

ÉTAT DES CONNAISSANCES

Accès équitable aux services de psychothérapie au Québec

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



Accès équitable aux services de psychothérapie au Québec

Rédigé par
Micheline Lapalme
Brigitte Moreault
Alvine Fansi
Cedric Jehanno

Sous la direction de
Sylvie Desmarais

Le présent rapport a été présenté au Comité d'excellence clinique sur la santé mentale, la dépendance et les services aux jeunes et à leur famille de la Direction des services sociaux de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) lors de sa réunion du 1^{er} décembre 2017. La liste des membres est présentée à l'annexe A.

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* du site Web de l'INESSS.

Équipe projet

Auteurs

Micheline Lapalme, Ph. D.
Brigitte Moreault, M. Sc.
Alvine K. Fansi, M.D., Ph. D.
Cedric Jehanno B. Sc., MBA,

Collaboratrice interne

Carole-Line Nadeau, M.A.

Coordination scientifique

Micheline Lapalme, Ph. D.

Direction scientifique

Anne Lauzon, M. Sc. (directrice jusqu'en décembre 2016)
Sylvie Desmarais, M. Sc.

Repérage d'information scientifique et soutien documentaire

Lysane St-Amour, M.B.S.I.
Flavie Jouandon

Soutien administratif

Line Boisvert

Équipe de l'édition

Patricia Labelle
Denis Santerre
Hélène St-Hilaire

Sous la coordination de

Renée Latulippe, M.A.

Avec la collaboration de

Micheline Lampron, révision linguistique
Denys Melnychenko, trad. a. (OTTIAQ),
traduction

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2017

Bibliothèque et Archives Canada, 2017

ISSN 1915-3104 INESSS (PDF)

ISBN 978-2-550-80399-7 (PDF)

© Gouvernement du Québec, 2017

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). Accès équitable aux services de psychothérapie au Québec. Rapport rédigé par Micheline Lapalme, Brigitte Moreault, Alvine Fansi et Cedric Jehanno. Québec, Qc : INESSS; 2017. 97p.

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

Autres contributions

L'Institut tient aussi à remercier l'ensemble des collaborateurs et experts qui ont contribué aux travaux entrepris dans le cadre de ce rapport en fournissant soutien, information et conseils. La liste de ceux-ci est présentée à l'annexe A.

Responsabilité

L'Institut assume l'entière responsabilité de la forme et du contenu définitifs du présent document. Les conclusions et recommandations ne reflètent pas forcément les opinions des lecteurs externes ou des autres personnes consultées aux fins du dossier.

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ	I
SUMMARY	V
SIGLES ET ABRÉVIATIONS.....	IX
GLOSSAIRE	X
1 INTRODUCTION	1
1.1 Les problèmes de santé mentale et les troubles mentaux	2
1.2 Le fardeau lié aux problèmes de santé mentale et aux troubles mentaux.....	3
1.3 Les besoins non comblés en santé mentale.....	3
1.4 Le traitement des problèmes de santé mentale et des troubles mentaux.....	4
2 MÉTHODOLOGIE.....	7
2.1 Questions d'évaluation	7
2.2 Mise à jour de la revue de littérature scientifique (2014-2017)	7
2.3 Mise à jour des données sur les programmes implantés en Angleterre et en Australie (2014-2017)	8
2.4 Collecte de données expérientielles et contextuelles sur les services de psychothérapie au Québec	8
3 RÉSULTATS.....	9
3.1 Description sommaire des données scientifiques, expérientielles et contextuelles	9
3.1.1 Données scientifiques sur l'efficacité de la psychothérapie et autres interventions psychologiques	9
3.1.2 Données issues des programmes implantés en Angleterre et en Australie	13
3.1.3 Données expérientielles et contextuelles sur les services de psychothérapie au Québec	18
3.2 Question 1 : Qui devrait avoir accès à la psychothérapie ?	24
3.2.1 Efficacité des interventions psychologiques pour traiter les problèmes de santé mentale et troubles mentaux courants.....	24
3.2.2 Populations ciblées dans les programmes anglais et australiens	29
3.2.3 Populations à privilégier selon les parties prenantes consultées au Québec.....	31
3.3 Question 2 : Lorsque la psychothérapie est indiquée, quelles sont les modalités à privilégier ?	33
3.3.1 Données d'efficacité sur les modalités de traitement	33
3.3.2 Modalités de traitement utilisées dans les programmes anglais et australiens.....	36
3.3.3 Modalités de traitement à privilégier au Québec selon les parties prenantes	39

3.4	Question 3 : À quelle étape du traitement la psychothérapie doit-elle être envisagée ?	40
3.4.1	Données issues de la littérature scientifique	40
3.4.2	Les modèles de soins anglais et australiens.....	44
3.4.3	L'organisation des soins au Québec.....	46
3.5	Question 4 : Quels sont les coûts et bénéfices associés à la psychothérapie ?	50
3.5.1	Coûts et bénéfices de la psychothérapie documentés dans la littérature	50
3.5.2	Études de modélisation des coûts et bénéfices de la psychothérapie	51
3.5.3	Coûts/bénéfices documentés dans le cadre des programmes anglais et australiens	56
3.5.4	Coûts et bénéfices de la psychothérapie au Québec.....	60
4	CONCLUSION	61
4.1	Principaux constats émanant des travaux.....	61
4.2	Comment améliorer l'accès à la psychothérapie au Québec?	62
4.3	Limites du présent rapport.....	66
	ANNEXE A - LISTE DES COLLABORATEURS ET EXPERTS CONSULTÉS	67
	ANNEXE B - STRATÉGIE DOCUMENTAIRE	69
	ANNEXE C- ÉVALUATION DE LA QUALITÉ ET GRILLES D'EXTRACTION DES 13 REVUES SYSTÉMATIQUES DE RÉFÉRENCES	74
	ANNEXE D - LIBELLÉS ET DÉFINITIONS UTILISÉS DANS LES MÉTA-ANALYSES POUR SE RÉFÉRER À LA « PSYCHOTHÉRAPIE »	84
	ANNEXE E - SOURCES D'INFORMATION SUR LES PROGRAMMES ANGLAIS ET AUSTRALIENS	86
	ANNEXE F - MODÈLE DE SOINS PAR ÉTAPES DU NICE	89
	RÉFÉRENCES.....	90

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURE

Tableau 1 : Revues systématiques de références sur l'efficacité des interventions psychologiques.....	11
Tableau 2: Principales caractéristiques des programmes anglais et australien.....	13
Tableau 3 : Interventions de basse et de haute intensité offertes dans le programme IAPT.....	15
Tableau 4 : Données disponibles sur la prévalence des troubles mentaux et les services psychologiques offerts dans les services de proximité au Québec	21
Tableau 5 : Données I-CLSC sur l'utilisation des services psychologiques offerts dans les services de proximité au Québec	23
Tableau 6 : Résultats d'efficacité pour les symptômes d'anxiété et les troubles anxieux.....	26
Tableau 7 : Résultats d'efficacité pour les symptômes et troubles dépressifs	27
Tableau 8 : Résultats d'efficacité pour les symptômes et autres troubles mentaux courants.....	28
Tableau 9 : Efficacité comparée de certaines interventions psychologiques	34
Tableau 10 : Proportion d'interventions psychologiques de haute intensité dispensées dans le programme IAPT pour les personnes dont le traitement s'est terminé en 2015-2016 (n = 467 019)	37
Tableau 11 : Proportion d'interventions de basse intensité dispensées dans le programme IAPT pour les références dont le traitement s'est terminé en 2015-2016 (n = 467 019)	38
Tableau 12 : Efficacité des interventions psychologiques comparée à la pharmacothérapie	42
Tableau 13 : Efficacité du traitement combiné comparée à celle de la monothérapie	43
Tableau 14 : Interventions psychologiques proposées dans le programme IAPT pour les troubles mentaux courants légers et modérés aux différentes étapes du modèle de soins	45
Tableau 15 : Paramètres utilisés par l'OMS pour la modélisation des coûts	52
Tableau 16 : Coûts et bénéfices liés au traitement de 56 % des personnes âgées de 15 ans et plus avec une dépression et 40 % de celles avec un trouble anxieux sur une période de 15 ans	53
Tableau 17 : Paramètres utilisés par Dezetter et Briffault pour la modélisation des coûts et bénéfices	54
Tableau 18: Paramètres utilisés par Vasiliadis et ses collaborateurs pour la modélisation des coûts et bénéfices.....	56
Tableau 19 : Taux de rémission obtenus en 2015-2016 pour la dépression et les troubles anxieux pour les interventions de basse intensité du programme IAPT.....	58
Tableau 20 : Taux de rémission obtenus en 2015-2016 pour la dépression et les troubles anxieux pour les interventions de haute intensité du programme IAPT	58
 Figure 1 : Modèle de prise en charge par étape et en collaboration, recommandé dans le protocole de soins sur le traitement de la dépression chez l'adulte au Québec.....	 48

RÉSUMÉ

L'ampleur des problèmes de santé mentale et des troubles mentaux dans la société incite les autorités responsables de la santé de nombreux pays à se pencher sur l'accessibilité des soins et services psychologiques. En effet, il est estimé que plus d'une personne sur cinq sera aux prises avec un trouble mental au cours de sa vie. Les troubles anxieux et les troubles dépressifs, qui sont les plus courants, représentent près des deux tiers de l'ensemble des troubles mentaux. De plus, moins de la moitié des personnes touchées consultent pour des problèmes de santé mentale (CSBE)¹. La crainte de la stigmatisation et la présence de facteurs qui limitent l'accès aux interventions psychologiques dans le réseau public figurent parmi les obstacles observés. Au Québec, les préoccupations soulevées par cette réalité ont conduit le MSSS à mandater l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS), afin d'être éclairé sur les enjeux organisationnels et économiques qui permettraient d'améliorer l'accès aux services de psychothérapie pour la population québécoise².

Au Québec, comme dans d'autres provinces canadiennes, on constate à l'heure actuelle que la majorité des personnes qui consultent un médecin pour des problèmes ou un trouble de santé mentale se voient prescrire un traitement pharmacologique. Les guides de pratique clinique recensés à l'échelle internationale recommandent pourtant le recours à des interventions psychologiques, dont la psychothérapie, dans le traitement des troubles anxieux et dépressifs. De nombreuses études ont démontré que de telles interventions sont aussi efficaces que les médicaments pour traiter la plupart des problèmes et troubles mentaux courants, et ce, tant chez les enfants et les adolescents que chez les adultes de tout âge. Lorsqu'ils ne sont pas traités, les problèmes et troubles mentaux ont tendance à devenir de plus en plus sévères, récurrents et chroniques. De plus, le taux élevé de comorbidité et les risques de développer un autre problème de santé, mentale ou physique, ajoutent au fardeau social et économique lié aux troubles mentaux. Ceux-ci constituent d'ailleurs la principale cause d'invalidité dans les pays industrialisés, ce qui entraîne des coûts importants. Au Canada, on leur attribue environ le tiers des séjours hospitaliers et des causes d'invalidité.

En vertu de la loi 28, adoptée au Québec en 2009 et communément appelée projet de loi 21, la psychothérapie se définit ainsi : « La psychothérapie est 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 ». Les professionnels autorisés à exercer la psychothérapie sont : les psychologues, les médecins, ainsi que les conseillers et conseillères d'orientation, les criminologues, les ergothérapeutes, les infirmières et infirmiers, les psychoéducateurs et psychoéducatrices, les travailleuses et travailleurs sociaux, les thérapeutes conjugaux et familiaux et les sexologues membres de leur ordre professionnel respectif et détenteurs d'un permis de psychothérapeute délivré par l'Ordre des psychologues du Québec.

¹ Commissaire à la santé et au bien-être.

² Deux rapports portant sur l'efficacité des interventions psychologiques, le rapport coût/efficacité entre le traitement pharmacologique et la psychothérapie ainsi que les modalités de couverture de ces soins dans d'autres juridictions ont été publiés par l'INESSS en juin 2015. Ces documents sont disponibles dans la section Publications du site Web inesss.qc.ca.

Méthodologie et limites

Ce document intègre la mise à jour des données scientifiques présentées dans les deux premiers rapports de l'INESSS sur le sujet de la psychothérapie. La recherche documentaire a également été élargie à l'ensemble des troubles mentaux et des groupes d'âge. Les données concernant trois programmes implantés en Angleterre et en Australie pour faciliter l'accès aux soins et services psychologiques ont aussi été actualisées. Il s'agit du programme *Improving Access to Psychological Therapies* (IAPT), en vigueur depuis 10 ans au Royaume-Uni, et des programmes australiens *Access to Allied Psychological Services* (ATAPS) et *Better Access to Psychiatrists, Psychologists and General Practitioners* (Better Access). Ces programmes ont d'abord été retenus dans le cadre de ces travaux en raison des similarités entre les systèmes de santé de ces deux pays et celui du Québec, mais aussi parce que des données sur leur performance ont pu être consultées puisqu'ils sont implantés depuis longtemps.

L'INESSS a également recueilli des informations contextuelles et expérientielles afin de rendre compte du point de vue des usagers, des professionnels et des experts concernant les services de psychothérapie au Québec. La mise en commun des données tirées de ces différentes consultations et sources documentaires a permis de répondre aux quatre questions d'évaluation formulées dans le but d'éclairer le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Toutefois, en raison de limites importantes liées à la disponibilité des données et de certaines expertises requises, l'INESSS n'a pas été en mesure de préciser les modalités d'opérationnalisation et les stratégies organisationnelles à privilégier pour améliorer l'accès aux services de psychothérapie, ni d'en estimer les coûts.

Principaux constats

Outre la distinction légale, au Québec, entre la psychothérapie et les pratiques qui s'y apparentent, on retrouve dans la littérature deux grandes catégories d'interventions psychologiques, soit les interventions de basse intensité et les interventions de haute intensité. Les premières, généralement basées sur les modèles théoriques cognitivo-comportementaux, sont prodiguées par des intervenants qui n'ont pas nécessairement de formation professionnelle spécifique en santé mentale. Le soutien à l'autogestion, l'éducation psychologique, le développement de saines habitudes de vie, la résolution de problèmes et les programmes d'activité physique structurés font partie de cette catégorie. Les interventions de haute intensité impliquent, quant à elles, des rencontres hebdomadaires en présence d'un professionnel dûment formé selon les standards établis dans chaque juridiction. L'entraînement aux habiletés sociales ou parentales, diverses interventions cognitivo-comportementales, des thérapies de groupe et des thérapies brèves, de même que la psychothérapie telle que définie au Québec sont quelques exemples d'interventions de haute intensité.

1. Qui devrait avoir accès à la psychothérapie ?

Les personnes de tous les groupes d'âge présentant des problèmes ou des troubles mentaux sont susceptibles de bénéficier d'interventions psychologiques.

- Les études démontrent que les interventions de basse et de haute intensité, dont la psychothérapie, sont des traitements efficaces pour la plupart des problèmes et troubles mentaux courants chez les enfants, les adolescents, les jeunes adultes et les adultes ainsi que chez les personnes âgées.
- Même s'ils sont accessibles à tous, les programmes implantés en Angleterre (IAPT) et en Australie (ATAPS, Better Access) sont majoritairement utilisés par des adultes ayant des troubles anxieux ou dépressifs.

- Les experts et les parties prenantes consultés au Québec sont d’avis que l’accès à la psychothérapie ne devrait pas être limité à certains groupes d’âge ou catégories de troubles mentaux.
- Toutefois, et bien que l’efficacité de la psychothérapie soit démontrée pour traiter des gens de tout âge présentant divers troubles mentaux, ce type d’intervention n’est pas indiqué pour tous. Avant de retenir cette option thérapeutique, le professionnel habilité à offrir de la psychothérapie doit effectuer une évaluation rigoureuse qui tient compte, à la fois, des préférences et besoins de l’usager, de son historique thérapeutique, des facteurs biopsychosociaux et culturels qui le caractérisent ainsi que de sa condition et de ses capacités.

2. Lorsque la psychothérapie est indiquée, quelles sont les modalités à privilégier ?

Dans l’ensemble, l’efficacité des diverses interventions psychologiques, dont la psychothérapie, est comparable. Les différences observées sont faibles, et elles sont davantage liées au groupe d’âge et au type de trouble mental qu’à l’approche thérapeutique elle-même. Les caractéristiques personnelles du thérapeute et de l’usager ainsi que les facteurs communs à l’ensemble des interventions psychologiques contribuent également à leur efficacité.

- Les interventions cognitivo-comportementales sont les plus étudiées et leur efficacité est démontrée pour le traitement des troubles anxieux et dépressifs. Ce sont d’ailleurs ces interventions qui sont le plus souvent offertes dans le cadre des programmes anglais et australiens.
- Selon les données scientifiques et les guides de pratique recensés, le nombre de séances requises pour observer un changement clinique notable et un retour à un fonctionnement normal se situe, chez la majorité des personnes traitées, entre 10 et 20.
- L’expérience des programmes anglais et australiens révèle que les personnes utilisent en moyenne 5 à 6 séances, même s’ils ont accès à un nombre maximal variant de 10 à 18. Ces interventions sont presque entièrement offertes en mode individuel.
- Les experts et les parties prenantes consultés au Québec reconnaissent que le choix de l’approche thérapeutique et la durée du traitement demeurent avant tout basés sur le jugement clinique du professionnel, les préférences et les besoins de l’usager et sa réponse au traitement.

3. À quelle étape du traitement la psychothérapie doit-elle être envisagée ?

La plupart des guides de pratique clinique recommandent que les interventions psychologiques pour les personnes qui présentent des troubles mentaux courants soient offertes dans un modèle de soins par étapes et intégrées dans l’offre de service de santé primaire.

- Les interventions de basse intensité sont généralement dispensées aux premières étapes du modèle et celles de haute intensité, incluant la psychothérapie, aux étapes subséquentes. Toutefois, ces étapes ne sont pas nécessairement séquentielles. Ainsi, les interventions de haute intensité, dont la psychothérapie, peuvent être proposées à tout moment en fonction des besoins de l’usager.
- Le programme IAPT, implanté avec succès depuis 10 ans au Royaume-Uni, est basé sur un modèle de soins par étapes intégré aux services de santé primaire. Ce programme a misé sur la formation et l’augmentation des effectifs afin d’améliorer l’accès aux interventions psychologiques, dont la psychothérapie, pour les personnes qui présentent des problèmes ou des troubles mentaux courants.

- Les programmes australiens (ATAPS, Better Access) reposent quant à eux sur un modèle de soins en collaboration. Après avoir analysé la performance de ces programmes, le gouvernement de l'Australie a entrepris une importante réforme de ses services de santé mentale : ceux-ci seront complètement intégrés dans un modèle de soins par étapes et dans les services de santé primaire dès 2018-2019.
- Le modèle de soins par étapes s'apparente à la hiérarchisation des services en santé mentale préconisée au Québec. Des interventions psychologiques similaires à celles proposées dans les programmes anglais et australiens sont offertes à la population québécoise par des intervenants et des professionnels du réseau de la santé et des services sociaux, des groupes de médecine familiale et des organismes communautaires.
- Des programmes d'autogestion guidée et non guidée, qui sont des interventions de basse intensité fréquemment offertes dans les modèles de soins par étapes, ont fait l'objet d'évaluations favorables et sont dispensés au Québec.
- Le Québec compte un grand nombre de psychologues et de psychothérapeutes, et plus de la moitié d'entre eux exercent au privé.

4. Quels sont les coûts et les bénéfices associés à la psychothérapie ?

Les travaux de l'INESSS confirment que des bénéfices sur la santé ainsi que des gains économiques résultant du traitement des troubles mentaux courants sont observés, de manière constante, dans les juridictions étudiées.

- Selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), le retour sur l'investissement pour chaque dollar serait de 5,3 \$ US pour le traitement de la dépression, et de 4,0 \$ US pour les troubles anxieux. Une analyse économique réalisée en France situe ce ratio à 1,36 EUR pour chaque euro investi dans la psychothérapie pour traiter la dépression, et à 0,76 EUR dans le cas des troubles anxieux.
- Des données canadiennes et québécoises permettent d'estimer que le retour sur l'investissement serait ici de 2 \$ pour chaque dollar investi dans les services psychologiques pour le traitement de la dépression.
- Une étude allemande, menée sur une période de 5 ans en milieu réel, démontre que cet investissement est non seulement rentable pour le traitement des troubles mentaux courants, mais également pour des troubles de la personnalité et d'autres troubles complexes. De plus, elle révèle que l'investissement demeure rentable même si le traitement s'étend en moyenne sur une trentaine de séances de psychothérapie.
- Les données concernant les programmes anglais et australiens indiquent également qu'il est rentable d'investir dans les interventions psychologiques, incluant la psychothérapie, pour le traitement des problèmes et troubles mentaux courants.

Conclusion

L'état des connaissances effectué par l'INESSS confirme l'efficacité et la rentabilité des interventions psychologiques, dont la psychothérapie, dans le traitement des problèmes de santé mentale et des troubles mentaux courants. Nous espérons que ces travaux éclaireront les décideurs quant aux orientations à privilégier afin de répondre aux besoins des personnes présentant une telle problématique, et ce, pour leur propre bénéfice, celui de leurs proches et celui de la société québécoise.

SUMMARY

ABSTRACT - EQUITABLE ACCESS TO THE PSYCHOTHERAPY SERVICES IN QUEBEC

The magnitude of mental health problems and mental disorders in society incite the health authorities in many countries to address the issue of accessibility of psychological care and services. In fact, it is considered that more than one in five people will have to deal with a mental disorder during his lifetime. Anxiety disorders and depressive disorders, being the most common, account for nearly two-thirds of all mental disorders. Less than half of those with common mental problems or disorders affected will seek professional help. The fear of stigma and the presence of factors that restrict access to psychological interventions in the public network are among the obstacles observed. In order to address the concerns raised by this reality and to inquire into the organizational and economic issues related to the improvement of access to psychotherapy services for the Quebec population³, the MSSS (Ministry of Health and Social Services) have mandated the National Institute of Excellence in Health and Social Services (INESSS).

In Quebec, as well as in other Canadian provinces, the current situation is such that majority of people who seek medical advice for mental health problems or disorders are given a pharmacological treatment. The international clinical practice guidelines, however, recommend the use of psychological interventions, including psychotherapy, in the treatment of anxiety and depressive disorders. Many studies have shown that such interventions are as effective as medications in treating most common mental problems and disorders in children and adolescents, as well as in adults of all ages. When left untreated, mental problems and disorders tend to become more severe, recurrent and chronic. In addition, the social and economic burden related to the mental disorders becomes even heavier because of the high rate of comorbidity and the risks of developing another health issue, mental or physical. Moreover, in the industrialized countries, these constitute the main cause of disability and entail significant costs. In Canada, one third of the hospitalizations and causes of disability are due to mental health problems and disorders.

Under the Act 28, passed in Quebec in 2009 and commonly known as the Bill 21, psychotherapy is defined as follow: "Psychotherapy is psychological treatment for a mental disorder, behavioural disturbance or other problem resulting in psychological suffering or distress, and has as its purpose to foster significant changes in the client's cognitive, emotional or behavioural functioning, his interpersonal relations, his personality or his health. Such treatment goes beyond help aimed at dealing with everyday difficulties and beyond a support or counselling role". Psychologists and doctors can practice psychotherapy. Equally, guidance counselors, occupational therapists, nurses, psychoeducators, social workers, marriage and family therapists and sexologists, who are members of their respective professional associations and hold a psychotherapist's permit issued by the *Ordre professionnel des psychologues du Québec*, are authorized to offer this treatment.

³ Two reports on the effectiveness of psychological interventions were published by INESSS in June 2015: the cost / effectiveness compared between pharmacological treatment and psychotherapy, and the coverage of this care in other jurisdictions. These documents are available in the Publications section of the website inesss.qc.ca

Methodology and limits

This document incorporates the updating of the scientific data presented in the first two INESSS reports on the subject of psychotherapy. The literature coverage has also been expanded to include all mental disorders and age groups. Data on three programs in England and Australia implemented to facilitate access to psychological care and services were also updated. These include the *Improving Access to Psychological Therapies* (IAPT) program, which has been in place for 10 years in the United Kingdom, and Australian programs *Access to Allied Psychological Services* (ATAPS) and *Better Access to Psychiatrists, Psychologists and General Practitioners* (Better Access). These programs were first selected as part of this study due to the similarities between the health systems of these two countries and that of Quebec. Another reason to consult these programs was the availability of performance data based on their long-standing history.

INESSS also collected contextual and experiential information in order to take into account the standpoints of the users, professionals and experts regarding psychotherapy services in Quebec. The combination of data from these various consultations and documentary sources has made it possible to answer the four evaluation questions framed to inform the MSSS. However, due to significant limitations related to the availability of data and certain kinds of necessary expertise, INESSS was unable to specify the operational modes and organizational strategies to be adopted for improving access to psychotherapy services; neither could it estimate the related costs.

Main findings

In Quebec, in addition to the legal distinction between psychotherapy and related practices, there are two broad categories of psychological intervention mentioned in the literature, namely: low-intensity interventions and high-intensity interventions. The low-intensity interventions, generally based on cognitive-behavioral theoretical models, are provided by professionals who do not necessarily have specific professional training in mental health. Guided self-help, psychological education, healthy lifestyle habits training, problem solving and structured physical activity programs fall into this category. High-intensity interventions, for their part, involve weekly sessions in the presence of a properly trained professional according to the standards established in each jurisdiction. Training in social or parenting skills, various cognitive-behavioral interventions, group therapies and brief therapies, as well as psychotherapy as defined in Quebec are some examples of this type of high-intensity interventions.

1. Who should have access to psychotherapy?

People of all age groups who have mental health problems or disorders may benefit from psychological interventions.

- Studies show that low- and high-intensity interventions, including psychotherapy, are efficient treatments for most common mental problems and disorders in children, adolescents, young adults and adults, as well as in the elderly people.
- Even when accessible to all, the programs implemented in England (IAPT) and Australia (ATAPS, Better Access) are used mainly by adults with anxiety or depressive disorders.
- Experts and stakeholders consulted in Quebec believe that the access to psychotherapy should not be limited by age or mental disorders categories.
- However, while the effectiveness of psychotherapy is demonstrated to treat people of all ages and with various mental disorders, this type of intervention is not suitable for everyone. Before choosing this therapeutic option, the professional qualified to offer psychotherapy

must perform a rigorous evaluation that comprehensively takes into account the preferences and the needs of the user, his treatment history, his individual biopsychosocial and cultural factors, as well as his condition and abilities.

2. When psychotherapy is indicated, which types and modalities of therapies should be favoured?

The efficacy of various psychological interventions, including psychotherapy, is generally comparable. The observed differences are small, and they are more closely tied to the age group and type of mental disorder than to the therapeutic approach itself. The efficacy of psychological interventions also depends on the personal characteristics of the therapist and the user, as well as on the factors common to all psychological interventions.

- Cognitive-behavioral interventions are the most studied and their efficacy is demonstrated for the treatment of anxiety and depressive disorders. It is also these interventions that are most often offered within the English and Australian programs.
- According to the scientific data and the examined practice guidelines, the number of sessions required to observe a significant clinical change and a return to normal functioning, in the majority of people treated, is between 10 and 20.
- The experience of the English and Australian programs reveals that people attend, on average, 5 to 6 sessions, even when they have access to a maximum of 10 to 18 sessions. These interventions are almost entirely offered in one-on-one sessions.
- Experts and stakeholders consulted in Quebec recognize that the choice of the therapeutic approach and the duration of treatment remains essentially based on the clinical judgment of the professional, on the preferences and needs of the user and on the user's response to treatment.

3. At which stage of treatment should psychotherapy be considered?

Most clinical practice guidelines recommend that psychological interventions for people with common mental disorders be offered as part of a stepped-care model and integrated into primary health care services.

- Low-intensity interventions are typically provided in the early stages of the model and high-intensity interventions, including psychotherapy, at subsequent stages. However, these stages, are not necessarily sequential. Therefore, high-intensity interventions, including psychotherapy, can be offered at any time depending on the needs of the user.
- The IAPT program, which has been successfully functioning in the United Kingdom for the past 10 years, is based on a stepped-care model and integrated into primary health care services. The program has focused on training and staffing in these services to improve access to psychological interventions, including psychotherapy, for people with common mental problems or disorders.
- Australian programs (ATAPS, Better Access) are based on a model of collaborative care. After analyzing the performance of these programs, the Government of Australia has undertaken a major reform of its mental health services: these will be fully integrated into a stepped-care model and into primary health care services by 2018- 2019.
- The stepped-care model is similar to the prioritization of mental health services advocated in Quebec. Psychological interventions similar to those offered in the English and Australian programs are offered to the Quebec population by professionals of the health and social

services network, family medicine groups and community organizations.

- Guided and unguided self-help programs, which are low-intensity interventions frequently offered in stepped-care models, have received a favorable evaluation and are being provided in Quebec.
- In Quebec there are a large number of psychologists and psychotherapists, and more than half of them are in private practice.

4. What are the costs and benefits of psychotherapy?

The work of INESSS confirm that health benefits as well as economic gains resulting from the treatment of common mental disorders have been consistently observed in the jurisdictions studied.

- According to the WHO, the return on investment for each dollar would be US \$ 5.3 for the treatment of depression and US \$ 4.0 for anxiety disorders. According to an economic analysis carried out in France, this ratio is estimated at 1.36 EUR for every euro invested in psychotherapy to treat depression, and at 0.76 EUR in cases of anxiety disorders.
- Canadian and Quebec data suggest that the return on investment here would be \$ 2 for every dollar invested in psychological services for the treatment of depression.
- A five-year, German field-study shows that this investment is cost-effective not only for the treatment of common mental disorders, but also for personality disorders and other complex disorders. Moreover, it reveals that the investment remains profitable even if the treatment extends, on average, over thirty sessions of psychotherapy.
- Data from the English and Australian programs also confirms the cost-effectiveness of investing in psychological interventions, including psychotherapy, for the treatment of common mental problems and disorders.

Conclusion

The state of knowledge carried out by INESSS confirms the efficiency and cost-effectiveness of psychological interventions, including psychotherapy, in the treatment of mental health problems and common mental disorders. We hope that these studies will inform the decision-makers as to the orientations to be pursued in order to respond to the needs of people with such problems, for their own benefit, that of their loved ones and that of the Quebec society.

SIGLES ET ABRÉVIATIONS

AIHW	Australian Institute of Health and Welfare
APA	American Psychiatric Association
APS	Australian Psychological Society
ATAPS	Access to Allied Psychological Services
BETTER ACCESS	Better Access to Psychiatrists, Psychologists and General Practitioners
CIM	Classification internationale des maladies
CANMAT	Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments
CLSC	Centres locaux de services communautaires
CSBE	Commissaire à la santé et au bien-être du Québec
CSMC	Commission de la santé mentale du Canada
DSM 5	Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 5 ^e édition
HQO	Health Quality Ontario
HSCIC	Health and Social Care Information Centre
IAPT	Improving Access to Psychological Therapies
INESSS	Institut national d'excellence en santé et en services sociaux
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
NHS	National Health Service
NICE	National Institute for Health and Care Excellence
OMS	Organisation mondiale de la Santé
OPQ	Ordre des psychologues du Québec
PASM	Plan d'action en santé mentale
PL21	Projet de loi 21
RAMQ	Régie de l'assurance maladie du Québec
TDAH	Trouble de déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité
WHO	World Health Organization

GLOSSAIRE⁴

Activation comportementale

L'activation comportementale est une forme d'accompagnement, de soutien et d'enseignement qui met l'accent sur l'amélioration de l'humeur, en amenant la personne à s'engager de nouveau dans des activités qu'elle apprécie, et ce, malgré ses humeurs négatives du moment [WHO, 2016b, traduction libre].

Autogestion/autogestion guidée

L'autogestion peut être utilisée comme un traitement autonome ou en complémentarité avec d'autres interventions psychologiques et pharmacologiques. La plupart des programmes d'autogestion sont basés sur les principes qu'élaborent les modèles théoriques cognitivo-comportementaux et combinent généralement de l'éducation psychologique et des exercices pratiques avec le développement des compétences. Dans ces programmes, la personne est invitée à lire des livres ou à utiliser des logiciels pour l'aider à surmonter ses problèmes psychologiques. On parle d'autogestion guidée lorsque la personne est soutenue dans sa démarche par une autre personne (médecin, autre professionnel de la santé et des services sociaux, pair aidant) [APS, 2010, traduction libre].

Bibliothérapie

La bibliothérapie est une forme d'autogestion basée sur du matériel écrit.

Counseling de soutien/counseling

Le counseling de soutien désigne une intervention ou un ensemble d'interventions (écouter, soutenir, accompagner, éduquer, guider, etc.) « visant à aider une personne à prendre une décision, résoudre des problèmes ou faire face à une crise nécessitant de sa part une série de changements auxquels elle ne se sent pas forcément préparée » [HAS, 2009]. Le terme *counseling* peut également renvoyer à de la psychothérapie, telle que définie au Québec, basée sur les modèles théoriques humanistes.

Éducation psychologique⁵

L'éducation psychologique vise un apprentissage par l'information et l'éducation de la personne. Elle peut être utilisée à toutes les étapes du processus de soins et de services. Il s'agit de l'enseignement de connaissances et d'habiletés spécifiques visant à maintenir et à améliorer l'autonomie ou la santé de la personne, notamment à prévenir l'apparition de problèmes de santé ou sociaux incluant les troubles mentaux et la détérioration de l'état mental.

L'enseignement peut porter, par exemple, sur la nature de la maladie physique ou mentale, ses manifestations, ses traitements, y incluant le rôle que peut jouer la personne dans le maintien ou

⁴ Certaines des définitions retenues sont celles utilisées dans les études et les programmes plutôt que celles utilisées au Québec, afin que le lecteur puisse bien saisir la nature des résultats présentés. S'il y a lieu, des précisions sont apportées dans le texte.

⁵ Dans la littérature recensée, les textes se rapportant à ce type d'intervention désignent celle-ci comme étant de la *psychoéducation*. Or, il existe au Québec une profession, celle de psychoéducateur, dont l'activité professionnelle va au-delà de celle décrite ici. En raison du risque de confusion pour le lecteur, et pour tenir compte du contexte québécois, le terme a été remplacé dans le présent document par *éducation psychologique*, telle que définie par l'Office des professions à la suite de l'adoption du projet de loi n° 21.

le rétablissement de sa santé, et aussi sur des techniques de gestion de stress, de relaxation ou d'affirmation de soi [Office des professions du Québec, 2013, p. 75].

Entretien motivationnel

Souvent utilisé dans le traitement des dépendances, l'entretien motivationnel est un style de counseling directif et centré sur la personne qui vise à améliorer la motivation chez les individus qui sont soit ambivalents, soit réticents à changer [APS, 2010, traduction libre].

Établissement

Le réseau québécois de la santé et des services sociaux est ainsi structuré :

- treize centres intégrés de santé et de services sociaux et neuf centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS);
- les sept établissements non fusionnés sont rattachés au MSSS et offrent des services spécialisés et surspécialisés au-delà de leur région sociosanitaire d'appartenance : CHU de Québec – Université Laval; Institut universitaire de cardiologie et de pneumonie du Québec – Université Laval; Centre hospitalier de l'Université de Montréal; Centre universitaire de santé McGill; Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine; Institut de cardiologie de Montréal; Institut Philippe-Pinel de Montréal;
- en outre, cinq établissements publics, non visés par la Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales, desservent une population nordique et autochtone.

En plus des services offerts par les établissements publics, la population bénéficie des services des établissements privés qui offrent, notamment, des services d'hébergement et des soins de longue durée⁶.

Évaluation initiale rigoureuse (PL21)

L'évaluation initiale rigoureuse constitue un préalable et a pour but de déterminer la pertinence d'entreprendre une psychothérapie. Peu importe l'approche psychothérapeutique choisie, cette évaluation tient compte notamment des éléments suivants : a) la demande formulée par la personne et son histoire thérapeutique; b) les facteurs biologiques, psychologiques, sociaux et culturels de la personne; c) l'utilisation et l'interprétation de différents tests, questionnaires et techniques, le cas échéant; d) les ressources et les forces du client; e) l'existence d'un diagnostic, notamment d'un trouble mental, et d'un traitement actuel ou antérieur [Office des professions du Québec, 2013].

Interventions de basse intensité

Les interventions de basse intensité sont souvent prodiguées ou soutenues par des intervenants et professionnels de la santé qui ont reçu une formation d'appoint sur ces interventions, mais qui n'ont pas nécessairement de formation professionnelle en santé mentale. La plupart des interventions de ce type sont basées sur les modèles théoriques cognitivo-comportementaux. Le soutien à l'autogestion, l'éducation psychologique, le développement de saines habitudes de

⁶ Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Établissements de santé et de services sociaux [site Web]. Disponible à : <http://www.msss.gouv.qc.ca/reseau/etablisements.php>.

vie, la résolution de problèmes et les programmes d'activités physiques structurés sont des exemples d'interventions de basse intensité.

Interventions de haute intensité

Les interventions de haute intensité impliquent des rencontres hebdomadaires en présence d'un professionnel dûment formé selon les standards de la juridiction concernée. On retrouve, dans cette catégorie, diverses interventions où on a recours à des outils, techniques ou approches issus de différents modèles théoriques (cognitivo-comportemental, humaniste, psychodynamique, etc.). L'entraînement aux habiletés parentales et aux habiletés sociales, les programmes d'intervention manualisés, les interventions cognitivo-comportementales, la thérapie narrative et de pleine conscience, de même que toutes les psychothérapies telles que définies par la loi au Québec sont des exemples d'interventions de haute intensité.

Modèles de collaboration

Il s'agit de modèles visant une intégration par le biais de la collaboration entre les partenaires, ce qui suppose une vision souple du partenariat. Si les modèles de soins et services coordonnés permettent la complémentarité des interventions des cliniciens et le partage d'information clinique, les modèles de collaboration viennent ajouter la dimension des partenariats qui touchent aussi des interlocuteurs autres que cliniques. On cherche ici à mieux atteindre les objectifs en levant les barrières de communication dans les équipes et entre les organisations [MSSS, 2004].

