



Mental Health
Commission
of Canada

Commission de
la santé mentale
du Canada

Valeur et efficacité : Améliorer l'accès aux services de counseling, de psychothérapie et de psychologie

 @MHCC_  /theMHCC  /Mental Health Commission of Canada
 @theMHCC  /1MHCC

26 septembre 2017



Mental Health
Commission
of Canada

Commission de
la santé mentale
du Canada

Animatrice



Karen Cohen, Ph. D.
**PDG, Société canadienne de
psychologie**



Mental Health
Commission
of Canada

Commission de
la santé mentale
du Canada

Intervenants



Helen-Maria Vasiliadis, Ph. D.

**Professeure et chercheuse, Faculté de médecine et
des sciences de la santé, Université de Sherbrooke**



Giorgio Tasca, Ph. D.

**Professeur agrégé, École de psychologie,
Université d'Ottawa**

Données probantes sur la psychothérapie

Giorgio A. Tasca, Ph. D.

Professeur agrégé
École de psychologie
Université d'Ottawa



uOttawa

Psychotherapy Practice
PPRNet
Research Network 

The logo for PPRNet (Psychotherapy Practice Research Network), featuring the text "Psychotherapy Practice" in a small font, "PPRNet" in a large, bold, orange font, and "Research Network" in a smaller font below it. To the right of the text is a graphic of a network of nodes connected by lines, with some nodes highlighted in orange.

Buts de la journée

- Évaluer les données probantes sur les psychothérapies et les pratiques en psychothérapie
- Évaluer de façon critique l'efficacité relative des médicaments par rapport à la psychothérapie pour les troubles dépressifs
- Évaluer les mérites des facteurs communs permettant de prédire les résultats de la psychothérapie

Définition de la psychothérapie

- Application éclairée et intentionnelle de méthodes cliniques et de positions interpersonnelles
- Découle des principes psychologiques établis
- vise à aider les gens à modifier leurs comportements, cognitions, émotions et autres caractéristiques personnelles

Recherche en psychothérapie

DÉFINITIONS

Traitements appuyés par des données empiriques

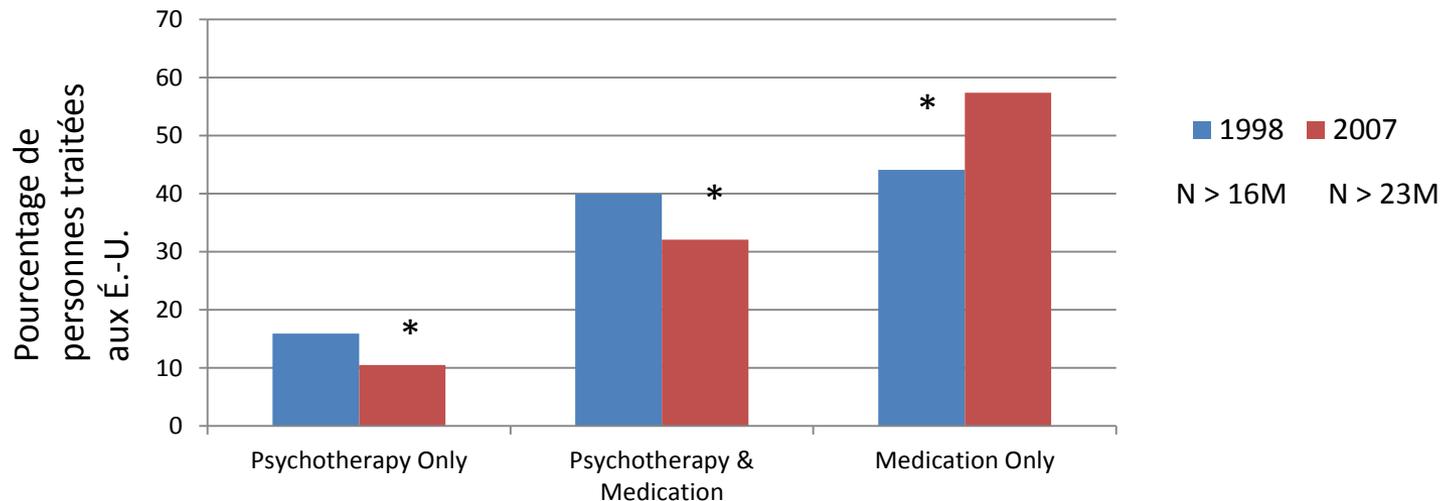
- Liste des traitements appuyés par des données empiriques par division de la psychologie clinique (APA)
 - Première liste publiée : Chambless et Hollon (1998)
 - <https://www.div12.org/psychological-treatments/>
- Critères
 - Deux essais contrôlés randomisés de différents endroits ou équipes de recherche
 - Manuels de traitement, fidélité au traitement évaluée
 - Échantillon et maladie clairement définis
 - Clairement supérieure à une thérapie placebo ou à un autre traitement véritable

Pratique fondée sur des données probantes en psychothérapie (APA, 2006)

- Intégration :
 - des meilleures recherches disponibles;
 - d'une expertise clinique;
 - des caractéristiques, de la culture et des préférences des patients.
- (<http://www.apa.org/pubs/journals/features/evidence-based-statement.pdf>)

Utilisation de la psychothérapie

- Plus de 1 million de Canadiens utilisent la psychothérapie dans une année donnée. (Cox, 2014; Vasiliadis et autres, 2009)
 - Plus de 5 % d'entre eux ont eu recours à des services de consultation externe pour un problème de santé mentale (en plus du médecin de famille).
- Les taux d'utilisation de la psychothérapie sont stables ou ont diminué au cours de la dernière décennie (Olfson et Marcus, 2010).



Efficacité de la psychothérapie

- La psychothérapie est-elle plus efficace que l'absence de traitement?
- Méga-analyses (méta-analyses des méta-analyses) (Lambert et Bergin, 1994; Grissom, 1996)
 - Examen de 25 et de 68 études de maîtrise pour comparer la psychothérapie à l'absence de traitement, respectivement
 - Ampleur moyenne de l'effet de $d = 0,80$: effet « important » (Wampold et Imel, 2015)
 - Le patient moyen est en meilleure posture que 79 % des témoins non traités.
 - Taux de réussite de 69 % grâce à la psychothérapie
 - Comptabilisation de 14 % de la variable réponse
- L'ampleur de l'effet est aussi importante ou plus importante que bon nombre des procédures médicales courantes. (Rosnow et Rosenthal, 2003; Wampold et autres, 2005; 2007)
 - Exemples : interventions en cardiologie (p. ex. statine), médecine gériatrique, asthme, aspirine comme prophylaxie pour la crise cardiaque, warfarine pour les caillots, zidovudine pour l'infection néonatale au VIH, vaccin contre la grippe, chirurgie de la cataracte, etc.

