capacité de l'être humain à diriger son existence et à se réaliser pleinement. L'accent est mis sur le moment présent, sur la capacité de la personne à prendre conscience de ses difficultés actuelles, de les comprendre et de modifier en conséquence sa façon d'être ou d'agir. Le psychologue facilite ainsi l'exploration de soi engagée par le client de même que l'expérimentation de nouvelles façons d'être ou d'agir. La

⁴ Source : Guide explicatif –PL n° 21 – Septembre 2012. Annexe 3, disponible à : http://www.ordrepsy.qc.ca/sn_uploads/fck/pdf/public/projet_de_loi_21/Tableau_des_activites_reservees.pdf.

⁵ *Ibid.*

⁶ *Ibid.*

⁷ *Ibid.*

⁸ Ordre des psychologues du Québec. Orientations théoriques [site Web]. Disponible à : <http://www.ordrepsy.qc.ca/fr/public/la-psychotherapie/orientations-theoriques.sn>.

personne qui consulte est considérée comme un « client » qui est sur un pied d'égalité avec le thérapeute. L'approche rogérienne, la thérapie gestaltiste et l'autodéveloppement sont des exemples d'approches issues de ce courant de pensée⁹.

Thérapies d'orientation psychodynamique

Fortement influencées par la psychanalyse et faisant appel à la notion d'inconscient, ces approches établissent un lien entre les difficultés actuelles et les expériences, les conflits refoulés et non résolus de l'histoire personnelle. La personne est ainsi amenée à prendre progressivement conscience de l'influence des conflits inconscients sur son fonctionnement actuel afin de les comprendre et de s'en dégager graduellement¹⁰.

Thérapies d'orientation systémique

Dans cette approche, on considère que les problèmes personnels surgissent et se maintiennent à cause du genre d'interaction entre une personne et son entourage (famille, amis, équipe de travail, etc.). Après une analyse de la situation problématique, l'objectif de la psychothérapie est de modifier les relations entre la personne et son entourage. Il est ainsi fréquent que le psychologue rencontre des membres importants de l'entourage de son client. La thérapie familiale et la thérapie brève constituent des exemples de cette orientation¹¹.

Trouble dysthymique ou dysthymie

Forme de dépression chronique caractérisée par un trouble de l'humeur de type dépressif, présent pendant la plus grande partie de la journée et se poursuivant pendant au moins 2 ans (1 an chez les enfants et les adolescents)¹².

Troubles mentaux graves

Les troubles sont dits graves « lorsqu'ils sont associés à un niveau d'incapacité qui interfère de façon significative dans les relations interpersonnelles, les compétences sociales de base et la capacité fonctionnelle dans la production d'un travail. Une incapacité (suivie, prolongée ou durable) dans au moins l'un de ces trois domaines majeurs de la vie constitue un indice pour reconnaître ce que nous entendons par troubles mentaux graves » selon le Plan d'action en santé mentale 2005-2010 – La force des liens [MSSS, 2005].

Troubles mentaux modérés

Les troubles sont dits modérés « s'ils répondent à certains critères de diagnostic, suffisamment importants pour entraver le fonctionnement habituel d'un individu, et nécessitent un traitement, selon les standards professionnels largement reconnus » selon le Plan d'action en santé mentale 2005-2010 – La force des liens [MSSS, 2005].

⁹ Ibid.

¹⁰ Ibid.

¹¹ Ibid.

¹² Office québécois de la langue française (OQLF). Le grand dictionnaire terminologique [site Web]. Disponible à : http://gdt.oqlf.gouv.qc.ca/ficheOqlf.aspx?Id_Fiche=8397180.

INTRODUCTION

Les troubles mentaux touchent une personne sur cinq au cours de sa vie [CSBE, 2012]. En 2012, un rapport de l’Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) estimait que la prévalence annuelle des troubles mentaux traités au Québec se situait autour de 12 %. Les troubles anxieux et les troubles dépressifs représenteraient près de 65 % de l’ensemble des troubles mentaux [INSPQ, 2012]. Ils constituent les principaux troubles mentaux dits courants ou modérés. Ces troubles affectent à des degrés divers non seulement la personne atteinte, mais aussi son entourage et ils ont un impact majeur sur les coûts en soins de santé et en perte de productivité.

La prise en charge thérapeutique des personnes atteintes de troubles dépressifs ou anxieux passe, entre autres, par la prise de médicaments psychotropes et par le traitement psychologique. Or, les médicaments psychotropes constituent souvent la seule option thérapeutique proposée par les omnipraticiens aux usagers qui présentent des problèmes de santé mentale [Fleury et Grenier, 2012]. Ainsi, en 2010, chez les assurés du régime public, près de 1 assuré sur 7 s’est vu prescrire un antidépresseur [Conseil du médicament, 2011]. Pourtant, la psychothérapie représente un traitement qu’il conviendrait de considérer. En effet, plusieurs études ont démontré que diverses formes de psychothérapie sont efficaces dans le traitement des troubles anxieux ou dépressifs [APA, 2012].

Malheureusement l’accessibilité physique et financière à la psychothérapie reste limitée en raison de l’absence de couverture hors du réseau public de santé ou dans le cadre de programmes spéciaux. Au Québec, les services de psychothérapie peuvent être offerts par des psychologues, des médecins et les membres de certains ordres professionnels ayant un permis pour l’exercice de la psychothérapie, notamment les travailleurs sociaux, les conseillers d’orientation, les infirmières et infirmiers, les psychoéducateurs, les thérapeutes conjugaux et familiaux ainsi que les ergothérapeutes. Malgré le nombre important de professionnels pouvant dispenser des services de psychothérapie, les données actuelles de l’Ordre des psychologues du Québec (OPQ) indiquent qu’un tiers d’entre eux seulement pratique dans le secteur public où ces services sont couverts par le régime québécois d’assurance maladie. Le réseau public étant déjà fort sollicité, cette situation entraîne une longue liste d’attente où les délais peuvent aller jusqu’à plusieurs mois, voire des années. Les services de psychothérapie dispensés dans le secteur privé ne sont pas couverts par la Régie de l’assurance maladie du Québec (RAMQ) et leur accès s’en trouve dès lors limité aux personnes qui ont les moyens financiers de défrayer le prix des séances ou une assurance collective ou privée. Certaines personnes peuvent également avoir accès à la psychothérapie grâce à des programmes spéciaux, dont ceux offerts aux victimes d’accidents de la route par la Société d’assurance automobile du Québec (SAAQ), aux victimes d’accidents de travail par la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST), aux personnes victimes d’actes criminels par la Direction de l’indemnisation des victimes d’actes criminels (IVAC), laquelle relève de la CSST, ou encore aux Autochtones par le programme fédéral des services de santé non assurés.

Dans son rapport portant sur l’appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux, le Commissaire à la santé et au bien-être a recommandé au gouvernement du Québec de diversifier le panier de services assurés dans le secteur de la santé mentale et d’offrir un accès équitable aux services de psychothérapie [CSBE, 2012]. C’est dans ce contexte que le ministre de la Santé et des Services sociaux a sollicité la collaboration de l’INESSS afin d’obtenir un

avis fondé sur une analyse plus approfondie des impacts socioéconomiques, au Québec, de la mise en œuvre de cette recommandation.

Le mandat confié à l'INESSS était d'effectuer une analyse comparative de la psychothérapie et des médicaments psychotropes dans le traitement des patients souffrant de troubles mentaux modérés, notamment les troubles dépressifs et les troubles anxieux. Plus particulièrement, le mandat comporte les volets suivants :

- examiner les données scientifiques sur l'efficacité comparée de la psychothérapie et des médicaments psychotropes et le rapport coût-efficacité de la psychothérapie par rapport aux médicaments psychotropes (volet I);
- répertorier et analyser différents modèles organisationnels permettant l'accessibilité à la psychothérapie pour toute personne ayant un trouble mental qui requiert une psychothérapie (volet II);
- évaluer l'impact financier découlant de la couverture plus étendue des services de psychothérapie dans le panier de services assurés (volet III).

Le présent document (volet I) porte sur l'examen des données probantes sur l'efficacité et le rapport coût/efficacité de la psychothérapie comparativement à ceux de la pharmacothérapie dans le traitement des troubles anxieux ou dépressifs.

1 TROUBLES MENTAUX

1.1 Définition et prévalence

Le trouble mental est un syndrome caractérisé par une perturbation cliniquement significative de la cognition, de la régulation de l'émotion ou du comportement d'un individu qui reflète un dysfonctionnement dans le processus biologique, psychologique ou du développement sous-jacent au fonctionnement mental. Les troubles mentaux sont généralement associés à une importante détresse et à une invalidité dans les activités quotidiennes, sociales et professionnelles [APA, 2013]. La description et la classification des troubles mentaux se font à l'aide du système de classification diagnostique de l'American Psychiatric Association (APA), soit le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM) et celui de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), la Classification internationale des maladies (CIM).

La prévalence et l'incidence des troubles mentaux sont en nette augmentation dans le monde selon la majorité des enquêtes épidémiologiques. Ces troubles constituent la principale cause d'invalidité et entraînent des coûts importants. Ces coûts sont dus principalement aux conséquences fonctionnelles et sociales de ces troubles, telles que la perte de productivité, l'incidence financière sur la famille et les coûts associés à leur traitement. En 2010, les données d'enquêtes de l'Institut de la statistique du Québec (ISQ) indiquaient que près de 1 personne sur 5 serait atteinte d'un trouble mental au cours de sa vie [CSBE, 2012; ISQ, 2010]. En 2012, un rapport de l'INSPQ estimait que la prévalence annuelle des troubles mentaux au Québec se situait autour de 12 %. Les troubles anxieux et dépressifs représentent près de 65 % de l'ensemble des troubles mentaux et touchent environ 7,5 % de la population [INSPQ, 2012]. À l'exception du trouble obsessionnel-compulsif (TOC), où les ratios établis en fonction du sexe sont équivalents, ces troubles sont prédominants chez les femmes ainsi que chez les jeunes âgés de 18 à 24 ans [Fournier *et al.*, 2002].

Les troubles anxieux se caractérisent par une peur intense irraisonnée ou excessive, souvent déclenchée par la présence ou l'anticipation de la confrontation à un objet ou à une situation phobique. Les troubles anxieux les plus fréquents sont le trouble panique (avec ou sans agoraphobie), le trouble d'anxiété généralisée, le trouble d'anxiété sociale ou phobie sociale, les phobies spécifiques ainsi que le trouble obsessionnel-compulsif¹³ [APA, 2013].

Les troubles dépressifs (aussi appelés troubles de l'humeur avant la 5^e édition du DSM publiée en juin 2013) réfèrent principalement à la dépression majeure et à la dysthymie¹⁴. Les troubles dépressifs se caractérisent par la présence d'une humeur triste ou irritable, accompagnée de changements somatiques et cognitifs qui affectent considérablement la capacité de l'individu à fonctionner normalement [APA, 2013].

On observe une comorbidité élevée entre les troubles dépressifs et les troubles anxieux. Ainsi, au cours de sa vie, au moins une personne sur trois souffrant d'un trouble anxieux sera susceptible de développer un autre trouble, soit une dépression majeure ou un trouble dysthymique¹⁵ [Poulin *et al.*, 2004 ; Regier *et al.*, 1998]. Bien que dans une proportion moindre,

¹³ Dans le DSM-V, le trouble obsessionnel-compulsif est classé dans une catégorie distincte des autres troubles anxieux.

¹⁴ Dans le DSM-V, les troubles dysthymiques sont classés dans une catégorie distincte des autres troubles dépressifs.

¹⁵ Agence de la santé publique du Canada (ASPC). Les troubles anxieux : orientations futures de la recherche et du traitement. Chapitre2 : Aperçu des troubles anxieux [site Web]. Disponible à : <http://www.phac-aspc.gc.ca/mh-sm/pubs/anxiety-anxieuses/chapitre2-fra.php>.

on observe également une certaine comorbidité entre les troubles dépressifs ou anxieux et les maladies physiques, par exemple le risque de maladies cardiovasculaires dans le cas de la dépression [Barth *et al.*, 2004].

Lorsqu'ils ne sont pas traités, les troubles anxieux et les troubles dépressifs ont tendance à devenir de plus en plus graves, récurrents et chroniques et à être associés à un risque suicidaire élevé [Sareen *et al.*, 2005]. Par ailleurs, ces troubles affectent à des degrés divers non seulement la personne atteinte, mais aussi son entourage. Les troubles anxieux ou dépressifs ont également un impact majeur sur les coûts en soins de santé et sur la perte de productivité des personnes qui en souffrent.