Programmes d'activités physiques structurés

Il s'agit de programmes d'activités physiques pouvant être suivis seul ou en groupe, dont la fréquence, l'intensité et la durée sont spécifiées dans le traitement de la dépression. Les activités physiques peuvent être de nature aérobique (entraînement cardiorespiratoire) ou anaérobique (entraînement de renforcement musculaire, d'endurance, de flexibilité, de coordination et relaxation) [Fournier *et al.*, 2012, p. 66].

Projet de loi 21 (PL21)

« PL21 » est l'expression couramment utilisée pour se référer à la Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines (2009, chapitre 28).

Psychothérapie

« 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 » [Office des professions du Québec, 2013].

Psychothérapie psychodynamique

La psychothérapie psychodynamique, tout comme la psychanalyse, est issue des modèles théoriques psychodynamiques. Elle dure habituellement moins longtemps que la psychanalyse et la fréquence des séances est aussi moins grande. Les modèles théoriques psychodynamiques proposent également des modalités brèves. L'approche thérapeutique brève est basée sur le transfert, qui aide les individus par un travail d'exploration à partir des conflits intrapsychiques et interpersonnels spécifiques. Elle se caractérise par l'approfondissement d'une dimension donnée (focus) par la personne et le psychothérapeute. Les conflits interpersonnels et intrapsychiques actuels et passés et leur interprétation sont utilisés comme matériel dans le cadre d'un processus actif avec le thérapeute, où se crée une alliance, en veillant à ce que l'attention accordée à la dimension choisie soit limitée dans le temps [APS, 2010, traduction libre]. Il n'est pas possible de déterminer, sur la base des informations fournies dans les études, si l'usage de ce terme renvoie à de la psychothérapie telle que définie au Québec. Pour cette raison, le terme « thérapie psychodynamique » sera utilisé plutôt que « psychothérapie psychodynamique ».

Psychothérapie interpersonnelle

La psychothérapie interpersonnelle est une approche brève et structurée qui traite des problèmes interpersonnels. L'hypothèse sous-jacente est que les problèmes de santé mentale et les problèmes interpersonnels sont interreliés. Le but de cette psychothérapie est d'aider la personne à comprendre la manière dont ces problèmes influent sur sa situation de vie actuelle, créent de la détresse et la met à risque de développer des problèmes de santé mentale. Les problèmes interpersonnels spécifiques, tels qu'ils sont conceptualisés dans la psychothérapie interpersonnelle, incluent les conflits interpersonnels, les transitions de rôles, les deuils et les déficits interpersonnels. La psychothérapie interpersonnelle explore les perceptions individuelles et les attentes relationnelles et vise à améliorer la communication et les compétences interpersonnelles [APS, 2010, traduction libre]. Il n'est pas possible de déterminer, sur la base des informations fournies dans les études, si l'usage de ce terme renvoie à de la psychothérapie telle que définie au Québec. Pour cette raison, le terme « thérapie interpersonnelle » sera utilisé plutôt que « psychothérapie interpersonnelle ».

Psychothérapeute

Le projet de loi 21 réserve la pratique de la psychothérapie aux psychologues et aux médecins. Ils n'ont donc pas à obtenir de permis à cette fin. Il réserve également cette activité aux membres des ordres professionnels des conseillers et conseillères d'orientation, des criminologues, des ergothérapeutes, des infirmières et infirmiers, des psychoéducateurs et psychoéducatrices, des sexologues, des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux, pour autant qu'ils détiennent un permis de psychothérapeute délivré par l'Ordre des psychologues du Québec.

Réminiscence

Processus par lequel une personne pense ou raconte à une autre personne des expériences personnelles passées significatives. Il existe différentes formes de réminiscence. La simple réminiscence est généralement autobiographique, non structurée, et vise principalement à se remémorer des souvenirs positifs afin de susciter des émotions positives. L'intervention basée sur le bilan de vie (life-review) est plus structurée et couvre généralement l'ensemble de la vie. La personne est invitée à réévaluer et à intégrer les événements de vie positifs et négatifs dans une histoire de vie cohérente. On parle de thérapie par bilan de vie lorsque le bilan est lié à une théorie explicite des facteurs causant la dépression ou un trouble mental. Cette thérapie fait

souvent appel à des interventions et techniques de type cognitivo-comportementales [Pinquart et Forstmeier, 2012]. Le niveau de structure de l'intervention n'étant pas spécifié dans les études, le terme « réminiscence » est utilisé pour désigner toutes les formes d'interventions basées sur ce processus.

Santé mentale

Le concept de santé mentale est majoritairement considéré à partir d'un modèle écologiste qui intègre, au-delà de la maladie, l'adaptation d'une personne à son milieu, l'état de son bien-être et l'actualisation de la personne. Cette conception entraîne une intervention non seulement médicale, mais aussi sociale (logement, travail, réadaptation et intégration sociale, loisir, etc.) [CSBE, 2012a]. Quant aux troubles mentaux, ils sont définis en tant « qu'affections cliniquement significatives qui se caractérisent par un changement du mode de pensée, de l'humeur (affects) ou du comportement associé à une détresse psychique et/ou à une altération des fonctions mentales » [OMS, 2001, p. 21].

Soins par étapes (modèle)

Les soins par étapes constituent un modèle de prestation de soins où les interventions sont hiérarchisées en fonction des besoins du patient. Dans une perspective populationnelle, les interventions les moins complexes, donc requérant moins de ressources spécialisées, sont d'abord offertes aux patients à la suite d'une évaluation de leurs besoins en matière de soins. Le choix des interventions doit tenir compte de la sévérité des symptômes, des caractéristiques personnelles et sociales du patient et de ses préférences. La progression vers des degrés de soins plus complexes est envisagée lorsque l'état de santé du patient ne s'améliore pas à la suite des interventions dispensées [Brouillet *et al.*, 2009].

Soins et services intégrés (modèle)

Le modèle de soins et services intégrés vise à créer des liens entre les secteurs de la santé, des services sociaux et le réseau communautaire dans le but d'améliorer la qualité des soins et des services pour les personnes avec de multiples problématiques. Il vise la globalité, la coordination et le suivi longitudinal basé sur la collaboration entre les intervenants. Ce modèle met l'accent sur la dimension d'intégration sur toute la durée de la vie de la personne. Il englobe la notion de réseaux de services intégrés, qui constitue l'articulation concrète d'un continuum de services pour une clientèle commune [MSSS, 2004].

Thérapie

En santé mentale et en relations humaines, le terme *thérapie*, en son sens générique, renvoie autant à de la psychothérapie telle que définie au Québec qu'à des interventions qui s'y apparentent, sans être des activités réservées par la loi 28 (PL21). Comme les informations fournies dans les études ne permettent pas de déterminer si l'intervention utilisée relève ou non de la psychothérapie telle que définie au Québec, le terme « thérapie » a été retenu et est utilisé ici dans son sens générique.

Thérapie cognitivo-comportementale

La thérapie cognitivo-comportementale est une psychothérapie structurée et limitée dans le temps, issue du modèle théorique cognitivo-comportemental, où le patient travaille en collaboration avec le psychothérapeute afin de : reconnaître les types de pensées, de croyances et d'interprétations, et leurs effets sur les symptômes, états émotionnels et (ou) problèmes

actuels; développer des compétences pour reconnaître, surveiller, puis remplacer les pensées, croyances et interprétations problématiques associées aux symptômes/problèmes ciblés par d'autres, plus réalistes et adaptées; développer diverses stratégies d'adaptation plus appropriées [Fournier *et al.*, 2012]. Il n'est pas possible de déterminer, sur la base des informations fournies dans les études, si le terme « thérapie cognitivo-comportementale » renvoie à de la psychothérapie telle que définie au Québec. Pour cette raison, le terme « interventions cognitivo-comportementales », plutôt que « thérapie cognitivo-comportementale », a été retenu.

Troubles anxieux

Les troubles anxieux regroupent des troubles qui partagent les caractéristiques d'une peur et d'une anxiété excessives et des perturbations comportementales qui leur sont apparentées [APA (DSM 5), 2015, p. 221].

Troubles dépressifs

Les troubles dépressifs englobent le trouble disruptif avec dysrégulation émotionnelle, le trouble dépressif caractérisé (incluant l'épisode dépressif caractérisé), le trouble dépressif persistant (dysthymie), le trouble dysphorique prémenstruel, le trouble dépressif induit par une substance/un médicament, le trouble dépressif dû à une autre affection médicale, le trouble dépressif autre spécifié et le trouble dépressif non spécifié. La caractéristique commune de tous ces troubles est la présence d'une humeur triste ou irritable, accompagnée de modifications somatiques et cognitives qui perturbent significativement les capacités de fonctionnement de l'individu. Ces troubles se différencient entre eux par leur durée, leur chronologie et leur étiologie présumée [APA (DSM 5), 2015, p. 181].

Trouble mental

« Un trouble mental est un syndrome caractérisé par une perturbation cliniquement significative de la cognition d'un individu, de sa régulation émotionnelle ou de son comportement, et qui reflète l'existence d'un dysfonctionnement dans les processus psychologiques, biologiques ou développementaux sous-tendant le fonctionnement mental. Les troubles mentaux sont le plus souvent associés à une détresse ou à une altération importante des activités sociales, professionnelles ou des autres domaines importants du fonctionnement » [APA (DSM 5), 2015, p. 22].

1 INTRODUCTION

Bien que les problèmes de santé mentale et les troubles mentaux soient très fréquents dans la population, moins de la moitié des personnes consultent pour ce type de problèmes, et ce, en dépit de l'existence de traitements efficaces. À ce jour, et selon le rapport du Commissaire à la santé et au bien-être du Québec (CSBE) publié en 2012, la crainte de la stigmatisation et les enjeux qui limitent l'accès aux interventions psychologiques dans le réseau public, plus particulièrement à la psychothérapie, figurent parmi les principaux obstacles au traitement. C'est afin de pallier cette lacune que le Commissaire a recommandé au gouvernement du Québec de diversifier le panier des services assurés dans le secteur de la santé mentale et d'offrir un accès équitable aux services de psychothérapie [CSBE, 2012b].

Dans le but d'être éclairé sur les enjeux organisationnels et économiques susceptibles de découler de la mise en œuvre d'un accès élargi à la psychothérapie, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) du Québec a confié un mandat à l'INESSS. Ce mandat a été découpé en trois volets.

- Volet I : Examiner les données probantes sur l'efficacité et le rapport coût/efficacité de la psychothérapie, comparée à la pharmacothérapie, pour les troubles anxieux et dépressifs chez les adultes
- Volet II : Analyser les différentes modalités de pratique et de couverture de la psychothérapie dans les autres juridictions et au Québec
- Volet III : Proposer des modèles organisationnels améliorant l'accès aux services de psychothérapie et évaluer l'impact financier découlant de la couverture élargie de ces services

Les résultats des deux premiers volets ont été publiés en juin 2015 et sont disponibles en ligne sur le site Web inesss.qc.ca, dans la section Publications.

Mentionnons qu'à la suite de limites importantes liées à la disponibilité des données et de certaines expertises requises, il n'a pas été possible de préciser, comme prévu initialement dans le Volet III, les modalités d'opérationnalisation et les stratégies organisationnelles à privilégier pour améliorer l'accès aux services de psychothérapie au Québec, ni d'en estimer les coûts. Conformément à la révision subséquente du mandat par le MSSS en avril 2017, le présent rapport intègre une mise à jour des données scientifiques des Volets I et II ainsi que des données contextuelles et expérientielles recueillies sur les services de psychothérapie offerts au Québec. Cette mise à jour a été élargie de façon à documenter l'efficacité de la psychothérapie pour tous les troubles mentaux courants et tous les groupes d'âge.

Le rapport intègre l'ensemble des réflexions émanant des travaux réalisés par l'INESSS dans le cadre de son mandat. Il a pour objectif d'éclairer les décideurs quant aux orientations à privilégier afin de répondre aux besoins des personnes présentant des problèmes de santé mentale ou des troubles mentaux, et ce, pour leur propre bénéfice, celui de leurs proches et celui de la société québécoise.

1.1 Les problèmes de santé mentale et les troubles mentaux

Les problèmes de santé mentale et les troubles mentaux courants sont très fréquents dans la population. Selon l'OMS [2001, p. 24], le concept de santé mentale intègre, au-delà de la maladie, l'adaptation d'une personne à son milieu, l'état de son bien-être et l'actualisation de la personne. Cette conception entraîne une intervention non seulement médicale, mais aussi sociale (logement, travail, réadaptation et intégration sociale, loisir, etc.).

Par problèmes de santé mentale, on entend généralement la présence de difficultés et de détresse psychologiques qui ne répondent pas aux critères diagnostiques d'un trouble mental ou qui n'ont pas fait l'objet d'une telle évaluation. Selon le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux [APA (DSM 5), 2015] : « Un 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 détresse importante et à une invalidité dans les activités quotidiennes, sociales et professionnelles ou des autres domaines importants du fonctionnement ». Ces troubles sont diagnostiqués sur la base de critères définis dans le DSM de l'*American Psychiatric Association* (APA) et la Classification internationale des maladies (CIM) de l'OMS.

Les données d'enquêtes disponibles indiquent que de 20 à 25 % des personnes présenteront un trouble mental au cours de leur vie [CSBE, 2012a; ISQ, 2010]. Les troubles anxieux et dépressifs sont les troubles mentaux les plus fréquents et comptent pour près de 65 % de l'ensemble des troubles mentaux. En 2015, l'OMS a estimé à 4,4 % la prévalence annuelle de la dépression dans le monde, et à 3,6 % celle des troubles anxieux [WHO, 2017]. En comparaison avec 2005, ces taux représentent une augmentation de 18,5 % pour la dépression et de 14,9 % pour les troubles anxieux. En 2015, la prévalence annuelle de la dépression et des troubles anxieux au Canada était respectivement de 4,7 % et 4,9 % [WHO, 2017]. Une enquête canadienne réalisée en 2012 auprès de 23 504 personnes âgées de 15 ans et plus estimait, pour sa part, que 5,4 % des participants présentaient des symptômes psychologiques et un niveau de détresse compatibles avec un diagnostic de troubles dépressifs [Pelletier *et al.*, 2017]. Le Québec ne dispose pas de données d'enquêtes récentes permettant d'évaluer la prévalence réelle des troubles mentaux dans la population. Les données disponibles sont basées sur les diagnostics documentés dans les banques de données administratives de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ). En 2012, ces données situaient à environ 7,5 % la prévalence annuelle des troubles anxieux et dépressifs au Québec [INSPQ, 2012].

Les troubles mentaux apparaissent avant l'âge de 14 ans dans 50 % des cas et avant l'âge de 22 ans dans 70 % des cas [Gheorghiu et Lesage, 2017]. Bien que leurs manifestations soient de nature épisodique, les troubles anxieux et dépressifs, lorsqu'ils ne sont pas traités, ont tendance à devenir de plus en plus sévères, récurrents et chroniques. La concomitance des troubles anxieux et dépressifs est également très élevée. Une personne sur trois (33 %) ayant un trouble anxieux développera, au cours de sa vie, un autre trouble mental, soit une dépression majeure ou un trouble dysthymique dans la plupart des cas [Poulin *et al.*, 2004; Regier *et al.*, 1998]. On observe également une certaine comorbidité entre les troubles anxieux et dépressifs et les maladies physiques.

Le risque de maladies cardiovasculaires, par exemple, est particulièrement élevé parmi les personnes souffrant de dépression majeure. [Barth *et al.*, 2004]. Enfin, près de 60 % des personnes souffrant de dépression présenteraient également d'autres maladies chroniques

courantes, telles que le diabète et l'hypertension [Schmitz *et al.*, 2007]. Par ailleurs, le risque de suicide est 12 fois plus élevé parmi les personnes ayant des troubles mentaux que dans la population générale, et la dépression serait présente dans 50 % des cas de suicide [CSBE, 2012a].

1.2 Le fardeau lié aux problèmes de santé mentale et aux troubles mentaux

Les problèmes de santé mentale et les troubles mentaux sont la principale cause d'invalidité dans les pays industrialisés et ils entraînent des coûts importants en soins de santé. Selon l'OMS, les troubles mentaux comptent pour plus de 10 % du fardeau de l'ensemble des maladies, lorsqu'il est mesuré en années de vie en bonne santé perdues, et de 25 % [WHO, 2013] si l'on considère les années vécues avec une incapacité. Au niveau mondial, la dépression compte à elle seule pour 7,5 % de toutes les années vécues avec une incapacité et les troubles anxieux, pour 3,4 % [WHO, 2017]. Au Canada, environ le tiers de tous les séjours hospitaliers et de toutes les causes d'invalidité sont attribuables aux troubles mentaux [CSBE, 2012a; INSPQ, 2008]. La dépression serait responsable de 6,9 % des années vécues avec une incapacité et les troubles anxieux, pour 4 % [WHO, 2017]. En 2012, les coûts directs et indirects associés aux troubles mentaux auraient avoisiné les 60 milliards de dollars, soit 3,4 % du produit intérieur brut canadien [Peachey *et al.*, 2013].

Dans tous les pays, les investissements en santé mentale demeurent bien en deçà de la charge totale des maladies attribuables aux troubles mentaux. De ce fait, et alors que les troubles mentaux représentent plus de 25 % de la charge totale des maladies, la proportion du budget global de la santé investie en santé mentale varie de 6 % aux États-Unis [WHO, 2005] (7 % au Canada [Jacobs *et al.*, 2010]) à 13 % en Angleterre [Campbell, 2016]. Au Québec, les dépenses consacrées à la santé mentale en 2015-2016 constituaient environ 6 % de l'ensemble des dépenses liées aux services de santé et aux services sociaux⁷.

1.3 Les besoins non comblés en santé mentale

Les données disponibles indiquent que les personnes ayant des problèmes de santé mentale ou des troubles mentaux hésitent souvent à consulter pour ce type de problèmes, et qu'elles ne reçoivent pas toujours l'aide et les traitements dont elles auraient besoin. La méconnaissance de la maladie mentale et la peur de la stigmatisation figurent parmi les principaux facteurs qui empêchent les personnes avec des problèmes de santé mentale d'aller chercher de l'aide professionnelle [CSBE, 2012b; Lesage *et al.*, 2006]. Au Québec, les délais d'attente trop importants pour obtenir un traitement, les difficultés éprouvées pour joindre un professionnel par téléphone ainsi que la distance géographique des lieux de services ont également été invoqués par des personnes souffrant de troubles anxieux comme des obstacles au traitement [Perreault *et al.*, 2013].

Au niveau mondial, 56 % des personnes avec une dépression et jusqu'à 78 % des personnes avec un trouble de dépendance à l'alcool ne recevraient pas les soins dont elles ont besoin [OMS, 2008]. Au Canada, une enquête réalisée en 2012 indique que 17 % des Canadiens âgés de 15 ans et plus ont des besoins de soins en santé mentale [Sunderland et Findlay, 2013]. L'enquête révèle également que moins de la moitié des Canadiens avec des symptômes de trouble dépressif ont été formellement diagnostiqués, et que seulement 30 % d'entre eux avaient

⁷ Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Rapports financiers annuels des établissements 2015-2016 [site Web]. Disponible à : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001671>.

consulté un professionnel de la santé dans les 12 mois précédents [Pelletier *et al.*, 2017]. Un sondage réalisé au Québec met en lumière, pour sa part, des besoins en santé mentale non satisfaits chez 40 % des usagers fréquentant des cliniques de soins de base [Dezetter *et al.*, 2015].

Au Québec, un autre sondage effectué en 2006 indiquait que 25 % des personnes qui consultent un omnipraticien ont des problèmes de santé mentale [Fleury *et al.*, 2007]. La plupart des omnipraticiens sondés considéraient avoir les compétences requises pour traiter les personnes avec des problèmes de santé mentale ou des troubles mentaux courants [Fleury *et al.*, 2007]. Ces derniers ont rapporté diriger ces personnes vers d'autres professionnels dans seulement 17 % des cas (31 % à des psychologues en pratique privée, 29 % à des centres locaux de services communautaires (CLSC), 13 % à des psychiatres, 7 % à des services dans la communauté). Or, selon un rapport préparé pour la Commission de la santé mentale du Canada [Chodos, 2017], la vaste majorité des médecins de premier recours ne seraient pas adéquatement formés pour offrir des services psychologiques. L'auteur mentionne de plus que même si les médecins étaient en mesure de le faire, ce serait aux dépens d'autres services médicaux et cela ne permettrait pas, au bout du compte, de combler les besoins en services de counseling, de psychothérapie et de psychologie.

1.4 Le traitement des problèmes de santé mentale et des troubles mentaux

Le fait que la majorité des personnes avec des problèmes de santé mentale ou des troubles mentaux courants soient repérées et traitées par un omnipraticien peut expliquer, en partie, le recours important à la médication dans leur traitement. En effet, en 2010, une personne sur sept assurées par le régime public d'assurance médicaments du Québec s'est vu prescrire des antidépresseurs [Conseil du médicament, 2011]. De même, une enquête réalisée au Canada en 2014 indique que parmi les personnes âgées de 15 ans et plus avec un trouble dépressif ou anxieux qui avaient consulté un professionnel de la santé dans les 12 mois précédents, 52 % étaient traitées avec de la médication; 32 % avec de la médication et du counseling psychologique; et uniquement 7 % avec du counseling psychologique [O'Donnell *et al.*, 2017]. Le fait que les médicaments soient généralement couverts par le régime public ou les assurances collectives et privées, combiné au manque d'alternatives psychosociales et psychologiques, favoriserait également le recours important aux médicaments dans le traitement des troubles mentaux courants [CSBE, 2012b]. Pourtant, la plupart des personnes rapportent préférer les interventions psychologiques au traitement pharmacologique [Gaudiano *et al.*, 2013; McHugh *et al.*, 2013]. Les interventions psychologiques, incluant la psychothérapie, sont également celles qui sont les plus souvent recommandées dans les guides de pratique, en présence de troubles mentaux courants [American Psychological Association, 2012; NICE, 2011a; AIHW, 2010; CANMAT, 2009; NICE, 2009; NICE, 2005a; NICE, 2005b; NICE, 2004].

Au Québec, à la suite de l'adoption de la loi 28 en 2009 par l'Assemblée nationale, communément appelée projet de loi 21 (PL21), le Code des professions définit ainsi la psychothérapie : « La psychothérapie est 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 soutien⁸. Bien que cela ne fasse pas partie de la définition de la psychothérapie, le Code des professions établit les règles de bonne pratique suivantes.

- 1) Établir un processus interactionnel structuré entre un professionnel et un client.
- 2) Procéder à une évaluation initiale rigoureuse.
- 3) Appliquer des modalités thérapeutiques basées sur la communication.
- 4) S'appuyer sur des modèles théoriques scientifiquement reconnus et s'appuyant sur des méthodes d'intervention validées, respectant la dignité humaine.

Seuls les psychologues, les médecins de même que les membres des ordres professionnels des conseillers et conseillères d'orientation, des criminologues, des ergothérapeutes, des infirmières et infirmiers, des psychoéducateurs et psychoéducatrices, des travailleuses et travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux et les sexologues détenteurs d'un permis de psychothérapeute délivré par l'Ordre des psychologues du Québec sont autorisés à offrir de la psychothérapie. Aussi, précisons que le *Règlement sur le permis de psychothérapeute* énumère et définit des interventions qui s'apparentent à la psychothérapie, mais qui n'en sont pas. Ces interventions sont : la rencontre d'accompagnement, l'intervention de soutien, l'intervention conjugale et familiale, l'éducation psychologique, la réadaptation, le suivi clinique, le coaching et l'intervention de crise.

Au-delà de la distinction légale au Québec entre la psychothérapie et les autres interventions psychologiques qui s'y apparentent, on retrouve dans la littérature deux grandes catégories d'interventions psychologiques, soit celles de basse et celles de haute intensité. Les premières sont généralement prodiguées ou soutenues par des intervenants et des professionnels de la santé qui ont reçu une formation d'appoint sur ces interventions, mais qui n'ont pas nécessairement de formation professionnelle en santé mentale. La plupart des interventions de basse intensité sont basées sur les modèles théoriques cognitivo-comportementaux. Le soutien à l'autogestion, l'éducation psychologique, le développement de saines habitudes de vie, la résolution de problèmes et les programmes d'activités physiques structurés sont des exemples d'interventions de basse intensité. Les interventions de haute intensité impliquent, quant à elles, des rencontres hebdomadaires en présence d'un professionnel dûment formé selon les standards de formation et de qualité établis par la juridiction concernée. On retrouve, dans cette catégorie, diverses interventions où on a recours à des outils, techniques ou approches issus de différents modèles théoriques (cognitivo-comportemental, humaniste et psychodynamique). L'entraînement aux habiletés parentales et aux habiletés sociales, les programmes d'interventions manualisés, les interventions cognitivo-comportementales, la thérapie narrative et de pleine conscience de même que toutes les psychothérapies telles que définies par la loi au Québec sont des exemples d'interventions de haute intensité.

Si l'accès à la psychothérapie dans le secteur public au Québec est limité, ce n'est certes pas en raison du manque de professionnels aptes à offrir ce service. En effet, le Québec serait la province canadienne qui compte le ratio le plus élevé de psychologues et de psychothérapeutes [Blaser, 2009]. En 2016, les psychologues y représentaient 80 % des professionnels aptes à pratiquer la psychothérapie et les psychothérapeutes, 20 %. Toutefois, plus de la moitié des psychologues et psychothérapeutes (55 %) exercent uniquement dans le secteur privé. Bien qu'il ne soit pas du mandat d'un ordre professionnel de débattre des conditions de travail de ses membres, l'Ordre des psychologues du Québec rapporte que les psychologues considèrent que

⁸ Extrait de l'article 187.1 du Code des professions.

des conditions salariales inadéquates, étant donné le niveau de scolarité requis (doctorat), ainsi que la diminution de certaines activités qu'ils valorisent, comme le travail d'équipe, la formation continue et la supervision, sont des facteurs expliquant le déficit de psychologues dans le réseau public [Charest, 2010]. Par conséquent, et face à des délais d'attente pouvant s'étendre sur plusieurs semaines, voire plusieurs mois, pour accéder à la psychothérapie au public, plusieurs personnes se tournent vers le secteur privé [CSBE, 2012b]. Le coût moyen d'une séance de psychothérapie en pratique privée se situe autour de 100 \$ et n'est que partiellement remboursé par les compagnies d'assurances collectives ou privées. Ces coûts sont un frein important, notamment pour les personnes à faible revenu [Dezetter *et al.*, 2015; Chartier-Otis *et al.*, 2010]. Mentionnons toutefois qu'au Québec, un nombre limité de personnes ont accès à la psychothérapie dans le cadre de programmes spéciaux, tels que le programme pour les victimes d'accidents de la route de la Société de l'assurance automobile du Québec, le programme de la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail, le programme d'indemnisation des victimes d'actes criminels ou encore le programme fédéral des services de santé non assurés pour les Premières Nations et les Inuits.

Bref, les besoins de soins en santé mentale sont nombreux, tandis que l'accès aux services psychologiques, et plus particulièrement à la psychothérapie, dans le secteur public demeure limité. Selon le CSBE du Québec [2012b], cet accès restreint s'expliquerait, d'une part, par le manque de ressources investies dans ce domaine d'intervention comparativement à celles consacrées à la médication et, d'autre part, par la consolidation partielle des équipes de santé mentale dans les services de première ligne. Comme le CSBE, l'OMS estime que le premier facteur qui contribue à cette situation réside dans le fait que la santé mentale n'est pas considérée par les décideurs comme un domaine prioritaire de santé publique [OMS, 2008]. La concentration des ressources dans les grands établissements psychiatriques ainsi que dans les grandes villes et les banlieues, la difficulté d'intégrer efficacement les soins de santé mentale dans les soins de santé primaires, le manque de professionnels de la santé formés et supervisés dans le domaine de la santé mentale ainsi que le manque d'initiatives de santé publique efficaces en matière de santé mentale sont des facteurs explicatifs qui ont également été mis en évidence par l'OMS. C'est d'ailleurs dans le but de combler les lacunes en santé mentale que l'OMS a lancé, en 2008, son programme d'action *Mental Health Gap – mhGAP* [OMS, 2008]. Ce programme s'adresse à tous les pays, mais plus particulièrement aux pays à faible revenu et à revenu moyen inférieur. Il est basé sur les meilleures données scientifiques et épidémiologiques disponibles et met de l'avant des stratégies et interventions qui tiennent compte des obstacles existants et potentiels à l'extension des soins et services en santé mentale. Bien que le Canada ne soit pas un pays à faible revenu, la plupart des stratégies proposées dans ce programme sont pertinentes pour le Québec et l'ensemble des provinces du Canada, qui s'emploient aussi à répondre aux besoins en santé mentale de leur population.

2 MÉTHODOLOGIE

2.1 Questions d'évaluation

Les objectifs du mandat initialement confié à l'INESSS incluait, entre autres, de proposer des modalités d'opérationnalisation et des stratégies organisationnelles permettant d'améliorer l'accès aux services de psychothérapie au Québec et d'en évaluer l'impact financier. Ces objectifs ont été révisés par le MSSS en avril 2017 afin de prendre en compte les limites importantes liées à la disponibilité des données et de certaines expertises requises, rencontrées par l'INESSS en cours d'exécution de ses travaux. Conformément à la révision de ce mandat, les questions d'évaluation suivantes ont été formulées afin d'éclairer le MSSS sur l'amélioration de l'accès aux services de psychothérapie.

1. Qui devrait avoir accès à la psychothérapie ?
2. Lorsque la psychothérapie est indiquée, quelles sont les modalités à privilégier ?
3. À quelle étape du traitement la psychothérapie doit-elle être envisagée ?
4. Quels sont les coûts/bénéfices associés à la psychothérapie ?

Les travaux suivants ont été entrepris pour répondre à ces questions :

1. une mise à jour de la revue de littérature scientifique réalisée dans le cadre du Volet I [INESSS, 2015a], couvrant les revues systématiques et méta-analyses publiées de 2014 à 2017;
2. une mise à jour du Volet II [INESSS, 2015b], portant sur les données récentes obtenues sur les programmes implantés en Angleterre et en Australie (2014-2015, 2015-2016);
3. une collecte de données expérientielles et contextuelles sur les services de psychothérapie actuellement offerts au Québec.

2.2 Mise à jour de la revue de littérature scientifique (2014-2017)

Les travaux publiés en 2015 par l'INESSS portaient sur les troubles anxieux et dépressifs chez les adultes [INESSS, 2015a]. Cette revue de littérature a été mise à jour afin de repérer les revues systématiques et méta-analyses publiées depuis (2014-2017). Les revues systématiques portant sur l'ensemble des troubles mentaux courants ont été retenues, peu importe le groupe d'âge ciblé. Cette mise à jour a été effectuée avec une méthode de revue rapide, selon laquelle des composantes de la méthodologie des revues systématiques sont simplifiées ou omises afin de fournir l'information dans un délai plus court.

La recherche documentaire (présentée à l'annexe B) a été faite dans les bases de données MEDLINE, Embase, ERIC, PsycInfo, Social Care Online, Web of Science et CINAHL, ainsi que dans les bibliothèques de Cochrane et de Campbell Collaboration. Les sites Web du National Institute for Health and Care Excellence (NICE), de la Haute Autorité de Santé (HAS), du Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health (CADTH) et de l'APA ont également été consultés. La stratégie documentaire utilisée est présentée à l'annexe B.

La qualité des revues systématiques et méta-analyses retenues a été évaluée à l'aide de la grille AMSTAR [Shea *et al.*, 2007]. Cette grille de même que les grilles d'extraction sont présentées à l'annexe C.

2.3 Mise à jour des données sur les programmes implantés en Angleterre et en Australie (2014-2017)

Les travaux effectués dans le cadre du Volet II ont permis d'identifier trois programmes implantés en Angleterre et en Australie dans le but d'améliorer l'accès aux services psychologiques et à la psychothérapie [INESSS, 2015b]. Ces programmes ont été retenus en raison du degré élevé de similitude entre le système de santé des pays concernés et celui du Québec. De plus, ils sont en place depuis plusieurs années déjà, de sorte que des données sur leur performance sont maintenant disponibles.

La mise à jour des données publiées depuis 2013 sur ces programmes a été effectuée à partir des sites Web des agences gouvernementales et ministères impliqués dans leur administration. Le moteur de recherche Google a aussi été utilisé pour le repérage des documents. La sélection des documents et l'extraction des informations ont été faites par un seul professionnel.

2.4 Collecte de données expérientielles et contextuelles sur les services de psychothérapie au Québec

Des données expérientielles et contextuelles ont été recueillies par l'INESSS et ses collaborateurs, en parallèle aux travaux des Volets I et II, afin de documenter le point de vue des usagers et autres parties prenantes. Ces données, non incluses dans la publication portant sur les Volets I et II, ont été obtenues par l'intermédiaire des publications et travaux suivants :

- enquête téléphonique effectuée par l'Ordre des psychologues en 2012 dans l'ensemble du Québec auprès de 600 personnes âgées de 18 ans et plus;
- sondage en ligne réalisé en 2013 par une équipe de recherche de l'Université McGill auprès de 1275 psychothérapeutes;
- apport des parties prenantes ayant collaboré aux travaux de l'INESSS. La liste des membres du comité de travail et des experts économiques consultés est présentée à l'annexe A;
- publications du MSSS et autres instances, notamment :
 - Plan d'action en santé mentale (PASM) 2005-2010 et 2015-2020
 - Offre de services sociaux généraux. Programmes-services – Services généraux – activités cliniques et d'aide
 - Rapport d'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux 2012 du CSBE
 - Rapport de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ, 2012) et de Statistique Canada (2012)
 - Faire face à la dépression au Québec - Protocole de soins à l'intention des intervenants de première ligne (CRCHUM, USQ, INSPQ, 2012)
 - Série de vidéoconférences et bulletins *Quintessence* du Réseau Qualaxia. Projet Cible Qualité.

Les banques de données administratives de la RAMQ (RAMQ, 2016-2017) et du Système d'information sur la clientèle et les services - I-CSLC (2016-2017) ont également été consultées afin de documenter l'utilisation des services de psychothérapie dans le réseau public.

3 RÉSULTATS

3.1 Description sommaire des données scientifiques, expérientielles et contextuelles

3.1.1 Données scientifiques sur l'efficacité de la psychothérapie et autres interventions psychologiques

Au total, 13 revues systématiques de références ont été retenues, incluant celle publiée par l'INESSS en 2015. Les principales caractéristiques de ces revues sont présentées au tableau 1. Les 13 revues systématiques de référence totalisent 90 méta-analyses, plus de 1 291 études primaires et plus de 114 731 participants⁹. Elles couvrent tous les groupes d'âge, plus d'une vingtaine de troubles mentaux et une douzaine d'interventions psychologiques offertes en divers formats (individuel, de groupe, familial et par ordinateur). Ces 13 revues ont toutes été jugées de moyenne et de bonne qualité selon la grille AMSTAR, à l'exception de celle de Sibley et ses collaborateurs [2014]. Celle-ci a été considérée de faible qualité en raison du manque d'information sur les études primaires incluses dans les analyses.

Il est à noter que le nombre d'études primaires et de participants rapporté au tableau 1 correspond au nombre d'études primaires retenues pour les fins du présent rapport. Il n'égale pas nécessairement le nombre total d'études primaires incluses dans les revues systématiques d'origine. En effet, n'ont pas été considérées ici : les études primaires et résultats de méta-analyses portant sur la prévention des troubles mentaux, le suicide et l'efficacité de la pharmacothérapie uniquement, issus d'études primaires sans groupes de comparaison. Seuls les résultats de comparaisons directes ont été retenus pour comparer l'efficacité des différentes thérapies entre elles ou avec le médicament. Lorsque cela était possible, les résultats d'études primaires et de méta-analyses non agglomérés rapportés dans plus d'une revue systématique ont été exclus.

a) Limites de la présente recension réalisée à partir de méta-analyses plutôt qu'à partir d'études primaires

Bien que les méta-analyses ne présentent pas le même niveau de détail que les études primaires, elles ont l'avantage d'être basées sur un grand nombre d'individus et d'atténuer certains biais méthodologiques présents dans les études primaires. De plus, les méta-analyses permettent de statuer, avec un niveau de preuve élevée, sur l'efficacité des interventions psychologiques investiguées. La méta-analyse permet de dire si une intervention donnée est efficace ou non. Elle ne permet pas de spécifier pour qui, sous quelles conditions et dans quel contexte l'intervention est efficace.

⁹ Il n'est pas possible de déterminer le nombre exact d'études primaires et de participants inclus dans les méta-analyses parce que certaines rapportent seulement l'une ou l'autre de ces informations.

Il convient également de préciser que les méta-analyses recensées ici ne couvrent pas l'ensemble des interventions psychologiques et psychothérapies existantes. Par conséquent, l'absence de résultats sur une intervention donnée ne signifie pas que celle-ci n'est pas efficace, mais plutôt que son efficacité n'a pas été évaluée dans les méta-analyses recensées ici.

b) Nature des interventions psychologiques recensées dans les études

Dans les méta-analyses, voire au sein d'une même étude, différentes interventions psychologiques, incluant la psychothérapie, sont combinées. De plus, comme il apparaît à l'annexe D, les définitions et libellés utilisés dans ces méta-analyses pour faire référence à la psychothérapie ne permettent pas de déterminer s'il s'agit de la psychothérapie telle que définie au Québec ou plutôt d'interventions qui s'y apparentent. Même dans le cas où il s'agirait de psychothérapie telle que définie au Québec, le fait que celle-ci soit combinée dans les analyses avec d'autres types d'interventions ne permet pas de statuer de façon certaine sur son efficacité. Pour cette raison, et afin d'éviter toute confusion avec l'exercice de la psychothérapie au Québec, les termes génériques « interventions psychologiques » et « thérapies » ont été retenus pour désigner les différentes interventions évaluées dans les études. De même, le terme générique « comparateur » a été utilisé lorsque différentes conditions de contrôle ont été combinées dans les analyses (ex. : liste d'attente, traitement usuel, groupe témoin, placebo ou groupe contrôle actif).