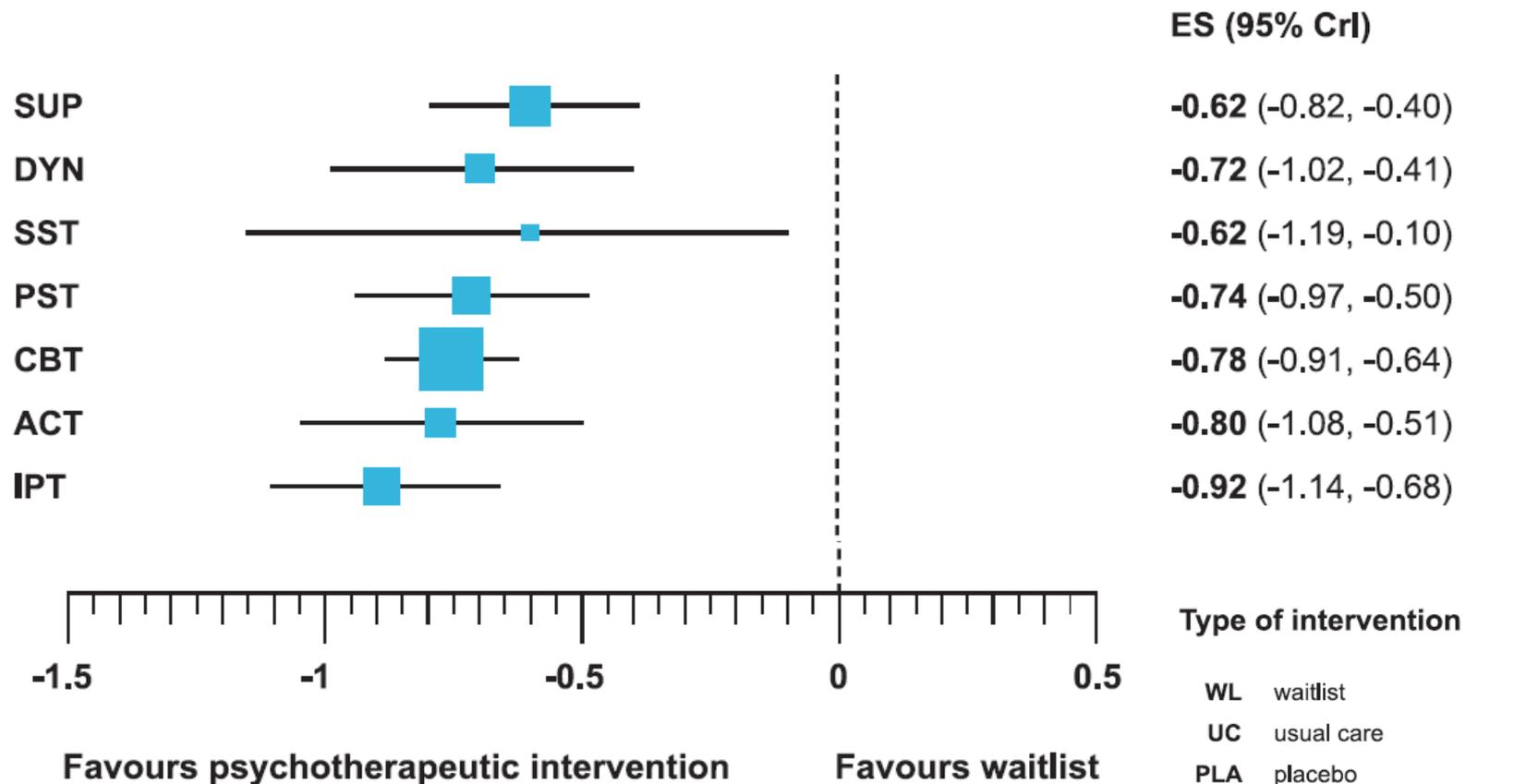
Types de psychothérapie

- Psychothérapie interpersonnelle
 - Thérapie brève et structurée qui traite les problèmes interpersonnels associés à la dépression
- Thérapie d'activation comportementale
 - vise à sensibiliser le patient aux activités agréables et cherche à augmenter les interactions positives du patient avec l'environnement
- Thérapie cognitivo-comportementale
 - Met l'accent sur les croyances négatives du patient, la façon dont elles affectent les comportements actuels et futurs, et la restructuration des croyances
- Thérapie psychodynamique
 - Met l'accent sur les relations et les conflits non résolus et l'impact qu'ils peuvent avoir sur le fonctionnement actuel du patient

Efficacité relative des approches en psychothérapie

- Les résultats sont-ils différents selon les types de traitement?
- Méga-analyses de 32 méta-analyses de traitements véritables (Wampold et autres, 1997; 2002; Wampold et Imel, 2015)
 - Les différences entre les thérapies ont donné un effet de $d = 0,20$.
 - Effet « minime » représentant 1 % de la variable réponse
 - Les résultats sont conséquents pour l'anxiété et la dépression. (Wampold et autres, 2007; 2008; Wampold et Imel, 2015)
- Lorsque l'allégeance des chercheurs est prise en considération, l'efficacité relative est négligeable ($d = 0$ à $0,17$). (Lambert et Ogles, 2004; Wampold, 2001)
- Les taux d'abandon sont équivalents dans l'ensemble des traitements. (Swift et Greenberg, 2012)
 - Taux de 19 % pour les essais cliniques et de 38 % pour les pratiques communautaires

Graphique en forêt



ES (95% CrI)

-0.62 (-0.82, -0.40)

-0.72 (-1.02, -0.41)

-0.62 (-1.19, -0.10)

-0.74 (-0.97, -0.50)

-0.78 (-0.91, -0.64)

-0.80 (-1.08, -0.51)

-0.92 (-1.14, -0.68)

Type of intervention

- WL** waitlist
- UC** usual care
- PLA** placebo
- SUP** supportive counselling
- DYN** psychodynamic therapy
- SST** social skills training
- PST** problem-solving therapy
- CBT** cognitive-behavioural therapy
- ACT** behavioural activation
- IPT** interpersonal therapy

Barth, J., et autres (2013). *Comparative efficacy of seven psychotherapeutic interventions for patients with depression: a network meta-analysis*. *PLoS medicine*, 10(5), e1001454.

Psychothérapie et antidépresseurs

- La psychothérapie et les inhibiteurs spécifiques du recaptage de la sérotonine (ISRS) sont plus efficaces que la thérapie placebo. (de Rubeis et autres, 2005)
- L'efficacité de la psychothérapie et des ISRS ne diffère pas lorsque des psychothérapies véritables sont mises à l'essai. (Spielmans et autres, 2011)
 - Dépression chronique et non chronique (de Maat et autres, 2006)
 - Gravité de la dépression (de Cuijpers et autres, 2008; Maat et autres, 2006)
 - Il existe certaines données probantes sur la supériorité des ISRS pour la dysthymie, mais les effets sont mineurs. (de Cuijpers et autres, 2008)
- La psychothérapie donne de meilleurs résultats à long terme lors du suivi. (de Maat et autres, 2006; Imel et autres, 2008; Spielmans et autres, 2011)
 - Taux d'abandon inférieurs pour la psychothérapie (de Cuijpers et autres, 2008)
 - Les psychothérapies créent moins de résistance aux administrations multiples. (Wampold, 2011)
- Dans l'ensemble, 75 % des patients préfèrent la psychothérapie aux médicaments pour la dépression. (Swift et autres, 2013)
 - La préférence du client est grandement liée aux résultats. (Swift et autres, 2011)
 - La plupart des clients prennent des médicaments. (Olfson et Marcus, 2010)