1.2 Traitements

1.2.1 Médicaments psychotropes

L'OMS définit les médicaments psychotropes comme des médicaments qui agissent sur la fonction, le comportement ou l'expérience psychique [OMS, 1967]. Ils constituent un groupe de médicaments utilisés en vue de rétablir l'équilibre chimique dans le cerveau, en agissant notamment sur certains neurotransmetteurs (par exemple la dopamine et la sérotonine). De façon générale, les médicaments psychotropes sont reconnus pour être relativement efficaces dans le traitement des troubles mentaux. Ils produisent toutefois des effets indésirables, tant sur le plan physique (effets secondaires extrapyramidaux, gain de poids) que sur le plan psychologique (agressivité, idées suicidaires).

Les médicaments psychotropes sont classés dans cinq grandes familles (voir le tableau A.1. de l'annexe A), à savoir :

- les antidépresseurs, utilisés dans le traitement de la dépression et de certains troubles anxieux;
- les anxiolytiques, utilisés dans le traitement des troubles anxieux et des troubles de l'adaptation accompagnés d'humeur anxieuse ou dépressive;
- les antipsychotiques, utilisés dans le traitement des troubles psychotropes (notamment la schizophrénie);
- les hypnotiques, utilisés dans le traitement des troubles du sommeil;
- les thymorégulateurs ou stabilisateurs de l'humeur, utilisés dans le traitement des troubles bipolaires.

L'usage des médicaments psychotropes, notamment les antidépresseurs, est en nette augmentation [INESSS, 2012]. Ces médicaments constituent souvent la seule option thérapeutique proposée par les omnipraticiens aux usagers en détresse psychologique [Fleury et Grenier, 2012]. Ainsi, en 2010, chez les assurés du régime public, près de un assuré sur sept s'est fait prescrire un antidépresseur, en grande majorité, par son médecin de famille [Conseil du médicament, 2011]. Ces médicaments sont généralement couverts par le régime général d'assurance médicaments du Québec et sont donc facilement accessibles.

1.2.2 Psychothérapie

Le projet de loi n° 21 a été adopté en juin 2009 et la Loi modifiant le Code des professions ainsi que d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale est entrée en vigueur en septembre 2012. La psychothérapie y est définie comme étant « un traitement psychologique pour un trouble mental, pour des perturbations comportementales ou pour tout autre problème entraînant une souffrance ou une détresse psychologique, qui a pour but de favoriser chez le client des changements significatifs dans son fonctionnement cognitif, émotionnel ou comportemental, dans son système interpersonnel, dans sa personnalité ou dans son état de santé. Ce traitement va au-delà d'une aide visant à faire face aux difficultés courantes ou d'un rapport de conseils ou de soutien »¹⁶.

Il existe plusieurs types de psychothérapie découlant des quatre principales orientations théoriques, à savoir cognitivo-comportementale, existentielle humaniste, psychodynamique et systémique.

La plupart des guides de pratique clinique recommandent la psychothérapie pour le traitement de différents troubles mentaux modérés [NICE, 2011; AIHW, 2010; CANMAT, 2009; NICE, 2009; NICE, 2005a; NICE, 2005b; NICE, 2004]. Celle-ci est considérée comme un traitement ou un complément efficace à la médication, notamment dans le traitement des troubles dépressifs ou anxieux [APA, 2012]. Elle peut être donnée individuellement ou en groupe par des professionnels formés à cette fin et autorisés par la loi à offrir des services de psychothérapie (psychologues, médecins et autres professionnels ayant rempli les conditions pour l'obtention d'un permis d'exercice).

En général, la psychothérapie demeure le traitement de choix de la plupart des personnes ayant des troubles de santé mentale [Gaudiano *et al.*, 2013; McHugh *et al.*, 2013]. Toutefois, au Québec, l'accessibilité physique et financière à la psychothérapie reste limitée en raison de l'absence de couverture hors du réseau de la santé et des services sociaux ou dans le cadre de programmes spéciaux. Par ailleurs, seulement le tiers des professionnels autorisés à exercer la psychothérapie au Québec pratique dans le secteur public, où les services de psychothérapie sont couverts par le régime public d'assurance maladie. Cela entraîne une longue liste d'attente où les délais peuvent aller jusqu'à plusieurs mois, voire plusieurs années. Les services de psychothérapie peuvent également être accessibles gratuitement grâce à des programmes spéciaux tels que ceux offerts aux victimes d'accidents de la route par la SAAQ, aux victimes d'accidents de travail par la CSST, aux victimes d'actes criminels par l'IVAC et aux Autochtones par le programme fédéral des services de santé non assurés. Dans la plupart des cas, toutefois, les personnes ont accès aux services de psychothérapie par une assurance collective ou privée.

1.3 Fardeau économique

Selon l'OMS, plus de 10 % du fardeau de l'ensemble des maladies, mesuré en années de vie en bonne santé perdues, peut être attribué à l'ensemble des troubles mentaux. Lorsque seules les années vécues avec une incapacité sont comptées, cette proportion est de plus du double, soit 25 % de la charge de l'ensemble des maladies [WHO, 2013]. Parmi celles-ci, la dépression est une des principales causes d'invalidité et a un impact économique important.

¹⁶ Source : Guide explicatif –PL n° 21 – Septembre 2012. Annexe 3, disponible à : http://www.ordrepsy.qc.ca/sn_uploads/fck/pdf/public/projet_de_loi_21/Tableau_des_activites_reservees.pdf.

Au Royaume-Uni, en 2005, les pertes sociétales en raison de troubles de santé mentale étaient estimées à 17 milliards de livres sterling, soit 1,5 % du produit intérieur brut (PIB) [Layard, 2006; Layard *et al.*, 2006]. En 1998, au Canada, les troubles mentaux constituaient 23 % des charges de l'ensemble des maladies [CmQ, 2001], soit des coûts annuels directs de 4,7 milliards de dollars et des coûts annuels indirects d'environ 3,2 milliards de dollars [Santé Canada, 2002]. En 2012, les coûts directs et indirects associés aux troubles mentaux auraient avoisiné 60 milliards de dollars, soit 3,4 % du PIB canadien [Peachey *et al.*, 2013]. Ces coûts reflètent ainsi les conséquences générales inhérentes aux troubles mentaux, telles que les coûts assumés par le patient lui-même, par son milieu de travail (formation et embauche des remplaçants en cas d'absentéisme, baisse de productivité) ainsi que les coûts relatifs au traitement d'autres problèmes de santé associés.

Les coûts des médicaments constituent une grande partie de ces coûts et la consommation de médicaments psychotropes est en augmentation constante. De fait, l'usage des antidépresseurs chez les adultes québécois couverts par le régime public d'assurance médicaments a augmenté de 8,3 % de 2005 à 2009 [Conseil du médicament, 2011]. De plus, selon une estimation, en 2003, les troubles mentaux comptaient pour 30 % de l'ensemble des demandes de prestations d'invalidité au Canada. Ces coûts représentent 70 % des coûts totaux associés aux troubles mentaux, soit un coût annuel estimé de 15 à 33 milliards de dollars [ASPC, 2006; Sroujian, 2003].

En 2006, l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) estimait que les personnes ayant des troubles mentaux, qu'ils soient primaires ou consécutifs à un autre problème médical, comptaient pour 30 % de tous les séjours dans les hôpitaux et que plus du tiers d'entre elles (37 %) seraient réadmises au cours de l'année suivante [INSPQ, 2008; ICIS, 2006].

Mentionnons par ailleurs qu'au cours d'une année, seulement 40 % des Canadiens ayant rapporté souffrir d'un problème de santé mentale ont dit consulter un professionnel de la santé concernant ce problème, et seulement 10 % ont dit recourir à des services de santé pour y remédier [Lesage *et al.*, 2006]. De même, une étude réalisée dans la population montréalaise en 2001 indique que 18 % de cette population avait besoin de soins de santé mentale; ces besoins ont été satisfaits dans une proportion de 20 %. Une réponse qualifiée d'inadéquate a été donnée dans 70 % des cas alors que 10 % de ces besoins ont été jugés impossibles à satisfaire [Fournier *et al.*, 2001]. Ce manque de recours aux services de santé mentale peut découler non seulement de la peur de la stigmatisation associée aux troubles mentaux, mais aussi du manque de ressources et de l'accessibilité limitée aux soins de santé mentale, ce qui est le cas des services de psychothérapie, par exemple.

2 MÉTHODOLOGIE

2.1 Questions d'évaluation

L'objet du présent avis est d'effectuer une analyse comparative de la psychothérapie et de la pharmacothérapie dans le traitement des patients souffrant de troubles mentaux modérés, tels que les troubles dépressifs et les troubles anxieux. Cette analyse porte sur l'efficacité, le rapport coût/efficacité, le rapport coût/utilité ou le rapport coût/bénéfice ainsi que sur les modèles de couverture et de remboursement de la psychothérapie permettant d'offrir un accès équitable à ce service. Un modèle logique et un cadre d'analyse sont présentés dans l'annexe B. Ils présentent le modèle utilisé pour réaliser cette évaluation de même que la démarche ayant servi à réaliser la revue systématique de la littérature. Les questions d'évaluation spécifiques de chacun de ces volets sont les suivantes :

Volet I : Examen des données probantes

- Quelle est l'efficacité de la psychothérapie comparée directement à celle de la pharmacothérapie offerte seule ou en combinaison avec la psychothérapie dans le traitement des patients souffrant de troubles dépressifs et anxieux?
- Quel est le rapport coût/efficacité, le rapport coût/utilité ou le rapport coût/bénéfice de la psychothérapie comparé à celui de la pharmacothérapie dans le traitement des patients souffrant de troubles dépressifs et anxieux?

Volet II : Analyse descriptive des conditions et des modalités de pratique et de couverture

- Quelles sont les conditions et les modalités actuelles de pratique et de couverture de la psychothérapie au Québec ?
- Quelles sont les conditions et les modalités de pratique et de couverture de la psychothérapie dans les autres juridictions sur le plan national (au Canada en général) et international (exemple du Royaume-Uni et de l'Australie)?

Volet III : Proposition et évaluation des modèles de couverture de la psychothérapie dans le panier de services

- Quels sont les modèles adéquats d'introduction de la psychothérapie dans l'arsenal thérapeutique au Québec en vue d'augmenter son accessibilité et quel seront les impacts financiers de leur mise en œuvre?

Le présent document ne traite que du volet I et porte sur l'examen des données probantes. Seule la méthodologie permettant de répondre spécifiquement aux questions de ce premier volet y est présentée.

2.2 Méthodes de recherche et d'analyse

2.2.1 Types d'évaluation et stratégies de recherche d'information scientifique selon les questions d'évaluation

Aspects de l'efficacité

L'évaluation des données probantes a été effectuée en procédant à une revue des revues systématiques et des rapports d'évaluation des technologies de la santé (ETS). La stratégie de recherche d'information (voir l'annexe C) de la littérature scientifique a permis, dans un premier temps, de repérer une revue systématique de la littérature publiée en 2010 par l'Australian Psychological Society (APS) [APS, 2010]. Celle-ci ayant été jugée de bonne qualité méthodologique selon l'outil d'évaluation AMSTAR (*Assessment of Multiple Systematic Reviews*), une mise à jour de cette revue a été effectuée en utilisant la même stratégie de recherche que celle utilisée dans la revue australienne. La période de 2009 à 2013 a été retenue pour « filtre temporel » afin de chevaucher la date d'apparition des études incluses dans la revue australienne considérée comme la revue de référence. Seules les publications de langue française et anglaise ont été retenues. Les banques de données suivantes ont été consultées : MEDLINE, EMBASE, ERIC, PsycInfo, Social Care Online, Web of Science, CINAHL, Campbell Collaboration et Cochrane Library. À la suite de cette mise à jour, seules les revues systématiques et les méta-analyses repérées ont été retenues parce que la plupart des études primaires, en majorité les essais cliniques randomisés (ECR), étaient incluses dans ces revues de synthèse.

En ce qui a trait à la littérature grise, les sites Web des agences d'évaluation des technologies et des associations suivantes ont été consultés : European Network of Health Economic Evaluation Databases (EURO NHEED), International Network for Agencies for Health Technology Assessment (INAHTA), Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), National Health and Medical Research Council (NHMRC), National Institute for Health and Care Excellence (NICE), Haute Autorité de Santé (HAS), Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health (CADTH), Swedish Council on Technology Assessment in Health Care (SBU), American Psychological Association (APA). Les publications en français et en anglais couvrant la période de 2006 à 2013 ont été retenues.

Aspect économique

La stratégie de recherche d'information (voir l'annexe C) de la littérature scientifique a été restreinte aux revues de synthèse d'études économiques. Les banques de données mentionnées précédemment ont été consultées à nouveau (MEDLINE, EMBASE, ERIC, PsycInfo, Social Care Online, Web of Science, CINAHL, Campbell Collaboration et Cochrane Library). La période de 2006 à 2013 a été considérée. Seules les publications en français et en anglais ont été retenues.