Dans les méta-analyses, des interventions avec différentes modalités et durées sont combinées. De plus, bien que dans les études contrôlées les participants ne reçoivent généralement que l'intervention expérimentale évaluée, il est possible dans certains cas qu'ils reçoivent aussi d'autres interventions, dont la médication. Par conséquent, les résultats obtenus permettent de conclure à l'efficacité de l'intervention expérimentale comparativement à l'absence de cette intervention, mais pas nécessairement à l'exclusion de toute autre intervention. La preuve d'efficacité dégagée d'une méta-analyse doit donc être interprétée comme reflétant l'ensemble des conditions et modalités d'interventions évaluées dans les études.

c) Définition de « trouble mental » utilisée dans les études

Il importe également de mentionner que le terme « trouble mental » employé dans les méta-analyses renvoie autant à un diagnostic de trouble mental, selon les classifications reconnues (DSM ou CIM), qu'à des symptômes autorapportés considérés comme étant cliniquement significatifs selon l'échelle standardisée utilisée. Ceci implique que la preuve d'efficacité obtenue s'applique autant aux personnes avec un diagnostic établi de trouble mental qu'à celles ayant des problèmes de santé mentale ou des symptômes autorapportés.

Mentionnons enfin que les symptômes et troubles mentaux chez les personnes recrutées dans les études présentent différents niveaux de sévérité, de chronicité et différentes conditions associées. Bien que ces éléments soient généralement contrôlés statistiquement lors des analyses, la preuve d'efficacité dégagée d'une méta-analyse doit être interprétée comme reflétant l'ensemble des profils cliniques des personnes recrutées dans les études incluses.

Tableau 1 : Revues systématiques de références sur l'efficacité des interventions psychologiques

# RS	Auteurs Année	Qualité Période couverte	Nombre d'études et participants	Population à l'étude	Interventions psychologiques ¹⁰	Comparateurs
1 a	Cuijpers <i>et al.</i> , 2014a	Bonne (9/11) 1966 – 2014	1 méta 44 ECR N = 4 409	Adultes - 50 ans et plus Troubles dépressifs (DX ou SX)	- Int.TCC - Thérapie interpersonnelle - Résolution de problèmes - Thérapie psychodynamique - Rémiscence - Autogestion guidée et non guidée - Activation comportementale - Counseling de soutien	- Groupes témoins - Traitement usuel - Liste d'attente
1 b	Cuijpers <i>et al.</i> , 2014b	Bonne (8/11) 1966 – 2013	1 méta 92 ECR N = 6 937	Adultes - 18 ans et plus Dépression (DX)	- Int. TCC - Thérapie interpersonnelle - Résolution de problèmes - Thérapie psychodynamique - Autogestion guidée et non guidée - Activation comportementale - Counseling de soutien	- Groupes témoins - Traitement usuel - Liste d'attente
2	Cuijpers <i>et al.</i> , 2016	Bonne (9/11) 1979 – 2014	1 méta 90 ECR N = 11 434	Tous les âges Troubles dépressifs, anxieux, alimentaires (DX ou SX)	- Thérapie interpersonnelle	- Autres thérapies - Pharmacothérapie
3	Gartlehner <i>et al.</i> , 2015	Bonne (11/11) 1990 - 2015	1 méta 20 ECR N = 2 979	Adultes - 18 ans et plus Dépression (DX)	- Int. TCC - Thérapie interpersonnelle - Thérapie psychodynamique	- Groupes témoins - Pharmacothérapie
4	Gheorghiu et Lesage, 2017	Bonne (8/9) 1980 – 2014	12 méta 175 EC N > 14 282	Jeunes - 1 – 25 ans Troubles dépressifs, anxieux, substances, TDAH, et oppositionnels (DX ou SX)	- Int. TCC - Int. TCC par ordinateur - Entrainement cognitif - Thérapie psychodynamique - Thérapies familiales - Habiletés parentales - Entretien motivationnel	- Traitement usuel - Liste d'attente - Groupes témoins - Autres thérapies
5	Huhn <i>et al.</i> , 2014	Bonne (10/11) --- 2012	31 méta N = 23 677	Adultes Troubles dépressifs, anxieux, substances, alimentaires, somatoformes et autres (DX ou SX)	- Int. TCC - Thérapie psychodynamique - Entrainement cognitif	- Placebo - Sans traitement - Pharmacothérapie

¹⁰ Il est à noter que les informations fournies dans les revues systématiques recensées ne permettent pas de déterminer si l'intervention psychologique correspond à la psychothérapie telle que définie au Québec ou à d'autres interventions qui s'y apparentent. Pour cette raison, les termes génériques « interventions » et « thérapies » sont utilisés.

Tableau 1 (suite) : Revues systématiques de références sur l'efficacité des interventions psychologiques

# RS	Auteurs Année	Qualité Période couverte	Nombre d'études et participants	Population à l'étude	Interventions psychologiques ¹¹	Comparateurs
6	Hunsley <i>et al.</i> , 2014	Bonne (10/11) 2000 - 2012	25 méta 536 ECR N > 22 879	Tous groupes d'âge Troubles dépressifs et anxieux	- Int. TCC - EMDR - Autres thérapies	- Groupes témoins - Placebo - Traitement usuel - Liste d'attente
7	INESSS, 2015a (Volet I)	Bonne (9/10) 2009 - 2013	13 RS 205 ECR N > 16 416	Adultes Troubles dépressifs et anxieux	- Int. TCC - Thérapie interpersonnelle - Résolution de problèmes - Thérapie psychodynamique - Autres interventions	- Pharmacothérapie
8	Jonsson <i>et al.</i> , 2016	Bonne (10/11) 2000 - 2016	1 méta 14 ECR N = 947	65 ans et plus Dépression (DX ou SX)	- Int. TCC - Résolution de problèmes - Réminiscence - Autogestion guidée et non guidée	- Groupes témoins - Traitement usuel - Liste d'attente
9	Kolovos <i>et al.</i> , 2016	Moyenne (7/11) 1966 - 2015	1 méta 44 ECR N = 5 264	Adultes Troubles dépressifs (DX ou SX)	- Int. TCC - Thérapie interpersonnelle - Résolution de problèmes - Réminiscence - Thérapies d'acceptation et d'engagement - Autogestion guidée et non guidée	- Groupes témoins - Placebo - Traitement usuel - Liste d'attente
10	Sibley <i>et al.</i> , 2014	Faible (5/10) 1999 - 2012	1 méta 9 ECR N = 378	Jeunes 10 – 20 ans TDAH (DX)	- Int. TCC - Entraînement cognitif	- Groupes témoins
11	Stephens <i>et al.</i> , 2016	Moyenne (7/11) 2000 - 2014	1 méta 10 ECR N = 1 324	Mères (<12 mois) Dépression postnatale (DX ou SX)	- Int. TCC - Thérapie interpersonnelle - Counseling - Groupes de soutien	- Groupes témoins - Liste d'attente
12	Zhou <i>et al.</i> , 2015	Bonne (9/10) 1966 - 2014	1 méta 52 ECR N = 3 805	Enfants 6 – 18 ans Troubles dépressifs	- Int. TCC - Thérapie interpersonnelle - Résolution de problèmes - Thérapie psychodynamique - Counseling de soutien - Thérapie par le jeu	- Placebo - Traitement usuel - Liste d'attente - Sans traitement
DX : Diagnostic, EC : Études contrôlées, ECR : Études contrôlées randomisées, EMDR : Eye movement desensitization reprocessing, Int. TCC : interventions cognitivo-comportementales, Méta : méta-analyse, N : Nombre de participants, # RS : Numéro de la revue systématique de référence, SX : Symptômes, TDAH : Troubles du déficit de l'attention et hyperactivité.						

¹¹ Il est à noter que les informations fournies dans les revues systématiques recensées ne nous permettent pas de déterminer si l'intervention psychologique correspond à la psychothérapie telle que définie au Québec ou à d'autres interventions qui s'y apparentent. Pour cette raison, les termes génériques « interventions » et « thérapies » sont utilisés.

3.1.2 Données issues des programmes implantés en Angleterre et en Australie

Les principales caractéristiques des programmes implantés en Angleterre et en Australie dans le but d'améliorer l'accès aux interventions psychologiques, incluant la psychothérapie, sont présentées au tableau 2. Les sources d'information utilisées pour documenter ces programmes sont présentées à l'annexe E.

Tableau 2: Principales caractéristiques des programmes anglais et australiens

	Angleterre	Australie	
Programmes	IAPT	ATAPS	Better Access
Implantation	2007-2008	2001	2006
Financement	Organisme de la sécurité sociale anglais <i>National Health Service</i> (NHS) Totement gratuit pour l'utilisateur	Gouvernemental Enveloppe budgétaire fixe Gratuit ou co-paiement maximal de 30 \$ selon la capacité de payer de l'utilisateur	Gouvernemental, non plafonné via le <i>Medicare Benefit Schedule Initiative</i> Fournisseurs rémunérés à l'acte Co-paiement de l'utilisateur
Lieu de dispensation	Centres locaux de services primaires du réseau public	Centres locaux de services du réseau public	Pratique privée
Accès	Référence par un médecin Autoréférence	Référence par un médecin	Référence par un médecin
Population ciblée	Personnes de 15 ans et plus	Personnes financièrement désavantagées et certains groupes à risque	Personnes non admissibles au programme ATAPS
Volume	1 179 328 personnes, soit 2,2 % de la population en 2015-2016	87 128 personnes en 2014-2015, soit 0,37 % de la population totale en 2014	Données sur le nombre de personnes référées non disponibles
Troubles ciblés	Dépression Troubles anxieux Légers, modérés et sévères	Troubles mentaux courants Légers à modérés	Troubles dépressifs et anxieux Troubles d'adaptation Troubles de substances Troubles alimentaires TDAH, ESPT Troubles du sommeil Troubles sexuels Troubles psychotiques 81 % modérés à sévères
Professionnels impliqués	<i>Psychological Well-being Practitioner</i> <i>High Intensity Practitioner</i> Psychologues, psychiatres, travailleurs sociaux, personnel infirmier spécialisé en santé mentale	Psychologues, travailleurs sociaux, ergothérapeutes, infirmiers et travailleurs autochtones en santé mentale et médecins de famille	Psychologues cliniciens Psychothérapeutes : psychologues, travailleurs sociaux, ergothérapeutes
Interventions	Interventions de basse et haute intensité Psychothérapie	Stratégies psychologiques ciblées (<i>Focused Psychological Strategies</i>)	Psychothérapie Stratégies psychologiques ciblées
Durée	12 séances individuelles + 12 séances de groupe	6 à 12 séances (+ 6) + 12 séances de groupe par année	10 séances individuelles + 10 séances de groupe
TDAH : Trouble du déficit de l'attention et hyperactivité, ESPT : État de stress post-traumatique			

a) Le programme anglais IAPT

Le programme IAPT a été instauré en Angleterre à la suite des recommandations émises en 2004 par le NICE [2004]. Il a été déployé à l'échelle nationale en 2008, après avoir obtenu des résultats favorables dans le cadre de deux projets pilotes réalisés en 2006-2007. Le programme IAPT vise à accroître l'accès à des interventions psychologiques dans les services de santé primaires. Le programme qui s'adressait initialement aux adultes de 15 ans et plus souffrant de dépression ou de troubles anxieux, s'est déployé progressivement. Dès 2009, des services de soutien à l'emploi ont été inclus dans les services IAPT. Conformément au plan d'expansion de 2011-2012, un volet pour les enfants de moins de 15 ans, le *Children and Young People — IAPT*, a été implanté. Les données de ce programme, compilées dans une banque distincte de celle du programme adulte depuis janvier 2016, n'étaient pas disponibles au moment de rédiger ce rapport. En 2015-2016, 1 179 328 personnes, soit 2,2 % de la population âgée de 15 ans et plus, ont été référées au programme IAPT.

Le plan d'expansion de 2011-2012 visait également à mieux desservir certaines clientèles adultes sous-représentées dans les services, dont les personnes âgées de 65 ans et plus et celles avec des conditions physiques chroniques comorbides ou des symptômes médicaux inexplicables. Du financement additionnel a été octroyé en 2015 afin d'offrir des services de santé et des services psychologiques intégrés sous un même toit aux personnes avec des conditions physiques comorbides, et afin d'augmenter le nombre de conseillers en emploi dans les services IAPT. La collecte de données sur ces services a débuté en mars 2017. Par ailleurs, le plan d'expansion prévoyait le développement de services pour les personnes avec des troubles mentaux graves et des troubles de la personnalité. Une évaluation des sites pilotes devait être réalisée en 2014-2015, mais aucune donnée ou mention relative à cette clientèle n'a été relevée dans les rapports annuels de 2014-2015 ou de 2015-2016. Par contre, de nouveaux standards ont été établis par le National Health Service (NHS) en avril 2016 pour les programmes d'intervention de premiers épisodes psychotiques, les *Early Intervention Program*, afin de mieux desservir cette clientèle. Selon les nouveaux standards, ces programmes doivent être en mesure d'offrir des services intégrés, incluant des services psychologiques et du soutien dans la communauté, à 50 % des personnes expérimentant un premier épisode psychotique, et ce, dans un délai de deux semaines.

Le programme IAPT est offert dans les centres de soins primaires : cliniques ambulatoires en milieu hospitalier, centres communautaires spécialisés en santé mentale et regroupements de médecins de première ligne. Les interventions psychologiques qui y sont dispensées sont celles recommandées par le NICE pour les troubles mentaux courants, tels que la dépression et les troubles anxieux. Les personnes qui souhaitent accéder à ces services peuvent être référées au programme par leur médecin de famille ou en faire elles-mêmes la demande. À la suite d'une évaluation par un professionnel du programme, et selon ses besoins, la personne pourra avoir accès à des interventions psychologiques de basse ou de haute intensité ou à de la psychothérapie (voir le tableau 2). Les personnes peuvent recevoir 12 séances individuelles et 12 séances de groupe par année.

Les interventions de basse intensité sont offertes par des *Psychological Well-being Practitioner*, décrits comme des professionnels de l'accompagnement à l'autogestion, tandis que celles de haute intensité sont prodiguées par des *High Intensity Practitioner*. Les intervenants et professionnels qui dispensent des interventions de basse intensité doivent avoir suivi une formation théorique de 45 jours, suivie d'une formation pratique supervisée de 20 jours en milieu de travail. Les interventions de haute intensité sont quant à elles offertes par des personnes ayant une formation universitaire non sanctionnée par un diplôme (1^{er} cycle) en

psychologie, travail social, soins infirmiers ou ergothérapie. Ces personnes doivent suivre une formation universitaire de 12 mois, comportant deux jours de cours théoriques et trois jours de pratique supervisée en milieu clinique par semaine. La psychothérapie est offerte par des psychologues, psychiatres, travailleurs sociaux et infirmiers en santé mentale accrédités comme psychothérapeutes par le *United Kingdom Council for Psychotherapy*, lesquels peuvent également prodiguer des interventions de haute intensité. Plus de 6 000 professionnels qualifiés ont été formés dans le cadre du programme IAPT sur une période de six ans (2008- 2015). Au terme de cette période, le programme était implanté dans 142 des 150 (95 %) centres de soins primaires locaux.

Tableau 3 : Interventions de basse et de haute intensité offertes dans le programme IAPT

INTERVENTIONS DE BASSE INTENSITÉ	INTERVENTIONS DE HAUTE INTENSITÉ ¹²
Autogestion guidée (Livre)	Relaxation appliquée
Autogestion non guidée (Livre)	Activation comportementale (haute intensité) ¹³
Autogestion guidée par ordinateur	Thérapie de couple pour la dépression
Autogestion non guidée par ordinateur	Soins de collaboration (pour les personnes ayant une dépression et des problèmes de santé chroniques)
Activation comportementale (basse intensité)	Counseling pour la dépression
Programme structuré d'activités physiques	Psychothérapie psychodynamique brève
Counseling pré et post natal	EMDR (Eye Movement Desensitisation Reprocessing)
Soutien d'éducation psychologique par les pairs	Pleine conscience
Soutien à l'emploi (basse intensité)	Soutien à l'emploi (haute Intensité)
Autres interventions de basse intensité	Thérapie cognitivo-comportementale
	Psychothérapie interpersonnelle
	Autres interventions de haute intensité

Source : HSCIC, 2017.

b) Les programmes australiens ATAPS et Better Access

Deux programmes ont été implantés en Australie sur une base complémentaire. Le programme ATAPS l'a été en 2001 et le programme Better Access en 2006. Selon les données disponibles, le programme ATAPS a desservi 87 128 personnes en 2014-2015 (0,37 % de la population).

Aucune donnée sur le nombre de personnes desservies par le programme Better Access n'a été repérée pour la période de 2014 à 2017. Les données retracées remontent à 2009 et indiquent qu'au cours de cette année, 1 130 384 personnes avaient reçu des services du programme Better Access. Un document récent rapporte qu'environ 10 % des services psychologiques à la

¹² L'information fournie sur le programme ne permet pas de déterminer si les psychothérapies offertes correspondent à la psychothérapie telle que définie au Québec ou à d'autres interventions qui s'y apparentent. Pour cette raison, les termes génériques « interventions » et « thérapies » sont utilisés.

¹³ L'activation comportementale de basse intensité est offerte par les *Psychological Well-being Practitioners*, tandis que l'activation comportementale de haute intensité est dispensée par les *High Intensity Practitioners* et des psychothérapeutes accrédités.

population australienne sont offerts par l'intermédiaire du programme ATAPS et 90 % par le programme Better Access [Bassilios *et al.*, 2016].

Il est à noter qu'une réforme importante des services de santé mentale et de leur financement est en cours en Australie depuis 2015, et qu'aucun rapport annuel n'a été publié par le programme ATAPS et Better Access pour l'année financière 2015-2016. À l'instar du programme anglais IAPT, cette réforme a pour but d'offrir des services psychologiques intégrés dans un modèle de soins par étapes et dans les réseaux de santé primaire à partir de janvier 2018.

Le programme ATAPS est financé à l'aide d'une enveloppe budgétaire fixe. En 2001, ce montant était octroyé aux 119 *Divisions of General Practice*, réorganisées sous 61 centres de services locaux Medicare en 2011-2012, et sous 30 réseaux de santé primaire depuis 2015. De 2001 à 2008, le programme ATAPS s'adressait uniquement aux personnes de 12 ans et plus, financièrement désavantagées et présentant des troubles mentaux courants légers et modérés. En 2008, à la suite de la création du programme Better Access, du financement additionnel et flexible a été accordé afin d'élaborer des programmes ciblant certains groupes à risque, soit : les enfants de 12 ans et moins, la population aborigène, les personnes en situation d'itinérance, les personnes à risque suicidaire, les personnes en régions rurales éloignées ou exposées à des événements climatiques extrêmes et les femmes à risque de dépression périnatale. Le financement accordé aux établissements de santé dans le cadre du programme ATAPS a été ajusté en 2011-2012 en fonction de la taille de la population à desservir, la ruralité, l'indice de désavantage économique et l'accès relatif aux services Medicare.

Le programme ATAPS de base s'adresse aux personnes suivantes : étudiants; personnes dont les soins de santé sont couverts par le régime public; personnes résidant dans des centres de crise, foyers de groupe, résidences pour personnes âgées ou autres ressources subventionnées; personnes considérées comme financièrement désavantagées. Les personnes recevant une compensation à la suite d'un accident de la route ou d'un accident de travail ne sont pas admissibles au programme, ni celles ayant reçu des services dans le cadre du programme Better Access au cours de la même année civile. Le programme s'adresse aux personnes avec des troubles mentaux courants légers et modérés susceptibles de répondre à une intervention brève. Les personnes avec des troubles mentaux graves requérant une intervention à court terme peuvent également avoir accès au programme. Celles souffrant de démence, de déficience intellectuelle, de dépendance au tabac, d'un trouble de la personnalité, d'un trouble bipolaire, d'un épisode psychotique aigu ou à risque de passage à l'acte suicidaire ne sont pas admissibles et doivent être dirigées vers un service de santé mentale de l'État ou un psychiatre au privé.

Les personnes sont référées au programme ATAPS par un médecin, un psychiatre ou un pédiatre. Le médecin doit connaître le patient depuis au moins six mois afin de pouvoir déterminer s'il satisfait aux critères du programme et s'il a les moyens financiers d'accéder à des services alternatifs, comme Better Access. Dans le cadre des sous-programmes pour les groupes à risque, un intervenant du milieu scolaire, un professionnel ou un travailleur aborigène de la santé peuvent également agir à titre de référent. Ils doivent alors faire le lien avec un médecin généraliste et obtenir une référence formelle de ce dernier avant la troisième séance de traitement.

Les stratégies psychologiques ciblées, les *Focused Psychological Strategies*, sont les seules interventions offertes dans le cadre du programme ATAPS. Celles-ci sont basées sur des données probantes et limitées dans le temps, nommément :

- l'éducation psychologique et l'entretien motivationnel;
- les interventions cognitives et comportementales (techniques de modification du comportement et d'exposition, planification d'activités, restructuration cognitive);
- les stratégies de relaxation, respiration contrôlée et imagerie mentale;
- les stratégies de résolution de problèmes, de communication, de gestion de la colère et du stress;
- l'entraînement aux habiletés sociales et aux habiletés parentales;
- les stratégies interpersonnelles thérapeutiques (dérivées de la psychothérapie interpersonnelle);
- les stratégies thérapeutiques narratives pour les aborigènes (dérivées de la thérapie narrative);
- les interventions et le soutien en ligne.

Les personnes admissibles au programme ATAPS peuvent recevoir de 6 à 12 séances individuelles par année civile, exceptionnellement jusqu'à 18 séances. Les besoins de séances additionnelles sont évalués après la sixième et la douzième séance. Les personnes admises ont également droit à 12 séances de groupe par année.

Les stratégies psychologiques ciblées sont offertes dans les établissements du réseau public de santé par des psychologues, des travailleurs sociaux, des infirmiers, des ergothérapeutes et des travailleurs de la santé aborigènes du réseau public qui ont une expérience en santé mentale et ont reçu une formation sur ce type d'interventions. Cette formation comprend 26 heures d'enseignement en counseling, 26 heures en évaluation diagnostique et 52 heures de techniques d'interventions cognitivo-comportementales, et elle est échelonnée sur une ou deux années¹⁴.

Les personnes formées doivent être membres de leur ordre professionnel et avoir cumulé au moins deux ans d'expérience en santé mentale. Les médecins de famille ayant suivi une formation en santé mentale reconnue par le Collège des médecins de famille de l'Australie sont également autorisés à offrir des stratégies psychologiques ciblées.

Le programme Better Access a été amorcé dans la foulée du Plan d'action national en santé mentale 2006-2011 du gouvernement australien. Il a été instauré afin d'accroître l'accès à des professionnels offrant des services psychologiques et à des équipes de soins en santé mentale. Ce programme est financé par l'intermédiaire du *Medicare Benefit Schedule Initiative*, programme similaire au régime d'assurance maladie du Québec.

Le programme Better Access couvre les services psychologiques offerts par des psychologues, travailleurs sociaux et ergothérapeutes en pratique privée. Les professionnels qui participent au programme ont un numéro de fournisseur Medicare et sont rémunérés à l'acte. Le fournisseur de services reçoit un montant maximal couvert par Medicare, mais peut réclamer un montant supplémentaire à l'utilisateur. Dans le manuel d'orientation destiné aux professionnels désireux de souscrire au programme, le tarif établi par Medicare en 2007 pour une séance de psychothérapie de 50 minutes était de 135,30 \$ AU avec un remboursement de 115,05 \$ (85 % du tarif), dans le cadre du programme Better Access [APS, 2007]. Le tarif établi pour une séance de stratégies psychologiques ciblées variait de 81,25 \$ à 92,20 \$, selon le type de professionnel offrant le service, avec un remboursement de 69,10 \$ à 78,40 \$ (85 % du tarif). Dans une offre de service

¹⁴ Il est à noter que cette formation ne serait pas suffisante pour obtenir un permis de pratique de la psychothérapie au Québec, puisque celle-ci exige 765 heures théoriques et 600 heures de stages supervisés.

diffusée en ligne en 2016, le tarif demandé par le psychologue pour une séance de stratégies psychologiques ciblées était de 155 \$. Le remboursement par Medicare était de 84,80 \$ et un co-paiement de 70,20 \$ était demandé de la part de l'utilisateur.

Lorsqu'un co-paiement est exigé, l'utilisateur peut payer le montant total au fournisseur et réclamer un remboursement à Medicare par la suite. Il peut aussi payer uniquement le montant de son co-paiement, réclamer le montant remboursé à Medicare et le transmettre au professionnel par la suite. Au-delà d'un certain montant déboursé dans l'année, l'utilisateur peut réclamer un remboursement additionnel au programme *Medicare Safety Nets* couvrant entre 80 % et 100 % du montant excédentaire. Les usagers ne peuvent pas utiliser leur assurance privée pour le co-paiement qui leur est demandé. Ils doivent choisir entre la couverture de leur assurance privée et celle offerte par Medicare. Le professionnel peut, dans certains cas, facturer directement Medicare et éviter à l'utilisateur de devoir avancer des fonds (*bulk billing*). Dans ce cas, toutefois, il ne peut pas réclamer de co-paiement à l'utilisateur.

Les personnes qui souhaitent accéder au programme Better Access doivent d'abord être évaluées par un médecin, un psychiatre ou un pédiatre. Celui-ci évalue l'utilisateur et confirme la présence d'un trouble mental selon les critères diagnostiques de la classification CIM. Le cas échéant, le médecin dirige l'utilisateur vers un professionnel de son choix et détermine le service indiqué, soit des stratégies psychologiques ciblées ou une psychothérapie. À la fin du traitement, le professionnel doit rédiger un rapport à l'intention du médecin qui lui a référé l'utilisateur. En Australie, les psychologues cliniciens (avec un doctorat) sont les seuls professionnels autorisés à offrir de la psychothérapie. Les psychologues, les travailleurs sociaux, ergothérapeutes et médecins de famille formés à cette fin peuvent néanmoins offrir des stratégies psychologiques ciblées dans le cadre du programme Better Access. Les données disponibles indiquent que 93 % des interventions dispensées le sont par des psychologues.

Jusqu'en 2013, le nombre de séances offertes dans le cadre du programme Better Access était le même que celui consenti pour le programme ATPAS, soit 12 séances individuelles, avec une possibilité de 6 séances additionnelles sur une base exceptionnelle, et 12 séances de groupe par année. Cela a été réduit par la suite à 10 séances individuelles et 10 séances de groupe. Les coupures effectuées par le gouvernement dans le financement du programme Better Access ainsi que la refonte de ce dernier dans un modèle de soins par étapes, amorcée en 2015 ont été décriées haut et fort par l'*Australian Psychological Society* (APS).

3.1.3 Données expérientielles et contextuelles sur les services de psychothérapie au Québec

a) Sondage téléphonique

Le sondage téléphonique réalisé par l'Ordre des psychologues du Québec en 2012 a permis de documenter le point de vue des usagers sur les services de psychothérapie dispensés au Québec. Sur une période de trois semaines, 600 personnes de toutes les régions y ont répondu¹⁵. Les répondants ont été interrogés, entre autres, sur les compétences requises chez un psychothérapeute, le nombre de semaines de psychothérapie nécessaires pour traiter la dépression, le choix du professionnel qui devrait être consulté en premier lieu pour une dépression ou de l'anxiété, le lieu de consultation (public par rapport à privé), le choix de traitement et les coûts estimés de consultation.

¹⁵ Marge d'erreur de 4 %, 19 fois sur 20, résultats pondérés selon le recensement de Statistiques Canada en 2006.

Ce sondage révèle notamment que :

- 53 % des répondants consulteraient un psychologue dans le secteur privé s'ils avaient besoin des services de ce professionnel et 47 % iraient chercher ce service dans le réseau public;
- 50 % des répondants ont rapporté qu'en cas de dépression, ils consulteraient leur médecin de famille en premier et 50 %, un psychologue. Pour de l'anxiété, 41 % des répondants consulteraient leur médecin en premier et 59 %, un psychologue;
- 32 % des répondants choisiraient la psychothérapie pour traiter une dépression et 46 % opteraient pour une combinaison de psychothérapie et de médicaments; 16 % iraient vers un traitement de médecine alternative et 6 % prendraient seulement un antidépresseur;
- 61 % des répondants ne consulteraient pas en psychothérapie en raison du coût trop élevé de ces services.

b) Sondage en ligne

Un sondage en ligne a été réalisé en 2014, dans le cadre du mandat confié à l'INESSS, par un groupe de chercheurs de l'Université McGill [Bradley *et al.*, 2015] auprès des membres de l'Ordre des psychologues du Québec (OPQ). L'OPQ comptait alors 5 101 psychologues et 600 psychothérapeutes. Le sondage a été rempli par 87 % de psychologues et 13 % de professionnels détenant un permis de psychothérapeute. Une majorité des psychologues répondants ont indiqué intervenir seulement dans le secteur privé (55 %), tandis que la plupart des professionnels détenant un permis de psychothérapeute (63 %) ont mentionné travailler dans le secteur public.

Le sondage visait à : « apprécier les points de vue de ces deux groupes de praticiens afin de déterminer la meilleure façon d'implanter un programme d'accessibilité qui soit efficace et cohérent avec les opinions des fournisseurs de services » [Bradley *et al.*, 2015]. L'analyse des résultats obtenus a permis de constater que les psychologues et les professionnels détenant un permis de psychothérapeute avaient des opinions différentes quant aux diverses composantes d'un éventuel programme visant à améliorer l'accès à la psychothérapie. Par rapport aux professionnels qui offrent de la psychothérapie, les psychologues sont d'une part apparus plus ouverts à utiliser des pratiques qui s'appuient sur des données probantes et, d'autre part, ils ont semblé juger plus important le fait d'être autonomes dans leur pratique quant au choix du traitement à proposer. Par ailleurs, les professionnels détenant un permis de psychothérapeute ont démontré davantage d'intérêt que les psychologues quant à la possibilité que la thérapie de couple et la thérapie familiale soient couvertes par un programme de psychothérapie subventionné par l'État. De même, les professionnels détenant un permis de psychothérapeutes se sont montrés plus favorables à l'idée que des services d'aide à l'emploi et d'orientation professionnelle soient financés par les services publics. Les chercheurs mentionnent toutefois des limites à leur étude, attribuables à la présence de variables potentiellement confondantes et à l'exclusion des médecins exerçant la psychothérapie parmi les répondants.

c) Banques de données clinico-administratives

Les données sur la population cible et les services de psychothérapie offerts dans les services de proximité au Québec, documentées dans les banques clinico-administratives de la RAMQ et autres sources d'information, sont présentées au tableau 4.

En se basant sur une prévalence de 12 % de troubles mentaux diagnostiqués et documentés dans les banques de données de la RAMQ en 2012 [INSPQ, 2012], on peut estimer que près d'un million de Québécois souffraient d'un trouble mental en 2016. Les données fournies par l'OPQ indiquent que le Québec comptait en 2016 7 378 professionnels détenant un permis de psychothérapeute. Parmi ceux-ci, 80 % sont des psychologues de formation. Plus de la moitié (55 %) des professionnels habilités à exercer la psychothérapie exercent dans le secteur privé, 22 % dans le secteur public et 23 % ont une pratique mixte (publique et privée).

Au Québec, des professionnels détenant un permis de psychothérapeute délivré par l'OPQ offrent des services de psychothérapie au sein de neuf organismes communautaires depuis 2001. Ces organismes font partie du Regroupement québécois des organismes communautaires en psychothérapie. Selon ce regroupement, 22 000 entrevues de psychothérapie sont offertes chaque année à 3000 personnes par une centaine de psychothérapeutes.

Le fait que le professionnel détienne un permis de psychothérapeute ne signifie pas qu'il exerce d'emblée la psychothérapie. Par conséquent, nous ignorons combien de personnes ont reçu des services d'un psychothérapeute dans le réseau public en raison de la présence d'un problème de santé mentale ou d'un trouble mental.

Les données 2016-2017 de la banque administrative de la RAMQ révèlent toutefois que 56 308 actes de psychothérapie (individuels¹⁶) ont été effectués par des omnipraticiens auprès de 21 141 usagers différents. Ces actes étaient d'une durée de 30 minutes dans 71 % des cas et de 45 minutes et plus dans 29 % des cas. Le coût total des actes facturés en 2016-2017 est de 3 169 500 \$, ce qui représente un coût moyen par usager de 150 \$. Les actes de psychothérapie ont principalement été effectués en cabinet privé (36 %) et en GMF (33 %).

Il est à noter qu'il est difficile de savoir dans quelle mesure les actes de psychothérapie facturés par les médecins correspondent à de la psychothérapie au sens du PL21. À ce propos, le rapport préparé par Chodos [2017] pour la Commission de la santé mentale du Canada mentionne que les interventions offertes par les médecins de famille du Canada consistent principalement en un soutien émotif, de l'écoute et des conseils plutôt qu'en un traitement psychologique. Toutefois, on ne sait pas dans quelle mesure cet énoncé s'applique aux médecins québécois.

¹⁶ Depuis l'année financière 2014-2015, les omnipraticiens ont la possibilité de facturer les actes de psychothérapie collective. Celle-ci est considérée comme collective si elle est dispensée par plus d'une personne. Les actes de psychothérapie collective représentent moins de 2 % des actes effectués entre le 1^{er} avril 2014 et le 31 mars 2017.

Tableau 4 : Données disponibles sur la prévalence des troubles mentaux et les services psychologiques offerts dans les services de proximité au Québec

Sources	Indicateurs	Données
INSPQ, 2012	Prévalence annuelle des troubles mentaux diagnostiqués dans les fichiers d'actes médicaux de la RAMQ	12 %
Institut de la statistique du Québec, 2016	Population du Québec en 2016 : Nombre estimé de personnes avec un trouble mental en 2016 au Québec	8 326 089 999 131
Fichier des actes médicaux de la RAMQ	Codes d'actes spécifiques à la psychothérapie facturés par les omnipraticiens famille en 2016-2017 (codes 8862 à 8865 et 15 785 à 15 788) : Nombre d'usagers desservis Nombre d'actes de psychothérapie Coût total pour l'année Coût moyen par usager Répartition des actes selon le type d'établissement (2016-2017) : - Cabinet privé - Groupe de médecine familiale - Sans identification à un établissement - Autre type d'établissement	21 141 56 308 3 169 550 \$ 150 \$ 36 % 33 % 24 % 7 %
Ordre des psychologues du Québec, 2016	Nombre de psychothérapeutes en 2016 : % de psychologues % exerçant uniquement dans le secteur privé % exerçant uniquement dans le secteur public % exerçant dans les secteurs public et privé	7 378 80 % 55 % 22 % 23 %
Regroupement québécois des organismes communautaires en psychothérapie	Nombre d'organismes communautaires offrant des services de psychothérapie Nombre de personnes desservies Nombre d'entrevues réalisées	9 3000 22 000

Les données de la banque I-CLSC sont présentées au tableau 5. Comme pour les autres banques clinico-administratives, la difficulté d'isoler les actes de psychothérapie demeure puisqu'aucune intervention dite de *psychothérapie* n'est incluse dans le cadre normatif. Dans ce contexte, les données extraites et analysées à partir de la banque I-CLSC ne permettent pas de confirmer de volumes d'activités en ce qui concerne la psychothérapie ni de préciser quels sont les intervenants associés à ces activités.

Les résultats présentés ici s'appuient sur les éléments du cadre normatif qui s'apparentent à l'acte de psychothérapie. Afin d'obtenir de l'information sur ces éléments, deux programmes-services associés à des profils d'interventions offrant des services en santé mentale ont été retenus pour effectuer une cueillette de données : le programme santé mentale (410) et le programme Services sociaux généraux (420). En prenant en compte ces deux programmes, 85 % des services potentiellement liés à la psychothérapie auraient été offerts à l'intérieur du programme Santé mentale en 2016-2017 et 15 % à l'intérieur du programme Services sociaux généraux. Par conséquent, on peut faire l'hypothèse que les services de santé mentale offerts aux usagers, dont possiblement la psychothérapie, l'ont été majoritairement dans le cadre des

services du programme Santé mentale. Le principal centre d'activités concerné découlant de ce programme regroupe les services ambulatoires de santé mentale en première ligne¹⁷. Les usagers recevant ces services étaient âgés de 18 à 64 ans dans 76 % des cas, de moins de 18 ans dans 16 % des cas, et 7 % avaient 65 ans et plus. Cette information, tirée de la banque de données administratives I-CLSC, ne nous permet pas de conclure que des actes de psychothérapie ont été réalisés dans le cadre des services ambulatoires de santé mentale en première ligne.

Par ailleurs, et tel qu'il est indiqué au tableau 5, 15 % d'usagers ont été inscrits au programme Services sociaux généraux, plus précisément dans le centre d'activités Consultation psychologique de courte durée (6732). Ce centre d'activités est associé à des interventions cliniques et des activités de psychothérapie : « Le service de consultation psychologique est offert aux personnes présentant un problème ponctuel ou situationnel du fonctionnement psychologique et qui requiert des services sociaux généraux en contexte individuel, de couple, familial ou de groupe » [MSSS, 2013, p. 40].

Comme il a été mentionné précédemment, on ne peut assurer ici que les services de consultation psychologique saisis dans le système d'information clientèle I-CLSC correspondent à de la psychothérapie telle que définie par le PL21.

¹⁷ Les services ambulatoires de santé mentale en première ligne sont un centre d'activités (5930) qui regroupe diverses activités associées aux services ambulatoires de santé mentale en première ligne offerts en réponse aux besoins des jeunes et des adultes souffrant d'un trouble mental, dont les symptômes sont modérés à graves, mais stabilisés, et entraînent un dysfonctionnement modéré dans les domaines social, professionnel ou scolaire [MSSS, 2016].