Nouveau regard – La psychothérapie est tout aussi efficace que les médicaments

Partialité des publications

- Tendence à publier seulement les conclusions significatives
- Suppression des données par l'industrie ou les chercheurs
- Les effets des antidépresseurs sont susceptibles d'être surestimés. (Turner et autres, 2008)

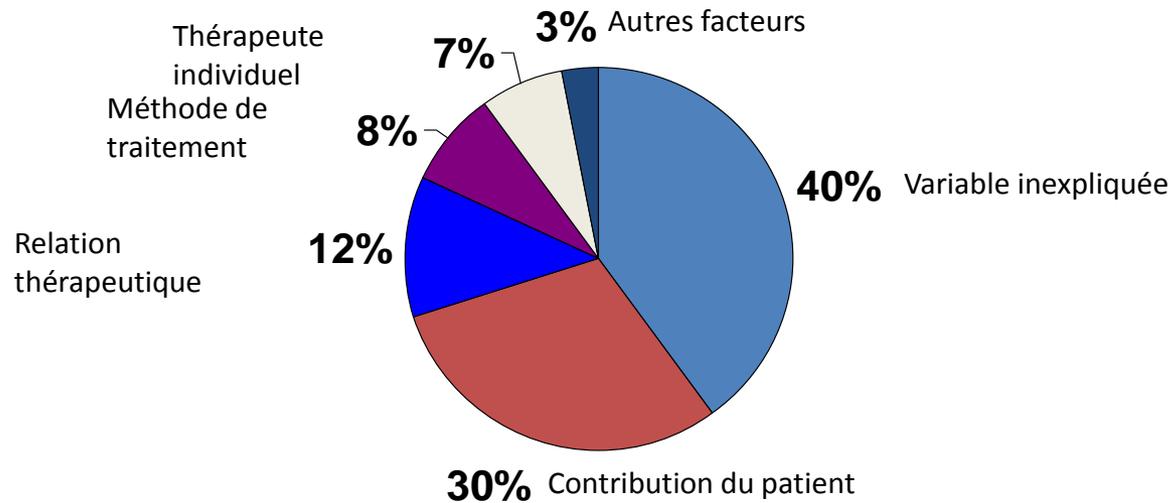
Nouveau regard – La psychothérapie est tout aussi efficace que les médicaments

- Dans l'ensemble, 31 % des 74 essais enregistrés de la Food and Drug Administration entre 1987 et 2004 n'ont jamais été publiés (n = 23).
 - Les essais positifs sont 12 fois plus susceptibles d'être publiés. (Turner, 2008)
- Ampleur de l'effet des médicaments
 - Essais publiés : $d = 0,37$
 - Essais non publiés : $d = 0,15$
 - Ampleur de l'effet rajusté : $d = 0,25$
- Données probantes d'une partialité minimale des publications dans 31 essais de psychothérapie publiés pour la dépression (Niemeyer et autres, 2013)
 - Certaines données probantes de la partialité des publications dans les essais sur la thérapie cognitivo-comportementale (Cuijpers et autres, 2010)
 - Partialité des publications dans les études de psychothérapie financées par le National Institute on Mental Health (Driessen et autres, 2017)
 - L'ampleur de l'effet rajustée pour la psychothérapie demeure plus importante que celle pour les médicaments ($d = 0,42$).

Facteurs communs

- Facteurs qui entraînent efficacement des résultats positifs
 - 1) Inhérents dans toute situation thérapeutique
 - 2) Ne s'appliquent pas particulièrement à une méthode thérapeutique
- Relation : alliance, rétroaction des clients
- Patient : gravité, attente d'un avantage ou d'espoir (placebo), croyance dans la crédibilité de la thérapie et du thérapeute, attachement, préférence
- Thérapeute : allégeance à l'égard de la méthode thérapeutique (croyance dans l'efficacité), empathie, gestion du contre-transfert

Facteurs communs



Pourcentage de la variable réponse totale attribuable aux facteurs thérapeutiques (Norcross, 2011)

Globalement, 80 % des fonds des National Institutes of Health visant la recherche sur les interventions psychosociales servent à évaluer l'efficacité des méthodes de traitement. (Norcross, 2012)

Pratiques fondées sur des données probantes en psychothérapie (Norcross, 2011)

Alliance thérapeutique
(Horvath et autres, 2011)

$r = 0,27$ avec résultats

Correction des ruptures d'alliance
(Safran et autres, 2011)

$r = 0,24$ avec résultats

Empathie du thérapeute
(Elliott et autres, 2011)

$r = 0,31$ avec résultats

Gestion du contre-transfert
(Hayes et autres, 2011)

$r = 0,56$ avec résultats

Suivi des progrès
(Lambert et Shimokawa, 2011)

$r = 0,25$ avec résultats

Facteurs communs : Relation

- Alliance thérapeutique
 - Définie comme une entente relative aux tâches et aux buts de la thérapie et le lien entre le thérapeute et le patient (Bordin, 1967)
 - Souligne les aspects conscients de la relation, comme la collaboration et le consensus
 - Méta-analyse de la thérapie individuelle dans 200 études (Horvath et autres, 2011)
 - Inclusion d'études sur des traitements véritables seulement
 - Effet « moyen » de l'alliance pour prédire le résultat ($d = 0,71$)
 - L'alliance thérapeutique dans les premières et dernières séances était davantage liée aux résultats (l'alliance dans les autres séances ne l'était pas).
 - Aucune différence entre les types de psychothérapie (psychothérapie interpersonnelle, thérapie cognitivo-comportementale, psychothérapie dynamique à court terme, etc.) relativement à la relation entre l'alliance et le résultat
 - Données émergentes voulant que de reconnaître et de corriger les ruptures d'alliance améliorent les résultats (Safran et autres, 2011)

Facteurs communs : Patient

- Gravité des problèmes
 - Déficience fonctionnelle et gravité des symptômes associés à des résultats moins favorables (Clarkin et Levy, 2004)
 - Le trouble de la personnalité concomitant et un passé de violence sexuelle sont également associés à des résultats moins favorables et à une interruption prématurée. (Clarkin et Levy, 2004)
- Attentes et espoir
 - Représente une partie minime mais importante ($r = 0,21$) de la variable réponse (Constantino, 2011)
- Stratégie d'adaptation
 - Harmonisation entre la stratégie d'adaptation du client et la méthode thérapeutique relativement aux résultats positifs présentant un effet moyen ($r = 0,56$) (Beutler et autres, 2011)
 - Extériorisation avec traitement axé sur les symptômes
 - Internalisation avec traitement axé sur les perceptions

Facteurs communs : Thérapeute

- Effets thérapeutiques
 - Les différences entre les thérapeutes représentent habituellement 7 % de la variable réponse.
 - En moyenne, de 11 à 38 % des thérapeutes ont dit avoir eu des patients dont l'état avait empiré au terme de la thérapie par rapport au début de la thérapie. (Kraus et autres, 2011; N = 700 thérapeutes et N = 7 000 patients)
 - Jusqu'à 16 % des thérapeutes étaient considérés comme assurément « nuisibles ».
 - Fréquence des thérapeutes efficaces : de 29 à 67 % selon la maladie (Krauss et autres, 2011)
- La formation de thérapeutes qui respectent un manuel et qui sont compétents n'est pas notablement liée aux résultats obtenus par les patients. (Webb et autres, 2010)
 - Respect ($r = 0,02$)
 - Compétence ($r = 0,07$)
- Caractéristiques des thérapeutes efficaces (Wampold et autres, 2017)
 - Capacité de former une alliance auprès d'une vaste gamme de patients
 - Habiletés interpersonnelles facilitantes (empathie, fluidité verbale et émotionnelle)
 - Douter de soi sur le plan professionnel (scepticisme sain quant à ses capacités)
 - Pratique délibérée (formation continue individualisée)