En ce qui a trait à la littérature grise, les sites mentionnés précédemment ont été consultés (NICE, HAS, CADTH, APA, etc.) de même que les sites traitant spécifiquement de l'aspect économique : EconLit, ICIS, EURO NHEED, Alberta Case Cost Reports, Centre for Health Economics, University of York. Encore une fois, la période de 2006 à 2013 a été considérée et seules les publications en français et en anglais ont été retenues.

2.2.2 Sélection des études de synthèse

La sélection des études a été faite par un premier auteur (CJ) et validée par un deuxième (AKF); les divergences ont été réglées par consensus. Le test de concordance kappa¹⁷ mesurant l'accord entre les auteurs a été utilisé [Landis et Koch, 1977].

Critères d'inclusion

Types d'études

- Études de synthèse : revues systématiques, y compris les méta-analyses des études qualitatives ou quantitatives ou mixtes, rapports d'ETS.
- Revue d'études économiques.

Populations : adultes ayant reçu un diagnostic de trouble anxieux ou dépressif

Interventions : psychothérapie incluant les principales thérapies offertes au Québec (psychodynamique, cognitivo-comportementale, systémiques et humanistes)

Comparateurs : pharmacothérapie seulement ou combinaison de la psychothérapie et de la pharmacothérapie

Résultats

- Réduction des symptômes d'anxiété et de dépression;
- Rapport coût/efficacité ou rapport coût/utilité (rapport coût/efficacité différentiel ou RCED, rapport coût/année de vie corrigé du facteur d'invalidité [AVCI] ou quality adjusted life years [QALY] ou rapport coût/ bénéfice [ratio]).

Durée de suivi : à court, moyen et long terme.

Milieux : milieu hospitalier, soins ambulatoires, consultations externes.

Critères d'exclusion

Les types de publications suivants ont été exclus de l'analyse :

- études primaires¹⁸ : essais cliniques randomisés ou non, études observationnelles (études de cohortes, études cas témoins);
- études de cas, enquêtes, éditoriaux, lettres, résumés et rapports de conférence;
- études sur des personnes souffrant d'autres troubles de santé mentale (dysthymie¹⁹, trouble bipolaire, démence, schizophrénie, trouble de la personnalité, trouble de l'alimentation, toxicomanie, etc.).

2.2.3 Analyse de la qualité des études retenues

L'analyse de la qualité méthodologique des études a été effectuée en double et de façon indépendante par deux auteurs (AKF, CJ). Selon les cas, les grilles d'évaluation suivantes ont été utilisées :

¹⁷ L'interprétation du kappa (k) est documentée par Landis et Koch [1977], où une valeur de k de 0,01 à 0,2 représente un accord léger ou très faible; une valeur de k de 0,21 à 0,40, un accord passable ou faible; un valeur de k de 0,41 à 0,60, un accord modéré; un valeur de k de 0,61 et 0,80, un accord substantiel ou fort, un valeur de k de plus de 0,80, un accord excellent ou presque parfait.

¹⁸ Les études primaires sont exclues parce qu'elles sont déjà incluses dans les études de synthèse recherchées.

¹⁹ Ce trouble n'a pas été inclus dans la revue bien qu'il soit considéré comme un trouble dépressif.

- l'outil d'évaluation AMSTAR (*Assessment of Multiple Systematic Reviews*) a servi à évaluer les revues systématiques avec ou sans méta-analyse [Shea *et al.*, 2007];
- la grille de Drummond a servi à évaluer les études économiques [Drummond *et al.*, 1998].

2.2.4 Catégorisation de la qualité de la preuve

La catégorisation de la qualité de la preuve a été effectuée par un auteur et validé par le deuxième; les divergences ont été réglées par consensus. Cette catégorisation a été effectuée en tenant compte du devis des études incluses dans les revues de synthèse retenues, mais aussi en fonction de la nature des données recueillies (quantitatives ou qualitatives) et de l'échelle proposée par le groupe de travail de l'American College of Chest Physicians [Guyatt *et al.*, 2006]. Ce système distingue les catégories suivantes pour juger de la qualité de la preuve scientifique fondée sur les données probantes :

- élevée : si la preuve est soutenue par les résultats d'essais cliniques randomisés (ECR) sans limites méthodologiques importantes ou études observationnelles comportant de forts éléments de preuve;
- modérée : si cette preuve est fondée sur des ECR ayant des limites importantes (résultats contradictoires, failles méthodologiques et preuve indirecte ou imprécise) ou études observationnelles comportant de très forts éléments de preuve;
- faible : si la preuve est fondée sur des études observationnelles ou des séries de cas.

2.2.5 Extraction des données

L'extraction des données a été faite de façon indépendante par les deux auteurs. Des grilles d'extraction ont été établies afin de documenter les caractéristiques des études [plan, taille de l'échantillon] et de la population recrutée (âge, sexe et diagnostic), les interventions, la durée des suivis, les résultats et les conclusions.

Paramètres de résultats

Dans les études retenues aux fins de l'analyse, l'**efficacité** de la psychothérapie a été évaluée à partir de la taille de l'effet des résultats suivants :

Le degré de réduction des symptômes, mesuré à l'aide de différentes échelles, soit :

- concernant la dépression : l'échelle de dépression de Beck (*Beck Depression Inventory* (BDI)), l'échelle de détresse de Beck (*Beck Hopelessness Scale*), l'échelle de dépression de Hamilton (*Hamilton Depression Rating Scale* (HDRS));
- concernant le trouble d'anxiété généralisée : le questionnaire GAD-7 (*Generalised Anxiety Disorder Assessment*) et concernant le trouble panique : l'échelle PDSS (*Panic Disorder Severity Scale*);
- la gravité des symptômes mesurée à l'aide de l'échelle CGI (*Clinical Global Impressions of Severity*).

Les aspects économiques ont été évalués sur le plan des coûts de traitement et du rapport coût/efficacité différentiel (RCED), du rapport coût/utilité ou du rapport coût/bénéfice.

Interprétation des paramètres de résultats de différentes échelles

L'interprétation des différentes échelles utilisées pour mesurer le degré de réduction des symptômes, se fait de la façon suivante :

- a) Échelle de dépression de Beck (BDI : *Beck Depression Inventory*), complétée par le patient : un score inférieur à 10 correspond à l'absence de dépression clinique, un score de 10 à 18, à une dépression légère, un score de 19 à 29, à une dépression modérée et un score supérieur ou égal à 30, à une dépression grave. [Gloaguen *et al.*, 1998; Beck *et al.*, 1996] ;
- b) Échelle de dépression de Hamilton (HDRS : *Hamilton Depression Rating Scale*), complétée par le patient : il existe plusieurs interprétations [Kriston et von Wolff, 2011] mais celle proposée par NICE [2009] a été retenue. Celle-ci indique qu'un score au HDRS inférieur à 8 correspond à l'absence de dépression clinique; un score compris entre 8 et 13 à la présence d'une dépression sous le seuil clinique; un score entre 14 et 18 à une dépression de sévérité légère ; un score entre 19 et 22 à une dépression de sévérité modérée et un score supérieur ou égal à 23 à une dépression sévère ;
- c) Le *Beck Hopelessness Scale*, rempli par le patient, évalue le degré de détresse psychologique : un score compris entre 0 et 3 indique l'absence de détresse psychologique; un score entre 4 et 8 à une détresse légère; un score entre 9 et 14 à une détresse modérée ; et un score supérieur ou égal à 15 à un degré de détresse psychologique sévère [Beck *et al.*, 1974] ;
- d) *Generalised Anxiety Disorder Assessment*, complété par le patient, dont les scores de 5, 10 et 15 correspondent respectivement à une anxiété légère, modérée et sévère [Spitzer *et al.*, 2006] ;
- e) *Panic Disorder Severity Scale*, rempli par le patient, un score compris entre 0 et 1 qui correspond à 'normal'; un score entre 2 et 5 à 'état limite'; un score entre 6 et 9 à 'légèrement atteint'; un score entre 10 et 13 à 'modérément atteint'; et un score supérieur ou égal à 14 à 'nettement atteint' [Furukawa *et al.*, 2009] ;
- f) *Clinical Global Impressions of severity scale*, complété par le clinicien, qui peut être un point de score égal à 1 soit 'normal ou aucune atteinte'; 2 soit 'état limite'; 3 ou 'atteinte légère'; 4 ou 'atteinte modérée'; 5 ou 'nettement atteint'; 6 ou 'gravement atteint' et 7 pour le patient extrêmement atteint [Busner et Targum, 2007].

3 DONNÉES PROBANTES

3.1 Efficacité

3.1.1 Description et qualité des études de synthèse retenues

La revue de la littérature publiée par l’Australian Psychological Society (APS) [APS, 2010] a servi de référence à l’évaluation de l’efficacité de la psychothérapie comparée à celle de la pharmacothérapie dans le traitement des patients souffrant de troubles dépressifs et anxieux. Celle-ci est fondée sur les données de 9 études de synthèse, comme suit :

- concernant les troubles dépressifs : 3 revues systématiques comptant 107 études primaires [NICE, 2009; Oei et Dingle, 2008; De Mello *et al.*, 2005] et 1 ECR portant sur 40 adultes [Laidlaw *et al.*, 2008];
- concernant les troubles anxieux : 3 revues systématiques comptant au moins 124 études primaires [Mitte, 2005; NICE, 2004], 1 ECR indépendant portant sur 150 participants [Van Apeldoorn *et al.*, 2008] et 1 EC non randomisé portant sur 87 adultes [Ferrero *et al.*, 2007].

Cette revue de littérature australienne de référence répond à la plupart des critères méthodologiques de qualité d’une revue systématique (voir le tableau E-1 de l’annexe E). Bien que la présentation des résultats en fonction du type de trouble et des conclusions qui en découlent soit intéressante, les paramètres de résultats examinés ne sont pas présentés de façon détaillée et n’ont pas fait l’objet d’une méta-analyse. Une mise à jour, se résumant à une revue des revues systématiques, a donc été réalisée afin de compléter cette revue de littérature de référence.

Les résultats de la mise à jour de la revue australienne de référence sont illustrés dans la figure D-1 de l’annexe D. Des 804 articles répertoriés depuis la revue de littérature publiée par l’APS en 2010, 12 revues systématiques, y compris les méta-analyses, ont été retenues aux fins de l’analyse de l’efficacité à savoir :

- 2 revues systématiques qui traitent à la fois des troubles dépressifs et des troubles anxieux;
- 9 revues systématiques qui portent uniquement sur les troubles dépressifs;
- 1 revue systématique qui porte uniquement sur les troubles anxieux.

La liste des études retenues dans les revues systématiques est présentée dans le tableau F-3 de l’annexe F de même que les tableaux résumant leurs principales caractéristiques (tableaux F-1 et F-2 de l’annexe F).

La qualité des 12 revues systématiques a été évaluée et ces dernières sont jugées de bonne qualité (voir le tableau E-1 de l’annexe E). Il en va de même du niveau de l’ensemble de la preuve scientifique jugée de qualité modérée à élevée. Le coefficient kappa d’accord inter juges est de 0,70, stipulant un accord substantiel ou fort entre les auteurs lors de la sélection des revues systématiques incluses.

La mesure des paramètres de résultats, tels que la diminution des symptômes, a été effectuée à l’aide d’échelles validées dans la littérature scientifique. La durée de suivi post-traitement varie

de 3 à 24 mois et a été jugée suffisante pour permettre la mesure de l'effet de la psychothérapie.

3.1.2 Résultats des études de synthèse portant sur des patients souffrant de troubles dépressifs

Dans l'ensemble et ainsi que le montre le tableau 1, les études incluses dans les revues systématiques retenues indiquent qu'il n'y a pas de différence significative, sur le plan de l'efficacité, entre la psychothérapie et la pharmacothérapie chez les patients souffrant de troubles dépressifs. En effet, dans la revue de la littérature de l'APS (basée sur 3 revues systématiques et 1 ECR), l'efficacité de la psychothérapie, et particulièrement de la thérapie cognitivo-comportementale (TCC), s'est avérée comparable à celle des antidépresseurs, lors de l'évaluation post-traitement, sur le plan de l'amélioration des symptômes cliniques [NICE, 2009]. De plus, la TCC s'est avérée plus efficace que les antidépresseurs au suivi de 12 mois et présentait un taux de rechutes moindre [NICE, 2009]. Les résultats de l'ECR [Laidlaw *et al.*, 2008] ont montré une réduction des symptômes dépressifs dans les deux groupes de traitement (soit le groupe de patients avec TCC comparée au groupe de patient sous traitement usuel qui pouvait être la prise en charge par l'omnipraticien [examen physique, avec ou sans traitement approprié, y compris la pharmacothérapie]) à la fin du traitement de 18 semaines et au suivi de 6 mois. La TCC s'est avérée aussi efficace lorsqu'elle est administrée en format de groupe ou individuel [Oei et Dingle, 2008]. La TCC semble donc être un traitement efficace de la dépression lorsqu'elle est comparée aux médicaments ou aux autres formes de traitement psychologique (interventions *bona fide*, thérapie interpersonnelle (TIP) de groupe et groupe de soutien) [Oei et Dingle, 2008].