Tableau 5 : Données I-CLSC sur l'utilisation des services psychologiques offerts dans les services de proximité au Québec¹⁸

Indicateurs		Données
Utilisation des services dans les CISSS/CIUSSS dans le cadre du programme santé mentale en 2016-2017 dans les centres d'activités 5930 et 6732		
85 %	• Service ambulatoire de santé mentale en 1 ^{re} ligne (5930)	99,7 %
	- Nombre d'usagers différents	34 274
	- Nombre total d'interventions	233 406
	- Nombre moyen interventions/usager	7
	- Âge moyen de l'usager	41 ans
	- Sexe masculin	33 %
	- Sexe féminin	67 %
	• Consultation psychologique de courte durée (6732)	0,3 %
	- Nombre d'usagers différents	85
	- Nombre total d'interventions	379
	- Nombre moyen interventions/usager	5
	- Âge moyen de l'usager	37 ans
	- Sexe masculin	33 %
	- Sexe féminin	67 %
Utilisation des services dans le cadre du programme — services sociaux généraux en 2016-2017 dans les centres d'activités 5930 et 6732		
15 %	• Service ambulatoire de santé mentale en 1 ^{re} ligne (5930)	16 %
	- Nombre d'usagers différents	183
	- Nombre total d'interventions	457
	- Nombre moyen interventions/usager	2
	- Âge moyen de l'usager	42 ans
	- Sexe masculin	27 %
	- Sexe féminin	73 %
	• Consultation psychologique de courte durée (6732)	84 %
	- Nombre d'usagers différents	978
	- Nombre total d'interventions	5 686
	- Nombre moyen interventions/usager	4
	- Âge moyen de l'usager	41 ans
	- Sexe masculin	28 %
	- Sexe féminin	72 %

¹⁸ Les données du tableau 5 indiquent qu'un certain volume d'activités (16 %) a été saisi dans le centre d'activités 5930 à l'intérieur du programme Services sociaux généraux en 2016-2017, dont le numéro est plutôt le 6732. Cela peut s'expliquer par une erreur de saisie attribuable à l'ajout récent du centre d'activités 6732, soit en date du 1^{er} avril 2016. En résumé, nous aurions dû retrouver dans le tableau 5 un centre d'activités par programme services : - programme Santé mentale : centre d'activités Service ambulatoire de santé mentale en 1^e ligne (5930) et programme Services sociaux généraux : centre d'activités Consultation psychologique (6732).

3.2 Question 1 : Qui devrait avoir accès à la psychothérapie ?

3.2.1 Efficacité des interventions psychologiques pour traiter les problèmes de santé mentale et troubles mentaux courants

a) Résultats d'efficacité pour les symptômes d'anxiété et de troubles anxieux

Les résultats des méta-analyses recensées sur l'efficacité des différentes interventions psychologiques pour traiter les symptômes d'anxiété et les troubles anxieux sont présentés au tableau 6. Il est à noter qu'afin d'alléger le texte, le numéro de la revue systématique de référence, plutôt que le nom des auteurs, est utilisé pour identifier la revue ayant produit les résultats.

Les résultats présentés au tableau 6 sont basés sur plus de 337 études et plus de 12 398 participants. Ils indiquent que les interventions psychologiques sont plus efficaces que les comparateurs utilisés pour traiter les symptômes du trouble panique, de l'anxiété généralisée, de la phobie sociale, des phobies spécifiques, du trouble obsessionnel compulsif et des états de stress post-traumatique. Ces résultats ont été obtenus auprès d'enfants, d'adolescents et de jeunes adultes (plus de 129 études), d'adultes (plus de 203 études), ainsi qu'auprès de personnes âgées (27 études).

De plus, les différences de moyennes standardisées (DMS¹⁹) observées entre le groupe ayant reçu l'intervention et le groupe avec comparateur révèlent que dans la quasi-totalité des cas, la taille de l'effet de ces interventions varie de modérée à forte (DMS = 0,51 à 2,50). De même, le nombre de sujets à traiter²⁰ pour la thérapie interpersonnelle (NST = 2,0, # RS 1 a) et les interventions cognitivo-comportementales dispensées par ordinateur à des jeunes de 25 ans et moins (NST = 2,70, # RS 4) indiquent que l'effet observé est équivalent ou supérieur à celui que l'on note généralement en comparant un médicament avec un placebo (NST variant entre 3 et 6).

Enfin, les résultats d'une méta-analyse (# RS 6) indiquent que chez les adultes souffrant de phobie sociale, les bénéfices des interventions cognitivo-comportementales se sont maintenus au suivi de 3 mois (DMS = 0,19, IC 95 % : 0,02 – 0,36), 6 mois (DMS = 0,37, IC 95 % : 0,12 – 0,63) et 18 mois (DMS = 0,15, IC : 95 % : 0,01 – 0,29).

b) Résultats d'efficacité pour les symptômes et troubles dépressifs

Les résultats des méta-analyses recensées sur l'efficacité des interventions psychologiques pour traiter les symptômes et troubles dépressifs sont présentés au tableau 7. Ces résultats sont basés sur plus de 378 études et plus de 24 232 participants. Ils indiquent que les interventions cognitivo-comportementales dispensées en format individuel, de groupe ou par ordinateur, la résolution de problèmes, la thérapie interpersonnelle, les interventions de réminiscence, la thérapie psychodynamique ainsi que les thérapies brèves sont plus efficaces que les comparateurs utilisés pour traiter les symptômes de dépression, de dysthymie et d'autres

¹⁹ DMS : Différence de moyenne standardisée. Statistique représentant la différence de moyenne standardisée entre deux groupes à la fin du traitement. Le « d de Cohen » est la DMS la plus souvent utilisée. Un d de Cohen reflète une faible taille d'effet entre 0,20 et 0,50, une taille d'effet modérée entre 0,50 et 0,80 et une forte taille d'effet au-delà de 0,80. Le « g de Hedges » est une variante du d de Cohen utilisée avec un facteur de correction pour les échantillons de petite taille.

²⁰ NST : Nombre de sujets à traiter pour chaque personne additionnelle présentant les effets escomptés par le traitement. Plus l'effet du traitement est important, plus le NST est petit. Le NST des médicaments comparés à un placebo se situe généralement entre 3 et 6.

troubles dépressifs. Ces résultats ont été obtenus auprès d'enfants, d'adolescents, de jeunes adultes (95 études), d'adultes (178 études) et de personnes âgées (52 études).

Une des méta-analyses recensées indique que les enfants et adolescents âgés de 6 à 18 ans avec des symptômes ou des troubles dépressifs traités à l'aide d'une thérapie psychodynamique ou d'une thérapie par le jeu ne se sont pas davantage améliorés que ceux inscrits sur une liste d'attente (# RS 12). Chez les jeunes de 25 ans et moins avec des symptômes et troubles dépressifs, les interventions cognitivo-comportementales administrées par ordinateur se sont avérées plus efficaces que les comparateurs utilisés dans une méta-analyse, mais d'efficacité comparable dans une autre (# RS 4).

Dans l'ensemble, les tailles d'effet obtenues pour les symptômes et troubles dépressifs sont moins grandes que celles observées pour les symptômes et troubles anxieux (DMS entre 0,21 et 1,34 contre 0,51 à 2,50). Il est intéressant de noter que c'est auprès de personnes dépressives âgées de 50 ans et plus que les plus grandes tailles d'effet (DMS $\geq 0,80$) ont été notées. C'est le cas pour les interventions de réminiscence, les interventions cognitivo-comportementales et la résolution de problèmes (# RS 1a, 6, et 8). De plus, les résultats obtenus dans une méta-analyse portant sur 11 études indiquent que les effets des interventions de réminiscence observés chez les personnes dépressives âgées de 50 ans et plus se sont maintenus au suivi de 6 mois (DMS = 0,27, IC 95 % : 0,16 – 0,37 ; # RS 1 b).

c) Résultats d'efficacité pour les autres problèmes et troubles mentaux courants

Les résultats des méta-analyses recensées sur l'efficacité des interventions psychologiques pour traiter les autres problèmes et troubles mentaux courants sont présentés au tableau 8. Parmi ces méta-analyses, dix rapportent des résultats sur le traitement des problèmes et troubles liés à la consommation de substances psychoactives. Huit méta-analyses portent sur des jeunes âgés de 12 à 23 ans (42 études) et les deux autres, sur des adultes (n = 2 883). Les résultats obtenus donnent à penser que chez les jeunes, les interventions individuelles ont un impact clinique plus grand sur la consommation d'alcool que les interventions familiales (# RS 4). Par contre, les interventions familiales seraient particulièrement efficaces pour traiter les problèmes et troubles liés à la consommation de drogues, dont la marijuana (# RS 4). Les résultats obtenus dans une méta-analyse indiquent que l'entretien motivationnel serait peu efficace pour traiter les jeunes âgés de 12 à 23 ans avec des problèmes de consommation de substances psychoactives (# RS 4). De même, les tailles d'effet observées chez les adultes ayant des problèmes ou des troubles liés à la consommation d'alcool et d'opiacés se sont avérées plutôt faibles (# RS 5) pour les interventions psychologiques évaluées.

Les résultats présentés au tableau 8 permettent aussi de constater qu'à l'exception de la thérapie interpersonnelle, les interventions analysées ont un impact clinique considérable pour traiter les adultes ayant des problèmes ou des troubles alimentaires (# RS 5). Chez les enfants âgés de 6 à 12 ans, les résultats indiquent que les interventions cognitivo-comportementales ont des effets positifs sur les symptômes du trouble de déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) ainsi que sur le fonctionnement familial et scolaire (# RS 4 et 10). Par contre, l'entraînement cognitif aurait peu, ou pas, d'effet significatif sur les symptômes du TDAH chez les enfants et les jeunes âgés de 3 à 18 ans, à l'exception peut-être des symptômes d'inattention (# RS 4). Enfin, les résultats révèlent que les interventions évaluées ont un effet modéré sur l'insomnie (# RS 5).

Tableau 6 : Résultats d'efficacité pour les symptômes d'anxiété et les troubles anxieux

Symptômes Troubles	# RS	Groupes d'âge	Résultats d'efficacité des interventions psychologiques ²¹	Tailles d'effet ²²	IC 95 %
Troubles anxieux	2	Tous	Thérapie interpersonnelle > comparateurs (3 études)	0,89 NST = 2	0,22 – 1,56
	4	0 – 18 ans	Int. TCC > comparateurs (20 études)	RV : 2,21	1,80 – 2,63
	6	0 – 18 ans	Int. psychologiques > comparateurs (55 études, n = 4 258)	0,65	0,48 – 0,82
		6 – 18 ans	Int. TCC > liste d'attente (24 études, n = 1 275)	0,66	0,36 – 0,96
	4	7 – 18 ans	Int. TCC par ordinateur > liste d'attente (4 études)	0,51	0,20 – 0,82
		0 – 25 ans	Int. TCC par ordinateur > comparateurs (7 études)	0,68 NST = 2,70	0,45 – 0,92
		7 – 25 ans	Int. TCC par ordinateur > liste d'attente (7 études)	0,52	0,14 – 0,90
Trouble panique	5	Adultes	Int. psychologiques > comparateurs (n = 328)	0,35	0,04 – 0,65
	6	Adultes	Int. TCC > groupes témoins (42 études)	0,78 à 1,84	0,20 à 2,41.
Anxiété généralisée	5	Adultes	Int. psychologiques > comparateurs (n = 95)	0,51	0,05 – 0,97
	6	18 – 75 ans	Int. TCC > comparateurs (25 études, n = 1 305)	1,00	0,77 – 1,24
Phobie sociale	6	5 – 19 ans	Int. TCC en groupe > comparateurs (7 études)	0,86 à 1,56	0,67 – 0,97
		18 – 65 ans	Int. TCC > comparateurs (30 études, n = 1 628)	0,45 à 0,77	0,30 – 0,94
	5	Adultes	Int. psychologiques > comparateurs (n = 377)	0,62	0,39 – 0,86
Phobie spécifique	5	Adultes	Int. psychologiques > comparateurs (n = 1 217)	1,03	0,91 – 1,16
	6	Adultes	Int. TCC avec exposition > comparateurs (33 études, n = 1 193)	1,05	0,91 – 1,20
Trouble obsessionnel compulsif	6	< 18 ans	Int. TCC > comparateurs (5 études)	1,45	0,68 – 2,22
	5	Adultes	Int. psychologiques > comparateurs (n = 240)	1,37	0,64 – 2,24
	6	Tous	Int. TCC > comparateurs (16 études)	1,08 à 2,50	0,85 à 3,05
	6	Adultes	Int. TCC > groupes témoins (19 études, n = 752)	1,08	0,84 – 1,31
ESPT	5	Adultes	Int. psychologiques > comparateurs (n = 266)	0,62	0,28 – 0,96
	6	Adultes	Int. TCC axée sur le trauma > comparateurs (38 études) Exposition prolongée > comparateurs (13 études, n = 658)	1,13 à 1,70 1,08	0,13 à 2,17 0,69 – 1,46
ESPT : État de stress post-traumatique, IC : intervalles de confiance, Int. : interventions, Int. TCC : interventions cognitivo-comportementales, n : nombre de participants, NST : nombre de sujets à traiter, # RS : Numéro de la revue systématique de référence, RV : ratio de vraisemblance. # RS : 2- Cuijpers <i>et al.</i>, 2016 ; 4- Gheorghiu et Lesage, 2017; 5- Huhn <i>et al.</i>, 2014; 6- Hunsley <i>et al.</i>, 2014					

²¹ Il est à noter que les informations fournies dans les revues systématiques recensées ne permettent pas de déterminer si l'intervention psychologique correspond à de la psychothérapie telle que définie au Québec ou à d'autres interventions qui s'y apparentent. Pour cette raison, les termes génériques « interventions » et « thérapies » sont utilisés.

²² Les tailles d'effet sont exprimées à l'aide du d de Cohen, du g de Hedges ou d'un ratio de vraisemblance (RV). Un d reflète une taille d'effet faible entre 0,20 et 0,50, une taille d'effet modérée entre 0,50 et 0,80 et une taille d'effet forte lorsque supérieure à 0,80. Le nombre de sujets à traiter (NST) correspond au nombre de personnes qui doivent être traitées pour chaque personne additionnelle traitée avec succès. Plus l'effet du traitement est important, plus le NST est petit. Le NST observé pour les médicaments par rapport à un placebo se situe généralement entre 3 et 6.

Tableau 7 : Résultats d'efficacité pour les symptômes et troubles dépressifs

Symptômes Troubles	# RS	Groupes d'âge	Résultats d'efficacité des interventions psychologiques ²³	Tailles d'effet	IC 95 %
Troubles dépressifs	12	6 – 18 ans	Int. TCC et thérapie interpersonnelle > comparateurs Thérapie psychodynamique et thérapie par le jeu = liste attente (52 études, n = 3 805)	0,47 à 0,96 ns	Nr ---
	4	0 – 25 ans	Int. TCC par ordinateur > comparateurs (4 études)	0,76 NST = 2,44	0,41 - 1,12
		7 – 25 ans	Int. TCC par ordinateur = comparateurs (7 études)	Ns	---
	1a	50 ans et +	Int. psychologiques > comparateurs (32 études) Réminiscence > comparateurs (5 études)	0,43 NST = 4,20 1,14 NST 1,59	0,33 – 0,52 0,83 – 1,45
Dysthymie	5	Adultes	Int. psychologiques > comparateurs (n = 275)	0,21	0,02 – 0,41
Dépression	6	< 18 ans	Int. psychologiques > comparateurs (35 études, n = 2 095)	0,24 à 0,72	nr
	5	Adultes	Int. psychologiques > comparateurs (n = 3 465) Thérapie psychodynamique > comparateurs (n = 190)	0,67 0,69	0,53 – 0,80 0,30 – 1,08
	1 b	Adultes	Int. psychologiques > comparateurs (92 études, n = 6 937) % en rémission % avec réduction SX ≥ 50 %	62 % vs 43 % 48 % vs 19 %	p = 0,002 p = 0,000
	9	Adultes	Int. psychologiques > comparateurs (31 études) Qualité de vie globale (27 études, n = 2 448) Qualité de vie SM (21 études, n = 2 463) Qualité de vie SP (14 études, n = 1 561)	0,60 0,33 0,42 0,27	0,50 – 0,70 0,24 – 0,42 0,33 – 0,51 0,07 – 0,46
	6	Adultes	Int. TCC + traitement usuel > traitement usuel (14 études)	0,55	0,32 – 0,78
		19 – 75 ans	Int. TCC de groupe > groupe témoin (32 études)	0,40	0,11 – 0,68
		Non spécifié	Interventions brèves (6-7 séances) > traitement usuel (n = 540)	0,33	0,06 – 0,60
			Int. TCC (max. 8 séances) > comparateur (15 études)	0,42	0,10 – 0,74
		55 ans et +	Résolution problèmes > traitement usuel (n = 777)	0,26	0,03 – 0,49
			Int. psychologiques > placebo (14 études, n = 705) : Int. TCC > placebo Réminiscence > placebo Autres int. psychologiques > placebo	0,92 1,34 0,64 1,00	0,63 – 1,21 0,79 – 1,81 0,25 – 1,04 0,59 – 1,40
	8	65 ans et +	Réminiscence > liste d'attente (3 études, n = 124)	1,01	0,63 – 1,90
			Résolution problèmes > traitement usuel (6 études, n = 330)	0,88	0,32 – 1,44
	2	Tous	Thérapie interpersonnelle > comparateurs (31 études)	0,60 NST = 3	0,45 – 0,75
Dépression postnatale	11	Mères < 12 mois	Int. psychologiques > comparateurs (10 études, n = 1 324)	0,38	0,27 – 0,49

IC : intervalles de confiance, Int. : interventions, Int. TCC : interventions cognitivo-comportementales, n : nombre de participants, nr : non rapporté, ns : non significatif, NST : nombre de sujets à traiter, # RS : Numéro de la revue systématique de référence.
RS : **1 a**- Cuijpers *et al.*, 2014a; **1 b**- Cuijpers *et al.*, 2014b; **2**- Cuijpers *et al.*, 2016; **4**- Gheorghiu et Lesage, 2017; **5**- Huhn *et al.*, 2014; **6**- Hunsley *et al.*, 2014; **8**- Jonsson *et al.*, 2016; **9**- Kolovos *et al.*, 2016; **11**- Stephens *et al.*, 2016; **12**- Zhou *et al.*, 2015.

²³ Il est à noter que les informations fournies dans les revues systématiques recensées ne permettent pas de déterminer si l'intervention psychologique correspond à de la psychothérapie telle que définie au Québec ou à d'autres interventions qui s'y apparentent. Pour cette raison, les termes génériques « interventions » et « thérapies » sont utilisés.

Tableau 8 : Résultats d'efficacité pour les symptômes et autres troubles mentaux courants

Symptômes Troubles	# RS	Groupes d'âge	Résultats d'efficacité des interventions psychologiques ²⁴	Tailles d'effet	IC 95 %
Troubles liés aux substances psychoactives	4	12 – 18 ans	Thérapie familiale multidimensionnelle > comparateurs (5 études)	1,46	nr
		12 – 23 ans	Entretien motivationnel > comparateurs (21 études)	0,16	0,08 – 0,25
Alcool	4	12-19 ans	Int. psychologiques individuelles > comparateurs (16 études) Int. familiales > comparateurs (16 études) Int. familiales brèves > comparateurs (5 études) Int. TCC familiales > comparateurs (5 études)	0,75 0,46 0,21 0,30	0,40 – 1,05 0,26 – 0,66 nr nr
	5	Adultes	Int. psychologiques > comparateurs (n = 2 338)	0,17	0,08 – 0,26
Drogues	4	12 – 18 ans	Int. TCC familiales > comparateurs (5 études)	0,84	nr
Marijuana	4	12 – 18 ans	Thérapie familiale fonctionnelle > comparateurs (5 études)	1,00	nr
Opiacés	5	Adultes	Int. psychologiques > comparateurs (n = 545)	0,39	0,18 – 0,60
Troubles alimentaires	2	Tous	Thérapie interpersonnelle = comparateurs (2 études)	ns	---
Anorexie	5	Adultes	Int. psychologiques > comparateurs (n = 77)	0,99	0,38 – 1,60
Boulimie	5	Adultes	Int. psychologiques > comparateurs (n = 204)	1,61	0,96 – 2,29
Hyperphagie	5	Adultes	Int. psychologiques > comparateurs (n = 90)	0,86	0,42 – 1,30
TDAH	4	3 – 18 ans	Entraînement cognitif = comparateurs (6 études) Entraînement cognitif > comparateurs (16 études) :	ns	---
			TDAH global	0,20	0,01 – 0,40
			inattention	0,47	0,14 – 0,80
			hyperactivité	ns	---
		6 – 12 ans	Int. TCC > liste d'attente (24 études)	0,75 à 0,87	0,49 – 1,01
	10	10 – 20 ans	TCC > comparateurs : TDAH (3 études) Opposition (2 études) Fonctionnement scolaire (5 études) Fonctionnement familial (2 études)	0,49 0,34 1,20 0,77	0,45 – 0,52 0,32 – 0,36 0,94 – 1,47 0,72 – 0,81
Troubles oppositionnels	4	3 – 12 ans	Habiletés parentales > comparateurs (10 études) : Selon le parent Selon l'évaluateur	0,53 ns	0,34 – 0,72 ---
		4 – 16 ans	Int. psychologiques > liste d'attente (32 études) Agression Habiletés sociales	0,95 0,49	0,77 – 1,14 0,24 – 0,73
Troubles somatoformes	5	Adultes	Int. psychologiques > comparateurs (n = 1 647)	0,35	0,18 – 0,50
Insomnie	5	Adultes	Int. psychologiques > comparateurs (nr)	0,52	0,33 – 0,72

IC : intervalles de confiance, Int. : interventions, Int. TCC : interventions cognitivo-comportementales, n : nombre de participants, nr : non rapporté, ns : non significatif, # RS : Numéro de la revue systématique de référence, TDAH : trouble du déficit de l'attention et hyperactivité.
RS : **2-** Cuijpers *et al.*, 2016; **4-** Gheorghiu et Lesage, 2017; **5-** Huhn *et al.*, 2014; **10-** Sibley *et al.*, 2014

²⁴ Il est à noter que les informations fournies dans les revues systématiques recensées ne permettent pas de déterminer si l'intervention psychologique correspond à de la psychothérapie telle que définie au Québec ou à d'autres interventions qui s'y apparentent. Pour cette raison, les termes génériques « interventions » et « thérapies » sont utilisés.

3.2.2 Populations ciblées dans les programmes anglais et australiens

a) Le programme anglais IAPT

Le programme IAPT offre des services aux personnes âgées de 15 ans et plus souffrant de dépression et de troubles anxieux légers et modérés. Rappelons que les données du programme *Children and Young People – IAPT* desservant les enfants sont compilées séparément du programme et qu'elles n'étaient pas disponibles au moment de rédiger ce rapport. Les données sur la clientèle adulte desservie par le programme IAPT sont tirées du quatrième rapport annuel publié en octobre 2016 et révisé en juin 2017 par le NHS pour l'année financière 2015-2016.

En 2015-2016, le programme IAPT a offert des services psychologiques à plus d'un million de personnes ($n = 1\,179\,328$), soit 2,2 % de la population âgée de 15 ans et plus ($n = 53\,625\,540$), et reçu 1 399 088 nouvelles références. De ce nombre, 953 522 étaient admissibles au traitement et 537 131 ont terminé leur traitement dans l'année.

Ce pourcentage n'est pas rapporté pour l'année 2015-2016, mais le rapport annuel de 2014-2015 indique que 61 % des personnes ont été référées au programme par un médecin et que 39 % en ont fait elles-mêmes la demande. En 2015-2016, 82 % des personnes²⁵ inscrites ont commencé leur traitement dans un délai de moins de six semaines et 96 % à l'intérieur de 18 semaines, comparativement à un délai de 18 mois avant l'implantation du programme. Les femmes comptent pour 64 % des personnes référées au programme et les hommes, pour 36 %. Leur répartition selon l'âge est la suivante²⁶ :

- 16 – 17 ans = 2 %
- 18 – 35 ans = 47 %
- 36 – 64 ans = 45 %
- 65 ans et plus = 6 %

La répartition en 2015-2016 des 953 522 personnes admissibles à un traitement par types de troubles mentaux, selon la CIM, est la suivante :

- troubles anxieux et liés au stress = 41 %
- dépression = 21 %
- autres troubles mentaux = 8 %
- autres problèmes = 2 %

Ces données n'étaient pas disponibles pour 28 % des personnes admissibles à un traitement en raison de codes invalides ou non spécifiés (évaluation en cours ou donnée manquante). Les données indiquent par ailleurs que 91 % des personnes qui ont terminé leur traitement en 2015-2016 présentaient, au début de leur traitement, des symptômes suffisamment sévères, sur les échelles d'anxiété et de dépression, pour être considérées comme des cas cliniques.

²⁵ Il est à noter qu'une même personne peut cumuler plus d'une référence au programme dans une même année, de sorte que le nombre de personnes référées au programme ne renvoie pas à des individus distincts.

²⁶ Il est à noter que 311 enfants âgés de 15 ans et moins (0,3 %) ont reçu, sur une base d'exception, des services dans le cadre du programme IAPT. Ces données sont exclues du présent rapport.

b) Le programme australien ATAPS

Les données disponibles sur les services offerts par le programme ATAPS sont issues du rapport annuel de 2014-2015. Apparemment, aucun rapport annuel sur le programme n'a été publié en 2015-2016, en raison de la réforme des services en santé mentale amorcée en 2015 en Australie.

Les données de 2014-2015 indiquent que 87 128 personnes ont été référées au programme ATAPS, soit 0,37 % de la population australienne en 2014 (N = 23 460 694). De ce nombre, 71 830 (82 %) ont été acceptées en traitement. Selon le rapport, il s'agit d'une augmentation de 80 % du nombre de références effectuées par les médecins au cours des cinq dernières années. Les femmes comptent pour 63 % des personnes référées au programme. Les personnes âgées de 15 ans et moins représentent 15 % de la clientèle, celles âgées de 25 à 54 ans pour 46 %, et celles âgées de 55 ans et plus pour 39 %. Le nombre de références reçues par 100 000 habitants est quatre fois plus élevé parmi les populations aborigènes que chez les non aborigènes. Les personnes référées au programme avaient un diagnostic de dépression dans 43 % des cas et un diagnostic de trouble anxieux dans 36 % des cas. Plus du tiers (39 %) des personnes référées avaient reçu des services psychiatriques dans le passé et 30 % étaient médicamentées au moment de la référence.

Le nombre de séances offertes en 2014-2015 est de 386 669. Cinquante-sept pour cent (57 %) de ces interventions ont été dispensées dans le cadre du programme général d'ATAPS et le reste, dans les programmes desservant les groupes à risque. Trois pour cent (3 %) des séances ont été assujetties à un co-paiement de 13,45 \$ AU, en moyenne.

c) Le programme australien Better Access

Contrairement aux programmes IAPT et ATAPS, le programme Better Access n'a pas de système de collecte de données obligatoire intégré. Certaines statistiques sur les services couverts par Medicare sont toutefois diffusées sur une base annuelle par le gouvernement australien. Les dernières statistiques repérées sont celles de 2014-2015 [Department of Human Services, 2016]. Le nombre de personnes desservies par le programme en 2014-2015 n'est pas rapporté, mais les données indiquent que 4 558 233 séances de traitement ont été offertes au cours de l'année. La répartition des séances selon l'âge des usagers est la suivante :

- 14 ans et moins = 12 %
- 15 – 24 ans = 17 %
- 25 – 64 ans = 65 %
- 65 ans et plus = 5,8 %

Medicare ne recueille pas non plus de données sur l'état mental des usagers. Ces données sont plutôt publiées par l'APS ou dans le cadre d'études indépendantes à partir d'un nombre limité d'usagers [Whiteford *et al.*, 2014; Pirkis *et al.*, 2011]. En 2014, l'APS a publié un rapport sur les sept premières années d'existence du programme Better Access (2006-2013). Ce rapport fait référence à une étude menée par son organisation auprès de 10 000 usagers du programme. Selon cette étude, 81 % des personnes ayant eu recours au programme présentaient un trouble dépressif ou un trouble anxieux modéré à sévère.

3.2.3 Populations à privilégier selon les parties prenantes consultées au Québec

Les résultats d'un sondage téléphonique réalisé par l'OPQ auprès de 600 personnes âgées de 18 ans et plus à travers le Québec²⁷ indiquent que la plupart des usagers considèrent que la psychothérapie devrait être offerte de façon prioritaire aux enfants, suivis des adolescents et jeunes adultes, des adultes et des personnes âgées. Ce point de vue est conforme à celui de l'économiste James J. Heckman, selon lequel plus l'investissement est précoce, plus le retour sur l'investissement sera important en éducation, en santé et en productivité [Heckman, 2012]. Le fait que la majorité des troubles mentaux émergent pendant l'enfance et l'adolescence milite également en faveur d'un investissement le plus tôt possible dans la vie des personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale (PASM, 2015-2020).

Le sondage en ligne réalisé par des chercheurs de l'Université McGill dans le cadre du mandat confié à l'INESSS [Bradley *et al.*, 2015] auprès de 1 275 psychothérapeutes indique, pour sa part, que 90 % des psychothérapeutes jugent qu'en raison de leur forte prévalence, il faudrait donner priorité aux troubles de l'humeur et aux troubles anxieux.

Les experts et les autres parties prenantes consultés considèrent quant à eux que, par souci d'équité, l'accès aux services de psychothérapie ne devrait pas être limité à certains groupes d'âge ou à certaines catégories de troubles mentaux. Ces derniers soulignent également que malgré l'efficacité démontrée de la psychothérapie, ce traitement n'est pas nécessairement indiqué pour toutes les personnes avec des troubles mentaux. De fait, la capacité d'une personne à être traitée à l'aide d'une psychothérapie est un facteur tout aussi déterminant que l'efficacité du traitement, et va bien au-delà du diagnostic et du trouble mental présentés. C'est au moyen d'une évaluation initiale rigoureuse, réalisée par les professionnels dûment habilités par le PL21, que la pertinence pour la personne d'entreprendre une psychothérapie est déterminée. Cette évaluation tient compte, notamment, de la demande de la personne et de son historique thérapeutique, des facteurs biopsychosociaux et culturels qui la caractérisent, de ses ressources et de ses forces, de sa condition psychologique et des traitements (actuels et antérieurs) qu'elle a reçus.

²⁷ Marge d'erreur de 4 % 19 fois sur 20; résultats pondérés selon le recensement de Statistique Canada en 2006.

En somme

Qui devrait avoir accès à la psychothérapie ?

- Les données d'efficacité issues de la littérature scientifique recensée indiquent que la plupart des interventions psychologiques évaluées sont efficaces pour traiter les problèmes de santé mentale et troubles mentaux courants, et ce, autant chez les enfants, les adolescents, les jeunes adultes et les adultes que chez les personnes âgées.
- Même lorsqu'ils sont accessibles à tous, les programmes implantés en Angleterre (IAPT) et en Australie (ATAPS et Better Access), dans le but d'améliorer l'accès à la psychothérapie, sont majoritairement utilisés par des adultes ayant des troubles anxieux et dépressifs.
- Dans le cadre du programme anglais IAPT, les interventions psychologiques de basse et de haute intensité, incluant la psychothérapie, sont dispensées par les services de soins primaires et sont entièrement couvertes par le gouvernement. En Australie, la psychothérapie est offerte uniquement dans le cadre du programme Better Access par des psychologues en pratique privée, et les coûts sont partiellement couverts par le gouvernement.
- Les experts et parties prenantes consultés au Québec sont d'avis que l'accès à la psychothérapie ne devrait pas être limité à certains groupes d'âge ou à certaines catégories de troubles mentaux.
- Toutefois, bien que l'efficacité de la psychothérapie soit démontrée pour traiter des gens de tout âge présentant divers troubles mentaux, ce type d'intervention n'est pas indiqué pour tous. La psychothérapie, telle que définie au Québec, est une option thérapeutique qui doit être retenue à la suite d'une évaluation initiale rigoureuse de la part du psychothérapeute (conseillers et conseillères en orientation, criminologues, ergothérapeutes, infirmiers et infirmières, médecins, psychoéducateurs et psychoéducatrices, psychologues, sexologues, travailleuses et travailleurs sociaux et thérapeutes conjugaux et familiaux titulaires d'un permis).
- Cette évaluation devrait tenir compte à la fois de la demande de la personne et de son historique thérapeutique, des facteurs biopsychosociaux et culturels qui la caractérisent, de ses ressources et de ses forces, de sa condition psychologique ainsi que des traitements actuels et antérieurs reçus.

3.3 Question 2 : Lorsque la psychothérapie est indiquée, quelles sont les modalités à privilégier ?

3.3.1 Données d'efficacité sur les modalités de traitement

a) Types d'interventions psychologiques

Pour qu'une intervention ou modalité d'intervention soit privilégiée, il faut que sa supériorité ait été démontrée sur les autres interventions et modalités existantes. Une réponse non équivoque à la question 2 exigerait donc de comparer les différentes psychothérapies et interventions psychologiques dans les mêmes conditions et auprès de personnes présentant les mêmes troubles mentaux et profils cliniques. Or, une telle étude n'existe pas. Bien que les méta-analyses recensées ici rapportent quelques comparaisons directes entre certaines interventions, elles ne couvrent pas toutes les interventions et modalités existantes pour un trouble mental donné. Par conséquent, l'absence de résultat sur une intervention ne signifie pas que celle-ci n'est pas efficace, mais plutôt que son efficacité n'a pas été évaluée. De même, l'abondance de preuves en faveur de la thérapie cognitivo-comportementale, comparée à des conditions de contrôle (traitement usuel, liste d'attente, placebo ou traitement pharmacologique), ne permet pas de conclure à sa supériorité par rapport aux autres interventions psychologiques.

Le tableau 9 présente les résultats des quelques études ayant comparé directement certaines interventions. Les résultats obtenus dans ces méta-analyses indiquent que les interventions cognitivo-comportementales évaluées sont légèrement plus efficaces que l'éducation psychologique ou le counseling de soutien pour traiter les symptômes et troubles anxieux chez les enfants et adolescents de moins de 18 ans (# RS 6). De même, les interventions cognitivo-comportementales axées sur les traumatismes seraient un peu plus efficaces que le counseling de soutien chez des enfants et adolescents de 5 à 18 ans victimes de traumatisme (# RS 6). Chez les adultes de 50 ans et plus avec des symptômes ou troubles dépressifs, les interventions cognitivo-comportementales et la résolution de problèmes seraient légèrement plus efficaces que les autres types d'interventions psychologiques investiguées (# RS 1 a). Le counseling de soutien serait moins efficace que les autres interventions évaluées pour traiter les symptômes et troubles dépressifs chez cette clientèle, alors que l'activation comportementale et la thérapie psychodynamique seraient d'efficacité comparable à celle des autres thérapies (# RS 1a). Les résultats obtenus dans ces méta-analyses donnent également à penser que la thérapie interpersonnelle est aussi efficace que les autres interventions psychologiques pour traiter les personnes souffrant de symptômes ou de troubles anxieux et dépressifs (# RS 2). Par contre, la thérapie interpersonnelle serait moins efficace que les interventions cognitivo-comportementales pour le traitement des problèmes et troubles alimentaires (# RS 2). Enfin, les résultats révèlent que l'exposition aux stimuli anxiogènes est une composante importante dans l'efficacité des interventions cognitivo-comportementales pour traiter les adultes avec des phobies spécifiques (# RS 6). Il est à noter que pour toutes les comparaisons directes présentées au tableau 9, les tailles d'effet obtenues sont faibles ($d < 0,40$).

En somme, les résultats de ces méta-analyses indiquent que :

- la thérapie interpersonnelle, la thérapie psychodynamique et l'activation comportementale sont aussi efficaces que les autres interventions évaluées pour traiter les symptômes et troubles anxieux ou dépressifs;

- le counseling de soutien et l'éducation psychologique sont légèrement moins efficaces que les interventions cognitivo-comportementales pour traiter les symptômes et troubles anxieux chez les jeunes de moins de 18 ans;
- les interventions cognitivo-comportementales et la résolution de problèmes sont légèrement plus efficaces que le counseling de soutien et les autres interventions psychologiques pour traiter des personnes âgées de 50 ans et plus avec des symptômes et troubles dépressifs;
- les interventions cognitivo-comportementales sont légèrement plus efficaces que la psychothérapie interpersonnelle pour traiter les problèmes et troubles alimentaires.

Rappelons que ces résultats ne permettent pas de statuer sur la supériorité, ou non, des interventions psychologiques qui n'ont pas fait l'objet d'une comparaison directe ou qui n'ont pas été recensées dans le cadre du présent mandat. De plus, les différences observées entre les interventions sont faibles (d de Cohen variant de 0,20 à 0,44) et ne sont pas absolues : elles sont liées à certains troubles mentaux et groupes d'âge davantage qu'aux différents modèles théoriques qui les sous-tendent.

Tableau 9 : Efficacité comparée de certaines interventions psychologiques

Symptômes Troubles	# RS	Groupes d'âge	Résultats d'efficacité des interventions psychologiques ²⁸	Tailles d'effet	IC 95 %
Troubles anxieux	2	Tous	Thérapie interpersonnelle = autres int. psychologiques (6 études)	ns	---
	6	< 18 ans	Int. TCC > éducation psychologique et counseling soutien (19 études)	0,35	0,11 – 0,59
Phobies spécifiques	6	Adultes	Int. TCC avec exposition > int. TCC sans exposition (33 études, n = 1 193)	0,44	0,28 – 0,60
ESPT	6	5 – 17 ans	Int. TCC axée sur le trauma > counseling soutien (8 études, n = 708)	0,33	0,11 – 0,54
Troubles dépressifs	1a	50 ans et +	Int. TCC > autres int. psychologiques (8 études)	0,31 NST = 5,75	0,05 – 0,57
			Résolution de problèmes > autres int. psychologiques (6 études)	0,30 NST = 5,95	0,08 – 0,52
			Int. psychologiques > counseling de soutien (6 études)	- 0,34 NST = 5,26	- 0,55 à – 0,12
			Activation comportementale = autres int. psychologiques (6 études)	ns	---
			Thérapie psychodynamique = autres int. psychologiques (6 études)	ns	---
Dépression	2	Tous	Thérapie interpersonnelle = autres int. psychologiques (14 études)	ns	---
Troubles alimentaires	2	Tous	TCC > thérapie interpersonnelle (6 études)	0,20	---

ESPT : état de stress post-traumatique, IC : intervalles de confiance, Int. : interventions, Int. TCC : interventions cognitivo-comportementales, n : nombre de participants, ns : non significatif, NST : nombre de sujets à traiter, # RS : numéro de la revue systématique de référence. # RS : 1 a- Cuijpers *et al.*, 2014a; 2- Cuijpers *et al.*, 2016; 6- Hunsley *et al.*, 2014

²⁸ Il est à noter que les informations fournies dans les revues systématiques recensées ne permettent pas de déterminer si l'intervention psychologique correspond à de la psychothérapie telle que définie au Québec ou à d'autres interventions qui s'y apparentent. Pour cette raison, les termes génériques « interventions » et « thérapies » sont utilisés.