Répercussions fondées sur la pratique

1. La psychothérapie est efficace pour de nombreux troubles mentaux.
 - a. Tout aussi efficace, voire davantage, que les antidépresseurs
 - b. Être au courant de la recherche (donne de l'espoir aux patients)
2. Les psychothérapies véritables sont tout aussi efficaces pour bon nombre de maladies.
 - a. Thérapies pour lesquelles une théorie psychologique de la maladie a été établie et traitement fondé sur la théorie, offerts par un professionnel qualifié
3. Les facteurs communs représentent une importante partie des résultats obtenus par les patients qui excèdent la thérapie précise offerte.
 - a. Établir une alliance tôt dans le processus et la maintenir
 - a. Reconnaître et corriger une rupture d'alliance (ne pas l'ignorer) (Safran et autres, 2011)
 - b. Le renforcement de l'alliance au fil du temps est potentiellement thérapeutique en soi. (Zilcha-Mano, 2017)
 - b. Les thérapeutes exercent une pratique délibérée.
 - a. Chercher à obtenir le point de vue du patient quant à l'empathie du thérapeute
 - b. Être conscient des effets très négatifs du thérapeute : hostilité, confrontations, rigidité du traitement (contre-transfert)
 - c. Rassembler systématiquement les résultats d'une séance à l'autre et utiliser ces données pour rajuster le traitement
 - c. Facteurs liés au patient comme la gravité, la comorbidité et la stratégie d'adaptation
 - a. Évaluer ces facteurs et rajuster la thérapie en conséquence



- Collaboration entre l'École de psychiatrie de l'Université de Toronto et l'École de psychologie de l'Université d'Ottawa pour réaliser des recherches fondées sur la pratique en matière de psychothérapie
- A récemment reçu une subvention d'exploitation des Instituts de recherche en santé du Canada pour former des thérapeutes dans la communauté afin de recenser et de corriger les ruptures d'alliance
- Bulletin électronique mensuel gratuit qui résume les meilleures recherches en psychothérapie pour les cliniciens
- Pour s'inscrire : www.pprnet.ca

La prestation de services de psychologie dans le cadre du régime d'assurance-maladie est rentable pour la dépression au Canada.

WEBINAIRE DE LA CSMC – 26 septembre 2017

Améliorer l'accès aux services de counseling, de psychothérapie et de psychologie : Confirmation de leur valeur et de leur efficacité

Helen-Maria Vasiliadis

Professeure, Faculté de médecine et des sciences de la santé,
Université de Sherbrooke

Chercheuse, Centre de recherche – Hôpital Charles-le Moyne

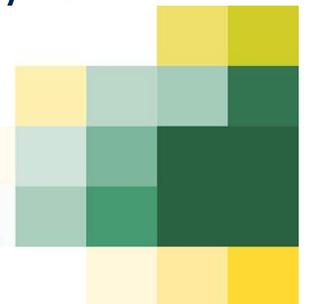
Centre de santé et de services sociaux
Champlain—Charles-Le Moyne

Centre affilié universitaire et régional de la Montérégie

 UNIVERSITÉ DE
SHERBROOKE

CENTRE DE RECHERCHE - HÔPITAL CHARLES-LE MOYNE

 UNIVERSITÉ DE
SHERBROOKE
Faculté de médecine
et des sciences de la santé





CIHR IRSC

Canadian Institutes of Health Research
Institut de recherche en santé du Canada

Subvention n° MOP 271771

Helen-Maria Vasiliadis, Université de Sherbrooke

Alain Lesage, Université de Montréal

Eric Latimer, Université McGill

Martin Drapeau, Université McGill

Comité consultatif

- Commission de la santé mentale du Canada
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec
- Société canadienne de psychologie
- Ordre des psychologues du Québec et Ordre des psychologues de l'Ontario
- Organismes communautaires – Revivre
- Institute of Health Economics

Citation :

Vasiliadis HM, Dezetter A, Latimer E, Drapeau M, Lesage A. *Assessing the Costs and Benefits of Insuring Psychological Services as Part of Medicare for Depression in Canada*. *Psychiatr Serv*. 2017;68(9):899-906.

Raison d'être

- La prévalence de la dépression est comparable à celle d'autres maladies chroniques courantes comme l'hypertension et le diabète. Les taux à vie au Canada atteignent 11,3 %. (Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) – Santé mentale, 2012)
- L'incapacité liée à la dépression est considérée comme l'une des plus importantes parmi toutes les maladies. (OMS, 2012)
- Les coûts imputables associés à la dépression ont augmenté en Amérique du Nord, atteignant 210 milliards de dollars en 2010. (Greenberg et autres, 2015)
- Près de la moitié des Canadiens n'utilisent aucun service de santé pour traiter leur dépression. (ESCC, 2002; 2012)
- Les thérapies psychologiques modernes peuvent compléter ou remplacer de façon économique les approches pharmacologiques pour traiter la dépression. (Myhr et autres, 2006; Wells et autres, 2007; CANMAT, 1999)

Contexte

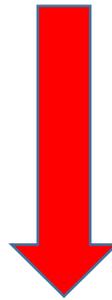
- Parmi les Canadiens qui consultent pour des problèmes de santé mentale, près de 80 % consultent leur médecin de famille. (Vasiliadis et autres, 2005)
- La majorité des médecins de famille, les gardiens du système de santé, connaissent les thérapies psychologiques fondées sur des données probantes, mais ne sont pas formés pour les offrir, n'ont pas le temps, ou ne désirent pas le faire. (Grenier et autres, 2008)
 - L'absence d'une assurance dans le régime public est le plus important obstacle mentionné par les médecins de famille qui n'ont pas aiguillé des patients qui avaient besoin de services de psychologie.
 - Par conséquent, l'accès aux fournisseurs de services de psychothérapie au Canada est à la fois limité et inéquitable.

Études fondées sur la population

- L'Enquête conjointe Canada/États-Unis sur la santé (2004) soulignait les écarts dans la recherche d'un traitement parmi les personnes souffrant de dépression en lien avec une assurance médicale aux États-Unis. (Vasiliadis et autres, 2007)
- L'ESCC – Santé mentale et bien-être a démontré que les revenus et l'éducation étaient des obstacles à la consultation de psychologues et d'autres fournisseurs de soins de santé. (Vasiliadis et autres, 2009)
- Des données récentes de l'ESCC – Santé mentale (2012) ont montré que : (Sunderland et Findlay, 2013)
 - 39 % des adultes souffrant d'une dépression majeure ont indiqué que leur besoin pour des soins de santé mentale n'était pas satisfait;
 - 71 % d'entre eux ont mentionné un besoin de counseling ou de psychothérapie.

Sans assurance, les soins ne sont pas accessibles.