D'autres formes de psychothérapie présentent aussi une efficacité similaire à celle de la pharmacothérapie. En effet, aucune différence statistiquement significative n'a été décelée entre la TIP et les antidépresseurs [NICE, 2009; De Mello *et al.*, 2005]. Les résultats sont toutefois plus partagés en ce qui concerne la thérapie psychodynamique (TPD). En effet, une étude de la revue systématique réalisée par le NICE (2009) indique que ce type de thérapie présente une efficacité similaire à celle de la pharmacothérapie alors qu'une autre indique que l'efficacité de la pharmacothérapie est supérieure à celle de ce type de thérapie [NICE, 2009].

Les nouvelles revues de synthèse corroborent, dans la plupart des cas, les résultats de la revue de littérature de référence et indiquent que **l'efficacité de la psychothérapie est similaire à celle de la pharmacothérapie** chez les adultes atteints de troubles dépressifs. Ce constat est relevé par les deux revues systématiques traitant à la fois des troubles dépressifs et des troubles anxieux [Cuijpers *et al.*, 2013; Roshanaei-Moghaddam *et al.*, 2011]. La revue systématique de Cuijpers et ses collaborateurs repose sur un total de 67 ECR (40 sur les troubles dépressifs et 27 sur les troubles anxieux) totalisant 5 993 patients et celle de Roshanaei-Moghaddam et ses collaborateurs, sur 42 études (21 sur les troubles dépressifs et 21 sur les troubles anxieux) totalisant 3 293 patients.

L'efficacité de la TIP individuelle est similaire à celle de la pharmacothérapie (venlafaxine après 6 mois de traitement et nortriptyline) chez les patients adultes atteints de troubles dépressifs [Van Hees *et al.*, 2013]. En effet, aucune différence significative sur le plan de l'efficacité n'a été relevée entre la psychothérapie et la pharmacothérapie auprès de diverses populations adultes: non seulement les adultes avec des troubles dépressifs, mais aussi les personnes âgées souffrant de dépression (3 études, nombre moyen de patients = 62]), les patients dépressifs avec un

problème de santé physique, les patients dépressifs hospitalisés, recevant des soins ambulatoires (11 études, nombre moyen de patients = 101]) et ceux suivis en première ligne (10 études, nombre moyen de patients = 48]) ainsi que les patients atteints de dépression mineure (2 études, nombre moyen de patients = 39]) et de dépression chronique (1 étude, nombre de patients = 218]) [Cuijpers *et al.*, 2012b]. Cependant, ces mêmes auteurs ont trouvé que la pharmacothérapie était plus efficace que la psychothérapie chez les patientes souffrant de dépression post-partum ($g = -0,48$, IC à 95 % : -0,75, -0,22) ainsi que chez les femmes ayant des problèmes d'infertilité ($g = -0,94$, IC à 95 % : -1,47, -0,41). Ces résultats doivent toutefois être interprétés avec prudence, puisqu'ils ne reposent que sur une seule étude comptant respectivement 109 et 30 patientes.

La revue systématique de Khan et ses collaborateurs, quant à elle, ne montre aucune différence entre la psychothérapie (TCC et TIP) et les antidépresseurs [Khan *et al.*, 2012]. Dans leur revue systématique de 2011, Cuijpers et ses collaborateurs mentionnent que l'efficacité de la psychothérapie dans le traitement de la dépression légère et modérée est similaire à celle de la pharmacothérapie.

Spielmans et ses collaborateurs ont également montré que l'efficacité d'une psychothérapie, notamment la *bona fide*²⁰ et plus particulièrement la TCC, n'était, sur l'échelle de dépression, ni statistiquement ni significativement différente de celle des antidépresseurs de deuxième génération, à court terme. Cependant les effets bénéfiques de la psychothérapie étaient légèrement supérieurs à ceux des antidépresseurs au suivi ($d = -0,26$, $p = 0,003$, $I^2 = 7,88\%$) [Spielmans *et al.*, 2011]. Aucune des variables suivantes ne pouvait expliquer la variance dans les effets observés entre la TCC et les médicaments ($Q = 6,32$, $I^2 = 52\%$) : l'orientation thérapeutique de l'auteur, la durée de l'étude, le nombre de visites relatives à la médication, le type de médicaments, l'augmentation de la dose, le dosage des médicaments, le type de psychothérapie, la source du financement de l'étude et un changement de médicament ayant été autorisé.

Selon Bell et D'Zurilla [2009], la thérapie de résolution des problèmes (TRP) était aussi efficace que les médicaments, sans leur être supérieure. Enfin, Gould et ses collaborateurs n'ont rapporté aucune différence statistiquement significative entre la TCC et les autres formes de traitement (autres psychothérapies ou pharmacothérapie) dans le traitement des troubles dépressifs [Gould *et al.*, 2012].

En ce qui a trait à la comparaison entre la psychothérapie seule et la psychothérapie combinée à la pharmacothérapie, les données tendent à montrer une efficacité supérieure du traitement combiné chez certains patients souffrant de troubles dépressifs. Ainsi, en 2012, Cuijpers et ses collaborateurs ont montré que la combinaison de traitements pharmacologique et psychologique était significativement plus efficace que la psychothérapie seule chez les patients souffrant de dépression chronique (1 étude, $g = 0,54$ [IC à 95 % : 0,35, 0,73], nombre moyen de patients = 221, $p < 0,001$) ainsi que chez les patients dépressifs ayant des troubles mentaux concomitants qui reçoivent des soins ambulatoires (9 études, $g = 0,40$ [IC à 95 % : 0,13-0,67], nombre moyen de patients = 44, $p < 0,01$, coefficient d'hétérogénéité significative et modérément élevée) [Cuijpers *et al.*, 2012b]. De même, la revue systématique de Khan et ses

²⁰ *Bona fide* si la psychothérapie (TCC) remplit les conditions suivantes : 1) le thérapeute est formé à cette fin et a obtenu une maîtrise ou est inscrit dans un programme universitaire dans un champ approprié, dont la psychologie clinique, le counseling psychologique ou le travail social; 2) le thérapeute a développé une relation avec le client qui repose sur les rencontres en face à face et un traitement individuel, et 3) les traitements comportent au moins deux des trois critères suivants : a) une approche de psychothérapie établie ou élaborée dans un établissement établi; b) la description de la thérapie a été faite dans l'article, y compris la référence à la procédure psychologique; c) un manuel de traitement a été utilisé pour guider le traitement; d) les éléments actifs du traitement ont été indiqués et présentés.

collaborateurs [2012] montre que la combinaison des antidépresseurs et de la psychothérapie contribue à une plus grande réduction des symptômes dépressifs et peut procurer un léger avantage par rapport à la psychothérapie seule ($p = 0,022$). Dans leur revue systématique de 2011 et 2009, Cuijpers et ses collaborateurs mentionnent également que la combinaison de traitements est plus efficace que la psychothérapie seule dans le traitement des troubles dépressifs [Cuijpers *et al.*, 2011b; 2009]. La taille de l'effet moyenne concernant la combinaison de la psychothérapie et de la pharmacothérapie est faible ($g = 0,35$, IC à 95 % : 0,24-0,45; $p < 0,001$). Les analyses de sous-groupes ont montré que cette différence était significativement plus faible dans les études où la TCC était examinée; il avait tendance à être plus grand dans les études portant sur des populations spécifiques (sujets âgés, VIH, dépression chronique) plutôt que dans les études sur les adultes et les études où les antidépresseurs tricycliques (ATC) et les inhibiteurs sélectifs du recaptage de la sérotonine (ISRS) étaient comparés aux médicaments prévus dans le protocole ou à d'autres antidépresseurs. Aucune différence n'a été relevée au cours du suivi.

Tableau 1 Effets de la psychothérapie comparés aux effets de la pharmacothérapie sur les patients souffrant de troubles dépressifs

ÉTUDE	DURÉE DU TRAITEMENT (SEM.)	DURÉE DU SUIVI (SEM.)	POPULATIONS (N INCLUS/N AYANT TERMINÉ LE TRAITEMENT)	INTERVENTIONS (N PATIENTS)	SOUS-GROUPES (N ÉTUDES)	INDICES DE TAILLE D'EFFET	I^2 ^t (%) (IC à 95 %)	P
						g^* (IC à 95 %)		
Cuijpers et al., 2013	Nombre de séances de traitement : de 6 à 20, le plus souvent de 12 à 18 séances	n. d.	Adultes ayant un trouble dépressif ou un trouble anxieux (panique avec ou sans agoraphobie, TAG, TAS, TOC, ou ESPT) (5 993/-)	Psychothérapie : TCC, TIP, TRP, TPD et autres (3 142) Comparateurs : différents types d'antidépresseurs (ISRS, ATC, IMAO, autres traitements ayant fait l'objet d'un protocole, y compris plusieurs antidépresseurs) (2 851)	Dépression majeure (n = 39)	0,02 (-0,10 à 0,13)	46 (22 à 63)	n. d.
Gould et al., 2012	n. d.	4 à 96	Adultes de plus de 50 ans ayant un trouble dépressif (1 815/1 539)	Psychothérapie : TCC Comparateurs : autres traitements (autre psychothérapie, combinaison, pharmacothérapie, liste d'attente traitement habituel)	TCC comparée à un autre traitement (n = 8)	-0,12 (-0,51 à 0,27)	57,7	
					Combinaison TCC et autre traitement comparée à la TCC (n = 3)	-0,02 (-0,35 à 0,32)	0	
						d^* (IC à 95 %)		
Van Hees et al., 2013	12 à 16	8 à 16	Adultes atteints de dépression majeure (1 233/854)	Psychothérapie : TIP, TCC Comparateurs : différents types de traitement (néfazodone, placebo, venlafaxine, nortriptyline, traitement usuel, pharmacothérapie	Psychothérapie comparée à la pharmacothérapie (n = 3)	-0,28	n. d.	0,37
Cuijpers et al., 2012b	Nombre de séances de traitement : de 6 à 56	n. d.	Adultes ayant obtenu un diagnostic de trouble dépressif (4 734)	Psychothérapie : traitements psychologiques (1 720) Comparateur : pharmacothérapie (1 925), combinaison (1 089)	Psychothérapie comparée à la pharmacothérapie (n = 2 – dépression mineure + trouble concomitant)	-0,09 (-0,44 à 0,26)	n. d.	n. s.
					traitement combiné comparé à psychothérapie (n = 1 – dépression chronique)	0,54 (0,35 à 0,73)	n. d.	0,001

ÉTUDE	DURÉE DU TRAITEMENT (SEM.)	DURÉE DU SUIVI (SEM.)	POPULATIONS (N INCLUS/N AYANT TERMINÉ LE TRAITEMENT)	INTERVENTIONS (N PATIENTS)	SOUS-GROUPES (N ÉTUDES)	INDICES DE TAILLE D'EFFET	I^2 (%) (IC à 95 %)	P
Roshanaei-Moghaddam et al., 2011	n. d.	n. d.	Adultes atteints de trouble dépressif majeur, de trouble panique avec ou sans agoraphobie, TAG, TAS, TOC ou SPT (3293/-)	Psychothérapie : TCC Comparateurs : pharmacothérapie (2 027 atteints de trouble dépressif et 1 266 atteints de trouble anxieux)	Troubles dépressifs (n = 21)	0,05 (-0,09 à 0,19)	54,9 (20,2-82,8)	n. d.
Cuijpers et al., 2011b	Nombre de séances de traitement : de 6 à 47, le plus souvent de 6 à 15 séances	Jusqu'à 18 mois	Patients ayant obtenu un diagnostic de trouble dépressif	Psychothérapie : traitements psychologiques Comparateurs : autres traitements, y compris traitement usuel et pharmacothérapie	Psychothérapie comparée à la pharmacothérapie (n = 37)	-0,07 (-0,15-0,01)	21,31	n. d.
					Psychothérapie comparée au traitement combiné (n = 19)	0,35 (0,24-0,45)	0	n. d.
Spielmans et al., 2011	6 à 26	0 à 40	Adultes atteints de dépression majeure (1975/-)	Interventions : traitements psychologiques (<i>bona fide</i> TCC, <i>bona fide</i> non TCC Comparateurs : antidépresseurs	Post-traitement (n = 19)	-0,19	78,30	0,06
					Au suivi (n = 8)	0,26	7,88	0,003
Bell et al., 2009	n. d.	4 à 52	Toute personne ayant des symptômes de dépression (-/1426)	Interventions : TRP Comparateurs : pharmacothérapie	Pré- et post-traitement TRP	-0,13	n. d.	0,23
Cuijpers et al., 2009	Nombre de séances de traitement : de 5 à 24	1 à 24 mois	Adultes atteints de trouble dépressif (1838/-)	Interventions : traitements psychologiques Comparateurs : combinaison pharmacothérapie et psychothérapie	Toutes les études (n = 18)	0,35 (0,24-0,45)	0	< 0,001

Abréviations : ATC : antidépresseurs tricycliques; ESPT : état de stress post-traumatique; IC : intervalle de confiance; IMAO : inhibiteur de la monoamine oxydase; ISRS : inhibiteur sélectif du recaptage de la sérotonine; N. : nombre; n. d. : non disponible; n. s. : non significatif; SPT : stress post-traumatique; TAG : trouble d'anxiété généralisée ; TAS : trouble d'anxiété sociale; TOC : trouble obsessionnel-compulsif; TCC : thérapie cognitivo-comportementale; TIP : thérapie interpersonnelle; TRP : thérapie de résolution des problèmes; TPD : thérapie psychodynamique

* * Les indices de taille d'effet peuvent être calculés en utilisant les coefficients **g** de Hedges [Hedges et Olkin, 1985] ou **d** de Cohen [Cohen, 1988]. Le **g** de Hedges est une variation du **d** de Cohen qui corrige les biais dus à la petite taille des échantillons. Son ampleur ou sa taille peut être interprétée comme le **d** de Cohen, soit faible (0,2), moyen (0,5) ou fort (0,8) [Hofmann et al., 2010]. Concernant l'effet différentiel de la psychothérapie et de la pharmacothérapie illustré par le **g** de Hedges, la valeur positive indique ici l'effet supérieur de la psychothérapie.