Il convient aussi de mentionner que dans la pratique courante, les interventions psychologiques, incluant la psychothérapie, sont appliquées de façon beaucoup plus souple que dans le cadre des études contrôlées et randomisées. Les cliniciens optent souvent pour une pratique éclectique et combinent des éléments et techniques de diverses approches, de sorte qu'il devient difficile d'attribuer les effets bénéfiques observés à l'une ou à l'autre des approches utilisées. Plusieurs études ont également démontré que l'efficacité des interventions psychologiques, incluant la psychothérapie, est influencée autant par des facteurs et des éléments communs aux différentes psychothérapies que par les techniques spécifiques à l'une ou à l'autre de ces approches [Barth *et al.*, 2012]. Ces facteurs communs sont les composantes personnelles et interpersonnelles propres à toutes les interventions, telles que les compétences du clinicien, l'alliance thérapeutique, de même que la motivation, les attentes et les caractéristiques de l'utilisateur. Les éléments communs font référence, quant à eux, aux techniques associées à des résultats positifs qui se retrouvent dans plusieurs approches, telles que les jeux de rôles, les devoirs et le monitoring des symptômes et comportements. Plusieurs cliniciens et experts s'entendent d'ailleurs pour dire que l'alliance thérapeutique et la détermination de l'utilisateur jouent un rôle majeur dans le succès de toute intervention psychologique.

b) Format et durée des interventions psychologiques

Les résultats des méta-analyses recensées indiquent que chez les jeunes avec des symptômes et troubles anxieux, les interventions cognitivo-comportementales sont aussi efficaces lorsqu'elles sont administrées par ordinateur qu'en face à face (# RS 4). Des tailles d'effet plus grandes sur la qualité de vie ont également été rapportées chez des adultes avec des symptômes ou troubles d'anxiété traités à l'aide d'interventions assistées par ordinateur, comparativement à celles accompagnées par un suivi téléphonique ou à de l'autogestion non guidée (bibliothérapie seulement) (# RS 9). Les résultats pour les interventions offertes en format individuel ou de groupe sont toutefois contradictoires. Chez les adultes avec des symptômes ou troubles dépressifs, des tailles d'effet plus petites ont ainsi été observées pour les interventions de groupe, comparativement au format individuel (# RS 1b), alors que la tendance contraire a été notée dans d'autres études (# RS 6). Par contre, le taux d'abandon serait moindre pour les interventions dispensées en format individuel, par rapport à celles offertes en groupe (# RS 7).

La question du nombre de séances de thérapie requises pour constater une amélioration clinique n'est pas anodine. En effet, il est fréquent pour les agences gouvernementales et les compagnies d'assurances collectives et privées de limiter le nombre de séances, pour des raisons économiques et dans le but de favoriser l'accès à un plus grand nombre de personnes. Selon Harnett et ses collaborateurs [2010], le nombre de séances à couvrir est malheureusement souvent établi de façon arbitraire. Cette décision ne tient pas compte du fait que les données probantes sur l'efficacité des interventions psychologiques proviennent d'études qui comptent en moyenne entre 14 et 20 séances. Les compagnies d'assurance américaines ne remboursent cependant que de 4 à 8 séances de psychothérapie, alors que les compagnies d'assurances allemandes remboursent jusqu'à 40 séances de psychothérapie cognitivo-comportementale par année et jusqu'à 80 séances de psychothérapie psychodynamique.

De 1994 à 2002, Harnett et ses collaborateurs [2010] ont recensé seulement quatre études qui ont évalué le nombre optimal de séances de psychothérapie. Les analyses de survie réalisées dans le cadre de ces études indiquent qu'un changement clinique significatif survient entre 11 et 18 séances chez 50 % des individus. Dans leur propre étude longitudinale, les auteurs ont évalué le nombre optimal de séances requis auprès de 125 adultes ayant entamé une psychothérapie dans deux cliniques de psychologie universitaires australiennes [Harnett *et al.*, 2010]. Ces cliniques sont accréditées pour la formation de psychologues et offrent des tarifs de

psychothérapie réduits. Les personnes qui consultent présentent une variété de problèmes de santé mentale représentatifs de la population qui utilise des services psychologiques, soit un trouble d'adaptation, anxieux ou dépressif dans la plupart des cas. Les résultats de l'étude indiquent qu'un changement clinique notable peut être observé après 10 séances chez 50 % des personnes traitées avec une psychothérapie cognitivo-comportementale, une psychothérapie interpersonnelle ou une psychothérapie psychodynamique. De plus, il ressort que 50 % de ces personnes sont retournées à un fonctionnement normal après 14 séances et 70 % d'entre elles après 23 séances. Sur la base de ces résultats, les auteurs recommandent entre 20 et 25 séances de psychothérapie. Selon eux, c'est toutefois le monitoring de l'état mental de la personne et de sa réponse au traitement, plutôt que la durée de ce dernier, qui assure la qualité des soins et une économie de coûts.

3.3.2 Modalités de traitement utilisées dans les programmes anglais et australiens

a) Programme anglais IAPT

Les données de 2015-2016 indiquent que 57 % des personnes dont le traitement s'est terminé dans l'année ont reçu des interventions de haute intensité, incluant la psychothérapie, et 43 % des interventions de basse intensité. Comme il est indiqué au tableau 10, les interventions cognitivo-comportementales figurent parmi celles de haute intensité les plus fréquemment offertes. Ce résultat n'est pas étonnant puisque les cas de troubles anxieux représentent 41 % des références admissibles au programme IAPT et que ce type de thérapie est la seule intervention de haute intensité recommandée par le NICE.

Le counseling pour la dépression est la seconde intervention de haute intensité la plus employée. En principe, et en fonction des traitements offerts par l'établissement, l'utilisateur doit pouvoir choisir le type de thérapie qu'il souhaite recevoir. Selon certaines sources, toutefois, l'accès à la thérapie interpersonnelle serait limité et requerrait une seconde évaluation [Vasiliadis et Dezetter, 2015]. Les données de 2015-2016 indiquent que la thérapie interpersonnelle représente 1,6 % de l'ensemble des interventions offertes, et que le temps d'attente pour y accéder est similaire à celui pour accéder aux interventions cognitivo-comportementales (85 % de personnes traitées dans un délai de 6 semaines contre 81 % pour la TCC). Parmi les interventions de basse intensité, l'autogestion seule ou guidée par un conseiller en bien-être psychologique (*Psychological Well-being Practitioners*), à l'aide d'un livre ou autre matériel écrit, est de loin l'intervention de basse intensité la plus fréquemment offerte (voir tableau 11).

En ce qui concerne la durée du traitement, NICE recommande de 1 à 8 séances individuelles (4 en moyenne) pour les interventions de basse intensité, et de 8 à 20 séances individuelles (12 en moyenne sur 6 mois) pour celles de haute intensité. Dans le cadre du programme IAPT, les interventions de haute intensité, incluant la psychothérapie, doivent également être complétées par du matériel d'autogestion, lorsque celui-ci est disponible.

Les données de 2015-2016 indiquent que pour les personnes dont le traitement s’est terminé dans l’année, le nombre de séances d’interventions de haute intensité, incluant la psychothérapie, reçues est en deçà de la moyenne ciblée et se situe en moyenne :

- entre 2,7 (soutien à l’emploi) et 8,9 (psychothérapie interpersonnelle) pour les cas de dépression;
- entre 2,8 (soutien à l’emploi) et 8,6 (psychothérapie interpersonnelle) pour les troubles anxieux.

Le nombre de séances d’interventions de basse intensité reçu tend par contre à être supérieur à la moyenne ciblée et se situe en moyenne :

- entre 2,8 (bibliothérapie) et 4,8 (soutien psychoéducatif par les pairs) pour les cas de dépression;
- entre 3 (bibliothérapie) et 5,3 (programme d’activités structurées) pour les troubles anxieux.

Aucune donnée sur les interventions de groupe n’a été relevée dans le rapport annuel de 2014-2015 et celui de 2015-2016. Il est également à noter, ainsi que le rapport annuel de 2014-2015 l’indique, que la moitié (49,6 %) des personnes considérées comme des cas cliniques se sont vu prescrire une médication au début du traitement. Cette information n’est pas rapportée dans le rapport annuel de 2015-2016.

Tableau 10 : Proportion d’interventions psychologiques de haute intensité dispensées dans le programme IAPT pour les personnes dont le traitement s’est terminé en 2015-2016 (n = 467 019)²⁹

Interventions de haute intensité dispensées dans le programme IAPT (56,8 %)	Références n = 265 428	%
Interventions et thérapie cognitivo-comportementales	152 452	57,4
Counseling pour la dépression	61 414	23,1
Psychothérapie interpersonnelle	4 235	1,6
EMDR	3 181	1,2
Psychothérapie psychodynamique brève	1 823	0,7
Soins en collaboration	1915	0,7
Thérapie de pleine conscience	1669	0,6
Activation comportementale	1386	0,6
Thérapie de couple pour la dépression	894	0,5
Relaxation appliquée	253	
Soutien à l’emploi	57	
Autres interventions de haute intensité	36 129	13,6

²⁹ Dans le rapport annuel 2015-2016, ces données sont rapportées uniquement pour les références considérées comme des cas cliniques lors de l’évaluation initiale.

Tableau 11 : Proportion d'interventions de basse intensité dispensées dans le programme IAPT pour les références dont le traitement s'est terminé en 2015-2016 (n = 467 019)³⁰

Interventions de basse intensité dispensées dans le programme IAPT (43,2 %)	Références n = 201 591	%
Bibliothérapie guidée	89 428	44,4
Soutien psychoéducatif par les pairs	23 733	11,8
Bibliothérapie non guidée	13 288	6,6
Activation comportementale	9 877	4,9
Autogestion guidée assistée par ordinateur	8 746	4,3
Autogestion par ordinateur non guidée	2 356	1,2
Programme d'activités physiques structurées	374	0,4
Soutien à l'emploi	396	
Counseling néonatal	133	
Autres interventions de basse intensité	53 260	26,4

b) Programmes australiens ATAPS et Better Access

Pour le programme ATAPS, les données disponibles indiquent qu'en 2014-2015, 90 % des stratégies psychologiques ciblées ont été offertes en format individuel, et 10 % en format de groupe. Ces interventions ont été dispensées en face à face dans 96,8 % des cas, au téléphone dans 3 % des cas, et par internet dans 0,1 % des cas. Seulement 3 % des personnes référées au programme auraient eu accès à plus de 12 séances. Les données sur le type d'interventions reçu et le nombre moyen de séances utilisées n'ont pas été rapportées pour la période de 2014-2017. Celles de 2010 révèlent que 69 % des personnes auraient reçu des interventions cognitivo-comportementales et auraient utilisé en moyenne 5 séances [INESSS, 2015b]. Les données disponibles pour la période de 2001 à 2012 indiquent que 30 % des personnes recevaient un traitement pharmacologique lorsqu'elles ont été référées au programme [Bassilios *et al.*, 2016]. Cette information n'est pas rapportée dans le rapport annuel de 2014-2015.

En ce qui a trait au programme Better Access, les données disponibles révèlent que 93 % des interventions dispensées en 2014-2015 l'ont été par des psychologues, 5,5 % par des travailleurs sociaux, 1,2 % par des ergothérapeutes, et 0,7 % par des médecins généralistes. Sur les 4 558 233 séances d'interventions, 99 % ont été offertes en format individuel et moins de 1 % en format de groupe. Sur les 4 220 006 interventions offertes par les psychologues, 45 % ont été codifiées comme étant de la psychothérapie et 55 % comme des stratégies psychologiques ciblées. Pour l'ensemble des professionnels du programme, les stratégies psychologiques ciblées représentent 59 % des interventions, et la psychothérapie en constitue 41 %.

Il n'y a pas de données récentes sur le type d'interventions et le nombre moyen de séances utilisées dans le cadre du programme Better Access. Les données couvrant les trois premières années du programme (2007-2009) indiquent toutefois que 90 % des personnes auraient une psychothérapie ou des interventions cognitivo-comportementales et auraient utilisé en moyenne 5 séances [INESSS, 2015b]. Aucune donnée n'a été repérée non plus dans les documents consultés sur le pourcentage de personnes référées au programme qui étaient médicamentées au début de leur traitement.

³⁰ Dans le rapport annuel 2015-2016, ces données sont rapportées uniquement pour les références considérées comme des cas cliniques lors de l'évaluation initiale.

3.3.3 Modalités de traitement à privilégier au Québec selon les parties prenantes

Selon les orientations ministérielles énoncées dans le PASM 2005-2010, le choix des interventions psychologiques devrait être basé en premier lieu sur la démonstration de leur efficacité et de leur efficience. Le PASM 2015-2020 stipule également que « dans un contexte de ressources limitées, les mesures les plus efficaces, efficaces et prometteuses sont favorisées » (p. 9). Comme dans l'ensemble, les interventions psychologiques analysées dans le présent rapport se sont avérées d'efficacité comparable, ce choix repose essentiellement sur le jugement clinique des intervenants et des professionnels.

Les données des sondages réalisés auprès des psychologues, psychothérapeutes et usagers vont d'ailleurs dans ce sens et indiquent que ceux-ci considèrent que le choix de l'approche thérapeutique jugée appropriée doit être basé sur le jugement du professionnel ainsi que sur les besoins, capacités et préférences de l'utilisateur.

Le nombre de séances de psychothérapie qui devraient être couvertes par le régime public varie entre 5 et 16 pour 45 % des répondants aux sondages, et de 17 à 22 pour 20 % d'entre eux. Les experts et les autres parties prenantes consultés sont toutefois d'avis que la durée de la psychothérapie devrait plutôt être établie en fonction des besoins de la personne et de sa réponse au traitement. La plupart conviennent toutefois du fait que dans un contexte de ressources limitées, il est sans doute nécessaire de restreindre le nombre de séances de psychothérapie disponibles par année par usager, pourvu que ce nombre puisse être augmenté à la suite d'une réévaluation de la part du professionnel.

En somme

Lorsque la psychothérapie est indiquée, quelles sont les modalités à privilégier ?

- Les résultats indiquent que, dans l'ensemble, l'efficacité des différentes interventions psychologiques analysées, dont la psychothérapie, est comparable. Les différences observées sont faibles et elles sont davantage liées au groupe d'âge et au type de trouble mental qu'à l'approche thérapeutique comme telle.
- Les interventions cognitivo-comportementales sont les plus étudiées et leur efficacité est démontrée pour le traitement des troubles anxieux et dépressifs. Ce sont d'ailleurs ces interventions qui sont le plus souvent offertes dans le cadre des programmes anglais et australiens.
- Selon les données scientifiques disponibles et les guides de pratique, le nombre de séances requises pour observer un changement clinique notable et un retour à un fonctionnement normal se situe, chez la majorité des personnes traitées, entre 10 et 20.
- L'expérience des programmes anglais et australiens révèle que les personnes utilisent en moyenne 5 à 6 séances d'interventions, même s'ils ont accès à un nombre maximal de 10 à 18 séances. Ces interventions sont presque entièrement offertes en format individuel.
- Les experts et les parties prenantes consultés au Québec conviennent du fait que le choix de l'approche thérapeutique et la durée du traitement demeurent avant tout basés sur le jugement clinique du professionnel, les préférences et besoins de l'utilisateur et sa réponse au traitement.

3.4 Question 3 : À quelle étape du traitement la psychothérapie doit-elle être envisagée ?

3.4.1 Données issues de la littérature scientifique

La plupart des guides de pratique clinique [INESSS, 2015b] recommandent un traitement par étapes (entre 3 et 5) ou par phases (aigu ou maintien) pour le traitement des troubles mentaux courants. Le modèle de soins par étapes proposé par le NICE pour le traitement des troubles anxieux et dépressifs a d'ailleurs été largement diffusé et adopté dans plusieurs pays. Le programme et le guide d'intervention proposés par l'OMS pour combler les lacunes en santé mentale dans le monde sont également basés sur un modèle de soins par étapes intégré aux services de soins primaires [WHO, 2016a; OMS, 2008].

Les modèles de soins par étapes préconisent une intensification des interventions en fonction de la sévérité et de la chronicité du trouble mental et de la réponse au traitement. Les interventions psychologiques de basse intensité sont généralement offertes aux premières étapes du modèle et celles de haute intensité, incluant la psychothérapie, le sont aux étapes subséquentes. Toutefois, ces étapes ne sont pas nécessairement séquentielles et les interventions de haute intensité, dont la psychothérapie, peuvent être dispensées à tout moment selon les besoins de l'utilisateur (type, sévérité et chronicité du trouble mental, conditions de comorbidité, etc.). Le guide du NICE recommande d'ailleurs que les personnes avec des symptômes d'anxiété sociale et des états de stress post-traumatique sévères aient directement accès à des interventions de haute intensité et à de la psychothérapie.

Les interventions psychologiques et psychothérapies proposées aux différentes étapes s'appuient sur des consensus d'experts et des données probantes. Bien que ces dernières ne puissent pas se substituer au jugement clinique, elles demeurent d'une grande utilité pour guider les cliniciens dans les choix thérapeutiques qu'ils ont à faire. C'est dans cette optique que les résultats d'efficacité portant sur les interventions offertes aux différentes étapes de ces modèles de soins ont été examinés.

Rappelons toutefois que les méta-analyses recensées ici ne couvrent pas l'ensemble des interventions psychologiques et psychothérapies existantes. Par conséquent, l'absence de résultat sur une intervention donnée ne signifie pas que celle-ci n'est pas efficace, mais plutôt que son efficacité n'a pas été évaluée dans les méta-analyses recensées ici.

a) Interventions de basse intensité proposées dans les modèles de soins par étapes

Les interventions de basse intensité généralement recommandées aux premières étapes des modèles de soins par étapes pour traiter les troubles anxieux et dépressifs sont les suivantes :

- étape 1 : soutien, groupes d'entraide, guides d'autogestion, développement de saines habitudes de vie, activités physiques, éducation psychologique;
- étape 2 : autogestion guidée, résolution de problèmes, entretien motivationnel, counseling de soutien, groupes psychoéducatifs, interventions cognitivo-comportementales assistées par ordinateur, activation comportementale et autres interventions psychologiques brèves.

Bien qu'il soit difficile de statuer avec certitude sur la nature des interventions évaluées dans les méta-analyses recensées, certaines d'entre elles sont généralement considérées comme des interventions de basse intensité. Les résultats d'efficacité obtenus pour ces interventions

(tableaux 5 à 8) indiquent que les interventions cognitivo-comportementales assistées par ordinateur sont efficaces pour traiter les symptômes et troubles anxieux chez les enfants, les adolescents et les jeunes adultes âgés de 25 ans et moins (tableau 5, # RS 4), tandis que l'éducation psychologique et le counseling de soutien le seraient moins (tableau 8, # RS 6). De même, les interventions brèves basées sur la résolution de problèmes et la réminiscence (3 à 5 séances) se sont avérées efficaces pour le traitement des symptômes et des troubles dépressifs chez les adultes et les personnes âgées (tableau 6, # RS 6 et 8), alors que le counseling de soutien serait moins efficace (tableau 8, # RS 1a).

b) Interventions de haute intensité proposées dans les modèles de soins par étapes

Les interventions de haute intensité couvertes dans les méta-analyses recensées ici sont : l'entraînement aux habiletés parentales, diverses interventions cognitivo-comportementales manualisées, de groupe et individuelles, la thérapie interpersonnelle, la thérapie psychodynamique, la thérapie familiale et l'entraînement cognitif. Dans les modèles de soins par étapes, les interventions psychologiques de haute intensité, incluant la psychothérapie, sont souvent offertes aux mêmes étapes que la médication, parfois comme une alternative à celle-ci, parfois en complément à celle-ci. Parmi les méta-analyses recensées, 27 ont comparé directement l'efficacité de certaines interventions psychologiques avec celle du traitement pharmacologique.

Ces résultats sont présentés au tableau 12. Ils indiquent que, dans l'ensemble, les interventions psychologiques généralement considérées comme étant de haute intensité sont d'efficacité comparable à la pharmacothérapie pour traiter les adultes avec des symptômes ou des troubles anxieux et dépressifs. Il appert cependant que dans certains cas, les interventions psychologiques devraient être privilégiées alors que dans d'autres cas, le traitement pharmacologique serait plus avantageux. C'est le cas, notamment, des interventions cognitivo-comportementales, qui se sont avérées plus efficaces que la pharmacothérapie pour traiter les adultes présentant un trouble panique ou un trouble obsessionnel-compulsif, et plus efficaces également pour prévenir la rechute chez les adultes souffrant de dépression (# RS 5 et 7). Les interventions psychologiques évaluées dans une méta-analyse (interventions cognitivo-comportementales et thérapie psychodynamique principalement) se sont également révélées plus efficaces que la pharmacothérapie dans le traitement des adultes souffrant de boulimie (# RS 5). À l'inverse, la pharmacothérapie s'est avérée plus efficace que les interventions de haute intensité analysées (interventions cognitivo-comportementales et thérapie psychodynamique principalement) pour traiter les adultes avec une dysthymie (# RS 5).

Les résultats présentés au tableau 13 laissent par ailleurs entendre que, bien que ce soit souvent le cas, le recours au traitement combiné n'est pas toujours une option supérieure à la monothérapie. Chez des adultes présentant un trouble panique, notamment, le traitement combiné s'est avéré légèrement supérieur à la médication seulement, mais d'efficacité comparable aux interventions psychologiques prodiguées seules (# RS 5). Dans le cas de la phobie sociale, la tendance inverse est observée : le traitement combiné s'est révélé plus efficace que les interventions psychologiques seulement, mais d'efficacité comparable à la médication administrée seule (# RS 5). Chez des adultes présentant des symptômes ou états de stress post-traumatique, le traitement combiné ne s'est pas avéré plus efficace que les interventions psychologiques ou la médication dispensées en monothérapie (# RS 5).

Tableau 12 : Efficacité des interventions psychologiques comparée à celle de la pharmacothérapie

Symptômes Troubles	# RS	Groupes d'âge	Résultats d'efficacité des interventions psychologiques ³¹	Tailles d'effet	IC 95 %
Troubles anxieux	7	Adultes	Int. psychologiques = pharmacothérapie (30 études) Int. psychologiques = pharmacothérapie (n = 1 266)	ns ns	--- ---
Trouble panique	7	Adultes	Int. psychologiques = pharmacothérapie (12 études) Int. TCC > pharmacothérapie (nr)	ns 0,50	--- 0,02 – 0,98
	5	Adultes	Int. psychologiques = pharmacothérapie (n = 375)	ns	---
Anxiété généralisée	5	Adultes	Int. psychologiques = pharmacothérapie (nr)	ns	---
Phobie sociale	5	Adultes	Int. psychologiques = pharmacothérapie (n = 208)	ns	---
	7	Adultes	Int. TCC = pharmacothérapie (9 études)	ns	---
TOC	7	Adultes	Int. TCC > pharmacothérapie (6 études)	0,64	0,20 – 1,08
Troubles dépressifs	7	Adultes	Int. psychologiques = pharmacothérapie (39 études, n = 5 993) Int. TCC = pharmacothérapie (n = 1 426) Int. psychologiques = pharmacothérapie (2 études) Int. psychologiques = pharmacothérapie (21 études, n = 2 027) Int. psychologiques = pharmacothérapie (37 études)	ns ns ns ns ns	--- --- --- --- ---
	1a	50 ans et +	Int. psychologiques = pharmacothérapie (3 études)	ns	---
Dysthymie	5	Adultes	Int. psychologiques < pharmacothérapie (n = 874)	- 0,47	- 0,75 à - 0,18
Dépression	6	19 – 65 ans	Int. psychologiques = pharmacothérapie (10 études)	ns	---
	7	Adultes	Int. TCC = pharmacothérapie (3 études, n = 1 233) Int. psychologiques = pharmacothérapie (19 études) Rechutes : int. TCC > pharmacothérapie (9 études)	ns ns RV = 2,61 NST = 5	--- --- 1,58 – 4,31
	5	Adultes	Int. psychologiques = pharmacothérapie (n = 1 662)	ns	---
	3	Adultes	Int. TCC = pharmacothérapie (11 études) Thérapie interpersonnelle = pharmacothérapie (4 études) Thérapie psychodynamique = pharmacothérapie (3 études)	ns ns ns	--- --- ---
	5	Adultes	Rechutes : Int. psychologiques > pharmacothérapie (n = 231)	0,71	0,40 – 1,01
	2	Tous	Thérapie interpersonnelle = pharmacothérapie (16 études)	ns	---
Boulimie	5	Adultes	Int. psychologiques > pharmacothérapie (n = 237)	0,52	0,20 – 0,84
IC : intervalles de confiance, int. : interventions, int. TCC : interventions cognitivo-comportementales, n : nombre de participants, ns : non significatif, nr : non rapporté, NST : nombre de sujets à traiter, # RS : numéro de la revue systématique de référence... # RS : 1 a- Cuijpers <i>et al.</i> , 2014a; 2- Cuijpers <i>et al.</i> , 2016; 3- Gartlehner <i>et al.</i> , 2015; 2017; 5- Huhn <i>et al.</i> , 2014; 6- Hunsley <i>et al.</i> , 2014; 7- INESSS, 2015a (Volet 1)					

³¹ Il est à noter que les informations fournies dans les revues systématiques recensées ne permettent pas de déterminer si l'intervention psychologique correspond à de la psychothérapie telle que définie au Québec ou à d'autres interventions qui s'y apparentent. Pour cette raison, les termes génériques « interventions » et « thérapies » sont utilisés.

Tableau 13 : Efficacité du traitement combiné comparée à celle de la monothérapie

Troubles mentaux	# RS	Groupes d'âge	Résultats d'efficacité des interventions psychologiques ³²	Tailles d'effet	IC 95 %
Trouble panique	5	Adultes	Combinaison = int. psychologiques (n = 532) Combinaison > pharmacothérapie (n = 746)	ns 0,24	--- 0,08 – 0,40
Phobie sociale	5	Adultes	Combinaison > int. psychologiques (n = 208) Combinaison = pharmacothérapie (n = 256)	0,42 ns	0,18 – 0,68 ---
Stress post-traumatique	5	Adultes	Combinaison = int. psychologiques (n = 65) Combinaison = pharmacothérapie (n = 23)	ns ns	--- ---
Troubles dépressifs	7	Adultes	Combinaison > int. psychologiques (18 études)	0,35	0,24 – 0,45
	5	Adultes	Combinaison > pharmacothérapie (n = 2036)	0,31	0,20 – 0,40
	2	Tous	Rechutes (7 études) : Combinaison > pharmacothérapie Combinaison > thérapie interpersonnelle	RV = 0,34 NST = 7 RV = 0,30 NST = 4	0,14 – 0,84 0,11 – 0,71
	1a	50 ans et +	Combinaison = pharmacothérapie (4 études)	ns	---
Dysthymie	5	Adultes	Combinaison = pharmacothérapie (n = 541)	ns	---
Dépression	7	Adulte	Combinaison > int. psychologiques (n = 2 809) Combinaison > int. psychologiques (9 études)	0,54 0,40	0,35 – 0,73 0,13 – 0,67
	5	Adultes	Combinaison > int. psychologiques (n = 903)	0,28	0,13 – 0,43
	2	Tous	Combinaison = pharmacothérapie (10 études) Combinaison > thérapie interpersonnelle (7 études)	ns 0,24 NST = 7	--- 0,03 – 0,46
	3	18 +	Int. TCC + pharmacothérapie = pharmacothérapie (2 études)	ns	---
Trouble bipolaire	5	Adultes	Combinaison = pharmacothérapie (n = 487)	ns	---
	6	Non spécifié	Int. TCC + pharmacothérapie > pharmacothérapie (10 ECR, n = 770) : Observance du traitement pharmacologique Prévention de la rechute Ajustement social	0,44 0,53 0,53 0,36	0,29 – 0,59 0,37 – 0,73 0,35 – 0,71 0,18 – 0,54
Boulimie	5	Adultes	Combinaison > psychothérapie (n = 257) Combinaison > pharmacothérapie (n = 141)	0,29 0,49	0,02 – 0,86 0,09 – 0,89
TDAH	4	6 – 12 ans	Combinaison > interventions psychologiques (6 études)	1,77 à 1,89	1,08 à 2,46
Opiacés	5	Adultes	Combinaison = pharmacothérapie (n = 232)	ns	---
Schizophrénie	5	Adultes	TCC+ pharmacothérapie > pharmacothérapie (n = 2 131)	0,33	0,21 – 0,45

IC : intervalles de confiance, Int. : interventions, Int. TCC : interventions cognitivo-comportementales, n : nombre de participants, ns : non significatif, NST : nombre de sujets à traiter, # RS : numéro de la revue systématique de référence.
RS : 1 a- Cuijpers *et al.*, 2014; 2- Cuijpers *et al.*, 2016; 3- Gartlehner *et al.*, 2015 ; 4- Gheorghiu et Lesage, 2017; 5- Huhn *et al.*, 2014; 6- Hunsley *et al.*, 2014; 7- INESSS, 2015a (Volet 1)

Pour les symptômes et troubles dépressifs, les résultats obtenus chez les adultes indiquent que le traitement combiné est plus efficace que la médication ou les interventions psychologiques dispensées en monothérapie (# RS 2, 5, 7). Par contre, le traitement combiné ne s'est pas avéré

³² Il est à noter que les informations fournies dans les revues systématiques recensées ne permettent pas de déterminer si l'intervention psychologique correspond à de la psychothérapie telle que définie au Québec ou à d'autres interventions qui s'y apparentent. Pour cette raison, les termes génériques « interventions » et « thérapies » sont utilisés.

plus efficace que la médication seulement pour traiter la dysthymie (# RS 5) et les troubles dépressifs chez les personnes âgées de 50 ans et plus (# RS 1 a). L'ajout d'interventions cognitivo-comportementales au traitement pharmacologique favoriserait néanmoins l'observance du traitement pharmacologique, la prévention des rechutes et l'ajustement social, chez les adultes souffrant de trouble bipolaire. Il s'agit d'avantages non négligeables dans le traitement de ce trouble (# RS 6).

Pour le TDAH, les données indiquent que le traitement combiné est nettement plus efficace que les interventions psychologiques seules pour traiter les enfants âgés de 6 à 12 ans (# RS 4). Par contre, chez les adultes avec des problèmes ou troubles liés à la consommation d'opiacés, le traitement combiné s'est avéré d'efficacité comparable à la médication administrée en monothérapie (# RS 5).

3.4.2 Les modèles de soins anglais et australiens

a) Le modèle de soins anglais

Le programme IAPT, mis en place en Angleterre, est basé sur le modèle de soins par étapes proposé par le NICE [2004]. Ce dernier compte 5 niveaux de soins allant de ceux offerts en pratique médicale générale, à l'étape 1, aux services spécialisés et soins en milieu hospitalier, aux étapes 4 et 5. Le programme IAPT offre des services de soins primaires pour les troubles mentaux courants légers à modérés correspondant aux trois premières étapes du modèle de soins du NICE. Les services sont dispensés par une équipe multidisciplinaire soutenue par des médecins et des conseillers dans le domaine de l'emploi, de l'hébergement, et dans la gestion du budget. Le personnel œuvrant dans ces équipes a reçu une formation appropriée et est supervisé sur une base hebdomadaire par des professionnels compétents.

Dans le modèle de soins par étapes du programme IAPT, la progression des usagers, d'une étape à l'autre, est basée sur l'intensification de leurs besoins et l'expérience des traitements antérieurs. Même si cette séquence varie d'un usager à l'autre, il est attendu que la majorité des personnes auront accès à des interventions psychologiques offertes aux premières étapes du modèle avant d'accéder à celles qui sont prodiguées aux étapes supérieures. Les étapes et interventions recommandées dans le cadre du programme, en fonction du modèle du NICE, sont décrites au tableau 14.

Comme il a été mentionné à la section précédente, les données de 2015-2016 du programme IAPT indiquent que les interventions offertes aux personnes ayant terminé leur traitement dans l'année étaient de basse intensité dans une proportion de 43 % et de haute intensité, incluant la psychothérapie, dans une proportion de 57 %. Il est à noter que dans les rapports annuels précédents, les interventions n'étaient pas classifiées comme étant de basse ou de haute intensité, de sorte qu'il n'est pas possible d'évaluer dans quelle mesure ce ratio a changé au cours des 10 années d'existence du programme.

Tableau 14 : Interventions psychologiques proposées dans le programme IAPT pour les troubles mentaux courants légers à modérés aux différentes étapes du modèle de soins

Étapes	Niveau de services	Trouble mental - sévérité	Interventions
Étape 1	Soins primaires/Service IAPT	Reconnaissance du problème et monitoring	Évaluation, surveillance active, aucune intervention
Étape 2	Service IAPT de basse intensité	Dépression légère à modérée	Interventions cognitivo-comportementales par ordinateur, autogestion guidée, activation comportementale, exercices physiques
		Trouble panique – léger à modéré	Interventions cognitivo-comportementales, par ordinateur, autogestion guidée et non guidée
		Trouble d'anxiété généralisée léger à modéré	Interventions cognitivo-comportementales par ordinateur, autogestion guidée et non guidée, groupes psychoéducatifs
		Trouble obsessionnel compulsif léger à modéré	Autogestion guidée
		Le trouble de stress post-traumatique et la phobie sociale sont traités à l'étape suivante.	
Étape 3	Service IAPT de haute intensité	Dépression légère, modérée et sévère.	Interventions et thérapie cognitivo-comportementales, thérapie interpersonnelle Activation comportementale
		Dépression légère à modérée	Counseling et thérapie de couple pour dépression
		Phobie sociale	Interventions et thérapie cognitivo-comportementales
		Trouble panique	Interventions et thérapie cognitivo-comportementales
		Trouble d'anxiété généralisée léger à modéré	Interventions et thérapie cognitivo-comportementales
		Phobie sociale	Interventions et thérapie cognitivo-comportementales
		Trouble de stress post-traumatique	Interventions et thérapie cognitivo-comportementales, EMDR
		Trouble obsessionnel compulsif	Interventions et thérapie cognitivo-comportementales

Source : Hanlon, 2013.

b) Le modèle de soins australien

Les programmes ATAPS et Better Access sont basés sur un modèle de soins en collaboration. Les médecins agissent comme les principaux coordonnateurs des soins primaires de santé mentale. Le manuel d'orientation rédigé à l'intention des psychologues, travailleurs sociaux et ergothérapeutes participant au programme Better Access précise que même si le médecin réfère l'utilisateur à un programme pour des services psychologiques, c'est lui qui conserve la responsabilité de la gestion des soins de l'utilisateur, pendant et après la fin du traitement [APS, 2007]. C'est d'ailleurs dans l'optique de favoriser les soins en collaboration que la référence initiale du médecin est obligatoire de même qu'une réévaluation, de sa part, de la pertinence de prolonger le traitement après chaque série de 6 séances de psychothérapie. Le manuel souligne également l'importance pour les psychologues et psychothérapeutes de tenir le médecin informé des progrès de l'utilisateur et de ses besoins futurs. Les psychologues et psychothérapeutes sont aussi invités à indiquer clairement à l'utilisateur qu'il doit retourner voir son médecin à la fin du traitement.

Conformément aux objectifs du programme ATAPS, les données publiées après ses 10 ans d'existence indiquent que le nombre de références effectuées par les médecins n'a cessé d'augmenter au fil des ans, passant de 3 434 en 2003 à 31 544 en 2012 [Basilios *et al.*, 2016]. Selon ce rapport, la collaboration entre les médecins et les psychologues et psychothérapeutes était optimale lorsqu'ils travaillaient dans la même clinique. On note par contre que dans ce cas, le choix du professionnel par les usagers se trouvait réduit.

En 2014, une commission nationale en santé mentale a été créée afin de se pencher sur l'organisation des soins et services en santé mentale, leur performance ainsi que leur financement [National Mental Health Commission, 2014a]. Les travaux de la commission ont permis de mettre en lumière des lacunes importantes en lien avec la performance des programmes ATAPS et Better Access, notamment :

- une fragmentation, une inefficience, une duplication et un manque de planification et de coordination des services au niveau local;
- la dispensation des services basée sur les besoins des fournisseurs plutôt que sur les besoins et les choix de la personne;
- des interventions et une offre de service spécialisées ou axées sur les situations de crise, au détriment de la prévention et d'une intervention précoce;
- une approche de dispensation des services « One size fits all » ne correspondant ou ne répondant pas de façon optimale aux besoins des individus;
- une sous-utilisation des approches innovantes dans le recours aux technologies et ressources humaines.

C'est en réponse aux travaux de la Commission nationale en santé mentale que le gouvernement australien a entrepris en 2015 une réforme importante de son système de soins en santé mentale. Cette réforme, qui sera complétée en 2018-2019, est basée sur les éléments suivants :

- des soins centrés sur la personne, financés en fonction des besoins;
- une approche régionale à la planification et à l'intégration des services, de type « Thinking nationally but acting locally »;
- une dispensation des services dans un modèle de soins par étapes;
- des interventions précoces sur toute la durée de la vie et l'ensemble du continuum de soins, afin d'offrir le soin approprié au moment où il est requis;
- un usage optimal de la technologie digitale australienne de renommée mondiale;
- la consolidation du leadership national, afin de faciliter un changement systémique à tous les niveaux et des partenariats nécessaires pour implanter la réforme.