Un rapport préparé par le commissaire à la santé du Québec sur le rendement du système de santé soulignait clairement l'inégalité de l'accès à des services de santé mentale efficaces comme la psychothérapie et le besoin de réévaluer l'allocation des ressources. En d'autres termes :



LES SERVICES QUI NE SONT PAS ASSURÉS NE SONT PAS ACCESSIBLES.

Commissaire à la santé et au bien-être. *La performance du système de santé et de services sociaux québécois*. 2013. ISBN : 978-2-550-67100-8.

Études internationales : Royaume-Uni, Australie et France

- Jusqu'à présent, le Royaume-Uni et l'Australie ont décidé de rembourser les thérapies psychologiques dans leur système de santé.
- Au Royaume-Uni, l'analyse coûts-avantages de Layard et autres (2007) du programme d'amélioration de l'accès à la psychothérapie a montré que le programme serait rentable dans un délai de cinq ans.
- En France, une étude similaire estimait un rapport coûts-avantages allant de 1,14 à 1,95 %. (Dezetter et autres, 2013)

Objectifs

- Cette étude visait donc à évaluer la rentabilité associée à la prestation de services de psychologie dans le cadre du régime d'assurance-maladie aux personnes dont les besoins en santé mentale ne sont pas satisfaits.
- Cette évaluation fournira des renseignements sur les politiques du système de la santé afin d'aider les décideurs à allouer davantage de ressources optimales en vue d'assurer une gestion plus efficace du système public de soins de santé.

Méthodes

- À l'aide d'une simulation d'événements discrets, nous avons modélisé l'évolution de la dépression sur une période de 40 ans afin d'évaluer la rentabilité de l'augmentation de l'accès financé par le gouvernement aux services de psychologie au Canada par rapport au statu quo.
- Nous avons inclus dans le modèle les cas nouveaux de dépression (2,9 % de la population) chez les personnes âgées de 20 à 85 ans.
- La probabilité des événements et les paramètres du modèle étaient fondés sur :
 - l'épidémiologie, le traitement pharmacologique et les coûts (directs et indirects);
 - les données d'utilité provenant de la littérature ainsi que les analyses des données secondaires de l'ESCC – Santé mentale de 2012 menée par Statistique Canada.

Aperçu du modèle

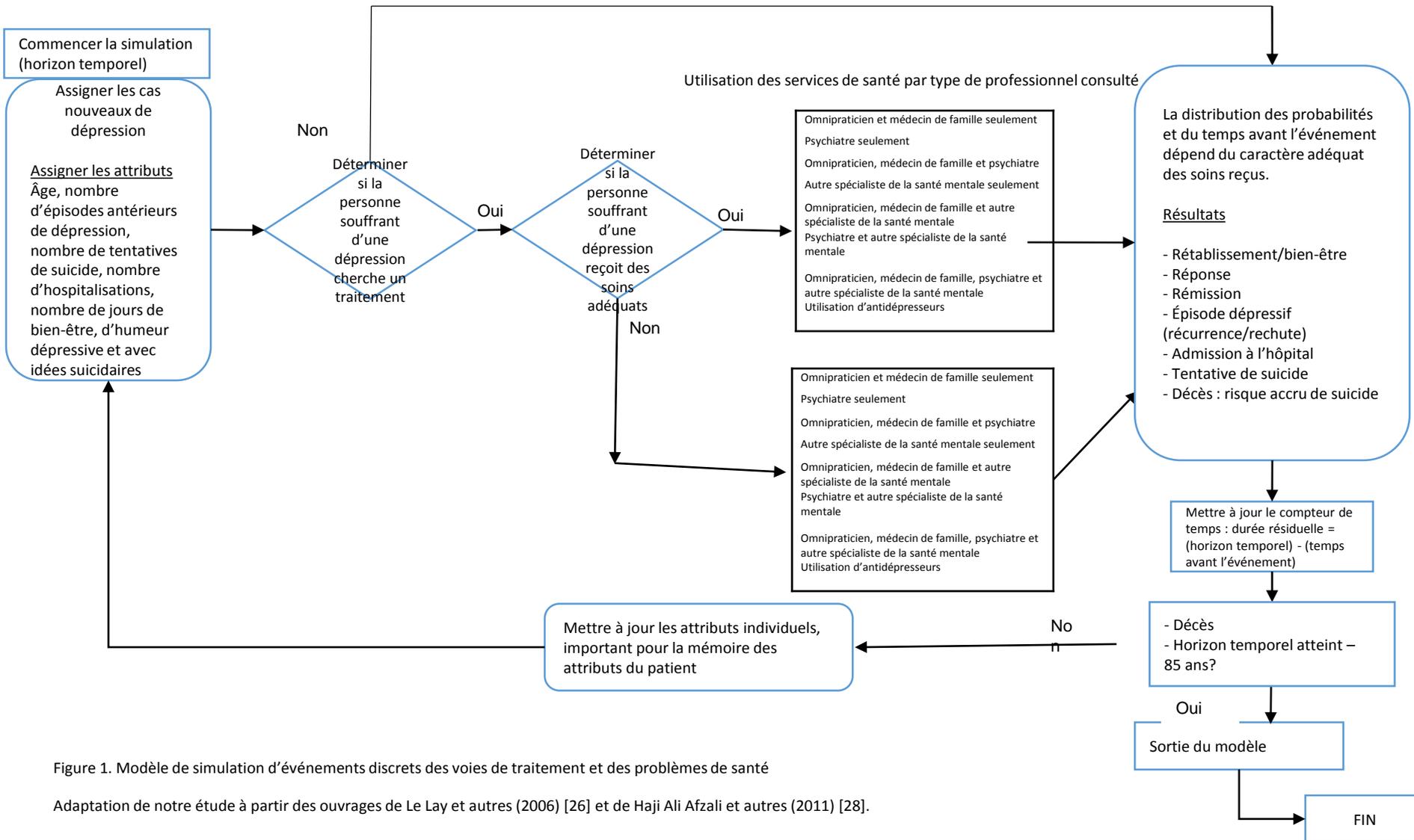


Figure 1. Modèle de simulation d'événements discrets des voies de traitement et des problèmes de santé

Adaptation de notre étude à partir des ouvrages de Le Lay et autres (2006) [26] et de Haji Ali Afzali et autres (2011) [28].