† Le test d'homogénéité des tailles d'effet entre les études est effectué en calculant la statistique I^2 . Une valeur de 0 % signifie qu'aucune hétérogénéité n'a été observée et les valeurs plus élevées indiquent une hétérogénéité croissante. Ainsi, une valeur de 25 à 49 % = faible, de 50 à 74 % = modérée et > 75 % = élevée [Higgins et al., 2003].

3.1.3 Résultats des études de synthèse portant sur des patients souffrant de troubles anxieux

Les données tendent à montrer une efficacité similaire ou une absence de différence statistiquement significative lorsque l'on compare la psychothérapie à la pharmacothérapie chez les patients souffrant de troubles anxieux. En effet, dans la revue de la littérature de l'APS (basée sur 3 revues systématiques, 1 ECR et 1 EC non randomisé), aucun différence statistiquement significative n'a été démontrée dans les paramètres de résultats entre la thérapie psychodynamique (TPD) et la pharmacothérapie. Un EC non randomisé d'une durée de 12 mois sur des patients souffrant d'un trouble d'anxiété généralisée (TAG) a permis de montrer les bénéfices de la psychothérapie en termes de soulagement de symptômes [Ferrero *et al.*, 2007]. En ce qui a trait au trouble panique, aucune différence statistiquement significative n'a été établie concernant l'efficacité de la TCC comparée à celle de la pharmacothérapie, y compris les ATC et les ISRS [Van Apeldoorn *et al.*, 2008; Mitte, 2005; NICE, 2004].

Si l'on tient compte des revues systématiques et des méta-analyses issues de la mise à jour de la revue de la littérature de référence, les observations vont dans le même sens que celles précédemment répertoriées. Ainsi, les données tendent à montrer une efficacité similaire lorsque l'on compare la psychothérapie à la pharmacothérapie chez les patients souffrant de troubles anxieux. Ce constat est relevé par les deux revues systématiques traitant à la fois des troubles dépressifs et des troubles anxieux [Cuijpers *et al.*, 2013; Roshanaei-Moghaddam *et al.*, 2011]. Malgré la grande hétérogénéité des 30 études considérées dans la revue systématique de Cuijpers et ses collaborateurs, celle-ci indique une légère supériorité de la psychothérapie, surtout la TCC, comparativement à la pharmacothérapie dans le traitement des patients atteints de troubles anxieux en général ($g = 0,10$; IC à 95 % : -0,05, 0,25, $I^2 = 71\%$; IC à 95 % : 59 à 80). De façon spécifique, la psychothérapie s'est avérée plus efficace (effet moyen) que la pharmacothérapie dans le traitement des patients ayant un trouble obsessionnel-compulsif (TOC) ($g = 0,64$; IC à 95 % : 0,20 à 1,08; $I^2 = 72\%$; IC à 95 % : 36 à 88), mais cet effet n'était que faiblement significatif. Dans la revue systématique effectuée par Roshanaei-Moghaddam et ses collaborateurs [2011], l'efficacité de la psychothérapie, spécifiquement la TCC, était similaire à celle de la pharmacothérapie ($d = 0,25$; IC à 95 % : -0,02 à 0,55). L'effet de la TCC sur le trouble panique était statistiquement supérieur à celui de l'effet de la médication ($d = 0,50$, IC à 95 % : 0,02 à 0,98). Un effet similaire a été observé sur les TOC ($d = 0,49$; IC à 95 % : -0,11, 1,09). Aucune différence significative n'a été relevée entre la pharmacothérapie et la psychothérapie concernant l'effet sur la phobie sociale ($d = -0,22$, IC à 95 % = -0,50, 0,06).

En outre, dans la revue systématique de Canton et ses collaborateurs [2012], les conclusions sont les mêmes que les précédentes allant dans le sens d'une efficacité similaire entre la psychothérapie et la pharmacothérapie chez les patients souffrant de troubles anxieux. Ainsi, aucune différence statistiquement significative n'a été établie, sur le plan de l'efficacité, entre les ISRS et les traitements psychologiques [Canton *et al.*, 2012] et entre les inhibiteurs de la monoamine oxydase (IMAO) et les traitements psychologiques. Comme dans le cas des troubles dépressifs, les traitements psychologiques ont montré un meilleur maintien des gains thérapeutiques à long terme et une protection accrue contre la rechute comparativement à ceux des traitements pharmacologiques.

En ce qui a trait à **la comparaison entre la psychothérapie et la combinaison de la psychothérapie et de la pharmacothérapie**, les données tendent à montrer une efficacité supérieure de la combinaison chez les patients souffrant de troubles anxieux. Ainsi, dans la revue de la littérature de référence, soit celle de l'APS, la combinaison de la TCC et de la

pharmacothérapie était légèrement plus efficace que la TCC seule pour traiter les symptômes du trouble panique [Van Apeldoorn *et al.*, 2008; Mitte, 2005]. Canton et ses collaborateurs tendent également à montrer une efficacité supérieure de la combinaison pharmacothérapie à l'aide des IMAO et de la psychothérapie comparée à la psychothérapie seule. Cependant, ce constat était fondé sur des études où les échantillons étaient de petite taille et, par conséquent, avaient un pouvoir statistique limité [Canton *et al.*, 2012].

Tableau 2 Effets de la psychothérapie comparés aux effets de la pharmacothérapie sur les patients souffrant de troubles anxieux

ÉTUDE	DURÉE DU TRAITEMENT (SEM.)	DURÉE DU SUIVI (SEM.)	POPULATIONS (N INCLUS/N AYANT TERMINÉ LE TRAITEMENT)	INTERVENTION (N PATIENTS)	SOUS-GROUPES (N ÉTUDES)	INDICES DE TAILLE D'EFFET*	RC (IC à 95 %)	I ^{2†} (IC à 95 %)	P
						g (IC à 95 %)			
Cuijpers <i>et al.</i> , 2013	Nombre de séances de traitement : de 6 à 20, le plus souvent de 12 à 18	n. d.	Adultes atteints de trouble dépressif, de trouble panique avec ou sans agoraphobie, TAG, TAS, TOC ou SPT (5 993/-)	Interventions : TCC, TIP, TRP, TPD et autres (3 142) Comparateurs : différents types d'antidépresseurs (ISRS, ATC, IMAO, autres traitements visés par un protocole, y compris plusieurs les antidépresseurs) (2 851)	Tous les troubles anxieux (n = 30)	0,10 (-0,05 à 0,25)	n. d.	71 (59 à 80)	s.
					Trouble panique (n = 12)	0,00 (-0,28 à 0,28)	n. d.	62 (28 à 79)	s.
					TAS (n = 9)	-0,03 (-0,34 à 0,28)	n. d.	74 (50 à 87)	s.
					TOC (n = 6)	0,64 (0,20 à 1,08)	n. d.	72 (36 à 88)	s.
						d (IC à 95 %)			
Roshanaei-Moghaddam <i>et al.</i> , 2011	n. d.	n. d.	Adultes atteints de trouble dépressif majeur, de trouble panique avec ou sans agoraphobie, TAG, TAS, TOC ou SPT (3 293/-)	Interventions : Traitements psychologiques Comparateurs : pharmacothérapie (2 027 atteints de trouble dépressif et 1 266 atteints de trouble anxieux)	Troubles anxieux (n = 21)	0,25 (-0,02 à 0,55)	n. d.	80,0 (69,3-91,4)	n. s.
Canton <i>et al.</i> , 2012	12	52	Adultes atteints de TAS (phobie sociale)	Interventions : TCC Comparateurs : pharmacothérapie (ISRS, IMAO) et combinaison psychothérapie et pharmacothérapie	Interventions : TCC (90/210) Comparateurs : ISRS (64/144)	n. d.	1,19 (0,76 à 1,84)	n. d.	n. s.
					Interventions : TCC (60/111) Comparateurs : IMAO	n. d.	1,86 (0,94 à 3,69)	n. d.	n. s.

ÉTUDE	DURÉE DU TRAITEMENT (SEM.)	DURÉE DU SUIVI (SEM.)	POPULATIONS (N INCLUS/N AYANT TERMINÉ LE TRAITEMENT)	INTERVENTION (N PATIENTS)	SOUS-GROUPES (N ÉTUDES)	INDICES DE TAILLE D'EFFET*	RC (IC à 95 %)	I^2 † (IC à 95 %)	P
				(ISRS, IMAO)	(66/99)				
					Interventions : TCC (90/210) Comparateurs : ISRS + psychothérapie (72/147)	n. d.	0,71 (0,46 à 1,09)	n. d.	n. s.
					Interventions : TCC (35/58) Comparateurs : IMAO + psychothérapie (44/54)	n. d.	0,31 (0,12 à 0,79)	n. d.	s.

Abréviations : IC : intervalle de confiance; IMAO : inhibiteurs de la monoamine oxydase; ISRS : inhibiteurs sélectifs du recaptage de la sérotonine; N. : nombre; n. d. : non disponible; n. s. : non significatif; RC : rapport de cotes; SPT : stress post-traumatique; TAG : trouble d'anxiété généralisée; TAS : trouble d'anxiété sociale (aussi appelé phobie sociale); TOC : trouble obsessionnel-compulsif; TCC : thérapie cognitivo-comportementale; TIP : thérapie interpersonnelle; TRP : thérapie de résolution des problèmes; s. : significatif; TPD : thérapie psychodynamique

*Les indices de taille d'effet peuvent être calculés en utilisant les coefficients **g** de Hedges [Hedges et Olkin, 1985] ou **d** de Cohen [Cohen, 1988]. Le **g** de Hedges est une variation du **d** de Cohen qui permet de corriger les biais dus à la petite taille des échantillons. Son ampleur ou sa taille peut être interprétée comme celle du **d** de Cohen, soit faible (0,2), moyen (0,5) et fort (0,8) [Hofmann *et al.*, 2010]. Concernant l'effet différentiel de la psychothérapie et de la pharmacothérapie illustré par le **g** de Hedges, la valeur positive indique ici l'effet supérieur de la psychothérapie.

† Le test d'homogénéité des tailles d'effet entre les études est effectué en calculant la statistique I^2 . Une valeur de 0 % signifie qu'aucune hétérogénéité n'a été observée et les valeurs plus élevées indiquent une hétérogénéité croissante. Ainsi, une valeur de 25 à 49 % = faible, de 50 à 74 % = modérée et > 75 % = élevée [Higgins *et al.*, 2003].

3.2 Revue des études de coût-efficacité, coût-utilité et coût-bénéfice de la psychothérapie comparés à la pharmacothérapie

3.2.1 Description des études retenues

Les résultats de la recherche documentaire concernant l'aspect économique sont illustrés dans la figure D-2 (voir l'annexe D). Des 421 articles répertoriés, 1 rapport d'ETS (sur les troubles dépressifs) [Boudreau *et al.*, 2010] et 2 revues systématiques (1 revue sur les troubles dépressifs uniquement [Bosmans *et al.*, 2008] et 1 revue sur les troubles anxieux uniquement [Poirier-Bisson *et al.*, 2010]) ont été retenus aux fins d'analyse. Les tableaux résumant les caractéristiques des études retenues sont présentés dans l'annexe F (voir le tableau F-4 de l'annexe F). Ces études ont été jugées de bonne qualité selon la grille de Drummond (voir le tableau E-2 de l'annexe E).