3.4.3 L'organisation des soins au Québec

Les services de santé mentale dispensés au Québec sont basés sur un modèle de soins hiérarchisés [MSSS, 2015] : « La hiérarchisation des services vise à offrir le bon service, à la bonne personne, au bon moment, pour la bonne durée et au bon endroit » [MSSS, 2005, p. 14]. La hiérarchisation des services est l'un des principes fondamentaux instaurés par le ministère au moment de la restructuration de son réseau en 2003, et ce, dans une perspective d'utilisation optimale des ressources. Dans son Plan d'action en santé mentale 2005-2010 (*La force des liens*), et dans le contexte de cette restructuration, le MSSS a cherché à favoriser un accès continu à des services variés, en misant notamment sur des services de première ligne et sur l'instauration de

nouvelles modalités de collaboration entre les établissements et les acteurs concernés. Le Plan d'action en santé mentale 2015-2020 s'inscrit en continuité de celui de 2005-2010 et s'appuie sur la collaboration interdisciplinaire et intersectorielle. « *Faire ensemble et autrement* demande la mobilisation de tous les partenaires en vue d'offrir une réponse adéquate aux besoins des personnes utilisatrices de services et des membres de leur entourage de même que la mise en place et le maintien de services les soutenant dans le plein exercice de leur citoyenneté » (p. 2). Ainsi, dans ce modèle hiérarchisé, les niveaux de soins et de services sont déterminés en fonction des symptômes et des besoins, et non uniquement en fonction du diagnostic. Ce modèle permet d'offrir les interventions les moins complexes à un plus grand nombre de personnes et les plus complexes et spécialisées aux personnes qui en ont davantage besoin. Selon Brouillet et ses collaborateurs [2009], les points à retenir sur le modèle de soins par étapes sont les suivants :

- le degré de soins varie d'un individu à l'autre;
- l'identification du degré de soins adéquat nécessite une évaluation continue et systématique de la réponse au traitement;
- la progression du degré de soins en fonction de la réponse au traitement permet souvent d'améliorer l'efficacité des soins tout en diminuant les coûts associés.

Le protocole de soins pour la dépression, développé en 2012 par un groupe de chercheurs québécois [Fournier *et al.*, 2012], est basé sur le modèle de soins par étapes proposé par le NICE pour les troubles mentaux courants (le modèle du NICE est présenté à l'annexe F). Les différentes étapes de ce protocole sont illustrées à la figure 1. Celui-ci suggère comme première étape de procéder à une évaluation, d'offrir du soutien, de la psychoéducation et de la surveillance active. Les interventions psychologiques de basse intensité sont offertes à la seconde étape de même que les traitements pharmacologiques. Aux étapes subséquentes, outre les traitements pharmacologiques, le modèle propose des interventions psychologiques de haute intensité, des traitements combinés et des soins en collaboration. Le recours aux électrochocs, à des services de gestion de crise, à des soins multidisciplinaires et à l'hospitalisation est recommandé en dernier lieu pour les cas de dépression sévère et complexe présentant un risque pour la vie ou d'autonégligence grave.

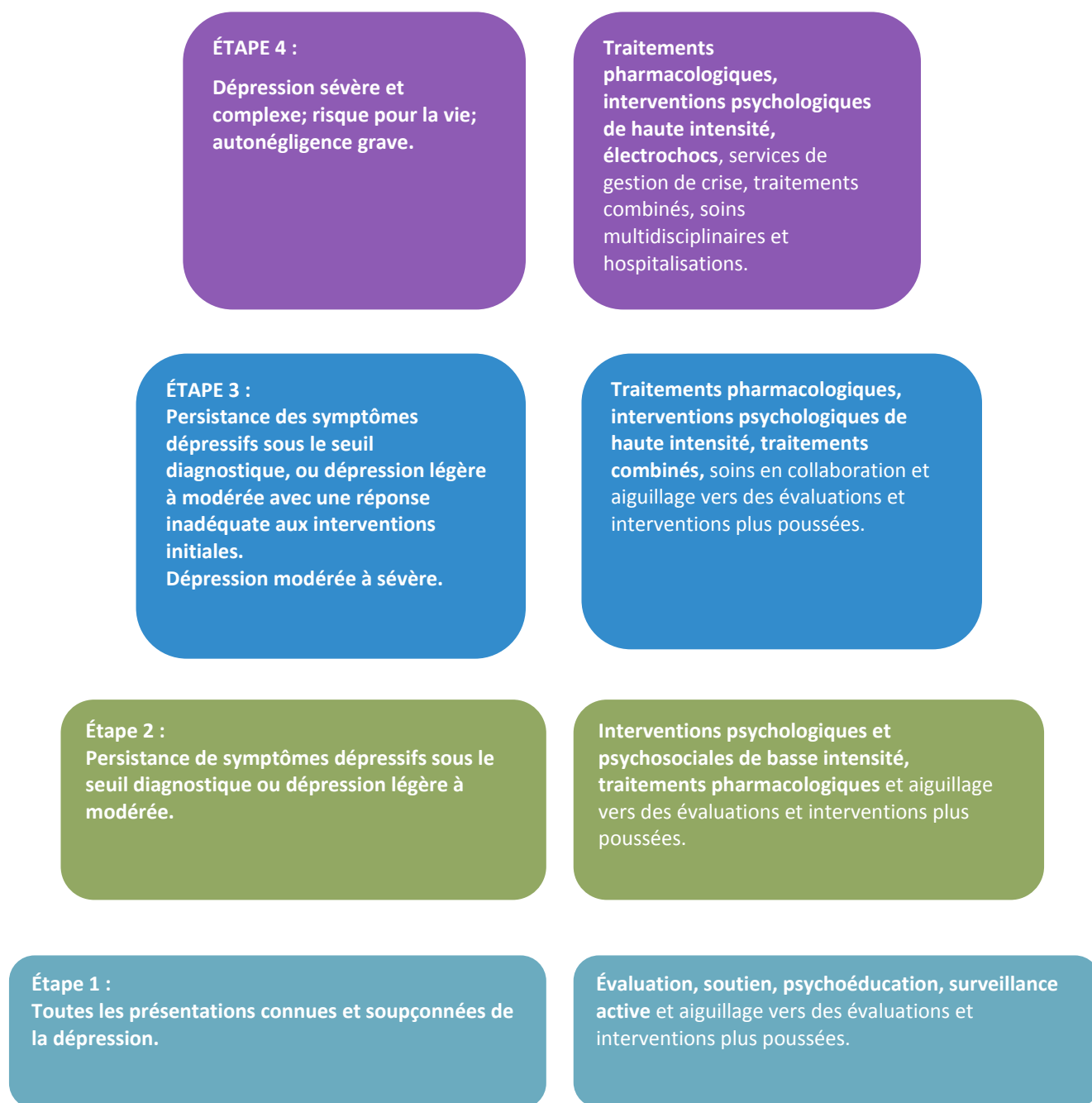
Au Québec, des interventions psychologiques et psychosociales similaires aux interventions proposées dans les programmes anglais et australiens sont offertes à la population par des intervenants et professionnels de la santé et des services sociaux³³, des groupes de médecine familiale et des organismes communautaires. Des programmes d'autogestion guidée et non guidée, conçus par des organismes communautaires et des professionnels de la santé québécois et ayant fait l'objet d'évaluations favorables, sont également disponibles³⁴ [CISSS de Chaudière-Appalaches, 2017; Perreault, 2016; Perreault *et al.*, 2016; Villaggi *et al.*, 2015; Houle *et al.*, 2013; Audet *et al.*, 2009].

Enfin, comme l'Australie, le Québec compte un nombre élevé de psychologues et psychothérapeutes habilités à offrir de la psychothérapie. Plus de la moitié (55 %) d'entre eux exercent en pratique privée.

³³ Plusieurs interventions de basse intensité sont offertes dans le RSSS sans que l'INESSS puisse en préciser la nature et le volume. Soulignons notamment les services offerts dans le cadre du programme Santé mentale et du programme Services généraux-Activités cliniques et d'aide (Consultation psychologique).

³⁴ Programmes d'autogestion « J'avance » de l'Association Revivre, Programme « Zéro-ATAQ » de Phobies-Zéro, programme « L'Envol » du CISSS Chaudière-Appalaches, programme « Aller mieux à ma façon ».

Figure 1 : Modèle de prise en charge par étapes et en collaboration, recommandé dans le protocole de soins sur le traitement de la dépression chez l'adulte au Québec



* Extrait du document – *Faire face à la dépression au Québec. Protocole de soins à l'intention des intervenants de première ligne.* Montréal : Centre de recherche du CHUM.

En somme

À quelle étape du traitement la psychothérapie doit-elle être envisagée ?

- Plusieurs des guides de pratique consultés recommandent que les interventions psychologiques pour les personnes qui présentent des troubles mentaux courants soient offertes dans un modèle de soins par étapes et intégrées dans les services de santé primaire.
- Les données scientifiques disponibles indiquent que les interventions psychologiques proposées aux différentes étapes de ce type de modèle de soins par étapes sont efficaces. Elles révèlent également que pour certains troubles mentaux et groupes d'âge, les interventions psychologiques et la pharmacothérapie sont d'efficacité comparable, alors que pour d'autres, les interventions psychologiques sont supérieures au traitement pharmacologique et vice-versa. De même, le traitement combiné s'est avéré d'efficacité supérieure à la pharmacothérapie et aux interventions psychologiques dispensées en monothérapie dans certains cas, mais d'efficacité comparable dans d'autres.
- Le programme anglais IAPT, implanté avec succès depuis 10 ans au Royaume-Uni, est basé sur un modèle de soins par étapes intégré aux services de santé primaire. Ce programme a misé sur la formation et l'augmentation de ses effectifs dans ces services afin d'améliorer l'accès aux interventions psychologiques, dont la psychothérapie, pour les personnes qui présentent des problèmes ou des troubles mentaux courants.
- Les programmes australiens ATAPS et Better Access sont basés sur un modèle de soins en collaboration coordonnés par le médecin pour donner accès à la psychothérapie et aux autres interventions psychologiques par l'entremise de psychologues en pratique privée. À la suite d'une analyse de la performance de ces programmes, le gouvernement australien a entrepris en 2015 une importante réforme des services de santé mentale : ceux-ci seront basés sur un modèle de soins par étapes et intégrés dans les services de santé primaire dès 2018-2019.
- Le modèle de soins par étapes s'apparente à la hiérarchisation des services de santé mentale préconisée au Québec. Des interventions psychologiques et psychosociales similaires à celles proposées dans les programmes anglais et australiens sont également offertes à la population québécoise par des intervenants et professionnels de la santé et des services sociaux, des groupes de médecine familiale et des organismes communautaires. Des programmes d'autogestion guidée et non guidée, conçus par des organismes communautaires et des professionnels de la santé ayant fait l'objet d'évaluations favorables sont aussi disponibles au Québec.
- Comme l'Australie, le Québec compte un grand nombre de psychologues et psychothérapeutes habilités à offrir de la psychothérapie. Plus de la moitié exercent exclusivement en pratique privée.

3.5 Question 4 : Quels sont les coûts et bénéfices associés à la psychothérapie ?

3.5.1 Coûts et bénéfices de la psychothérapie documentés dans la littérature

Les travaux de l'INESSS réalisés en 2015 indiquent qu'il n'y a pas de différence dans les coûts médicaux entre la psychothérapie et les antidépresseurs pour le traitement des troubles dépressifs. Par contre, et à plus long terme, la thérapie cognitivo-comportementale présente un meilleur rapport coût/efficacité que la pharmacothérapie pour traiter les troubles dépressifs et anxieux, en raison d'une meilleure protection contre la rechute.

Les résultats d'une étude allemande menée en milieu réel indiquent par ailleurs que la psychothérapie, telle que définie au Québec, demeure rentable même lorsqu'elle est échelonnée sur 30 séances en moyenne [Altmann *et al.*, 2016]. Dans cette étude, les coûts en soins de santé durant les deux années précédant l'année où la personne a reçu une psychothérapie ont été comparés aux coûts engendrés durant les deux années suivant la psychothérapie. Ces coûts ont été documentés auprès de 22 294 Allemands âgés de 18 ans et plus avec un diagnostic de trouble mental, selon la classification CIM-10. Seules les personnes souffrant de démence et de dépendance aux substances psychoactives ont été exclues. Les personnes participant à l'étude ont été traitées en consultation externe à l'aide d'une psychothérapie psychodynamique dans 49 % des cas, de la thérapie cognitivo-comportementale dans 46 % des cas, et d'une thérapie psychoanalytique dans 5 % des cas. Trente-six pour cent (36 %) des participants recevaient également un traitement pharmacologique.

En moyenne, les personnes ont reçu 31 séances de psychothérapie sur une période de sept mois (moyenne de 30,8 pour les TCC, 33,2 pour la psychothérapie psychodynamique et 94,7 séances pour la thérapie analytique). Les participants étaient des femmes dans une proportion de 78 % et âgées de 18 à 50 ans dans 65 % des cas. Les auteurs rapportent une réduction de 42 % des jours de maladie, de 27 % des jours d'hospitalisation (2,02 jours de moins en moyenne), de 22 % des coûts d'hospitalisation, et de 8 % des coûts en services externes, entre l'année précédant la psychothérapie et l'année subséquente à celle-ci. En tenant compte des coûts associés aux psychothérapies et de la hausse de 17 % des coûts liés aux traitements pharmacologiques au cours de cette période, les résultats indiquent qu'une réduction nette de 10 % des coûts de santé a été enregistrée au total.

De même, à la suite d'un examen exhaustif de la littérature, Lazar [2014] maintient que la psychothérapie demeure rentable pour les personnes requérant plus d'une séance de psychothérapie par semaine et plus de 20 séances de psychothérapie. C'est le cas, notamment, des personnes avec des troubles de la personnalité antisociale, narcissique et état-limite, des personnes avec un trouble psychotique, des personnes avec des troubles chroniques complexes, sévères et persistants et de celles ayant des troubles mentaux chroniques multiples.

Selon l'auteure, les contraintes de durée et de remboursement imposées pour la psychothérapie dans le traitement de ces troubles ne sont pas liées à l'absence de preuves de leur efficacité ou à leur rapport coût/efficacité, mais plutôt à l'application d'un double standard en santé mentale et en santé physique.

3.5.2 Études de modélisation des coûts et bénéfices de la psychothérapie

Trois études de modélisation récentes des coûts et bénéfices associés à la psychothérapie ont retenu notre attention. La première a été réalisée par l'OMS et vise à estimer le retour sur l'investissement sur une période de 15 ans engendré par le traitement des personnes de 15 ans et plus avec des troubles anxieux ou dépressifs [Chisholm *et al.*, 2016]. La deuxième a été menée en France dans le but d'estimer les coûts et bénéfices engendrés par un accès élargi à la psychothérapie aux adultes présentant une dépression ou un trouble anxieux [Dezetter et Briffault, 2015]. La troisième étude a été réalisée par des chercheurs québécois afin d'estimer les coûts et bénéfices générés sur 40 ans en améliorant l'accès à la psychothérapie aux adultes souffrant de dépression majeure [Vasiliadis *et al.*, 2017].

a) Analyse économique réalisée par l'OMS

L'étude de l'OMS effectuée par Chisholm et ses collaborateurs [2016] est une analyse du retour sur l'investissement requis sur une période de 15 ans (2016-2030) pour traiter 56 % des personnes âgées de 15 ans et plus avec un trouble dépressif et 40 % de celles ayant un trouble anxieux. Cette analyse exhaustive est basée sur les données recueillies par l'OMS auprès de 36 pays regroupés en fonction de leur revenu national, soit : faible, moyen ou élevé. Les résultats présentés ici portent seulement sur les 10 pays membres de l'OMS qui, comme le Canada, ont un revenu national élevé : les États-Unis, la France, l'Allemagne, le Royaume-Uni, l'Italie, l'Espagne, la Pologne, le Japon, la Fédération russe et la République de Corée.

Les données de 2010 pour ces 10 pays à revenu élevé indiquent que seulement 28 % des personnes avec une dépression et 20 % de celles avec un trouble anxieux sont traitées pour ces troubles. Les cibles fixées par l'OMS pour 2030 sont de 56 % et 40 % respectivement. Les paramètres utilisés pour la modélisation des coûts sont basés sur le modèle de soins par étapes proposé dans le programme mhGAP de l'OMS [2008]. Ils sont présentés au tableau 15.

Les calculs tiennent compte de : l'occurrence d'un premier épisode dépressif et sa récurrence, du délai entre le début de l'épisode et le traitement, et de la réponse partielle au traitement. Ils ne tiennent cependant pas compte de la comorbidité avec d'autres troubles mentaux et conditions médicales. Des dépenses de 10 % ont été ajoutées pour les frais d'administration, de gestion et de partage des ressources dans le cadre d'un modèle de soins intégrés de gestion des maladies chroniques, incluant des coûts liés à la formation et la supervision, aux campagnes de sensibilisation et de promotion de la santé, au renforcement logistique et aux systèmes informatiques.

Les bénéfices sont exprimés en fonction d'une amélioration proportionnelle dans le taux de rémission et de rétablissement, d'une amélioration du niveau moyen de fonctionnement, ainsi que d'une plus grande participation et productivité au travail. La capacité à être en emploi pour les personnes traitées a été estimée à 5 %. L'amélioration de la productivité engendrée par une réduction de l'absentéisme et du présentéisme au travail a également été évaluée à 5 %. Les données disponibles n'ont toutefois pas permis d'estimer les bénéfices des traitements sur la santé physique et la santé mentale des proches, l'utilisation des autres services de santé et services sociaux, l'assurance emploi ou l'aide au revenu de l'assistance sociale. Toutes les estimations ont également été modulées en fonction d'un scénario pessimiste et d'un scénario optimiste dans des analyses de sensibilité.

Tableau 15 : Paramètres utilisés par l'OMS pour la modélisation des coûts

Paramètres utilisés	Dépression	Anxiété
Prévalence annuelle Population 15 ans et plus	5,5 % femmes 3,2 % hommes	7,3 %
Interventions de basse intensité pour les cas légers	40 % des cas	55 % des cas
Interventions de basse intensité pour les cas modérés à sévères - avec en plus de la médication sur 6 mois	60 % des cas 30 % d'entre eux	45 % des cas
Interventions de haute intensité pour les cas modérés à sévères - avec en plus de la médication sur 6 mois	60 % des cas 70 % d'entre eux	45 % des cas
Consultations externes (visites médicales et séances d'interventions)	4 consultations par an pour les cas légers 14 à 18 consultations par an pour les cas modérés à sévères	
Format d'interventions	50 % en individuel 50 % en groupe	
Professionnels impliqués	Médecins, infirmières, intervenants et professionnels	
Hospitalisation	2 à 3 % des cas sévères à modérés avec une durée moyenne de séjour de 14 jours	
Taux adhésion au traitement	60 à 70 %	
Réduction de la récurrence des épisodes	40 %	---
% de cas avec rémission	25 à 35 %* selon la sévérité	60 à 70 % ** selon la sévérité (de 7,5 % à 12 %)
Amélioration du fonctionnement	6,5 à 13,9 % selon la sévérité	12,3 à 17,2 % selon la sévérité
* Rémission de 2,0 à 2,5 épisodes par personne pour les cas légers et de 2,0 à 2,7 épisodes pour les cas modérés à sévères. ** Taux de rémission passant de 7,5 % à 12 %.		

Les coûts et bénéfices associés à la réduction des écarts de traitement pour la dépression et les troubles anxieux sont présentés au tableau 16. Selon l'OMS, les coûts pour traiter 56 % des cas de dépression et 40 % des cas d'anxiété de 2016 à 2030 seront respectivement de 3,89 US \$ et de 2,44 US \$ par personne.

Le ratio coûts/bénéfices global pour la dépression est évalué à 5,3 \$ US pour chaque dollar investi, mais pourrait aller jusqu'à 10,9 \$ US par dollar investi selon un scénario optimiste. Pour les troubles anxieux, ce ratio est évalué à 4,0 \$ US et pourrait aller jusqu'à 8,9 \$ US pour chaque dollar investi selon un scénario optimiste.

Tableau 16 : Coûts et bénéfices liés au traitement de 56 % des personnes âgées de 15 ans et plus avec une dépression et 40 % de celles ayant un trouble anxieux sur une période de 15 ans

Coûts et bénéfices	Dépression	Trouble anxieux
Population de 15 ans et plus en 2013 des 10 pays à revenu élevé	992 millions	
Pourcentage de cas traités	56 %	40 %
Investissement total de 2016 -2030 (valeur nette actuelle, US \$ million)	65 503 \$	42 668 \$
Investissement annuel moyen par personne (valeur nette actuelle, US \$)	3,89 \$	2,44 \$
Gains en santé :		
Cas prévalents évités	15 750 268	12 077 053
Années de vie en santé gagnées	7 567 211	1 604 069
Valeur des gains en santé (US \$ million)	178 588 \$	40 409 \$
Gains économiques (US \$ million)	157 588 \$	129 705 \$
Ratio coûts/bénéfices économique	2,5 (1,0 à 5,9)	3,0 (1,0 à 7,2)
Ratio coûts/bénéfices global (gains économiques et en santé)	5,3 (2,6 à 10,9)	4,0 (1,8 à 8,9)

b) Analyse économique réalisée en France

En France, seule la psychothérapie offerte par des médecins et des psychiatres est couverte par le régime obligatoire. Comme cela a été le cas dans plusieurs pays, le fardeau économique et social lié aux troubles mentaux a amené la France à se pencher sur la question du remboursement de la psychothérapie. Pour leur analyse, Dezetter et Briffault [2015] ont utilisé les données d'une enquête épidémiologique menée en 2005 auprès de 20 777 Français âgés de 18 à 75 ans, afin de documenter l'utilisation des services de santé et de psychothérapie par les personnes souffrant de dépression majeure, d'anxiété généralisée, de phobie sociale et spécifique, de trouble panique, de trouble obsessionnel compulsif ou d'état de stress post-traumatique. L'impact fonctionnel de ces troubles sur quatre domaines de la vie quotidienne (tâches ménagères, capacité de travailler, capacité à établir ou maintenir des relations significatives avec les autres et vie sociale) a également été documenté.

Les personnes considérées pour la modélisation des coûts devaient présenter un épisode dépressif depuis au moins 6 mois et une détérioration de leur fonctionnement modérée à sévère. Pour le trouble d'anxiété généralisée, cette détérioration devait également être modérée à sévère, mais pour les autres troubles anxieux elle devait être sévère. Les autres paramètres utilisés dans le modèle sont présentés au tableau 17.

Tableau 17 : Paramètres utilisés par Dezetter et Briffault pour la modélisation des coûts et bénéfices

Paramètres utilisés	Dépression	Troubles anxieux
% adultes de 18 à 75 ans avec un trouble dépressif ou anxieux récurrent ou sévère consultant un professionnel de la santé	7,59 %	
% d'entre eux qui seraient admissibles et accepteraient la psychothérapie	30 % de 7,59 % (2,28 %)	
Nombre de personnes incluses dans le modèle	357 408	675 269
Coût par séance de psychothérapie	41 EUR	
Nombre de séances couvertes	17,63	9,63
Coût total moyen d'une psychothérapie par patient	722,83 EUR	394,83 EUR
Taux de couverture par le régime obligatoire	60 %	
Coût total annuel moyen par personne couvert par le régime obligatoire	433, 70 EUR	236, 90 EUR
Coût total de la prise en charge pour la population à traiter (en millier d'euros)	252 862 k EUR	261 133 k EUR
Coût total annuel couvert par le régime obligatoire	151 717 millions EUR	156 680 millions EUR
Coût de santé global annuel par patient :	4 702 EUR	1 500 EUR
Coûts directs	35 %	33 %
Coûts indirects	65 %	67 %
Rémissions supplémentaires à la psychothérapie	30 % (± 10 %)	
Ratio coûts/bénéfices	1,95 (1,36 à 2,60)	1,14 (0,76 à 2,60)

Dans la population cible, les auteurs ont estimé que 7,6 % des adultes avec un trouble dépressif ou anxieux consultent un professionnel de la santé pour ce trouble au cours d'une année. Ils ont également considéré que seulement le tiers d'entre eux satisferaient aux critères de sévérité énoncés ci-dessus et accepteraient d'aller en psychothérapie.

Il est à noter qu'en France, les soins de santé (consultations et médicaments) sont généralement couverts dans une proportion de 60 à 70 % par le régime obligatoire, d'où le taux de couverture de 60 % retenu pour la modélisation. Dans l'analyse, les coûts directs considérés sont les visites médicales, les hospitalisations et les médicaments; les arrêts de travail, les retraites prématurées et la mortalité prématurée sont associés aux coûts indirects.

Sur la base de ces paramètres, le ratio coûts/bénéfices pour chaque euro investi dans la psychothérapie est estimé à 1,93 EUR pour le traitement de la dépression et à 1,14 EUR pour les troubles anxieux.

c) Analyse économique réalisée par Vasiliadis et ses collaborateurs

L'étude de Vasiliadis et ses collaborateurs est basée sur des données épidémiologiques canadiennes et sur les coûts associés au traitement de la dépression majeure au Québec. L'analyse a été effectuée en considérant les cas incidents de dépression majeure chez les personnes âgées de 20 à 85 ans, laquelle est estimée à 2,9 %. L'exercice de modélisation a été fait dans une perspective sociétale et du système de santé. Il tient compte de la progression de la maladie, de l'utilisation des services de santé par les personnes avec une dépression majeure, des hospitalisations et suicides, du type de professionnel consulté (médecin de famille, psychiatre, psychologue et psychothérapeute), du nombre de visites et de l'usage – ou non – d'antidépresseurs.

Deux scénarios de modélisation ont été considérés : un premier basé sur la situation actuelle (statu quo) et un second basé sur un accès accru à la psychothérapie (alternatif). Le scénario de statu quo s'appuie sur des données canadiennes de 2012 voulant que 64,3 % des personnes avec une dépression majeure ont reçu des services dans l'année précédente et que 36,7 % n'en ont pas reçus [Sunderland et Findlay, 2013]. Les services reçus par les usagers ont été considérés comme adéquats en fonction des recommandations du *Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments*, à savoir : 12 séances de consultation psychologique d'au moins 25 minutes avec un psychiatre, un médecin de famille, un psychologue ou un psychothérapeute; ou un traitement aux antidépresseurs et quatre visites chez un médecin de famille ou un psychiatre. Selon ces critères, 67 % des usagers canadiens sondés en 2012 auraient reçu des services de santé mentale adéquats.

En tenant compte des besoins de services en santé mentale non comblés ou partiellement comblés, une augmentation de 9 % des non-usagers et de 12 % des usagers n'ayant pas reçu de soins adéquats a été estimée pour le scénario alternatif. Les coûts de ce scénario ont été déterminés à partir des données réelles d'utilisation des services obtenues dans le cadre du programme anglais IAPT et du programme australien Better Access. Sur la base de ces données, 2 visites avec un médecin de famille et 8 séances de consultation psychologique avec un professionnel ont été incluses dans l'analyse. Les analyses de sensibilité sont basées sur 2 visites avec un médecin de famille et 4 séances de consultation psychologique ainsi que sur 4 visites avec un médecin de famille et 12 séances de consultation psychologique. Les paramètres utilisés pour la modélisation des coûts sont présentés au tableau 18.

Les résultats indiquent un gain de 0,17 en années de vie gagnées en bonne santé en moyenne par personne. L'investissement requis dans le scénario alternatif serait de 123 212 872 \$ (1 292 \$ en moyenne par personne) et les économies pour la société, en se basant sur la méthode du capital humain, de 246 997 940 \$ en moyenne. Le ratio coûts/bénéfices pour un accès accru à des services psychologiques serait de 2 \$ (1,78 – 3,15 \$) en moyenne pour chaque dollar investi.

Tableau 18: Paramètres utilisés par Vasiliadis et ses collaborateurs pour la modélisation des coûts et bénéfices

Paramètres utilisés pour la modélisation sur une période de 40 ans	Scénario statu quo		Scénario alternatif	
	M	95 % IC	M	95 % IC
Jours passés en dépression parmi les usagers	760	740 – 780	706	687 – 725
Jours passés en dépression parmi les non-usagers	91	90 – 92	81	80 – 82
Jours déprimés (dysthymie)	173	169 – 177	157	152 – 160
Jours avec idées suicidaires	65	63-67	60	58 – 62
Jours de bien-être parmi les usagers	12 355	12 307 – 12 403	12 476	12 428 – 12 524
Jours de bien-être parmi les non-usagers	140	138 – 142	126	124 – 128
Prévalence d'hospitalisation à vie en raison de problèmes de santé mentale pour l'ensemble des cas	30,2 %	29,8 – 30,5 %	27,9 %	27,6 – 28,2 %
Prévalence à vie de tentatives de suicide pour l'ensemble des cas	14,6 %	14,3 – 14,9 %	14,1 %	13,8 – 14,4 %
Nombre de suicides pour l'ensemble des cas	250		184	
Les valeurs représentent les jours ou événements par personne. Le scénario alternatif est basé sur une augmentation de 21 % des cas de dépression majeure par année, pour laquelle l'utilisateur reçoit des services adéquats de santé mentale.				

3.5.3 Coûts/bénéfices documentés dans le cadre des programmes anglais et australiens

a) Coûts/bénéfices documentés pour le programme anglais IAPT

Les exigences et standards de qualité établis pour la collecte des données dans le cadre du programme IAPT ont permis au programme de démontrer sa performance et sa rentabilité au fil des ans. L'évaluation initiale de l'utilisateur est exhaustive et des données sur les services et les résultats cliniques sont recueillies après chaque séance à l'aide d'échelles validées. Le standard du programme est que les centres fournissent minimalement les données pré et post traitement pour 95 % des personnes ayant eu accès au programme.

Les résultats pour 2015-2016 [HSCIC, 2017] indiquent que 62 % des personnes référées au programme ayant terminé leur traitement dans l'année ont présenté une amélioration significative aux mesures d'anxiété ou de dépression ainsi qu'aux mesures de fonctionnement global. De plus, sur une cible de 50 %, 46 % des personnes considérées comme des cas cliniques au début du traitement ont atteint le critère de rémission à la fin du traitement (sous le seuil

clinique sur les échelles d'anxiété et de dépression). Le taux de rémission est comparable pour les hommes et les femmes, mais il tend à augmenter avec l'âge, variant de 40 % chez les 16-17 ans à 60 % chez les personnes âgées de 65 ans et plus. Le taux de rémission varie de 35 % pour les milieux plus défavorisés à 45 % pour les milieux plus favorisés. Les taux de rémission rapportés pour les personnes présentant une condition de comorbidité physique sont similaires à ceux des personnes qui en sont exemptes (43 % contre 46 %), alors que le taux rapporté pour le personnel de l'armée est légèrement supérieur (49 % contre 46 %).

Les données de 2015-2016 indiquent également que le taux de rémission atteint est similaire pour la dépression et les troubles anxieux :

- dépression = 47 %
- troubles anxieux = 49 %
- autres troubles mentaux = 43 %
- autres problèmes = 51 %
- codes diagnostiques invalides = 57 %
- non spécifié = 41 %

Les taux de rémission pour la dépression et les troubles anxieux en fonction du type d'interventions de basse et de haute intensité dispensées, incluant la psychothérapie, sont présentés aux tableaux 20 et 21 respectivement. Ainsi qu'il a déjà été observé, la cible de 50 % de taux de rémission a été atteinte pour les cas de dépression traités à l'aide d'interventions d'autogestion guidée et non guidée par ordinateur et du counseling périnatal. Pour les troubles anxieux, le taux de rémission ciblé a été obtenu à l'aide de la bibliothérapie guidée, l'autogestion non guidée et guidée par ordinateur et le counseling prénatal. Pour les interventions de haute intensité, des taux de rémission de 53 % à 59 % ont été enregistrés pour les cas de dépression traités avec les thérapies de pleine conscience, interpersonnelle et *eye movement desensitization reprocessing*, ainsi qu'avec la thérapie de couple. Pour les troubles d'anxiété, des taux de rémission de 50 % ont été obtenus pour les cas traités avec les thérapies psychodynamiques brèves, *eye movement desensitization reprocessing* et de pleine conscience. Il est intéressant de noter qu'un taux de rémission de 62 % a été enregistré pour le traitement des troubles anxieux à l'aide de la thérapie de couple pour la dépression.

Le rapport de 2014-2015 indique par ailleurs que 22 % des personnes qui étaient au chômage, en recherche d'emploi, en invalidité ou prestataire de l'aide sociale sont retournées au travail à la fin de leur traitement. Ce rapport mentionne également que la moitié des personnes considérées comme des cas cliniques traitées dans l'année (49,6 %) se sont vu prescrire une médication à leur première séance de traitement. De ce nombre, 14 % n'en prenaient plus à la fin de leur traitement, tandis que 35 % étaient toujours médicamentées. Ces données ne sont pas rapportées dans le rapport annuel de 2015-2016.

Tableau 19 : Taux de rémission obtenus en 2015-2016 pour la dépression et les troubles anxieux pour les interventions de basse intensité du programme IAPT

Interventions de basse intensité	Nombre de cas traités n = 201 591	Taux de rémission pour la dépression	Taux de rémission pour les troubles anxieux
Bibliothérapie guidée	89 428	49 %	55 %
Soutien psychoéducatif par les pairs	23 733	46 %	44 %
Bibliothérapie non guidée	13 288	37 %	42 %
Activation comportementale	9 877	48 %	44 %
Autogestion guidée par ordinateur	8 746	52 %	54 %
Autogestion non guidée par ordinateur	2 356	57 %	60 %
Programme d'activités physiques structuré	374	42 %	51 %
Soutien à l'emploi	396	24 %	40 %
Counseling périnatal	133	54 %	53 %
Autres interventions de basse intensité	53 260	41 %	44 %

Tableau 20 : Taux de rémission obtenus en 2015-2016 pour la dépression et les troubles anxieux pour les interventions de haute intensité du programme IAPT

Taux de rémission pour les interventions de haute intensité	Nombre de cas traités n = 265 428	Taux de rémission pour la dépression	Taux de rémission pour les troubles anxieux
Thérapie cognitivo-comportementale	152 452	46 %	49 %
Counseling pour la dépression	61 414	48 %	47 %
Psychothérapie interpersonnelle	4 235	54 %	47 %
EMDR	3181	56 %	50 %
Thérapie psychodynamique brève	1823	46 %	50 %
Soins en collaboration	1915	26 %	45 %
Thérapie de pleine conscience	1 669	53 %	51 %
Activation comportementale	1 386	41 %	41 %
Thérapie de couple pour la dépression	894	59 %	62 %
Relaxation appliquée	273	37 %	48 %
Soutien à l'emploi	57	47 %	35 %
Autres interventions de haute intensité	36 129	47 %	46 %

Le gouvernement anglais aurait investi 300 millions de livres sterling lors de la mise en place du programme IAPT et injecté 400 millions de livres sterling supplémentaires en 2011. Les gains économiques du programme sont liés à une réduction de l'utilisation des services et soins de santé, par les personnes recevant de l'assistance sociale et celles en congé de maladie. Le bilan publié en 2012 par le Département de la santé, après les trois premières années d'existence du programme et le premier million d'utilisateurs, fait référence à un bénéfice net de 300 millions de livres sterling en mars 2015.

Il avait été estimé à ce moment qu'après 10 ans d'existence du programme, soit en 2016-2017, ce bénéfice net atteindrait 4 640 millions de livres sterling, incluant une économie de 272 millions de livres sterling en réduction d'utilisation des services. La seule étude ayant effectué une analyse coûts/bénéfices sur le programme IAPT a été publiée par le NHS en 2011 et est basée sur les données des deux premiers sites pilotes. Elle indique qu'un investissement d'une livre sterling dans le programme IAPT engendre une économie de 1,75 £.

b) Coûts/bénéfices documentés pour les programmes australiens ATAPS et Better Access

Selon le rapport de la Commission nationale de la santé mentale [National Mental Health Commission, 2014b], le gouvernement australien aurait investi 74,1 millions \$ AU dans le programme ATAPS en 2012-2013, comparativement à 635 millions \$ AU pour le programme Better Access. Contrairement au programme anglais IAPT, toutefois, très peu de données sur les coûts et bénéfices ont été relevées dans les documents consultés.

Pour le programme ATAPS, les données repérées portent sur celles recueillies au cours de ses 10 premières années d'existence, soit de 2003 à 2012 [Bassilios *et al.*, 2016]. Comme pour le programme IAPT, les dispensateurs de services ATAPS sont tenus depuis 2003 de recueillir des données sur l'utilisateur, les services offerts et les résultats obtenus à toutes les séances. Au cours de ces 10 ans, 350 000 personnes ont été référées au programme, dont 277 307 admissibles au traitement. Par contre, les données sur les bénéfices du programme ne sont disponibles que pour 13 % des personnes (n = 35 072) ayant reçu des services sur une période de 10 ans.

Une amélioration significative est rapportée sur des échelles standardisées, avec des tailles d'effet supérieures à 0,80 dans la plupart des cas. On ne peut écarter toutefois la possibilité que les personnes sur lesquelles ces données portent aient davantage bénéficié des services reçus que les autres.

Pour le programme Better Access, le coût total des interventions dispensées s'élevait à 475 413 789 \$ AU en 2014-2015. Les interventions offertes par les psychologues représentent 94 % de ce montant. Selon un rapport de l'APS [2014], le coût du programme de 2006 à 2013 s'est élevé à 2,8 milliards \$ AU, dont 29 % (832 millions \$) a été octroyé aux médecins pour la référence des usagers au programme. Le montant pour les services dispensés par les psychologues représente 68 % du budget et s'est chiffré à 1,9 milliard \$ AU pour les psychologues et à 96 millions (3 % du budget) pour les autres professionnels participant au programme.