RÉSULTATS

Tableau 3. Caractéristiques d'une population adulte simulée avec nouvel épisode de dépression sur une période de 40 ans

	Scénario de référence : STATU QUO	Autre scénario Accès amélioré à des services de psychologie
	Moyenne (95 % IC) [Par personne, période de 40 ans]	
Nombre de jours d'humeur dépressive	760 (740-780)	706 (687-725)
Nombre de jours d'humeur dépressive des personnes qui n'utilisent pas des services de santé mentale	91 (90-92)	81 (80-82)
Nombre de jours souffrant de dépression chronique	173 (169-177)	157 (153-160)
Nombre de jours avec idées suicidaires	65 (63-67)	60 (58-62)
Nombre de jours de bien-être	12 355 (12 307-12 403)	12 476 (12 428-12524)
Nombre de jours de bien-être pour les non-utilisateurs	140 (138-142)	126 (124-128)
Prévalence de l'hospitalisation pour des problèmes de santé mentale (vie)	30,2 % (29,8-30,5 %)	27,9 % (27,6-28,2 %)
Prévalence des tentatives de suicide (vie)	14,6 % (14,3-14,9 %)	14,1 % (13,8-14,4 %)
Nombre de suicides	250	184

Tableau 4. Rentabilité de l'accès amélioré à des services de psychologie par rapport au statu quo

	STATU QUO	Accès amélioré à des services de psychologie	Différence absolue	RCED
Moyenne (95 % IC)				
Total AVAQ	30,10 (29,99-30,21)	30,27 (30,16-30,38)	0,17	
Coûts moyens pour le système de santé	114 123 \$	112 519 \$	-1 ,604 \$	« dominant »
Coûts moyens pour la société avec méthode du coût de friction	118 021 \$	116 117 \$	-1 904 \$	« dominant »
Coûts moyens pour la société avec approche du capital humain	120 629 \$	118 039 \$	-2 590 \$	« dominant »
Analyses de sensibilité				
Total AVAQ, moins pessimiste^a	30,74 (30,64-30,84)	30,86 (30,76-30,96)	0,18	
Total AVAQ, psychothérapie jusqu'à 25 % moins efficace que lors des estimations précédentes^b	30,10 (29,99-30,21)	30,27 (30,16-30,37)	0,17	
Estimations de la limite minimale				
Coûts moyens pour le système de santé	84 370 \$	83 688 \$^d	-702 \$	« dominant »
Coûts moyens pour la société avec méthode du coût de friction	85 354 \$	84 576 \$^d	-778 \$	« dominant »
Coûts moyens pour la société avec approche du capital humain	87 213 \$	85 947 \$^d	-1 266 \$	« dominant »
Estimations de la limite supérieure				
Coûts moyens pour le système de santé	164 088 \$	161 018 \$	-3 070 \$	« dominant »
Coûts moyens pour la société avec méthode du coût de friction	197 484 \$	191 861 \$	-5 623 \$	« dominant »
Coûts moyens pour la société avec approche du capital humain	200 138 \$	193 818 \$	-6 320 \$	« dominant »

^A Moins pessimiste : utilité pour le bien-être = 0,85 et utilité pour le nombre de jours d'humeur dépressive = 0,58, sans égard à l'utilisation de services de santé

^B Une étude récente montre que la thérapie par la parole pourrait être 25 % moins efficace [72].

^C Pour les personnes qui reçoivent des soins des trois types de professionnels (omnipraticien ou médecin de famille, psychiatre et autre spécialiste de la santé mentale), tous les coûts relatifs aux visites auprès d'autres spécialistes de la santé mentale seront assumés par le système de santé.

^D Pour les personnes qui accèdent pour la première fois aux psychothérapies financées par le gouvernement : quatre visites annuelles sans ou avec deux visites d'un omnipraticien

Amélioration de l'accès

- La prestation de services de psychologie financés par le gouvernement aux adultes souffrant de dépression qui signalent un besoin en santé mentale non satisfait se traduit en une moyenne de 123 212 872 \$ CA (de 67 709 860 à 190 922 732 \$) en coûts supplémentaires.
 - [1 292 \$ (2 visites d'un omnipraticien ou médecin de famille + 8 séances de psychothérapie dans 1 année) par personne * n = 95 366 personnes dont les besoins ne sont pas satisfaits]
- Les économies pour la société de l'utilisation de l'approche du capital humain atteindraient en moyenne 246 997 940 \$ CA (de 120 733 356 à 602 713 120 \$).

DISCUSSION – À la lumière de la littérature

- Si on envisageait de couvrir les séances de psychothérapie pour tous les adultes canadiens souffrant d'un nouvel épisode de dépression (2,9 %), les coûts du programme atteindraient 1,008 milliards de dollars.
- En Australie, au cours des 3 premières années du programme d'accès amélioré, près de 2 017 000 personnes ont profité de séances de psychothérapie d'une valeur de quelque 11,1 millions de dollars (6 séances par personne), pour un budget total de 2,80 milliards de dollars canadiens ou 1 514 \$ par personne. (Pirkis et autres, 2015)
- Au Royaume-Uni, le coût du programme d'amélioration de l'accès à la psychothérapie était estimé à 600 millions de livres sterling pour traiter 800 000 patients choisissant la psychothérapie en 2006. (Layard et autres, 2006)
 - Récemment, la NHS a investi une somme supplémentaire de 400 millions de livres sterling dans le programme d'amélioration de l'accès à la psychothérapie afin d'offrir des services aux enfants, aux adolescents, aux adultes plus âgés et aux personnes souffrant de graves problèmes physiques chroniques et de santé mentale. (Thornicroft, 2011)
- En France, le coût annuel pour couvrir 12 séances de psychothérapie pour la dépression et les troubles anxieux a atteint 729 millions de dollars canadiens pour près de 2,3 % de la population. (Dezetter et autres, 2013)
 - Cette estimation est inférieure à celle que nous avons observée : une séance de psychothérapie en France coûte 41 euros (65 \$ CA), comparativement à une moyenne de 145 \$ CA au Canada.

Répercussions de la couverture des services de psychologie dans le cadre du régime d'assurance-maladie d'un système de soins de santé géré par le gouvernement

En Australie, une grande préoccupation quant aux coûts croissants du programme d'accès amélioré a été soulevée, bon nombre de personnes affirmant que le programme élargissait l'écart socioéconomique quant à l'utilisation des services de santé mentale. (Allen, 2011)

Dans leur ouvrage, Harris et autres (2011) ont montré :

- que 90 % des utilisateurs du programme d'accès amélioré signalaient un trouble mental de la CIM-10 de 12 mois;
- que les personnes sans trouble affectif ou anxieux qui utilisent les services ne provenaient pas de groupes dont la situation socioéconomique est meilleure;
- que les personnes ayant un trouble mental ont reçu considérablement plus de services que celles n'ayant aucun problème de ce type.

Répercussions de la couverture des services de psychologie dans le cadre du régime d'assurance-maladie d'un système de soins de santé géré par le gouvernement

Une politique efficace sur la santé, visant à améliorer l'accès aux services de santé mentale et appropriée à un système de soins de santé géré par le gouvernement, devrait tenir compte des éléments suivants. (Richards et Bower, 2011)

- Accès : Qui profitera d'un traitement?
- Équité, type de service offert et rentabilité : L'amélioration des résultats pour la santé se fait-elle selon un coût durable?
- Soins axés sur le patient : Le service répond-il aux besoins individuels en matière de santé mentale?

LIMITES

- Les analyses des coûts unitaires se fondaient sur des données nationales et provinciales (Québec), ce qui peut limiter la généralisabilité à d'autres pays ayant des systèmes de soins de santé financés par le gouvernement comme le Canada.
- Nous avons assumé que huit séances de psychothérapie et deux visites chez le médecin seraient en moyenne couvertes dans le cadre du scénario de l'accès amélioré aux services de psychologie. Les publications précédentes en Australie signalaient que la majorité des personnes utilisaient six séances.
 - Toutefois, les analyses de sensibilité ne montraient aucune différence importante pour une couverture pouvant aller jusqu'à 12 séances de psychothérapie.
- L'approche du capital humain a été utilisée plutôt que la méthode du coût de friction.
- Les personnes ayant un problème de santé mentale ne profitent pas toutes des services et les coûts totaux associés à l'accès amélioré pourraient donc être surestimés.
- Le modèle ne tenait pas compte de l'effet de l'accès amélioré aux services de psychologie par les enfants et les adolescents ayant des problèmes de santé mentale.
 - Les résultats présentés pourraient sous-estimer les avantages potentiels et les économies possibles pour la société visant cette population.