Concernant les troubles dépressifs, le rapport du CADTH [Boudreau *et al.*, 2010] inclut une étude de rentabilité [Vos *et al.*, 2005] de la TCC dirigée par un thérapeute, de la TCC fondée sur la lecture de livres (bibliothérapie) et des interventions pharmaceutiques dans le traitement de la dépression majeure. Cette rentabilité a été déterminée dans une perspective du système australien de soins de santé en fonction du coût par année de vie corrigée du facteur d'invalidité (AVCI). La rentabilité de la TCC a été calculée relativement aux périodes de traitement d'entretien et au traitement d'un épisode de crise.

Bosmans et ses collaborateurs [2008] ont, quant à eux, retenu 7 analyses coût-efficacité de nature différente, dont trois études [Revicki *et al.*, 2005; Leff *et al.*, 2000; Lave *et al.*, 1998], jugées de bonne qualité, qui comparent directement la psychothérapie et la pharmacothérapie. Une de ces évaluations a été effectuée à partir d'un ECR [Leff *et al.*, 2000].

Deux études ont été effectuées aux États-Unis; la durée de suivi était de 12 mois. L'étude de Revicki et ses collaborateurs [2005] a été réalisée dans la perspective du Medicaid et compare la TCC ($n = 90$) aux antidépresseurs ($n = 88$) tels que la paroxétine d'une part et la TCC aux traitements usuels²¹ ($n = 89$) d'autre part. L'efficacité des différents traitements était évaluée à l'aide de l'échelle HDRS (Hamilton Depression Rating Scale), du nombre de jours sans dépression et du nombre d'années de vie ajusté en fonction de la qualité (AVAQ). Le modèle des moindres carrés a été utilisé pour analyser les écarts relatifs au coût moyen entre les groupes. Les coûts considérés dans les analyses étaient les coûts de l'intervention et d'autres soins de santé. L'information sur l'utilisation des ressources a été extraite des données d'entrevues des patients. Les rapports coûts/efficacité ont été calculés avec un intervalle de confiance à 95 % selon le théorème de Fieller. Aucune analyse de sensibilité n'a été effectuée.

L'étude de Lave et ses collaborateurs [1998] a été réalisée dans une perspective sociétale. Elle compare la TIP ($n = 93$), administrée en 20 séances, aux antidépresseurs ($n = 91$) tels que le chlorhydrate de nortriptyline d'une part et la TIP au traitement usuel ($n = 92$) d'autre part. L'efficacité des différents traitements était évaluée à l'aide de l'inventaire de dépression de Beck et d'Hamilton du nombre de jours sans dépression et de l'année de vie ajustée en fonction de la qualité (AVAQ). Les écarts relatifs au coût moyen entre les groupes ont été établis par une analyse de variance. Les coûts considérés dans les analyses sont les coûts relatifs à l'intervention

²¹ Le traitement usuel consiste à renseigner le patient sur la dépression et son traitement et à orienter le patient vers les ressources communautaires appropriées.

et aux autres soins de santé, au temps du patient et au transport. Les données relatives à l'utilisation des ressources ont été extraites des bases de données administratives. L'analyse coût-utilité a été effectuée et le RCED estimé a été accompagné du test de signification basé sur la méthode d'autoamorçage²² (en anglais *bootstrapping*). L'analyse de sensibilité n'a pas été effectuée.

L'étude de Leff et ses collaborateurs [2000] effectuée au Royaume-Uni a été réalisée dans une perspective sociétale; la durée de suivi était de 16 semaines. On y a comparé la thérapie de couple ($n = 40$), effectuée en 12 à 20 séances, aux antidépresseurs ($n = 37$) tels que la désipramine. L'efficacité des différents traitements a été évaluée à l'aide du questionnaire BDI et de l'échelle HDRS. L'autoamorçage a servi à analyser les écarts relatifs au coût moyen entre les groupes. Les coûts considérés dans les analyses étaient des coûts associés à l'intervention et aux autres soins de santé. Les données sur l'utilisation des ressources ont été extraites des données issues des questionnaires remplis par les patients. L'analyse coût-efficacité a été effectuée sans calcul du RCED. L'analyse de sensibilité n'a pas été effectuée.

En ce qui concerne les troubles anxieux, Poirier-Bisson et ses collaborateurs [2010] ont effectué une revue incluant 7 études dont la qualité méthodologique, dans l'ensemble, était élevée, dont 2 études traitant à la fois de la psychothérapie et de la pharmacothérapie [McHugh *et al.*, 2007; Otto *et al.*, 2000].

L'étude de McHugh et ses collaborateurs [2007] a été réalisée aux États-Unis. Elle comparait les rapports coûts/efficacité relatifs des traitements pharmacologiques, psychologiques et combinés éprouvés dans le traitement du trouble panique ($n = 312$); 5 types de traitement ont ainsi été comparés, soit la TCC ($n = 77$), l'imipramine ($n = 83$), la paroxétine ($n = 24$), la combinaison TCC et imipramine ($n = 65$) et enfin, la combinaison TCC et paroxétine ($n = 63$). L'efficacité des différents traitements a été évaluée à l'aide de l'échelle de gravité du trouble panique PDSS (Panic Disorder Severity Scale). Les coûts considérés dans les analyses sont les coûts directs associés aux cinq types de traitement. Les prix des médicaments sont établis à partir des normes du *Drug Topics Red Book* (2006). Le coût des interventions a été estimé à partir des échelles de Medicare et Medicaid et des principales compagnies d'assurances de soins médicaux des États-Unis. Les dossiers médicaux des patients ont servi à la collecte des données sur l'utilisation des services et des médicaments. Les rapports coûts/efficacité de chaque type de traitement ont été établis à partir du ratio du coût moyen du traitement par le changement moyen au résultat combiné sur l'échelle PDSS. Chaque rapport obtenu représentait le coût par unité d'amélioration sur l'échelle PDSS.

L'étude d'Otto et ses collaborateurs [2000], effectuée aux États-Unis, a examiné le rapport coût/efficacité d'une TCC conduite en groupe et en mode individuel comparativement à la pharmacothérapie et en tenant compte de la prise de médication avant le début du traitement en ce qui concerne le trouble panique. L'efficacité des traitements a été évaluée à l'aide du questionnaire sur l'impression clinique globale ou échelle CGI (*Clinical Global Impressions of Severity*). Les données sur les coûts directs des traitements ont été tirées des dossiers médicaux des patients. Les prix des médicaments ont été évalués en fonction des prix suggérés dans le *Drug Topics Red Book* (1997) et des normes établies à la clinique spécialisée où est effectuée

²² Méthode de rééchantillonnage par laquelle on simule une multitude de nouveaux échantillons à partir des observations d'un échantillon initial afin d'estimer avec plus de finesse la distribution d'un paramètre. La méthode d'autoamorçage implique une procédure assez simple, mais qui doit être répétée un nombre de fois très élevé, rendant cette méthode dépendante de l'informatique (Office québécois de la langue française. Le grand dictionnaire terminologique [site Web]. Disponible à : http://www.granddictionnaire.com/ficheOqlf.aspx?Id_Fiche=26529034).

l'étude en ce qui concerne les interventions psychologiques. Les rapports de coûts/efficacité sont obtenus en divisant le coût de chaque traitement sur une période d'un an par son efficacité.

3.2.2 Résultats des études analysées

Concernant les troubles dépressifs, selon le rapport du CADTH [Boudreau *et al.*, 2010] la TCC de groupe et la TCC individuelle offertes par un psychologue du secteur public ont été jugées rentables. L'ampleur des effets globale concernant la TCC dirigée était estimée à 0,77 (IC à 95 % : 0,44 à 1,10), ce qui peut être considéré comme un effet moyen [Cohen, 1988]. Le coût d'une longue visite chez l'omnipraticien était évalué à 39,51 \$AU (34,54 \$CA) pour le gouvernement et à 1,87 \$AU (1,63 \$CA) pour le patient. On a estimé que le coût d'une plus courte visite était de 21,88 \$AU (19,13 \$CA) pour le gouvernement et de 2,21 \$AU (1,93 \$CA) pour le patient. Les auteurs concluaient que la TCC offerte par un psychologue du secteur public constitue une autre option rentable.

Selon Bosmans et ses collaborateurs [2008], bien qu'à la fois le groupe traité par TCC et le groupe traité à l'aide d'antidépresseurs aient été inclus dans l'étude de Revicki et ses collaborateurs [2005], ces groupes n'ont pas été comparés l'un à l'autre. Lave et ses collaborateurs [1998] ont montré que le groupe de patients traité à l'aide d'antidépresseurs a connu un plus grand nombre de jours sans dépression que les patients traités par TIP. Le coût direct et total relatif au groupe traité par TIP était plus élevé que celui relatif au groupe de patients traités à l'aide d'antidépresseurs. Cependant ces différences n'étaient pas statistiquement significatives. Leff et ses collaborateurs [2000] rapportent, quant à eux, que la thérapie de couple a des effets significatifs statistiquement supérieurs sur l'échelle BDI lorsqu'on la compare aux antidépresseurs. L'échelle HDRS ne permet pas d'établir ce constat. Le coût mensuel n'était pas significativement différent entre les deux groupes de traitement. Le rapport RCED n'a pas été effectué, mais l'étude montre que plus de la moitié des patients traités à l'aide d'antidépresseurs n'ont pas reçu d'antidépresseurs, ainsi que le prévoyait le protocole de l'étude.

En définitive, l'analyse globale effectuée par Bosmans et ses collaborateurs (2008) a montré qu'il n'existe pas de différence statistiquement significative relativement aux coûts médicaux entre la psychothérapie et la pharmacothérapie (antidépresseurs) (différence des moyennes DM= -68 [IC à 93 % = -316, 180]). La méta-analyse incluant ces trois études n'a montré aucune hétérogénéité significative entre les études.

En ce qui a trait aux **troubles anxieux**, Poirier-Bisson et ses collaborateurs [2010] ont repéré 2 revues systématiques et les ont décrites. L'étude de McHugh et ses collaborateurs a conclu que la TCC est plus efficace à long terme que l'imipramine [McHugh *et al.*, 2007; Barlow *et al.*, 2000]. Le rapport coût/efficacité des traitements en période de crise correspond à 972 \$ US (1 177 \$ CA) par unité d'amélioration sur l'échelle PDSS concernant l'imipramine, à 1 213 \$ US (1 469 \$ CA) concernant la paroxétine, à 1 369 \$ US (1 660 \$ CA) concernant la TCC, à 1 856 \$ US (2 247 \$ CA) concernant le traitement combiné TCC et imipramine et enfin, à 2 068 \$ US (2 504 \$ CA) concernant le traitement combiné TCC et paroxétine. Ainsi, les traitements TCC et pharmacologiques offerts en monothérapie présentent de meilleurs rapports coût/efficacité que les traitements combinant les deux types d'intervention. Les deux traitements pharmacologiques seuls présentent un meilleur rapport coût/efficacité que la TCC seule à court terme. Par contre, cette dernière présente un meilleur rapport coût/efficacité lors des suivis à long terme (3 à 15 mois), soit un rapport coût/efficacité de 1 227 \$ US (1 486 \$ CA) par unité d'amélioration à

l'échelle PDSS, comparativement à 1 596 \$ US (1 933 \$ CA) concernant l'imipramine et 2 308 \$ US (2 795 \$ CA) concernant la paroxétine.

Otto et ses collaborateurs [2000] ont montré que sur le plan de l'efficacité du traitement, la TCC a des effets à court terme équivalents ou supérieurs à ceux de la pharmacothérapie, et ce, que les patients prennent une médication avant ou non. Ainsi, en ce qui concerne les coûts, lorsque le coût des visites, des traitements de deuxième intention et de la médication sont pris en compte, la TCC de groupe est le traitement le moins coûteux (523 \$ US (637 \$ CA)), suivi de la TCC en individuel (1 357 \$ US [1 653 \$ CA]) et de la pharmacothérapie (2 305 \$ US [2 807 \$ CA]), pour une période de 1 an. Sur le plan du rapport coût/efficacité, les auteurs montrent que la TCC de groupe est la plus avantageuse, à 246 \$ US (300 \$ CA) par unité d'amélioration sur l'échelle CGI, suivie de la pharmacothérapie, à 447 \$ US (544 \$ CA) et de la TCC en individuel, à 565 \$ US (688 \$ CA).

4 DISCUSSION

Le mandat duquel résulte le présent document était d'analyser de façon systématique les données probantes quant à l'efficacité et au rapport coût/efficacité de la psychothérapie comparés à ceux de la pharmacothérapie relativement au traitement des troubles dépressifs et anxieux chez les adultes. Il ne s'agissait donc pas d'analyser la littérature scientifique portant sur l'efficacité comparée de la psychothérapie et de la pharmacologie chez les enfants ou de mesurer les préférences des patients quant à une forme ou une autre de traitement. Il ne s'agissait pas non plus de comparer les différentes formes de psychothérapie entre elles (en matière d'efficacité ou de rentabilité), ni d'analyser les facteurs ou les processus de changement en cours de traitement psychothérapeutique ou les facteurs pouvant expliquer l'issue d'une psychothérapie.