Quant aux bénéfices, une analyse basée sur des données épidémiologiques et administratives réalisée en 2014 indique que le taux de personnes traitées pour un trouble de santé mentale est passé de 37 % en 2006-2007 à 46 % en 2009-2010, augmentation attribuée au programme Better Access [Whiteford *et al.*, 2014]. Selon l'APS [2014], le fait que les services psychologiques soient offerts en pratique privée contribuerait également à déstigmatiser la consultation pour un problème de santé mentale. Le financement de ces services par le gouvernement démontrerait également la volonté de ce dernier d'accorder la même importance à la santé mentale qu'à la santé physique.

Dans ce même rapport, l'APS dénonce la réduction du financement du programme Better Access au bénéfice du programme ATAPS. On souligne, d'une part, que les services ATAPS sont de 2 à 10 fois plus coûteux que ceux offerts dans le cadre de Better Access et, d'autre part, qu'il est inapproprié et moins économique d'orienter la clientèle vers les services ATAPS, compte tenu du fait que la majorité des personnes avec des troubles anxieux et dépressifs n'ont pas besoin d'être traitées par une équipe multidisciplinaire.

Malheureusement, les données disponibles ne permettent pas de comparer directement les coûts des programmes anglais et australiens par personne traitée, ces coûts n'étant pas disponibles pour le programme Better Access.

3.5.4 Coûts et bénéfices de la psychothérapie au Québec

Contrairement à ce qui avait été prévu dans le mandat initial, aucune analyse coûts/bénéfices n'a été réalisée pour le Québec par l'INESSS. Ce mandat a été révisé en avril 2017 en raison de limites importantes liées à la disponibilité des données et des expertises requises.

En somme

Quels sont les coûts et les bénéfices associés à la psychothérapie ?

- Les travaux de l'INESSS confirment que des bénéfices sur la santé ainsi que des gains économiques résultant du traitement des troubles mentaux sont observés, de manière constante, dans les juridictions étudiées.
- Selon l'OMS, le retour sur l'investissement pour chaque dollar investi serait de 5,3 \$ US pour le traitement de la dépression et de 4,0 \$ US pour les troubles anxieux. L'analyse économique réalisée en France établit pour sa part ce ratio à 1,36 EUR pour chaque euro investi dans la psychothérapie pour traiter la dépression et à 0,76 EUR dans le cas des troubles anxieux.
- Des données canadiennes et québécoises permettent d'estimer que le retour sur l'investissement serait de 2 \$ pour chaque dollar investi dans les services psychologiques pour le traitement de la dépression.
- Une étude allemande, menée sur une période de 5 ans en milieu réel, démontre quant à elle qu'un tel investissement est non seulement rentable pour le traitement des troubles mentaux courants, mais également pour les troubles de la personnalité et autres troubles mentaux chroniques et complexes. De plus, elle révèle que cet investissement demeure rentable même si le traitement s'étend, en moyenne, sur une trentaine de séances de psychothérapie.
- Les données concernant les programmes anglais et australiens indiquent également qu'il est rentable d'investir dans les interventions psychologiques, incluant la psychothérapie, pour le traitement des problèmes et troubles mentaux courants.

4 CONCLUSION

4.1 Principaux constats émanant des travaux

Les travaux entrepris dans le cadre du mandat confié à l'INESSS avaient pour but d'éclairer le MSSS sur les modèles organisationnels à mettre en place pour améliorer l'accès à la psychothérapie au Québec. Les quatre questions d'évaluation suivantes ont été formulées en lien avec cet objectif :

Question 1 : Qui devrait avoir accès à la psychothérapie ?

Question 2 : Lorsque la psychothérapie est indiquée, quelles sont les modalités à privilégier ?

Question 3 : À quelle étape du traitement la psychothérapie doit-elle être envisagée ?

Question 4 : Quels sont les coûts et bénéfices associés à la psychothérapie ?

Les principaux constats dégagés en réponse à ces questions sont les suivants.

Question 1 : Selon les données recueillies, les personnes de tous les groupes d'âge présentant des problèmes de santé mentale ou des troubles mentaux courants sont susceptibles de bénéficier d'interventions psychologiques, dont la psychothérapie. Même s'ils sont rendus accessibles à tous, les programmes anglais et australiens sont utilisés majoritairement par des adultes présentant des troubles anxieux ou dépressifs. Les experts et parties prenantes consultés au Québec sont d'avis que l'accès à la psychothérapie ne devrait pas être limité à un groupe d'âge ou à certaines catégories de troubles mentaux. Cependant, et bien que l'efficacité de la psychothérapie soit démontrée pour traiter des personnes de tout âge ayant divers troubles mentaux, ce traitement n'est pas indiqué pour tous. Avant de retenir cette option thérapeutique, le professionnel habilité à offrir de la psychothérapie doit effectuer une évaluation initiale rigoureuse qui tient compte, à la fois, des préférences et besoins de la personne, de son historique thérapeutique, des facteurs psychosociaux et culturels qui la caractérisent ainsi que de sa condition et de ses capacités.

Question 2 : Dans l'ensemble, l'efficacité des différentes interventions psychologiques analysées est comparable. Les différences observées sont faibles et elles sont davantage liées au groupe d'âge et au type de trouble mental qu'à l'approche thérapeutique comme telle. Les caractéristiques personnelles du thérapeute et de l'utilisateur ainsi que les facteurs communs à l'ensemble des interventions psychologiques contribuent également à leur efficacité. Les interventions cognitivo-comportementales, sous toutes leurs formes, sont les plus étudiées et les plus utilisées dans les programmes anglais et australiens.

Les données scientifiques et les guides de pratique situent la durée optimale du traitement psychologique entre 10 et 20 séances. Par contre, sur une possibilité pouvant aller jusqu'à 18 séances, les personnes ayant accès aux programmes anglais et australiens n'utilisent en moyenne que 5 à 6 séances de traitement. Les experts et les parties prenantes consultés au Québec conviennent du fait que le choix de l'approche thérapeutique et de la durée du traitement demeure avant tout basé sur le jugement clinique du professionnel, les préférences et les besoins de l'utilisateur et sa réponse au traitement.

Question 3 : Le modèle de soins par étapes est celui qui est le plus souvent recommandé pour le traitement des troubles mentaux courants. Dans ce modèle, les interventions de basse intensité sont généralement offertes aux premières étapes et les interventions de haute intensité,

incluant la psychothérapie, aux étapes subséquentes, lorsque la réponse aux interventions de basse intensité est insuffisante. Toutefois, ces étapes ne sont pas nécessairement séquentielles et les interventions de haute intensité, dont la psychothérapie, peuvent être offertes à tout moment en fonction des besoins de la personne. Le programme IAPT, implanté avec succès depuis 10 ans au Royaume-Uni, est basé sur un modèle de soins par étapes intégré aux services de santé primaire. À l'instar du Royaume-Uni, le gouvernement australien a entrepris une réforme importante de ses services de santé mentale, lesquels seront dorénavant intégrés dans un modèle de soins par étapes et dans les services de santé primaire dès 2018-2019.

Le modèle de soins par étapes s'apparente à la hiérarchisation des services en santé mentale préconisée au Québec. Les interventions psychologiques et psychosociales, similaires à celles offertes dans les programmes anglais et australiens, sont déjà offertes par les intervenants et professionnels du réseau de la santé et des services sociaux, des groupes de médecine familiale et des organismes communautaires. De plus, tout comme l'Australie, le Québec compte un grand nombre de psychologues et de psychothérapeutes habilités à offrir de la psychothérapie.

Question 4 : Les données recueillies dans le cadre des travaux de l'INESSS confirment que des bénéfices sur la santé ainsi que des gains économiques résultant du traitement des troubles mentaux courants sont observés, de manière constante, dans les juridictions étudiées. Selon l'OMS, le retour sur l'investissement pour chaque dollar investi serait de 5,3 \$ US pour le traitement de la dépression et de 4,0 \$ US pour celui des troubles anxieux. Une analyse économique réalisée en France situe ce ratio à 1,36 EUR pour chaque euro investi dans la psychothérapie pour traiter la dépression, et à 0,76 EUR dans le cas des troubles anxieux. Des données canadiennes et québécoises permettent d'estimer que le retour sur l'investissement serait de 2\$ pour chaque dollar investi dans les services psychologiques pour le traitement de la dépression.

De plus, une étude allemande, menée sur une période de cinq ans en milieu réel démontre que cet investissement est non seulement rentable pour le traitement des troubles mentaux courants, mais également pour les troubles de la personnalité et d'autres troubles complexes. Cette étude révèle aussi que cet investissement demeure rentable même si le traitement s'étend, en moyenne, sur une trentaine de séances de psychothérapie. Par ailleurs, les données concernant les programmes anglais et australiens indiquent qu'il est rentable d'investir dans les interventions psychologiques, incluant la psychothérapie, pour le traitement des problèmes et troubles mentaux courants.

4.2 Comment améliorer l'accès à la psychothérapie au Québec?

Le programme IAPT, implanté avec succès depuis 10 ans au Royaume-Uni, est basé sur un modèle de soins par étapes intégré aux services de santé primaire. Ce programme a misé sur la formation et l'augmentation des effectifs dans les services du système de santé afin d'améliorer l'accès aux interventions psychologiques, dont la psychothérapie, pour les personnes qui présentent des problèmes ou des troubles mentaux courants. Le programme anglais a su démontrer son efficience par une prévalence traitée des troubles mentaux courants d'environ 10 %; des délais d'attente de six semaines et moins dans 82 % des cas; un taux de rémission de 47 % pour la dépression et de 49 % pour les troubles anxieux et un bénéfice net estimé, après 10 ans d'existence, à 4 640 millions de livres sterling cumulés.

Selon le NHS, le succès du programme anglais est lié, entre autres, à :

- l'engagement des décideurs à accorder la priorité autant à la santé mentale qu'à la santé physique;
- un système de monitoring, séance par séance, permettant de documenter l'évolution clinique des usagers et la performance des services sur une base continue;
- du personnel et une plateforme informatique consacrés au développement d'indicateurs et au maintien des standards de qualité du programme IAPT;
- un programme d'éducation et de formation du personnel augmentant la capacité de traitement et la diversité des interventions offertes dans les services de soins primaires.

Les programmes australiens (ATAPS, Better Access) reposent sur un modèle de soins en collaboration, coordonnés par les médecins et donnant accès à la psychothérapie par l'entremise de psychologues en pratique privée. Après avoir analysé la performance de ces programmes, le gouvernement de l'Australie a entrepris une importante réforme de ses services de santé mentale : ceux-ci seront complètement intégrés dans un modèle de soins par étapes et dans les services de santé primaire dès 2018-2019. Les lacunes relevées portaient, entre autres, sur la fragmentation et le doublement de services, le manque de planification et de coordination des services à l'échelle locale et la dispensation des services répondant davantage aux besoins des fournisseurs qu'aux besoins et aux choix des usagers.

La Commission de la santé mentale du Canada (CSMC) s'est aussi penchée sur la question de l'amélioration de l'accès à la psychothérapie et en fait état dans son rapport sur les « *Options pour améliorer l'accès aux services de counseling, de psychothérapie et de psychologie pour les maladies et les problèmes associés à la santé mentale* » [Chodos, 2017]. Deux stratégies parmi celles explorées ont été retenues par la Commission. La première consiste à investir des fonds publics pour augmenter le nombre de professionnels aptes à offrir des interventions psychologiques dans le système de soins de santé et les organismes de services sociaux existants. C'est la stratégie qui a été utilisée par le programme anglais IAPT. Elle a également été recommandée récemment au gouvernement canadien par la Société canadienne de psychologie. La deuxième stratégie consiste à établir un régime public d'assurance maladie qui permettrait aux professionnels du secteur privé de facturer le gouvernement pour leurs services. C'est la stratégie qui a été utilisée par le programme australien Better Access, et c'est également celle qui est recommandée au gouvernement du Québec par le Collectif pour l'accès à la psychothérapie.

Dans son rapport, la CSMC souligne qu'il existe déjà au Canada des versions de ces deux stratégies : les subventions gouvernementales versées aux établissements de la santé et des services sociaux leur permettant d'engager du personnel afin d'offrir les soins et services requis à la population, sont un exemple de la première option. Le modèle de rémunération à l'acte des médecins, selon lequel le coût des services assurés par les médecins travailleurs autonomes est remis aux régimes publics, est un exemple de la seconde option. Puisque dans les deux stratégies, les services sont payés par des fonds publics, la question n'est pas, selon la CSMC, de choisir entre un financement public et un financement privé, ni d'adopter un modèle de financement préconisant seulement certains mécanismes d'accès aux services de santé mentale. La CSMC allègue qu'un modèle hybride pourrait être une option plus appropriée pour le Canada.

Le gouvernement ontarien, pour sa part, a demandé à l'organisme Qualité des services de santé de l'Ontario [HQO, 2017] d'émettre des recommandations sur les moyens d'améliorer l'accès aux

services psychologiques et à la psychothérapie dans le réseau public. Cet avis ayant été publié en novembre 2017, n'a pu être intégré dans les analyses économiques recensées aux fins du présent rapport, lequel était en cours de révision à ce moment. Dans son rapport, le Comité consultatif ontarien des technologies de la santé recommande au gouvernement que des séances de psychothérapie structurées, individuelles et de groupe, fondées sur des données factuelles, dirigées par des professionnels de la santé autres que des médecins soient prises en charge à même les fonds publics pour les adultes souffrant de dépression clinique ou d'un trouble d'anxiété généralisée. La preuve examinée pour appuyer cette recommandation porte uniquement sur des adultes souffrant de dépression ou d'un trouble d'anxiété généralisée et sur trois psychothérapies : la thérapie cognitivo-comportementale, la psychothérapie interpersonnelle et le counseling.

Selon l'analyse d'impact financier réalisée, la thérapie cognitivo-comportementale et la psychothérapie interpersonnelle offrent un bon rapport qualité-prix [HQO, 2017]. Le coût additionnel pour ajouter ces deux types d'interventions au traitement usuel (incluant le médicament), sur une période de cinq ans, varierait de 68 millions à 529 millions de dollars selon le nombre de séances offertes en format de groupe et en format individuel, et en fonction du type de professionnels impliqués (médecins ou autres professionnels). Ce calcul est basé sur 14 séances de psychothérapie d'une durée de deux heures offertes à des groupes composés de 12 personnes, et sur 14 séances de psychothérapie individuelle offertes à 20 % d'entre elles.

Comme pour le *Health Quality Ontario* (HQO), les résultats de nos travaux indiquent que les interventions cognitivo-comportementales et la thérapie interpersonnelle sont plus efficaces que le traitement usuel, qu'un placebo ou un autre comparateur pour réduire les symptômes et troubles dépressifs chez les adultes. Nos résultats révèlent que ces thérapies sont aussi efficaces pour traiter les enfants avec des symptômes et troubles dépressifs. Par ailleurs, d'autres interventions psychologiques que celles analysées par le HQO se sont avérées efficaces pour diminuer les symptômes de dépression chez les adultes. C'est le cas de la thérapie par réminiscence, de la résolution de problèmes ainsi que de la thérapie psychodynamique. Comme pour l'INESSS, les résultats du HQO concernant l'efficacité de la psychothérapie offerte en format de groupe plutôt qu'en format individuel sont contradictoires. La recommandation du HQO privilégiant le format de groupe est donc basée sur le facteur économique. Enfin, il est à noter que la possibilité que les médecins offrent de la psychothérapie n'a pas été retenue par la CSMC comme une option pour améliorer l'accès à la psychothérapie. Selon la Commission, les médecins font de l'écoute et donnent des conseils plutôt que des interventions psychologiques [Chodos, 2017]. Le rapport susmentionné fait également état d'une enquête réalisée en Ontario en 2007 auprès de 163 médecins, selon laquelle 80 % d'entre eux n'auraient jamais reçu de formation sur la thérapie cognitivo-comportementale. De plus, la modélisation des coûts réalisée pour le gouvernement ontarien démontre que la dispensation des services psychologiques par les médecins et psychiatres serait une option beaucoup plus onéreuse.

Ainsi qu'il a été souligné dans le rapport de la Commission de la santé mentale du Canada [Chodos, 2017], l'amélioration de l'accès à la psychothérapie et aux autres interventions psychologiques dépasse largement la question du financement. La question n'est plus de savoir s'il faut investir dans les services de santé mentale et la psychothérapie, mais plutôt de savoir comment le faire.

Selon l'OMS [2008], la première tâche à accomplir pour améliorer les soins et services de santé mentale à la population consiste à procéder à une analyse de la situation, qui guidera la hiérarchisation et l'échelonnement appropriés des interventions, incluant la psychothérapie. Cette analyse de la situation porte sur les éléments suivants :

- description du fardeau lié aux troubles mentaux pour le pays ou la région;
- définition des besoins en termes de ressources matérielles, financières et humaines, en prenant en compte les stratégies de développement et les plans du secteur de la santé et des services sociaux existants;
- examen de la couverture et de la qualité des interventions essentielles à l'origine d'une couverture limitée ou inefficace;
- examen des politiques en rapport avec les troubles mentaux, de leur état de mise en œuvre, des dépenses courantes associées au traitement de ces troubles et des principaux partenaires impliqués;
- synthèse des informations pour mettre en évidence les pénuries importantes auxquelles on doit remédier pour élargir l'accès aux soins que requiert le traitement des troubles mentaux.

La deuxième tâche consiste à établir des orientations ministérielles relatives aux éléments suivants :

- définition de l'ensemble des interventions et stratégies à mettre en place à chacun des niveaux du modèle de soins par étapes et identification des personnes (professionnels et partenaires) responsables de leur application à chaque niveau de prestation;
- hiérarchisation des interventions choisies et détermination de la cadence à laquelle il est possible de les réaliser et de développer les services;
- précision des obstacles qui empêchent de mettre en œuvre les interventions choisies à grande échelle et détermination des options disponibles pour les contourner;
- évaluation des coûts totaux de l'implantation et de la poursuite des interventions choisies selon plusieurs scénarios généralisables.

Il convient de mentionner qu'un accès plus grand à la psychothérapie soulève plusieurs enjeux et qu'elle impliquera des choix difficiles pour les décideurs, dans un contexte où les fonds publics sont limités. Certains de ces enjeux ont été soulignés par Vasiliadis et ses collaborateurs, dans un article paru en 2015 dans la revue *Santé mentale au Québec*, notamment : les enjeux économiques, les enjeux syndicaux et ceux liés à la représentation professionnelle, à la collaboration professionnelle, ainsi que les enjeux liés aux interventions psychologiques à couvrir [Vasiliadis *et al.*, 2015]. De plus, ainsi qu'il est souligné par Mantoura et ses collaborateurs [2017], il importe de poser un regard social et sociétal sur la santé mentale et sur les conditions de son développement et de son maintien. Comme l'OMS [2008], ces auteurs font ressortir la nécessité d'inclure, dans une approche populationnelle, des interventions de promotion de la santé mentale et de prévention des troubles mentaux ciblant, à différents niveaux (structurels et individuels, milieux de vie, interactions sociales), les déterminants de la santé mentale [Mantoura *et al.*, 2017].

Certains des travaux mentionnés ci-dessus ont déjà été amorcés par le MSSS en collaboration avec des partenaires du réseau. De même, nos travaux effectués conjointement avec des collaborateurs du réseau de la santé et des services sociaux, nous ont permis de constater la volonté partagée de trouver des solutions concrètes pour améliorer l'accès aux interventions psychologiques et à la psychothérapie au Québec. Nous espérons que le présent rapport permettra d'éclairer les décideurs quant aux orientations à privilégier pour que la réponse aux besoins des personnes avec des problèmes de santé mentale soit bonifiée, au bénéfice des personnes elles-mêmes, de leurs proches et de toute la population québécoise.

4.3 Limites du présent rapport

L'analyse de l'efficacité des interventions psychologiques qui a été effectuée est basée sur une revue de méta-analyses et non sur une revue d'études primaires. Dans ces méta-analyses, les résultats de plusieurs études portant sur des interventions de basse et de haute intensité, dont la psychothérapie, sont parfois combinés. De plus, même lorsque les résultats portent sur une intervention en particulier, l'information fournie est souvent insuffisante pour déterminer s'il s'agit d'une psychothérapie au sens du PL21 ou d'interventions qui s'y apparentent. Ainsi, bien que le mandat confié à l'INESSS porte sur la psychothérapie, les résultats et conclusions de ce rapport ne sont pas spécifiques à la psychothérapie telle que définie au Québec. De la même façon, les résultats d'efficacité obtenus s'appliquent autant à des personnes avec un diagnostic établi de trouble mental qu'à celles qui déclarent avoir des problèmes de santé mentale et des symptômes psychologiques.

Les données d'efficacité rapportées ici sont basées pour la plupart sur des revues systématiques d'essais cliniques randomisés. Elles sont considérées comme le niveau de preuve scientifique le plus élevé selon les standards établis. Rappelons toutefois que l'expérience psychothérapeutique peut difficilement être captée par des essais cliniques randomisés et que la preuve scientifique est insuffisante pour guider le clinicien dans son choix de traitement. Enfin, la plupart des données et statistiques rapportées sur le programme anglais IAPT et les programmes australiens ATAPS et Better Access ayant été produites par des instances gouvernementales subventionnaires ou par les organisations impliquées dans l'administration ou la dispensation des services de ces programmes, leur véracité et leur validité ne peuvent être assurées.

ANNEXE A - Liste des collaborateurs et experts consultés

M. Denis Audet, Fédération des médecins omnipraticiens du Québec
M^{me} Isabelle Beaulieu, Ordre professionnel des sexologues du Québec
M. Alain Bibeau, Ordre des ergothérapeutes du Québec
M. Pierre Blain, Regroupement provincial des usagers
M. Rodrigue Côté, CIUSSS de la Capitale-Nationale
M^{me} Catherine de Lanux, Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec
M. Claude Descombes, CIUSSS de l'Estrie-CHUS
M. Pierre Desjardins, Ordre des psychologues du Québec
M. Martin Drapeau, Université McGill
M^{me} Manon Duhamel, MSSS, Direction santé mentale
M. Stéphane Gagnon, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal
M^{me} Martine Lacharité, Ordre des conseillers et conseillères d'orientation du Québec
M^{me} Martine Lafleur, Ordre des infirmières et infirmiers du Québec
M^{me} Julie Lavoie, CIUSSS du Saguenay-Lac-Saint-Jean
M. Richard Lavoie, Regroupement québécois des organismes communautaires en psychothérapie (RQOCP)
D^r Alain Lesage, psychiatre, institut universitaire en santé mentale
M^{me} Andrée Letarte, CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal
M^{me} Marie-Lyne Roc, Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec
D^{re} Erin Strumpf, professeure agrégée, économiste en santé, Université McGill
D^r Jason Sutherland, professeur agrégé, Centre for Health Services and Policy Research, University of British Columbia
D^r Jean Bernard Trudeau, Collège des médecins du Québec
D^{re} Helen-Maria Vasiliadis, professeure, Université de Sherbrooke
M^{me} Georgina Zahirney, Université McGill

Comité d'excellence clinique en santé mentale, dépendances et services aux jeunes et à leur famille de l'INESSS

D^r Evangelia-Lila Amirali, pédopsychiatre, CUSM
M^{me} Marie-Ève Bouthillier, éthicienne, CISSS de Laval
M^{me} Julie Brassard, infirmière clinicienne, CISSS des Laurentides

M. Serge Brochu, directeur scientifique, Institut universitaire sur les dépendances, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

D^{re} Pascale Cholette, médecin de famille, CIUSSS de la Capitale-Nationale

M^{me} Johanne Dion, psychologue, CISSS de la Côte-Nord

M^{me} Lesley Hill, directrice programme jeunesse, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

M^{me} Marie-Elyse Lafaille-Magnan, citoyenne

M. Simon Legault, criminologue, CISSS de la Montérégie-Est

M. Jean-Marc Ménard, directeur clinique (RISQ), CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec

M^{me} Danielle Nadeau, psychologue-chercheure, CIUSSS de la Capitale-Nationale, chercheure régulière au JEFAR (Centre de recherche sur les jeunes et les familles à risque) et professeure associée, École de service social et École de psychologie de l'Université Laval

M. Michel Perreault, chercheur, CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal, professeur agrégé, Université McGill

M. Alexis Rheault-Campeau, citoyen

M. Martin Robert, chef de programme, CIUSSS de l'Estrie – CHUS

M^{me} Helen-Maria Vasiliadis, épidémiologiste-économiste de la santé, professeure, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke

ANNEXE B - Stratégie documentaire

PubMed (NLM)

- #1 psychotherapy[majr]
- #2 mental disorders[majr:noexp] OR (anxiety disorders[majr] OR mood disorders[majr:noexp] OR depressive disorder[majr] OR depression[majr]) NOT (dysthymic disorder[mh] OR seasonal affective disorder[mh] OR bipolar disorder[mh])
- #3 clinical trial[ptyp] OR comparative study[ptyp] OR controlled clinical trial[ptyp] OR evaluation studies[ptyp] OR consensus development conference[ptyp] OR meta-analysis[ptyp] OR practice guideline[ptyp] OR guideline[ptyp] OR randomized controlled trial[ptyp] OR review[ptyp] OR systematic[sb]
- #4 #1 AND #2 AND #3
- #5 (psychotherap*[ti] OR psychosocial*[ti] OR psycholog*[ti] OR cognitive[ti]) AND [therapy[ti] OR therapies[ti] OR therapist*[ti] OR treatment*[ti] OR treating[ti] OR treated[ti] OR intervention*[ti] OR mode[ti] OR model[tiab] OR models[ti] OR program*[ti] OR approach*[ti] OR initiative*[ti] OR policy[ti] OR policies[ti]]
- #6 (mental*[ti] OR depression*[ti] OR depressive[ti] OR anxiety[ti] OR agoraphobi*[ti] OR panic[ti] OR phobic[ti] OR phobia[ti] OR stress[ti] OR ptsd[ti] OR obsessive-compulsive[ti]) NOT (dysthymic[tw] OR seasonal affective[tw] OR bipolar[tw] OR cyclothymic[tw])
- #7 clinical trial[tw] OR clinical trials[tw] OR comparative study[tw] OR comparative studies [tw] OR evaluation study[tw] OR evaluation studies[tw] OR ((singl*[tw] OR doubl*[tw] OR trebl*[tw] OR tripl*[tw]) AND [mask*[tw] OR blind*[tw]]) OR placebo[tw] OR random*[tw] OR control group*[tw] OR prospective*[tw] OR retrospective*[tw] OR meta-analy*[tw] OR metaanaly*[tw] OR cohort[tw] OR case report*[tw] OR case study[tw] OR case studies[tw] OR consensus[tw] OR guideline*[tw]
- #8 #5 AND #6 AND #7
- #9 #4 OR #8
- #10 pharmacotherap*[tw] OR placebo[tw] OR antidepress*[tw] OR medicat*[tw] OR drug[tw] OR drugs[tw]
- #11 #9 AND #10
- #12 sexual[tiab] OR earthquake*[tiab] OR disaster*[tiab] OR war[tiab] OR combat disorder*[tiab] OR veteran*[tiab] OR militar*[tiab]
- #13 #11 NOT #12

PsycINFO (OvidSP)

- #1 exp *psychotherapy/
- #2 *mental disorders/ OR *anxiety disorders/ OR *death anxiety/ OR *generalized anxiety disorder/ OR *obsessive compulsive disorder/ OR *panic disorder/ OR exp *phobias/ OR *posttraumatic stress disorder/
- #3 #1 AND #2
- #4 limit #3 to ("0451 prospective study" OR "0800 literature review" OR "0830 systematic review" OR 1200 meta analysis OR 1600 qualitative study OR "2000 treatment outcome/clinical trial")
- #5 ([psychotherap* OR psychosocial* OR psycholog* OR cognitive]) ADJ5 [intervention* OR treatment* OR treating OR approach* OR therapy OR therapies OR therapist* OR mode OR model OR models OR program* OR approach* OR initiative* OR policy OR policies]). ti.
- #6 (mental* OR depression* OR depressive OR anxiety OR agoraphobi* OR panic OR phobic OR phobia OR post-traumatic OR ptsd OR obsessive-compulsive). ti. NOT (dysthymic OR seasonal affective OR bipolar OR cyclothymic). tw.
- #7 (clinical trial OR clinical trials OR comparative study OR comparative studies OR evaluation study OR evaluation studies OR ((singl* OR doubl* OR trebl* OR tripl*) ADJ3 (mask* OR blind*)) OR placebo OR random* OR control group* OR prospective* OR retrospective* OR meta-analy* OR metaanaly* OR cohort OR case report* OR case study OR case studies OR consensus OR guideline*). ti, ab.
- #8 #5 AND #6 AND #7
- #9 #4 OR #8

- #10 (sexual OR earthquake* OR disaster* OR war OR combat disorder* OR veteran* OR militar*). tw.
- #11 #9 NOT #10
- #12 (pharmacotherap* OR placebo OR antidepress* OR medicat* OR drug OR drugs). tw.
- #13 #11 AND #12

EBM Reviews (OvidSP) : Cochrane Database of Systematic Reviews

- #1 ([psychotherap* OR (psychosocial* OR psycholog* OR cognitive)] ADJ5 [intervention* OR treatment* OR treating OR approach* OR therapy OR therapies OR therapist* OR mode OR model OR models OR program* OR approach* OR initiative* OR policy OR policies]). ti.
- #2 (mental* OR depression* OR depressive OR anxiety OR agoraphobi* OR panic OR phobic OR phobia OR post-traumatic OR ptsd OR obsessive-compulsive). ti. NOT (dysthymic OR seasonal affective OR bipolar OR cyclothymic). tw.
- #3 #1 AND #2

EBM Reviews (OvidSP) : Cochrane Central Register of Controlled Trials; Database of Abstracts of Reviews of Effects; Health Technology Assessment

- #1 ([psychotherap* OR (psychosocial* OR psycholog* OR cognitive)] ADJ5 [intervention* OR treatment* OR treating OR approach* OR therapy OR therapies OR therapist* OR mode OR model OR models OR program* OR approach* OR initiative* OR policy OR policies]). ti.
- #2 (mental* OR depression* OR depressive OR anxiety OR agoraphobi* OR panic OR phobic OR phobia OR post-traumatic OR ptsd OR obsessive-compulsive). ti. NOT (dysthymic OR seasonal affective OR bipolar OR cyclothymic). tw.
- #3 (pharmacotherap* OR placebo OR antidepress* OR medicat* OR drug OR drugs). tw.
- #4 #1 AND #2 AND #3
- #5 (sexual OR earthquake* OR disaster* OR war OR combat disorder* OR veteran* OR militar*). tw.
- #6 #4 NOT #5

CINAHL Plus with Full Text (EBSCO)

- #1 TI ([psychotherap* OR (psychosocial* OR psycholog* OR cognitive)] N5 [intervention* OR treatment* OR treating OR approach* OR therapy OR therapies OR therapist* OR mode OR model OR models OR program* OR approach* OR initiative* OR policy OR policies])
- #2 TI (mental* OR depression* OR depressive OR anxiety OR agoraphobi* OR panic OR phobic OR phobia OR post-traumatic OR ptsd OR obsessive-compulsive)
- #3 TX (dysthymic OR seasonal affective OR bipolar OR cyclothymic)
- #4 TX (sexual OR earthquake* OR disaster* OR war OR combat disorder* OR veteran* OR militar*)
- #5 (#1 AND (#2 NOT #3)) NOT #4
- #6 TX ([clinical trial OR clinical trials OR comparative study OR comparative studies OR evaluation study OR evaluation studies OR ((singl* OR doubl* OR trebl* OR tripl*) N3 (mask* OR blind*)) OR placebo OR random* OR control group* OR prospective* OR retrospective* OR meta-analy* OR metaanaly* OR cohort OR case report* OR case study OR case studies OR consensus OR guideline*])
- #7 TX (pharmacotherap* OR placebo OR antidepress* OR medicat* OR drug OR drugs)
- #8 #5 AND #6 AND #7

Current Contents (Thomson Reuters)

- #1 TI= (psychotherap* OR [psychosocial* OR psycholog* OR cognitive] N/5 [intervention* OR treatment* OR treating OR approach* OR therapy OR therapies OR therapist* OR mode OR model OR models OR program* OR approach* OR initiative* OR policy OR policies])
- #2 TI= (mental* OR depression* OR depressive OR anxiety OR agoraphobi* OR panic OR phobic OR phobia OR post-traumatic OR ptsd OR obsessive-compulsive) NOT TS= (dysthymic OR seasonal affective OR bipolar OR cyclothymic)

- #3 TS= ([clinical trial OR clinical trials OR comparative study OR comparative studies OR evaluation study OR evaluation studies OR ((singl* OR doubl* OR trebl* OR tripl*) N/3 (mask* OR blind*)) OR placebo OR random* OR control group* OR prospective* OR retrospective* OR meta-analy* OR metaanaly* OR cohort OR case report* OR case study OR case studies OR consensus OR guideline*])
- #4 TS= (sexual OR earthquake* OR disaster* OR war OR combat disorder* OR veteran* OR militar*)
- #5 ((#1 AND #2 AND #3) NOT #4)

EBM Reviews (OvidSP) : Cochrane Central Register of Controlled Tirals; Cochrane Database of Systematic Reviews; Database of Abstracts of Reviews of Effects

- #1 ([psychotherap* OR (psychosocial* OR psycholog* OR cognitive)] ADJ5 [intervention* OR treatment* OR treating OR approach* OR therapy OR therapies OR therapeut* OR mode OR model OR models OR program* OR approach* OR initiative* OR policy OR policies]). ti.
- #2 (mental* OR depression* OR depressive OR anxiety OR agoraphobi* OR panic OR phobic OR phobia OR post-traumatic OR ptsd OR obsessive-compulsive). ti. NOT (dysthymic OR seasonal affective OR bipolar OR cyclothymic). tw.
- #3 (pharmacotherap* OR placebo OR antidepress* OR medicat* OR drug OR drugs). tw.
- #4 #1 AND #2 AND #3
- #5 (sexual OR earthquake* OR disaster* OR war OR combat disorder* OR veteran* OR militar*). tw.
- #6 #4 NOT #5
- #7 (economic* OR pharmacoeconomic* OR price* OR pricing OR financ* OR cost* OR fee OR fees OR charge* OR budget* OR money OR monetary OR expenditure* OR qaly OR qalys). tw.
- #8 #6 AND #7

EBM Reviews (OvidSP) : Health Technology Assessment

- #1 ([psychotherap* OR (psychosocial* OR psycholog* OR cognitive)] ADJ5 [intervention* OR treatment* OR treating OR approach* OR therapy OR therapies OR therapeut* OR mode OR model OR models OR program* OR approach* OR initiative* OR policy OR policies]). ti.
- #2 (mental* OR depression* OR depressive OR anxiety OR agoraphobi* OR panic OR phobic OR phobia OR post-traumatic OR ptsd OR obsessive-compulsive). ti. NOT (dysthymic OR seasonal affective OR bipolar OR cyclothymic). tw.
- #3 (economic* OR pharmacoeconomic* OR price* OR pricing OR financ* OR cost* OR fee OR fees OR charge* OR budget* OR money OR monetary OR expenditure* OR qaly OR qalys). tw.
- #4 #1 AND #2 AND #3

CINAHL Plus with Full Text (EBSCO)

- #1 TI ([psychotherap* OR (psychosocial* OR psycholog* OR cognitive)] N5 [intervention* OR treatment* OR treating OR approach* OR therapy OR therapies OR therapeut* OR mode OR model OR models OR program* OR approach* OR initiative* OR policy OR policies])
- #2 TI (mental* OR depression* OR depressive OR anxiety OR agoraphobi* OR panic OR phobic OR phobia OR post-traumatic OR ptsd OR obsessive-compulsive)
- #3 TX (dysthymic OR seasonal affective OR bipolar OR cyclothymic)
- #4 TX (sexual OR earthquake* OR disaster* OR war OR combat disorder* OR veteran* OR militar*)
- #5 (#1 AND (#2 NOT #3)) NOT #4
- #6 TX ([clinical trial OR clinical trials OR comparative study OR comparative studies OR evaluation study OR evaluation studies OR ((singl* OR doubl* OR trebl* OR tripl*) N3 (mask* OR blind*)) OR placebo OR random* OR control group* OR prospective* OR retrospective* OR meta-analy* OR metaanaly* OR cohort OR case report* OR case study OR case studies OR consensus OR guideline*])
- #7 TX (pharmacotherap* OR placebo OR antidepress* OR medicat* OR drug OR drugs)
- #8 TX (economic* OR pharmacoeconomic* OR price* OR pricing OR financ* OR cost* OR fee OR fees OR charges OR budget* OR money OR monetary OR expenditure* OR qaly OR qalys)
- #9 #5 AND #6 AND #7 AND #8

Current Contents (Thomson Reuters)

- #1 TI= (psychotherap* OR [psychosocial* OR psycholog* OR cognitive] N/5 [intervention* OR treatment* OR treating OR approach* OR therapy OR therapies OR therapeut* OR mode OR model OR models OR program* OR approach* OR initiative* OR policy OR policies])
- #2 TI= (mental* OR depression* OR depressive OR anxiety OR agoraphobi* OR panic OR phobic OR phobia OR post-traumatic OR ptsd OR obsessive-compulsive) NOT TS= (dysthymic OR seasonal affective OR bipolar OR cyclothymic)
- #3 TS= ([clinical trial OR clinical trials OR comparative study OR comparative studies OR evaluation study OR evaluation studies OR ((singl* OR doubl* OR trebl* OR tripl*) N/3 (mask* OR blind*)) OR placebo OR random* OR control group* OR prospective* OR retrospective* OR meta-analy* OR metaanaly* OR cohort OR case report* OR case study OR case studies OR consensus OR guideline*])
- #4 TS= (sexual OR earthquake* OR disaster* OR war OR combat disorder* OR veteran* OR militar*)
- #5 TS= (economic* OR pharmacoeconomic* OR price* OR pricing OR financ* OR cost* OR fee OR fees OR charges OR budget* OR money OR monetary OR expenditure* OR qaly OR qalys)
- #6 ((#1 AND #2 AND #3) NOT #4) AND #5