CONCLUSION

La couverture des services de psychologie dans le cadre du régime d'assurance-maladie pour les personnes souffrant d'une grave dépression qui ne reçoivent pas des soins de santé mentale adéquats serait rentable.

- **Canada** : Chaque dollar investi dans le programme rapporterait des économies moyennes de 2 \$ (1,78 à 3,15 \$) à la société.
- **Royaume-Uni** : Le programme d'amélioration de l'accès à la psychothérapie a montré un rendement des investissements atteignant 1,75 livre sterling pour chaque livre sterling investie en santé. (Layard et autres, 2006)
- **France** : Chaque euro investi dans les services de psychologie pour les personnes souffrant d'une dépression a engendré des économies de 1,95 euro (1,30 à 2,60 euros). (Dezetter et autres, 2013)

Pour mettre en perspective cette étude pour les décideurs

Les dépenses publiques pour la santé mentale et les toxicomanies représentent seulement 7,2 % du budget national total en santé publique, soit 184 \$ par habitant. Un investissement supplémentaire de 3,42 \$ par habitant en santé mentale, représentant 0,13 % du budget total en soins de santé, créerait un système de soins de santé plus équitable qui répondrait aux besoins en santé mentale non satisfaits de la population canadienne.

Estimations des paramètres et évaluation des coûts
et de l'utilité utilisées dans le modèle

Tableau 1a. Estimations des paramètres : Estimations de la prévalence de l'utilisation des services de santé et nombre de visites (pondéré) pour des problèmes de santé mentale chez les personnes souffrant d'un épisode dépressif majeur (EDM) (à partir d'une analyse des données de l'ESCC – Santé mentale et de la littérature publiée)

Variable	Prévalence dans la population	Visites; moyenne; médiane	
Utilisation des services de santé au cours de la dernière année pour des problèmes de santé mentale : Utilisateurs	64,3 %		
Hospitalisation au cours de la dernière année pour des problèmes de santé mentale	29,9 %	2; 1 Perte de salaire : 4 jours	
Consultation au cours de la dernière année pour des idées suicidaires ou des tentatives de suicide	81 %		
Statu quo : Type d'utilisation des services des personnes souffrant d'un EDM qui reçoivent des soins adéquats (67,4 %) parmi les utilisateurs (64,3 %)			
			Utilisation d'antidépresseurs
Omnipraticien et médecin de famille seulement	21,8 %	23; 5	81,4 %
Psychiatre seulement	7,2 %	60, 20	
Omnipraticien, médecin de famille et psychiatre	7,8 %	11,5; 41; 8	
Autre spécialiste de la santé mentale seulement	7,6 %	53; 52	47,9 %
Omnipraticien, médecin de famille et autre spécialiste de la santé mentale	25,4 %	15,4; 29; 10	90,0 %
Psychiatre et autre spécialiste de la santé mentale	5,1 %	19,6; 22; 11	
Omnipraticien, médecin de famille, psychiatre et autre spécialiste de la santé mentale	25,1 %	9,4; 15,4; 17,9	95,3 %
Statu quo : Type d'utilisation des services des personnes souffrant d'un EDM qui ne reçoivent PAS des soins adéquats (32,6 %) parmi les utilisateurs (64,3 %)			
Omnipraticien et médecin de famille seulement	38 %	4; 2	74,2 %
Psychiatre seulement	3,9 %	2; 0	
Omnipraticien, médecin de famille et psychiatre	32,3 %	2,2; 3,3	
Autre spécialiste de la santé mentale seulement	5,7 %	3; 2	5,7 %
Omnipraticien, médecin de famille et autre spécialiste de la santé mentale	14,8 %	3; 3	18,9 %
Psychiatre et autre spécialiste de la santé mentale	-	-	
Omnipraticien, médecin de famille, psychiatre et autre spécialiste de la santé mentale	4,1 %	2,2; 3,3	
Comparateur : Accès amélioré aux services de psychologie financés par le gouvernement pour les personnes souffrant d'un EDM dont les besoins ne sont pas satisfaits			
Utilisation des services de santé au cours de la dernière année pour des problèmes de santé mentale	68,8 %		
Soins adéquats parmi les utilisateurs	74,8 %		
Nouveaux utilisateurs dont les besoins en santé mentale ne sont pas satisfaits	8,1 %		

Variable	Valeurs de référence	Source ou référence
États de santé ou événements		
Incidence d'une dépression majeure	2,9 %	[40]
EDM persistant l'année suivante	20 %	[41]
Tentative de suicide au cours de la dernière année parmi les personnes souffrant d'un EDM qui n'utilisent pas ou qui ne reçoivent pas des soins de santé mentale adéquats	9,13 % (8,76 - 8,98 %)	[42]
Tentative de suicide au cours de la dernière année parmi les personnes souffrant d'un EDM qui reçoivent des soins de santé mentale adéquats	6,80 % (6,74 - 6,92 %)	[42]
Risque de tentatives de suicide répétées après une première tentative (estimations médianes)	Année 1 = 16 % Années 1 à 4 = 21 % Année 5 et plus = 23 %	[43,44]
Risque de suicide après une tentative (estimations médianes)	Année 1 = 1,8 %	[45-47]
Dépression majeure TRAITÉE		
Temps avant le 2 ^e et 3 ^e EDM (période de rechute)	132 semaines	[48,49]
Durée du premier EDM	21 semaines	
Durée du deuxième EDM	20 semaines	
Durée du troisième EDM	19 semaines	
Durée du quatrième EDM	21 semaines	
Durée du cinquième EDM	20 semaines	
Probabilité d'un EDM persistant au cours de la deuxième année	62 %	
Probabilité d'un EDM persistant au cours de la troisième année	73 %	
Probabilité d'un EDM persistant au cours de la quatrième année	84 %	
Dépression majeure NON TRAITÉE		
Temps avant le 2 ^e et 3 ^e EDM (période de rechute)	48 semaines	[48,49]
Durée du deuxième EDM non traité	17 semaines	[48-51]
Durée du troisième EDM non traité	29 semaines	
Durée du quatrième EDM non traité	31 semaines	
Durée du cinquième au neuvième EDM non traité	22 semaines	
Probabilité du deuxième EDM non traité	0,5	
Probabilité du troisième EDM non traité	0,7	[52]
Probabilité du quatrième et du cinquième EDM non traités	0,9	
Traitement adéquat, rétablissement (un épisode à vie) dans un délai d'un an		
Omnipraticien ou médecin de famille seulement, psychiatre seulement, omnipraticien ou médecin de famille et psychiatre, antidépresseurs	63 %	[53-55]
Autre spécialiste de la santé mentale seulement	54 %	[54]
Omnipraticien ou médecin de famille et autre spécialiste de la santé mentale; psychiatre et autre spécialiste de la santé mentale; omnipraticien ou médecin de famille et psychiatre et autre spécialiste de la santé mentale et antidépresseurs	67 %	[55]
Volet de traitement non adéquat : Rétablissement		
Antidépresseurs non adéquats et utilisation des services de santé pour des problèmes de santé mentale auprès d'un médecin	24 - 30 %	[54]
Utilisation de services de santé mentale non adéquats auprès d'un autre spécialiste de la santé mentale seulement	25 %	[54,55]
Rétablissement spontané sans traitement	30 %	[23]
Rechute parmi les personnes s'étant rétablies sans traitement	44 %	[23]
Durée de l'utilisation des antidépresseurs	Utilisation médiane de 365 jours	[56]
Utilisation persistante des antidépresseurs chez les nouveaux utilisateurs : 1 mois, 3 mois, 6 mois, 1 an et 2 ans (et extrapolation à 3 ans)	73 %, 59 %, 46 %, 33 %, 22 %	[57]