4.1 Limites et qualité de la preuve scientifique

La preuve analysée aux fins de cet avis repose principalement sur des revues systématiques d'ECR. Le niveau de qualité de la preuve scientifique de ces études est qualifié de modérée à élevée, du fait que certaines limites méthodologiques ont été relevées dans les ECR inclus dans les revues retenues. Celles-ci ont trait, entre autres, à la répartition non aléatoire des patients, à l'utilisation préalable ou concomitante de médicaments ou de la psychothérapie chez les participants, au transfert de patients dans l'autre groupe de traitement en l'absence de réponse au traitement initial, à l'augmentation de la dose ou au changement du type d'antidépresseur en cours de traitement, alors que ce type d'ajustement n'est pas possible dans le cas de la psychothérapie, et à l'exclusion des patients qui ne répondent pas à une thérapie lors du prétest [Spielmans *et al.*, 2011].

Le fait de procéder à une revue des revues de synthèse fait en sorte que l'évaluation de l'efficacité porte principalement sur l'amélioration des symptômes mesurée par différentes échelles standardisées. Cela limite l'exploration approfondie de certains résultats, tels que l'amélioration de la qualité de vie et le retour au travail (nombre d'heures travaillées par semaine). Soulignons également que les revues de synthèse retenues n'ont pas traité des effets néfastes de la psychothérapie (par exemple l'aggravation des symptômes ou l'absence d'amélioration) ni des effets secondaires associés aux médicaments. L'analyse des études primaires aurait sans doute permis d'obtenir plus d'information sur ces éléments.

Les coefficients d'hétérogénéité rapportés dans les différentes revues variaient de faibles à élevés, indiquant ainsi une variabilité importante entre les études incluses dans ces revues. Cette variabilité peut s'expliquer par plusieurs éléments, notamment la fiabilité des diagnostics des patients, le type d'échelle utilisée pour mesurer les symptômes et leur gravité, la durée du traitement et la durée des suivis post-traitement. De plus, peu d'études ont mesuré les effets des traitements à long terme (plus de 2 ans).

Par ailleurs, plusieurs troubles n'ont pas été considérés dans notre revue en raison, entre autres, du nombre restreint d'études d'efficacité et économiques portant sur ces troubles. C'est le cas notamment de la dysthymie, de la dépression saisonnière, des troubles bipolaires et des troubles de l'adaptation. Notre analyse porte principalement sur la dépression majeure et les principaux troubles anxieux et ne nous permet pas de statuer sur l'efficacité comparée de la psychothérapie et de la pharmacothérapie dans le traitement des autres troubles dépressifs et anxieux. La revue

des revues de synthèse n'a pas non plus tenu compte de la gravité, de la chronicité et des affections concomitantes associées aux troubles anxieux ou dépressifs.

En ce qui concerne les études économiques, certaines ne comportaient pas d'analyses de sensibilité, ce qui peut rendre les conclusions moins robustes. Il en est de même de l'absence de calcul de RCED. De plus, mentionnons que les études qui ne comparaient pas directement la psychothérapie et la pharmacothérapie n'ont pas été retenues. Rappelons toutefois que de nombreuses études ont montré que la psychothérapie en général était efficace et avait un impact positif sur l'absentéisme et les arrêts de travail, l'utilisation des services médicaux et la consommation de médicaments et avait un impact important à la baisse sur les coûts de prise en charge de plusieurs troubles mentaux.

4.2 Principaux constats

4.2.1 Aspect de l'efficacité

De manière générale, les données montrent une efficacité similaire de la psychothérapie et de la pharmacothérapie chez les patients souffrant de troubles dépressifs ou de troubles anxieux. Cependant, les bénéfices tirés de la psychothérapie se maintiennent plus longtemps après la fin du traitement que ceux des médicaments et leur sont donc supérieurs en matière de prévention de la rechute. Cependant, plusieurs ECR portent sur des médicaments de moins en moins utilisés, par exemple les ATC et les IMAO, qui sont peu prescrits au Québec [Conseil du médicament, 2011]; les résultats obtenus pourraient donc être différents dans le contexte actuel.

Les données indiquent toutefois que la psychothérapie combinée à la pharmacothérapie est plus efficace que la psychothérapie seule dans le traitement de patients souffrant de troubles anxieux ou dépressifs, notamment chez les personnes souffrant de dépression chronique sévère (taille d'effet moyen). De plus, si certaines études rapportent que la combinaison contribue aussi à une diminution plus substantielle des symptômes dépressifs, elles ont également souligné qu'aucune différence n'a été relevée au cours du suivi entre la psychothérapie seule et la combinaison.

Il faut aussi mentionner que le type exact de psychothérapie ou de médicament utilisé n'est pas toujours précisé dans les publications. Bien que la revue systématique de Spielmans et ses collaborateurs [2011] ne rapporte aucun impact du mode psychothérapeutique privilégié par l'auteur sur les résultats obtenus en faveur de certaines psychothérapies, de nombreuses méta-analyses ont rapporté de façon constante une corrélation notable entre le type de psychothérapie privilégié par l'auteur et l'efficacité de la psychothérapie [Cuijpers *et al.*, 2013; Cuijpers *et al.*, 2012a; Luborsky *et al.*, 1999]. Par ailleurs, les résultats sur l'efficacité de certaines psychothérapies, notamment la thérapie d'orientation psychodynamique (TPD), n'ont pas été explorés en profondeur.

4.2.2 Aspect économique

Malgré les limites de la preuve, les études de rapports coût/efficacité et coût/utilité semblent indiquer que le recours à la psychothérapie dans le traitement des troubles dépressifs et anxieux est plus avantageux. En effet, les coûts médicaux associés à la psychothérapie se sont avérés équivalents à ceux associés à la pharmacothérapie, voire inférieurs lorsque la thérapie est conduite en groupe. La psychothérapie, notamment la TCC, aurait un meilleur rapport coût/efficacité à plus long terme et est jugée plus rentable.

CONCLUSION

À partir de la preuve disponible, l'INESSS conclut que l'efficacité de la psychothérapie est similaire à celle de la pharmacothérapie chez les patients souffrant des troubles dépressifs ou de troubles anxieux modérés. Cependant, l'effet de la psychothérapie a tendance à se maintenir plus longtemps que celui de la pharmacothérapie; il en résulte une moindre probabilité de rechute. La combinaison de la psychothérapie et de la pharmacothérapie est plus efficace que la psychothérapie seule dans les cas plus sévères.

Les analyses économiques publiées tendent à montrer un meilleur rapport coût/efficacité de la psychothérapie comparativement à celui de la pharmacothérapie en plus de sa rentabilité à long terme.

À partir de ces constats, on peut conclure que l'accès à la psychothérapie par les patients atteints de troubles anxieux ou dépressifs modérés devrait être une avenue à préconiser et par conséquent, une analyse d'impact budgétaire devrait être effectuée afin de statuer sur le coût pour le système de santé.

RÉFÉRENCES

- Agence de la santé publique du Canada (ASPC). Aspect humain de la santé mentale et de la maladie mentale au Canada. Ottawa, ON : ASPC; 2006. Disponible à : http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/human-humain06/pdf/human_face_f.pdf.
- American Psychiatric Association (APA). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5), Fifth edition. Arlington, VA : APA; 2013.
- American Psychological Association (APA). Resolution on the recognition of psychotherapy effectiveness – Approved August 2012 [site Web]. Washington, DC : APA; 2012. Disponible à : <http://www.apa.org/about/policy/resolution-psychotherapy.aspx>.
- Australian Institute of Health and Welfare (AIHW). Mental health services in Australia 2007-08. Mental health series no. 12. Canberra, Australie : AIHW; 2010. Disponible à : <http://www.aihw.gov.au/WorkArea/DownloadAsset.aspx?id=6442457209>.
- Australian Psychological Society (APS). Evidence-based psychological interventions in the treatment of mental disorders: A literature review. Third edition. Melbourne, Australie : APS; 2010. Disponible à : <http://www.psychology.org.au/assets/files/evidence-based-psychological-interventions.pdf>.
- Barlow DH, Gorman JM, Shear MK, Woods SW. Cognitive-behavioral therapy, imipramine, or their combination for panic disorder. A randomized controlled trial. JAMA 2000;283(19):2529-36.
- Barth J, Schumacher M, Herrmann-Lingen C. Depression as a risk factor for mortality in patients with coronary heart disease: A meta-analysis. Psychosom Med 2004;66(6):802-13.
- Beck AT, Steer RA, Ball R, Ranieri W. Comparison of Beck Depression Inventories -IA and -II in psychiatric outpatients. J Pers Assess 1996;67(3):588-97.
- Beck AT, Weissman A, Lester D, Trexler L. The measurement of pessimism: The Hopelessness Scale. J Consult Clin Psychol 1974;42(6):861-5.
- Bell AC et D'Zurilla TJ. Problem-solving therapy for depression: A meta-analysis. Clin Psychol Rev 2009;29(4):348-53.
- Bosmans JE, van Schaik DJ, de Bruijne MC, van Hout HP, van Marwijk HW, van Tulder MW, Stalman WA. Are psychological treatments for depression in primary care cost-effective? J Ment Health Policy Econ 2008;11(1):3-15.
- Boudreau R, Moulton K, Cunningham J. Self-directed cognitive behavioural therapy for adults with diagnosis of depression: Systematic review of clinical effectiveness, cost-effectiveness, and guidelines. Ottawa, ON : Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health (CADTH); 2010. Disponible à : https://www.cadth.ca/sites/default/files/pdf/M0014_CBT_for_Depression_L3_e.pdf.

Busner J et Targum SD. The clinical global impressions scale: Applying a research tool in clinical practice. *Psychiatry (Edgmont)* 2007;4(7):28-37.

Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT). Clinical guidelines for the management of major depressive disorder in adults. *J Affect Disord* 2009;117(Suppl 1):S1-S64.

Canton J, Scott KM, Glue P. Optimal treatment of social phobia: Systematic review and meta-analysis. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2012;8:203-15.

Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2^e éd. Hillsdale, NJ : Lawrence Erlbaum Associates; 1988.

Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE). Rapport d'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux 2012 – Pour plus d'équité et de résultats en santé mentale au Québec. Montréal, Qc : CSBE; 2012. Disponible à : http://www.bibliotheque.assnat.qc.ca/DepotNumerique_v2/AffichageFichier.aspx?idf=71519.

Conseil du médicament. Portrait de l'usage des antidépresseurs chez les adultes assurés par le régime public d'assurances-médicaments du Québec. Québec, Qc : Conseil du médicament; 2011. Disponible à : <https://www.inessss.qc.ca/fileadmin/doc/CDM/Etudes/CdM-Portrait-antidepresseurs-201101.pdf>.

Conseil médical du Québec (CmQ). Les maladies mentales : un éclairage contemporain. Avis 2001-04. Québec, Qc : CmQ; 2001. Disponible à : http://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/Archives/ConseilMedical/Avis/2001_04_av_fr.pdf.

Cuijpers P, Sijbrandij M, Koole SL, Andersson G, Beekman AT, Reynolds CF. The efficacy of psychotherapy and pharmacotherapy in treating depressive and anxiety disorders: A meta-analysis of direct comparisons. *World Psychiatry* 2013;12(2):137-48.

Cuijpers P, Driessen E, Hollon SD, van Oppen P, Barth J, Andersson G. The efficacy of non-directive supportive therapy for adult depression: A meta-analysis. *Clin Psychol Rev* 2012a;32(4):280-91.

Cuijpers P, Reynolds CF, 3rd, Donker T, Li J, Andersson G, Beekman A. Personalized treatment of adult depression: Medication, psychotherapy, or both? A systematic review. *Depress Anxiety* 2012b;29(10):855-64.

Cuijpers P, Andersson G, Donker T, van Straten A. Psychological treatment of depression: Results of a series of meta-analyses. *Nord J Psychiatry* 2011a;65(6):354-64.

Cuijpers P, Clignet F, van Meijel B, van Straten A, Li J, Andersson G. Psychological treatment of depression in inpatients: A systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev* 2011b;31(3):353-60.

Cuijpers P, van Straten A, Warmerdam L, Andersson G. Psychotherapy versus the combination of psychotherapy and pharmacotherapy in the treatment of depression: A meta-analysis. *Depress Anxiety* 2009;26(3):279-88.

De Mello MF, de Jesus Mari J, Bacaltchuk J, Verdeil H, Neugebauer R. A systematic review of research findings on the efficacy of interpersonal therapy for depressive disorders. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2005;255(2):75-82.

Drummond MF, O'Brien BJ, Stoddart GL, Torrance GW. Méthodes d'évaluation économique des programmes de santé. 2^e éd. Paris, France : Economica; 1998.