Tableau 2. Estimations des coûts et de l'utilité utilisées dans le modèle

Données d'utilité pour les événements et les états de santé ^a	Valeurs de référence (échelle)	
Bien-être/rétablissement	0,85	[27]
Bien-être/rétablissement chez les personnes qui n'utilisent pas des services de santé ^b	0,72	
Dépression chez les utilisateurs des services de santé (dépression modérée)	0,33	[58]
Dysthymie/dépression chronique (rémission partielle)	0,58	[27,58]
Idées suicidaires (dépression grave)	0,09	[61-62]
Dépression, personnes qui n'utilisent pas des services de santé	0,30	[58-60]
Décès	0	[61]
Diminution de l'utilité associée à l'utilisation d'antidépresseurs	-0,005	[27,62]
Coûts (en dollars de 2013)		
Coûts pour le système de santé		
Coûts annuels des soins de santé : En santé/bien-être (aucune dépression ou idée suicidaire)	2 735 \$ (2 141 \$, 3 497 \$)	[63]
Coûts d'hospitalisation par jour	1 084 \$	[64]
Coûts annuels des soins de santé : Dépression	3 647 \$ (2 854 \$, 4 662 \$)	[65]
Coûts excédentaires associés à l'utilisation d'antidépresseurs	1 980 \$ (426 \$, 2 232 \$)	[32]
Coûts annuels des soins de santé : Cas de suicide	8 303 \$ (1 838 \$, 45 188 \$)	[66]
Coûts des soins de santé : Tentative de suicide	14 229 \$ (2 042 \$, 45 909 \$)	
Coûts des soins de santé et connexes : Suicide	26 270 \$ (10 492 \$, 108 230 \$)	
Coûts indirects liés à la perte de productivité		
Coûts d'une incapacité à court terme	18 689 \$ (16 693 \$, 20 685 \$)	[67-69]
Coûts de l'absentéisme et du présentéisme	2 382 \$ (0 - 27 516 \$)	[70]
Méthode du coût de friction : remplacement moyen de 3 mois (échelle de 1 à 12 mois)	10 163 \$ (3 387 \$, 40 653 \$)	[66,71]
Approche du capital humain	729 314 \$ (515 886 \$, 772 406 \$)	

^A Valeurs d'utilité fondées sur l'EQ-5D-5L

^B Les valeurs d'utilité relatives au bien-être ou au rétablissement sont associées à une utilité légèrement inférieure en raison des taux de rechute supérieurs chez les non-utilisateurs.

Références

- ESCC 2012 santé mentale : www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies-chroniques/maladie-mentale/est-depression.html
- Greenberg PE, et coll. The economic burden of adults with major depressive disorder in the United States » (2005 and 2010). J Clin Psychiatry. 2015;76:155-62.
- Myhr G, Payne K. Cost-Effectiveness of CBT for mental disorders: Implications for public care funding policy in Canada. CJP 2006; 51:662-70.
- Wells KB, et coll. The cumulative effects of quality improvement for depression on outcome disparities over 9 years: results from a randomized, controlled group-level trial. Med Care 2007; 45:1052-1059.
- Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT). Guidelines for the Diagnosis and Pharmacological Treatment of Depression. 1st ed. Revised. Toronto, On: CANMAT 1999. 76 pp.
- Vasiliadis HM, et coll. Service use for mental health reasons: cross-provincial differences in rates, determinants, and equity of access. Can J Psychiatry 2005; 50: 614–619.
- Grenier J, et coll. [Collaboration between family physicians and psychologists: what do family physicians know about psychologists' work?](#) Can Fam Physician 2008; 54:232-233.
- Vasiliadis HM, Tempier R, Lesage A, Kates N. General practice and mental health care: determinants of outpatient service use. Can J Psychiatry 54:468-76, 2009.
- Chartier-Otis M, et coll. Determinants of barriers to treatment for anxiety disorders. Psych Q 2010;81:127-138.
- Vasiliadis HM, et coll. Do Canada and the United States differ in prevalence of depression and utilization of services? Psychiatr Serv. 2007; 58:63-71.

References

- Sunderland A, Findlay LC. Perceived need for mental health care in Canada: Results from the 2012 Canadian Community Health Survey-Mental Health. *Health Rep* 24:3-9, 2013.
- Layard R., et coll. Cost-benefit analysis of psychological therapy. *Nat Institute Econ Review* 202:90-98, 2007.
- Layard R. The case for psychological treatment centres. *BMJ* 332:1030-1032, 2006.
- Dezetter A, Briffault X, Ben Lakhdar C, Kovess-Masfety V. Costs and benefits of improving access to psychotherapies for common mental disorders. *J Ment Health Policy Econ* 16:161-177, 2013.
- Allen NB, Jackson HJ. What kind of evidence do we need for evidence-based mental health policy? The case of the Better Access initiative. *Aust N Z J Psychiatry* 45:696-699, 2011.
- Harris MG, Burgess PM, Pirkis JE, Slade TN, Whiteford HA. Policy initiative to improve access to psychological services for people with affective and anxiety disorders: population-level analysis. *Br J Psychiatry* 198:99-108, 2011.
- Richards DA, Bower P. Equity of access to psychological therapies. *Br J Psychiatry* 198:91-92, 2011.
- Pirkis J, Harris M, Hall W, Ftanou M. Evaluation of the Better Access to Psychiatrists, Psychologists and General Practitioners through the Medicare Benefits Schedule Initiative. Centre for health policy, programs and economics. 2011. Accessed January 17, 2015: [http://www.ozfoodnet.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/5F330C940AFDB767CA257BF0001DE702/\\$File/sum.pdf](http://www.ozfoodnet.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/5F330C940AFDB767CA257BF0001DE702/$File/sum.pdf)



Mental Health
Commission
of Canada

Commission de
la santé mentale
du Canada

Merci!

Lara di Tomasso, analyste des politiques et des recherches

lditomasso@commissionsantementale.ca

Karen Cohen, Ph. D., Société canadienne de psychologie

KCohen@cpa.ca

Helen-Maria Vasiliadis, Ph. D., Université de Sherbrooke

Helen-Maria.Vasiliadis@USherbrooke.ca

Giorgio Tasca, Ph. D., Université d'Ottawa

gtaasca@uottawa.ca

 @MHCC_

 /theMHCC

 @theMHCC

 /1MHCC

 /Mental Health Commission of Canada