Ferrero A, Piero A, Fassina S, Massola T, Lanteri A, Daga GA, Fassino S. A 12-month comparison of brief psychotherapy and pharmacotherapy treatment in subjects with generalised anxiety disorders in a community setting. *Eur Psychiatry* 2007;22(8):530-9.

Fleury M-J et Grenier G. État de situation sur la santé mentale au Québec et réponse du système de santé et de services sociaux. Québec, Qc : Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE); 2012. Disponible à :
http://www.bibliotheque.assnat.qc.ca/DepotNumerique_v2/AffichageFichier.aspx?idf=71970.

Fournier L, Lemoine O, Poulin C, Poirier L-R. Enquête sur la santé mentale des Montréalais. Volume 1 : La santé mentale et les besoins de soins des adultes. Montréal, Qc : Direction de la santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre; 2002. Disponible à :
<http://www.santecom.qc.ca/Bibliothequevirtuelle/santecom/35567000000882.pdf>.

Fournier L, Roy D, Perreault R, Moisan J-L. Rapport annuel 2001 sur la santé de la population. Garder notre monde en santé, un nouvel éclairage sur la santé mentale des adultes montréalais. Montréal, Qc : Direction de la santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre; 2001. Disponible à :
http://publications.santemontreal.qc.ca/uploads/tx_assmpublications/2-89494-325-3.pdf.

Furukawa TA, Shear MK, Barlow DH, Gorman JM, Woods SW, Money R, et al. Evidence-based guidelines for interpretation of the Panic Disorder Severity scale. *Depress Anxiety* 2009;26(10):922-9.

Gaudiano BA, Hughes JA, Miller IW. Patients' treatment expectancies in clinical trials of antidepressants versus psychotherapy for depression: A study using hypothetical vignettes. *Compr Psychiatry* 2013;54(1):28-33.

Gloaguen V, Cottraux J, Cucherat M, Blackburn IM. A meta-analysis of the effects of cognitive therapy in depressed patients. *J Affect Disord* 1998;49(1):59-72.

Gould RL, Coulson MC, Howard RJ. Cognitive behavioral therapy for depression in older people: A meta-analysis and meta-regression of randomized controlled trials. *J Am Geriatr Soc* 2012;60(10):1817-30.

Guyatt G, Guterman D, Baumann MH, Addrizzo-Harris D, Hylek EM, Phillips B, et al. Grading strength of recommendations and quality of evidence in clinical guidelines: Report from an American College of Chest Physicians task force. *Chest* 2006;129(1):174-81.

Hedges LV et Olkin I. Statistical methods for meta-analysis. Orlando, FL : Academic Press; 1985.

Higgins JP, Thompson SG, Deeks JJ, Altman DG. Measuring inconsistency in meta-analyses. *BMJ* 2003;327(7414):557-60.

Hofmann SG, Sawyer AT, Witt AA, Oh D. The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: A meta-analytic review. *J Consult Clin Psychol* 2010;78(2):169-83.

Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). Services de santé mentale en milieu hospitalier au Canada, 2003-2004. Ottawa, ON : ICIS; 2006. Disponible à :
https://secure.cihi.ca/free_products/HMHDB_2003-2004_f.pdf.

Institut de la statistique du Québec (ISQ). Étude sur la santé mentale et le bien-être des adultes québécois : une synthèse pour soutenir l'action. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (cycle 1.2). Québec, Qc : ISQ; 2010. Disponible à :
<http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/sante/etat-sante/mentale/sante-mentale-action.pdf>.

Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Étude sur l'usage des antipsychotiques. Volet III : Personnes âgées de 25 ans ou plus, principalement celles de 65 ans ou plus avec un diagnostic de démence. Rapport rédigé par Élène Morarescu. ETMIS 2012;8(11):1-70.

Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). Surveillance des troubles mentaux au Québec : prévalence, mortalité et profil d'utilisation des services. Rapport préparé par Alain Lesage et Valérie Émond. Surveillance des maladies chroniques, Numéro 6. Québec, Qc : INSPQ; 2012. Disponible à :
http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1578_SurvTroublesMentauxQc_PrevMortaProfilUtilServices.pdf.

Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). Avis scientifique sur les interventions efficaces en promotion de la santé mentale et en prévention des troubles mentaux. Montréal, Qc : INSPQ; 2008. Disponible à :
http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/789_Avis_sante_mentale.pdf.

Khan A, Faucett J, Lichtenberg P, Kirsch I, Brown WA. A systematic review of comparative efficacy of treatments and controls for depression. *PLoS One* 2012;7(7):e41778.

Kriston L et von Wolff A. Not as golden as standards should be: Interpretation of the Hamilton Rating Scale for Depression. *J Affect Disord* 2011;128(1-2):175-7.

Laidlaw K, Davidson K, Toner H, Jackson G, Clark S, Law J, et al. A randomised controlled trial of cognitive behaviour therapy vs treatment as usual in the treatment of mild to moderate late life depression. *Int J Geriatr Psychiatry* 2008;23(8):843-50.

Landis JR et Koch GG. The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics* 1977;33(1):159-74.

Lave JR, Frank RG, Schulberg HC, Kamlet MS. Cost-effectiveness of treatments for major depression in primary care practice. *Arch Gen Psychiatry* 1998;55(7):645-51.

Layard R. The case for psychological treatment centres. *BMJ* 2006;332(7548):1030-2.

Layard R, Clark D, Knapp M, Mayraz G. Implementing the NICE guidelines for depression and anxiety. A cost benefit analysis. RL446c. Londres, Angleterre : Centre for Economic Performance (CEP), London School of Economics (LSE); 2006. Disponible à : http://cep.lse.ac.uk/conference_papers/Cambridge2006/Layard.pdf.

Leff J, Vearnals S, Brewin CR, Wolff G, Alexander B, Asen E, et al. The London Depression Intervention Trial. Randomised controlled trial of antidepressants v. couple therapy in the treatment and maintenance of people with depression living with a partner: Clinical outcome and costs. Br J Psychiatry 2000;177:95-100.

Lesage A, Vasiliadis HM, Gagné MA, Dudgeon S, Kasman N, Hay C. Prévalence de la maladie mentale et utilisation des services connexes au Canada : une analyse des données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes. Mississauga, ON : Initiative canadienne de collaboration en santé mentale (ICCSM); 2006. Disponible à : http://www.iusmm.ca/Documents/pdf/Hopital/Publications/prevalence_maladie_mentale.pdf.

Luborsky L, Diguer L, Seligman DA, Rosenthal R, Krause ED, Johnson S, et al. The researcher's own therapy allegiances: A "wild card" in comparisons of treatment efficacy. Clin Psychol Sci Pract 1999;6(1):95-106.

McHugh RK, Whitton SW, Peckham AD, Welge JA, Otto MW. Patient preference for psychological vs pharmacologic treatment of psychiatric disorders: A meta-analytic review. J Clin Psychiatry 2013;74(6):595-602.

McHugh RK, Otto MW, Barlow DH, Gorman JM, Shear MK, Woods SW. Cost-efficacy of individual and combined treatments for panic disorder. J Clin Psychiatry 2007;68(7):1038-44.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Plan d'action en santé mentale 2005-2010 – La force des liens. Québec, Qc : MSSS; 2005. Disponible à : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2005/05-914-01.pdf>.

Mitte K. A meta-analysis of the efficacy of psycho- and pharmacotherapy in panic disorder with and without agoraphobia. J Affect Disord 2005;88(1):27-45.

National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Generalised anxiety disorder and panic disorder (with or without agoraphobia) in adults: Management in primary, secondary and community care. NICE clinical guideline 113. Londres, Angleterre : NICE; 2011. Disponible à : <http://www.nice.org.uk/guidance/cg113/>.

National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). The treatment and management of depression in adults. NICE clinical guideline 90. Londres, Angleterre : NICE; 2009. Disponible à : <https://www.nice.org.uk/guidance/CG90>.

National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Obsessive-compulsive disorder: Core interventions in the treatment of obsessive-compulsive disorder and body dysmorphic disorder. NICE clinical guideline 31. Londres, Angleterre : 2005a. Disponible à : <https://www.nice.org.uk/guidance/cg31>.

National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Post-traumatic stress disorder (PTSD): The management of PTSD in adults and children in primary and secondary care. NICE clinical guideline 26. Londres, Angleterre : NICE; 2005b. Disponible à : <https://www.nice.org.uk/guidance/CG26>.

National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Clinical guidelines for the management of anxiety: Management of anxiety (panic disorder, with or without agoraphobia, and generalised anxiety disorder) in adults in primary, secondary and community care. Londres, Angleterre : NICE; 2004. Disponible à : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK45834/pdf/TOC.pdf>.

Oei TP et Dingle G. The effectiveness of group cognitive behaviour therapy for unipolar depressive disorders. *J Affect Disord* 2008;107(1-3):5-21.

Organisation mondiale de la Santé (OMS). Recherches en psychopharmacologie. Rapport d'un groupe scientifique de l'OMS. Genève, Suisse : OMS; 1967. Disponible à : http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_371_fre.pdf (consulté le 16 octobre 2013).

Otto MW, Pollack MH, Maki KM. Empirically-supported treatments for panic disorder: Costs, benefits, and stepped care. *J Consult Clin Psychol* 2000;68(4):556-63.

Peachey D, Hicks V, Adams O. An imperative for change: Access to psychological services for Canada. Toronto, ON : Health Intelligence Inc.; 2013. Disponible à : http://www.cpa.ca/docs/File/Position/An_Imperative_for_Change.pdf.

Poirier-Bisson J, Roberge P, Marchand A, Grégoire R. Les études de coûts-efficacité des traitements pharmacologiques et psychologiques des troubles anxieux : une recension des écrits. *Santé mentale au Québec* 2010;35(1):129-52.

Poulin C, Lemoine O, Poirier L-R, Fournier L. Les troubles anxieux constituent-ils un problème de santé publique ? *Santé mentale au Québec* 2004;29(1):61-72.

Regier DA, Rae DS, Narrow WE, Kaelber CT, Schatzberg AF. Prevalence of anxiety disorders and their comorbidity with mood and addictive disorders. *Br J Psychiatry Suppl* 1998;173(34):24-8.

Revicki DA, Siddique J, Frank L, Chung JY, Green BL, Krupnick J, et al. Cost-effectiveness of evidence-based pharmacotherapy or cognitive behavior therapy compared with community referral for major depression in predominantly low-income minority women. *Arch Gen Psychiatry* 2005;62(8):868-75.

Roshanaei-Moghaddam B, Pauly MC, Atkins DC, Baldwin SA, Stein MB, Roy-Byrne P. Relative effects of CBT and pharmacotherapy in depression versus anxiety: Is medication somewhat better for depression, and CBT somewhat better for anxiety? *Depress Anxiety* 2011;28(7):560-7.

Santé Canada. Le fardeau économique de la maladie au Canada, 1998. Ottawa, ON : Santé Canada; 2002. Disponible à : <http://publications.gc.ca/collections/Collection/H21-136-1998F.pdf>.

Sareen J, Cox BJ, Afifi TO, de Graaf R, Asmundson GJ, ten Have M, Stein MB. Anxiety disorders and risk for suicidal ideation and suicide attempts: A population-based longitudinal study of adults. *Arch Gen Psychiatry* 2005;62(11):1249-57.

Shea BJ, Grimshaw JM, Wells GA, Boers M, Andersson N, Hamel C, et al. Development of AMSTAR: A measurement tool to assess the methodological quality of systematic reviews. *BMC Med Res Methodol* 2007;7:10.

Spielmanns GI, Berman MI, Usitalo AN. Psychotherapy versus second-generation antidepressants in the treatment of depression: A meta-analysis. *J Nerv Ment Dis* 2011;199(3):142-9.

Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB, Löwe B. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: The GAD-7. *Arch Intern Med* 2006;166(10):1092-7.

Srouj C. Mental health is the number one cause of disability in Canada. *Insurance Journal* 2003;8.

Van Apeldoorn FJ, van Hout WJ, Mersch PP, Huisman M, Slaap BR, Hale WW 3rd, et al. Is a combined therapy more effective than either CBT or SSRI alone? Results of a multicenter trial on panic disorder with or without agoraphobia. *Acta Psychiatr Scand* 2008;117(4):260-70.

Van Hees ML, Rotter T, Ellermann T, Evers SM. The effectiveness of individual interpersonal psychotherapy as a treatment for major depressive disorder in adult outpatients: A systematic review. *BMC Psychiatry* 2013;13:22.

Vos T, Corry J, Haby MM, Carter R, Andrews G. Cost-effectiveness of cognitive-behavioural therapy and drug interventions for major depression. *Aust N Z J Psychiatry* 2005;39(8):683-92.

World Health Organization (WHO). Investing in mental health: Evidence for action. Genève, Suisse : WHO; 2013. Disponible à : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/87232/1/9789241564618_eng.pdf (consulté le 15 octobre 2013).