EconLit (ProQuest)

- #1 ti ([psychotherap* OR (psychosocial* OR psycholog* OR cognitive)] N/5 [intervention* OR treatment* OR treating OR approach* OR therapy OR therapies OR therapeut* OR mode OR model OR models OR program* OR approach* OR initiative* OR policy OR policies])
- #2 ti (mental* OR depression* OR depressive OR anxiety OR agoraphobi* OR panic OR phobic OR phobia OR post-traumatic OR ptsd OR obsessive-compulsive) NOT (dysthymic OR seasonal affective OR bipolar OR cyclothymic)
- #3 #1 AND #2

Évaluation des technologies de la santé (ETS)

International

European Network of Health Economic Evaluation Databases (EURO NHEED)

(<http://infodoc.inserm.fr/euronheed/Publication.nsf>)

Guidelines International Network (G-I-N) (<http://www.g-i-n.net/>)

Health Technology Assessment international (HTAi) (<http://www.htai.org/>)

International Network for Agencies for Health Technology Assessment (INAHTA) (<http://www.inahta.org/>)

Canada

Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé (<http://www.cadth.ca/fr>)

Alberta Innovates - Health Solutions, Alberta (<http://www.aihealthsolutions.ca/>)

BC Guidelines and Protocols, Colombie-Britannique (<http://www.bcguidelines.ca/>)

Guidelines Advisory Committee (GAC), Ontario (<http://www.gacguidelines.ca/>)

Health Quality Council (HQC), Saskatchewan (<http://hqc.sk.ca/>)

Health Quality Council of Alberta (HQCA), Alberta (<http://www.hqca.ca/>)

Health Quality Ontario (HQO), Ontario (<http://www.hqontario.ca/accueil>)

Infobanque de l'AMC (<http://www.cma.ca/>)

Institute for Clinical Evaluative Sciences (ICES), Ontario (<http://www.ices.on.ca/>)

Institute of Health Economics (IHE), Alberta (<http://www.ihe.ca/>)

Manitoba Centre for Health Policy, Manitoba

(http://umanitoba.ca/faculties/health_sciences/medicine/units/community_health_sciences/departments/mental_units/mchp/)

McMaster University, Centre for Health Economics and Policy Analysis (CHEPA) (<http://cheпа.org/home>)

Toronto Health Economics and Technology Assessment (THETA) Collaborative
(<http://theta.utoronto.ca/home>)

États-Unis

Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) (<http://www.ahrq.gov/>)

Federal Reserve Bank of St. Louis, Economic Research Division. Ideas database (IDEAS) (<https://ideas.repec.org/>)

Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI) (<http://www.icsi.org/>)

National Guideline Clearinghouse (NGC) (<http://www.guideline.gov/>)

Australie et Nouvelle-Zélande

Medicare Services Advisory Committee (MSAC), Australie (<http://www.msac.gov.au/>)

National Health and Medical Research Council (NHMRC), Australie (<http://www.nhmrc.gov.au/guidelines/>)

New Zealand Guidelines Group (NZGG) (<http://www.health.govt.nz/about-ministry/ministry-health-websites/new-zealand-guidelines-group>)

Royaume-Uni

Centre for Reviews and Dissemination (CRD) (<http://www.york.ac.uk/inst/crd>)

Health Economic Research Unit (HERU), University of Aberdeen (<http://www.abdn.ac.uk/heru/publications/>)

Healthcare Improvement Scotland (<http://www.healthcareimprovementscotland.org/>)

NHS National Institute for Health Research (NIHR) Health Technology Assessment Programme (<http://www.nets.nihr.ac.uk/programmes/hta>)

NHS National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (<http://www.nice.org.uk/>)

NICE, National Library of Guidelines (<https://www.library.nhs.uk/guidance/>)

Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) (<http://www.sign.ac.uk/>)

France

Haute Autorité de Santé (HAS) (http://www.has-sante.fr/portail/jcms/fc_1249693/fr/piliers)

Suède

SBU - Swedish Council on Technology Assessment in Health Care (<http://www.sbu.se/en/>)

Autres

New York Academy of Medicine Grey Literature Report (<http://www.greylit.org/>)

ANNEXE C- Évaluation de la qualité et grilles d'extraction des 13 revues systématiques de références

Résultats de l'évaluation de la qualité des 13 revues systématiques de référence à l'aide de la grille AMSTAR

ITEM	CRITÈRES	# RS 1 a Cuijpers <i>et al.</i> , 2014a	# RS 1 b Cuijpers <i>et al.</i> , 2014b	# RS 2 Cuijpers <i>et al.</i> , 2016	# RS 3 Gartlehner <i>et al.</i> , 2015	# RS 4 Gheorghiu et Lesage, 2017	# RS 5 Huhn <i>et al.</i> , 2014	# RS 6 Hunsley <i>et al.</i> , 2014	# RS 7 INESSS, 2015a	# RS 8 Jonsson <i>et al.</i> , 2016	# RS 9 Kolovos <i>et al.</i> , 2016	# RS 10 Sibley <i>et al.</i> , 2014	# RS 11 Stephens <i>et al.</i> , 2016	# RS 12 Zhou <i>et al.</i> , 2015
1	Un plan de recherche établi a priori est-il fourni ?	OUI	OUI	NON	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	NON	Oui	OUI	OUI
2	La sélection des études et l'extraction des données ont-elles été faites par au moins deux personnes ?	OUI	S.O.*	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	NON	Oui	OUI	OUI
3	La recherche documentaire était-elle exhaustive ?	OUI	OUI	OUI	OUI	S.O.*	OUI	OUI	OUI	OUI	NON	Oui	NON	OUI
4	La nature de la publication (littérature grise, par exemple) était-elle un critère d'inclusion ?	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	Oui	OUI	OUI
5	Une liste des études (incluses et exclues) est-elle fournie ?	NON	NON	NON	OUI	NON	OUI	NON	NON	OUI	NON	Non	NON	NON
6	Les caractéristiques des études incluses sont-elles indiquées ?	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	Non	OUI	OUI
7	La qualité scientifique des études incluses a-t-elle été évaluée et consignée ?	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	Non	OUI	S.O.*
8	La qualité scientifique des études incluses dans la revue a-t-elle été utilisée adéquatement dans la formulation des conclusions ?	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI
9	Les méthodes utilisées pour combiner les résultats des études sont-elles appropriées ?	OUI	OUI	OUI	OUI	S.O.*	OUI	OUI	S.O.*	OUI	OUI	S.O.	OUI	OUI
10	La probabilité d'un biais de publication a-t-elle été évaluée ?	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	NON	OUI	NON	NON	OUI
11	Les conflits d'intérêts ont-ils été déclarés ?	NON	NON	OUI	OUI	OUI	NON	OUI	OUI	OUI	OUI	NON	NON	OUI
ÉVALUATION GLOBALE DE LA QUALITÉ		9/11 Bonne	8/10 Bonne	9/11 Bonne	11/11 Bonne	8/9 Bonne	10/11 Bonne	10/11 Bonne	9/10 Bonne	10/11 Bonne	7/11 Moyenne	5/10 Faible	7/11 Moyenne	9/10 Bonne

* S. O. : Sans objet, car il est impossible d'y répondre. Source : Shea *et al.*, 2007.

Grilles d'extraction des treize revues systématiques de référence

# RS	Auteurs Année	Qualité de la RS Période couverte	Nombre d'études et participants	Population à l'étude	Interventions et comparateurs	Résultats
1 a	Cuijpers <i>et al.</i> , 2014a	Bonne (9/11) 1966 - 2014	1 méta 44 ECR N = 4 409	Adultes 50 ans et plus Troubles dépressifs (DX ou SX)	- Int. TCC - Thérapie interpersonnelle - Résolution de problèmes - Psychodynamique - Rémiscence - Autogestion guidée - Activation comportementale - Counseling de soutien - Groupes témoins - Traitement usuel - Liste d'attente	<u>Thérapies vs comparateurs</u> : 32 études, $g = 0,64$ (0,47 – 0,80), NNT = 2,86, mais haut taux d'hétérogénéité (80 %). • Taille d'effet de 0,43 (0,33 – 0,52) lorsque les valeurs extrêmes sont exclues et NNT = 4,20. • Tailles d'effet plus grandes lorsque mesuré à l'aide du <i>Hamilton Revised Scale for Depression</i> ($g = 1,26$) qu'avec les autres échelles (g varie entre 0,46 et 0,76). • Thérapie supérieure au groupe témoin après six mois : $g = 0,27$ (0,16 – 0,37). • Taille d'effet plus grande pour la thérapie par bilan de vie (0,59) vs groupe témoin que les autres thérapies (0,29 à 0,46). • Les tailles d'effet varient selon : - l'évaluation de la dépression : diagnostic DSM/ICD = 0,42 vs échelles de symptômes = 0,47 - le format de la thérapie : individuel = 0,36 vs groupe = 0,50 vs guidée = 0,47 - le nombre de séances : 3 à 5 = 0,61 vs 6 à 10 = 0,36 vs 12 à 16 = 0,48. - le comparateur : liste attente = 0,60 vs traitement usuel = 0,38 vs groupe témoin actif = 0,28 - la qualité de l'étude : moins bonne qualité = 0,52 vs bonne qualité = 0,34 - le lieu de recrutement : milieu clinique = 0,27 vs communauté = 0,49 <u>8 études pour la comparaison directe selon le type d'interventions</u> • TCC vs autres interventions = 0,31 (0,05 – 0,57). • Résolution de problèmes vs autres interventions = 0,30 (0,08 – 0,52). • Counseling de soutien vs autres interventions = -0,34 (- 0,55 à - 0,12). • Pas de différence significative activation comportementale vs autres interventions. • Pas de différence significative thérapie psychodynamique vs autres interventions. • Pas de différence significative psychothérapie vs pharmacothérapie (trois études). • Pas de différence significative traitement combiné vs médication seulement (quatre études).
1 b	Cuijpers <i>et al.</i> , 2014b	Bonne (8/11) 1966 - 2013	1 méta 92 ECR N = 6 937	Adultes - 18 ans et plus Dépression (DX)	- Int. TCC - Thérapie interpersonnelle - Résolution de problèmes - Psychodynamique - Auto gestion guidée - Activation comportementale - Counseling de soutien - Groupes témoins - Traitement usuel - Liste d'attente	Résultat principal : 62 % des patients du groupe avec intervention ne rencontrent plus les critères DX pour la dépression majeure contre 48 % pour traitement usuel, vs 43 % groupe témoin, et 17 % pour la liste d'attente ($p = 0,0002$). Donc amélioration de 14 % par rapport au traitement usuel. • Pas de différence significative entre les différents types d'interventions • Diminution de 50 % et plus des symptômes dépressifs dans 48 % des cas pour le groupe avec interventions contre 19 % pour les autres comparateurs ($p = 0,000$) • Taux de rémission de 43 % pour psychothérapies vs 27 % pour comparateurs (tendance $p = 0,07$) • Tailles d'effet plus petites pour les personnes de 50 ans et plus, pour la thérapie de groupe et personnes avec des symptômes moins sévères au début du traitement • Tailles d'effet plus grandes pour 20 séances et plus vs 4 à 9 séances, 10 à 12 séances ou 16 à 19 séances

2	Cuijpers <i>et al.</i> , 2016	Bonne (9/11) 1979 -2014	1 méta 90 ECR N = 11 434	Tous les âges Troubles dépressifs, anxieux, alimentaires (DX ou SX)	- Thérapie interpersonnelle - Autres thérapies - Pharmacothérapie	<u>Thérapie interpersonnelle vs comparateurs</u> Dépression (31 études) : $g = 0,60$ (0,45 – 0,75). - Différence non significative chez les adultes de 50 ans et plus. - Tailles d'effet plus grandes lorsque la dépression est établie à l'aide d'échelles de symptômes vs un DX et si 10 séances et plus. Troubles de l'alimentation (2 études) : pas de différence significative. Troubles anxieux (3 études) : différence significative en faveur thérapie interpersonnelle vs comparateurs pour les symptômes anxieux : $g = 0,89$ (0,22 – 1,56) et les symptômes dépressifs : $g = 0,82$ (0,45 – 1,19). <u>Thérapie interpersonnelle vs autres interventions</u> Dépression (14 études) : pas de différence significative. Troubles de l'alimentation (6 études) : tendance en faveur TCC vs thérapie interpersonnelle ($d = 0,20$). Troubles anxieux (6 études) : pas de différence significative. <u>Thérapie interpersonnelle vs pharmacothérapie</u> Dépression majeure (16 études) : différence non significative, mais tendance en faveur pharmacothérapie. <u>Dépression</u> Thérapie interpersonnelle + médication vs médication seulement (10 études) : pas de différence significative. Thérapie interpersonnelle + médication vs thérapie interpersonnelle seulement (7 études) : tendance en faveur traitement combiné : $g = 0,24$ (0,03 – 0,46). Prévention de la rechute (7 études) : tendance traitement combiné plus efficace que médication seulement : $g = 0,34$ (0,14 – 0,84) et plus efficace que thérapie interpersonnelle seulement : $g = 0,30$ (0,11 – 0,71).
3	Gartlehner <i>et al.</i> , 2015	Bonne (11/11) 1990 -2015	1 méta 20 ECR N = 2979	Adultes – 18 ans et plus Dépression (DX)	- Int. TCC - Thérapie interpersonnelle - Psychodynamique - Groupes témoins - Pharmacothérapie	TCC : 11 études, $n = 1\ 566$ - Antidépresseurs de seconde génération (ASG) et TCC sont d'efficacité comparable (preuve modérée) en ce qui concerne le taux de rémission des patients avec dépression modérée et sévère après 12 à 16 semaines de traitement. - Après 24 semaines, risques d'événements indésirables plus élevés pour les patients traités avec ASG que les patients traités avec TCC et médecine alternative (preuve modérée). - Ajout de la TCC aux ASG chez les patients avec réponse insuffisante après 12 semaines de traitement aux ASG n'engendre pas d'amélioration significative sur les symptômes dépressifs et le taux d'abandon. Thérapie interpersonnelle : 4 études, $n = 872$ - Pas de différence significative sur les taux de rémission et d'abandon entre la thérapie interpersonnelle et les ASG. - Ajout de la thérapie interpersonnelle aux ASG chez les patients avec réponse insuffisante après 12 semaines de traitement aux ASG augmente le taux de rémission de 25 % (preuve faible). Thérapie psychodynamique : 3 études, $n = 298$ - Pas de différence significative entre ASG et thérapies brèves sur les taux de rémission et d'abandon après 16 semaines de traitement. - Taux d'abandon inférieur après 8 mois pour les personnes continuent de recevoir la thérapie et les ASG.

						Activation comportementale : 2 études, n = 243 - Les patients traités avec des ASG ont un taux abandon trois fois plus élevé que ceux traités avec l'activation comportementale. - Résultat mitigé sur le taux de rémission et la réponse au traitement.	
4	Gheorghiu et Lesage, 2017	Troubles anxieux-dépressifs	Bonne (8/9) 1980 – 2014	12 méta 175 EC N > 14 282	Jeunes - 1 – 25 ans Troubles dépressifs, anxieux, substances, TDAH, et oppositionnels (DX ou SX)	- Int. TCC - Comportementale - Entraînement cognitif - Psychodynamique - Familiale - Habiletés parentales - Entretien motivationnel - Traitement usuel - Liste d'attente - Groupes témoins - Autres thérapies	Note : Les revues et méta-analyses portant sur la détection et prévention des troubles mentaux ont été exclus de même que celles portant uniquement sur le traitement pharmacologique et le suicide. Les résultats de la revue de Sibley <i>et al.</i> , 2014 n'ont pas été considérés ici puisque cette revue est une des 13 revues de référence retenues par l'INESSS.
			Méta Bonne 2001 – 2012	4 ECR N = 108	7- 18 ans Anxiété	TCC par ordinateur vs liste d'attente	TCC par ordinateur supérieure à la liste d'attente. Tailles d'effet plus grandes pour les échantillons composés de jeunes que pour les échantillons composés d'adultes : jeunes = 0,51 jeune (0,20 – 0,82) vs adultes = 0,97 (0,87 – 1,07).
			Méta Bonne 2009 – 2012	13 ECR N = 796	0- 25 ans Anxiété et dépression	TCC par ordinateur contre liste d'attente ou placebo	Tailles d'effet moyennes à grandes comparables à la TCC en face à face. - Anxiété = 0,68 (0,45 – 0,92). - Dépression = 0,76 (0,41 – 1,12).
			Méta Bonne 1994-2012	20 ECR N = 2099	0-18 ans Anxiété	TCC contre liste d'attente ou aucun traitement	Personnes traitées avec TCC ont neuf fois plus de chance de se rétablir que les personnes liste d'attente ou non traitées : LOR = 2,21 (1,80 – 2,63).
			Méta Bonne 1990-2012	7 ECR N = 569	7 -25 ans Symptômes anxieux et dépressifs	TCC par ordinateur et face à face contre liste d'attente ou traitement usuel	TCC plus grande réduction des symptômes d'anxiété que liste d'attente : = 0,52 (0,14 – 0,90) et taux de rémission supérieur chez les adolescents sur une période de 6 à 24 mois après la fin du traitement : = 3,63 (1,59 – 8,27). - Pas différence significative TCC vs comparateurs pour les symptômes dépressifs. - Pas différence significative pour la TCC par ordinateur vs face à face.
	TDAH		Méta Bonne 2005 – 2014	16 ECR N = 759	3 – 18 ans TDAH	Entraînement cognitif vs traitement usuel, liste d'attente ou placebo	Évaluation à l'aveugle : résultat significatif pour les symptômes d'inattention : = 0,47 (0,14 - 0,80).
		RS Bonne 2005-2012	6 ECR N = 247	3 -18 ans TDAH	Entraînement cognitif vs traitement usuel, liste d'attente ou placebo	Pas de différence significative.	
		Méta	24 études	6 – 12 ans	Interventions	Les interventions comportementales sont plus efficaces que la liste d'attente pour réduire les symptômes du TDAH	

		Moyenne 1985 – 2007	N = ?	TDAH	comportementales vs pharmacothérapie ou liste d'attente	selon les parents : = 0,87 (0,73 – 1,01) et les enseignants : = 0,75 (0,49 – 1,01). • Le traitement combiné est supérieur aux interventions comportementales seules pour réduire les symptômes du TDAH selon les parents : 1,89 (1,39 – 2,40) et les enseignants : = 1,77 (1,08 – 2,46).
	Trouble de l'opposition	Méta Moyenne 1987 -2008	33 études, dont 17 ECR N = 2610	4 – 16 ans Trouble de l'opposition	TCC et autres interventions vs liste d'attente	Les interventions psychologiques sont plus efficaces que la liste d'attente pour réduire l'agressivité : = 0,41 (0,30 – 0,52) et améliorer les compétences sociales : = 0,42, (0,27 – 0,57). Les tailles d'effet sont plus grandes chez les enfants plus jeunes et plus grandes pour les interventions comportementales que familiales.
		RS Cochrane Bonne 1950 – 2011	10 ECR N = 1078	3 – 12 ans Trouble de l'opposition	Groupes d'habiletés parentales vs liste d'attente ou traitement usuel	Les groupes d'entraînement aux habiletés parentales sont plus efficaces que les comparateurs pour réduire les comportements d'opposition : = 0,44 (0,11 – 0,77).
	Troubles de substances	RS Moyenne 1994-2004	5 ECR N = 545	12 – 18 ans Alcool/drogues	Thérapies familiales vs comparateurs	Toutes les interventions sont plus efficaces que comparateur : • thérapie familiale multidimensionnelle plus efficace que comparateur pour substances : = 1,46 (IC non rapporté); • TCC familiale plus efficace que comparateur pour alcool : = 0,30, et drogues : = 0,84 (non rapporté); • thérapie familiale fonctionnelle plus efficace que comparateur pour la marijuana : = 1,00 (non rapporté); • thérapies familiales brèves plus efficaces que comparateur pour alcool : = 0,30 (non rapporté).
		Méta Moyenne 1998 – 2008	21 études, dont 3 ECR N = 5471	12 – 23 ans Alcool et drogues	Entretien motivationnel vs comparateurs	Entretien motivationnel plus efficace que comparateur, mais petite taille d'effet : 0,16 (0,08 – 0,25).
		Méta Moyenne 1960-2008	16 ECR N = ?	12 – 19 ans Alcool	Thérapies individuelles et familiales vs liste d'attente ou groupe témoin	Thérapies familiales et individuelles plus efficaces que comparateurs pour réduire la consommation d'alcool, mais tailles d'effet plus grandes pour thérapies individuelles. • Thérapies individuelles vs comparateurs = 0,75 (0,40 – 1,05). • thérapies familiales vs comparateurs = 0,46 (0,26 – 0,66).
5	Huhn et al., 2014	Bonne (10/11) --- 2012	31 méta N = 23 677	Adultes Troubles dépressifs, anxieux, substances, alimentaires, somatoformes et autres (DX ou SX)	- Int. TCC - Psychodynamique - Dialectique - Entraînement cognitif - Placebo - Sans traitement - Pharmacothérapie	<u>Thérapies plus efficaces que l'absence de traitement pour</u> 13 troubles mentaux sur les 20 troubles investigués. • Démence : n = 270, 0,44 (0,20 – 0,69); insomnie : 0,52 (0,33 – 0,72); TDAH adulte : n = 1 045, 1,03 (0,91 – 1,16); TOC : n = 240, 1,37 (0,64 – 2,24); TAG : n = 95, 0,51 (0,05 – 0,97); phobie sociale : n = 377, 0,62 (0,39 – 0,86); TSPT : n = 266, 0,62 (0,28 – 0,96); phobie simple : n = 1 217, 1,03 (0,91 – 1,16); anorexie : n = 77, 0,99 (0,38 – 1,60); hyperphagie : n = 90, 0,86 (0,42 – 1,30); boulimie : n = 204, 1,61 (0,96 – 2,29). <u>7 comparaisons directes thérapies vs pharmacothérapie</u> • Thérapies plus efficaces que la médication pour traiter la boulimie : n = 237, 0,52 (0,20 – 0,84) T • Médication plus efficace que la thérapie psychodynamique pour traiter la schizophrénie : n = 92, 0,56 (0,14 – 0,98). • Pas de différence significative entre les thérapies et la médication pour traiter la dépression majeure (n = 1 662), le trouble panique (n = 375), le TAG, et la phobie sociale (n = 208) bien que faible tendance en faveur de la thérapie.

						<u>16 comparaisons directes traitement combiné vs monothérapie</u> • Traitement combiné légèrement supérieur psychothérapie seule pour la dépression : $n = 903$, $0,28$ ($0,12 - 0,43$), boulimie : $n = 257$, $0,29$ ($0,02 - 0,86$), et phobie sociale : $n = 208$, $0,42$ ($0,18 - 0,68$). • Traitement combiné supérieur à la pharmacothérapie seule pour la boulimie : $n = 141$, $0,49$ ($0,09 - 0,89$). • Traitement combiné légèrement supérieur à la pharmacothérapie seule pour la schizophrénie : $n = 2131$, $0,33$ ($0,21 - 0,45$), troubles dépressifs : $n = 2036$, $0,31$ ($0,20 - 0,40$) et le trouble panique : $n = 746$, $0,24$ ($0,08 - 0,40$).
6	Hunsley et al., 2014	Bonne (10/11) 2000 - 2012	25 méta 536 ECR N > 22 879	Tous les groupes d'âge Troubles dépressifs et anxieux	- Int. TCC - EMDR - Autres thérapies - Groupes témoins - Placebo - Traitement usuel - Liste d'attente	
		Huntley et al., 2012	14 études N = 1 217	Adultes Dépression	TCC individuel et groupe TCC vs traitement usuel	TCC et traitement usuel plus efficace que traitement usuel pour réduire les symptômes dépressifs : $= 0,55$ ($0,32 - 0,78$).
		Feng et al., 2011	32 études N = ?	Adultes 19 – 75 ans Dépression	TCC de groupe vs groupe témoin	TCC de groupe (6 à 10 participants, 8 à 12 séances, 1 heure semaine) plus efficace que groupe témoin post-traitement : $= 0,40$ ($0,11 - 0,68$) et au suivi de 6 mois : $0,38$ ($0,16$ et $0,60$).
		Cape et al., 2010	N = 540	Non spécifié Dépression	Interventions brèves vs traitement usuel	Interventions brèves moins de 8 séances plus efficaces que comparateurs : $= 0,42$ ($0,10 - 0,74$).
		Nieuwsma et al., 2012	15 ECR N = ?	Non spécifié Dépression	TCC brève, résolution de problèmes, pleine conscience vs groupe témoin	TCC (8 séances) plus efficace que comparateur pour traiter la dépression : $= 0,42$ ($0,10 - 0,74$). Résolution de problèmes légèrement plus efficace que traitement usuel pour traiter la dépression : $n = 777$, $0,26$ ($0,03 - 0,49$).
		Peng et al., 2009	14 études N = 705	Adultes de 55 ans et + Dépression	TCC, réminiscence, bilan de vie, autres thérapies vs placebo ou aucun traitement	Thérapies combinées plus efficaces que placebo : $= 0,92$ ($0,63 - 1,21$). • TCC plus efficace que placebo : $= 1,34$ ($0,79 - 1,81$). • Réminiscence/bilan de vie plus efficace que placebo : $= 0,64$ ($0,25 - 1,04$). • Autres thérapies plus efficaces que placebo : $= 1,00$ ($0,59 - 1,40$).
		Weisz et al., 2006	35 ECR N = 2 095	0 – 18 ans Dépression	60 % adolescent, 20 % enfants 20 % mixtes	Réduction significative des symptômes pour les thérapies vs comparateurs $= 0,34$ (non rapporté). • Taille d'effet plus grande lorsque rapporté par les enfants ($= 0,72$) que par les parents ($0,24$).
		De Maat et al., 2006	10 ECR N = 1 233	19 – 65 ans Dépression	Thérapies vs pharmacothérapie	Pas de différence significative sur les taux de rémission, peu importe le niveau de chronicité ou de sévérité. • Au suivi de 1 à 2 ans, le taux de rechute est significativement plus bas pour les thérapies que pour la pharmacothérapie : $26,5\%$ vs $56,6\%$ (RR = $0,46$). • Taux d'abandon plus élevé pour la pharmacothérapie que pour la psychothérapie : $28,5\%$ vs $23,6\%$ (RR = $1,29$).
		Scott et al., 2007	8 ECR N = 367	Non spécifié Trouble	TCC + médication vs pharmacothérapie	Moitié moins de rechute pour le traitement combiné vs médication seule : OR = $0,53$ ($0,37 - 0,73$).

				Bipolaire		
		Szentagotai et David, 2010	10 ECR N = 770	Non spécifié Trouble Bipolaire	TCC + médication vs médication seulement	Même taux de rechutes pour TCC seulement que pour médication seulement. - Par contre, TCC + médication plus efficace pour réduire les symptômes que médication seulement : $d = 0,44$ (0,29 – 0,59). - Meilleure adhésion au traitement pour traitement combiné que médication seule : $d = 0,53$ (0,35 – 0,71). Effet sur l'adhésion au traitement est très important considérant le haut taux de non-observance chez les personnes avec un trouble bipolaire. - Traitement combiné légèrement supérieur à médication seule pour le fonctionnement social : $d = 0,36$ (0,18 – 0,54).
		Hunot et al., 2010	25 ECR N = 1 305	18 – 75 ans (moy = 47 ans) Avec DX TAG	TCC et autres thérapies vs traitement usuel ou liste d'attente	TCC plus efficace que les comparateurs pour réduire les symptômes d'anxiété : $d = 1,00$ (0,77 – 1,24). 46 % des patients avec amélioration cliniquement significative pour TCC vs 14 % pour comparateurs (RR = 0,64, 0,55 – 0,74). - Taux d'attrition plus élevé parmi les adultes plus âgés que chez les plus jeunes 26,4 % vs 9,2 %. - Pas de comparaisons entre les différentes thérapies en raison d'une trop grande hétérogénéité.
		Nordhus et Pallesen 2003	15 ECR N = 495	65 ans et plus (moy = 69,5 ans) DX ou symptômes d'anxiété	Thérapies vs comparateurs	6 études où les participants sont recrutés sur la base d'un DX principal de TAG. Thérapies plus efficaces que comparateurs pour réduire les symptômes d'anxiété : $d = 0,55$ (0,38 – 0,72).
		In-Albon et Schneider 2007	24 ECR N = 1275	6 – 18 ans (moy. = 10,9) Trouble anxieux	TCC vs liste d'attente	TCC plus efficace pour réduire les symptômes d'anxiété : $d = 0,66$ (0,36 – 0,96). 69 % des enfants du groupe TCC ne répondent plus aux critères diagnostiques de trouble anxieux vs 13 % des enfants sur liste d'attente.
		Reynolds et al., 2012	55 ECR N = 4 258	0 – 18 ans Troubles d'anxiété enfance	TCC et autres thérapies vs comparateurs	Thérapies plus efficaces que l'absence de traitement : $d = 0,76$ (0,55 – 0,97). TCC légèrement plus efficace que psychoéducation ou counseling de soutien (19 études) : $d = 0,35$ (0,11 – 0,59).
		Acarturk et al., 2009	30 études N = 1 628	Adultes 18 – 65 ans Avec DX anxiété sociale	TCC groupe et individuelle vs comparateurs	14 études TCC en format individuel, 15 études TCC en groupe, 1 étude avec les deux formats. - TCC groupe ou individuelle plus efficaces que comparateurs : $d = 0,77$ (?? – 0,94), mais réduit à 0,45 (0,30 – 0,60) lorsque corrige pour biais de publication. - TCC légèrement plus efficace au suivi de 1 à 3 mois (10 études) : $d = 0,19$ (0,02 – 0,36). - TCC plus efficace au suivi de 4 à 6 mois (8 études) : $d = 0,37$ (0,12 – 0,63). - TCC légèrement plus efficace suivi de 7 à 18 mois (9 études) : $d = 0,15$ (0,01 – 0,29).
		Segool et Carlson 2008	7 études N = ?	Enfants 5 – 19 ans Anxiété sociale	TCC vs comparateurs	TCC de groupe pendant 12 semaines vs groupe témoin. TCC plus efficace que comparateur pour réduire les symptômes d'anxiété : $d = 0,86$ (0,67- 0,97) et améliorer le fonctionnement : $d = 1,56$ (1,42 – 1,70). Rapport que sur toutes les mesures, pharmacothérapie plus efficace que groupe témoin et effet plus important que pour TCC, mais les tailles d'effet ne sont pas rapportées.
		Wolitzky-	33 études	Adultes	Diverses formes de TCC	TCC avec exposition plus efficace que l'absence de traitement : $d = 1,05$ (0,91 – 1,20).

		Taylor et al., 2008	N = 1 193	Phobies spécifiques	vs comparateurs	TCC avec exposition plus efficace que TCC sans exposition : = 0,44 (0,28 – 0,60).
		Sanchez-Meca et al., 2010	42 études N = ?	Adultes Trouble panique	TCC vs groupes témoins	Toutes les thérapies de type TCC combinées plus efficace que groupe témoin : = 0,78 (0,66 – 0,91). TCC avec relaxation et exposition : d = 1,84, exposition seulement : d = 1,53, exposition et restructuration cognitive : d = 1,29, relaxation seulement : d = 0,86, les 3 composantes ensemble = 0,83.
		Gould et al., 2012	12 ECR N = ?	Personnes âgées Troubles anxieux	TCC vs traitement usuel ou liste d'attente	TCC plus efficace que liste d'attente : = 0,66 (0,38 – 0,94). À peine plus efficace que le traitement usuel : = 0,20 (0,01 – 0,42), mais on ne sait pas si celui-ci inclut la médication.
		Olatunji et al., 2013	16 ECR N = ?	Pas de restriction âge TOC	TCC vs liste d'attente, placebo	TCC plus efficace que placebo et liste d'attente à la fin du traitement : = 1,39 (1,04 – 1,74) et au suivi : 0,43 (0,12 – 0,74). Taille d'effet plus grande chez les jeunes : = 2,50 (1,94 – 3,05) que chez les adultes : 1,08 (0,85 – 1,32).
		Watson et Rees 2008	13 études N = 1 177	Jeunes < 18 ans (moy. = 12 ans) TOC	TCC et pharmacothérapie vs comparateurs	5 comparaisons TCC et 10 comparaisons pharmacothérapies vs groupe témoin. - TCC plus efficace que comparateur : = 1,45 (0,68 – 2,22). - Pharmacothérapie plus efficace que comparateur : = 0,48 (0,36 – 0,61).
		Bisson et al., 2007	38 études N = ?	Adulte PTSD	TCC axée sur le trauma et EMDR vs traitement usuel ou liste d'attente	TCC axée sur le trauma plus efficace que le traitement usuel et liste d'attente pour réduire : - les symptômes ESPT : = 1,40 (0,91 – 1,89); - les symptômes d'anxiété généralisée : = 0,99 (0,78 – 1,20); - les symptômes dépressifs : = 1,26 (0,82 – 1,69). EMDR plus efficaces que le traitement usuel et liste d'attente pour réduire : - les symptômes du TSPT : = 1,51 (1,15 – 1,87); - les symptômes d'anxiété généralisée : = 1,20 (0,85 – 1,54); - les symptômes dépressifs : = 1,48 (1,12 – 1,84).
		Powers et al., 2010	13 études N = 658	Adultes État stress post-traumatique	TCC avec exposition prolongée vs placebo psychologique et liste d'attente	6 études TCC avec exposition prolongée vs placebo psychologique (pas de détails), 5 études vs liste d'attente, 2 études avec les deux types de comparateurs. - TCC avec exposition prolongée plus efficace pour réduire les symptômes de l'SPT que les 2 comparateurs à la fin du traitement : = 1,08 (0,69 – 1,46) et au suivi : = 0,68 (0,27 – 1,10). - TCC avec exposition prolongée plus efficace pour réduire les symptômes anxieux et dépressifs que les 2 comparateurs à la fin du traitement : = 0,77 (0,53 – 1,01) et au suivi : 0,41 (0,03 – 0,78).
		Kowalik et al., 2011	8 études N = 708	Jeunes 5 – 17 ans PTSD	TCC axée sur le trauma vs thérapies de soutien	Résultats évalués à l'aide échelle CBCL. TCC axée sur le trauma légèrement plus efficace que les thérapies de soutien : 0,33 (0,11 – 0,54).
7	INESSS, 2015a (Volet I)	Bonne (9/10)	13 RS 205 ECR	Adultes	- Int. TCC - Thérapie	Efficacité comparable de la psychothérapie et pharmacothérapie pour le trouble panique ainsi que pour la

		2009-2013	N > 16 416	Troubles dépressifs et anxieux	interpersonnelle - Résolution de problèmes - Psychodynamique - Autres interventions - Pharmacothérapie	dépression et l'anxiété généralisée de sévérité modérée chez adultes. • Meilleur maintien des gains à plus long terme pour la psychothérapie et meilleure protection contre la rechute. • Pharmacothérapie et psychothérapie plus efficaces que la psychothérapie seule pour traiter les troubles anxieux et dépressifs chroniques et sévères. • À long terme, la psychothérapie présente un meilleur rapport coût/efficacité et semble plus rentable que la pharmacothérapie pour traiter les troubles anxieux et dépressifs.
8	Jonsson et al., 2016	Bonne (10/11) 2000 – 2016	1 méta 14 ECR N = 947	65 ans et plus Dépression (DX ou SX)	- Int. TCC - Résolution de problèmes - Réminiscence – bilan de vie - Autogestion guidée - Groupes témoins - Traitement usuel - Liste d'attente	Interventions de basse et de haute intensité offertes en format individuel ou de groupe, au téléphone, à la maison, ou assistées par ordinateur. Interventions offertes par des infirmières, travailleurs sociaux et des psychologues dans certains cas. Durée de l'intervention entre 6 et 12 semaines avec une évaluation après 6 mois dans la plupart des études. • TCC de résolution de problèmes (6 études, n = 330) plus efficace que le traitement usuel pour réduire les symptômes dépressifs des personnes avec un diagnostic confirmé de dépression majeure : = 0,88 (0,32 – 1,44) et des personnes avec des symptômes au-dessus du seuil clinique avant le début du traitement : = 1,34 (0,67 – 2,02). • TCC (5 études, n = 482), mais coefficient d'hétérogénéité trop élevé pour combiner les résultats (78 %). • Thérapie par réminiscence et bilan de vie (3 études, n = 124) plus efficace que la liste d'attente pour réduire les symptômes dépressifs : = 1,01 (0,63 – 1,39), mais la force de la preuve est jugée faible par les auteurs en raison de la petite taille des échantillons et taux d'attrition.
9	Kolovos et al., 2016	Moyenne (7/11) 1966 – 2015	1 méta 44 ECR N = 5 264	Adultes Troubles dépressifs (DX ou SX)	- Int. TCC - Interpersonnelle - Résolution de problèmes - Réminiscence - bilan de vie - Acceptation et engagement - Autogestion guidée - Groupes témoins - Placebo - Traitement usuel - Liste d'attente	Les interventions de basse intensité assistée par ordinateur ou de la bibliothérapie ont été considérées comme étant de la « psychothérapie » lorsqu'elles impliquaient un échange verbal entre le patient et le thérapeute. Nombre moyen de séances = 10,27 études avec des adultes et 11 études avec des personnes de 65 ans et plus. Dans l'ensemble, les thérapies sont plus efficaces que les comparateurs pour réduire les symptômes dépressifs (31 études) : = 0,60 (0,50 – 0,70). • Effets sur qualité de vie (QoL) globale vs comparateurs : = 0,33 (0,25 – 0,41). • Effets sur la QoL liée à la santé mentale : = 0,42 (0,33 – 0,51). • Effets sur la QoL liée à la santé physique : = 0,27 (0,07 – 0,46).
10	Sibley et al., 2014	Faible (5/10) 1999 - 2012	1 méta 9 EC N = 378	Jeunes 10 – 20 ans TDAH (DX)	- Comportementales - Entraînement cognitive - Groupes témoins	Utilise un intervalle de confiance de 80 % au lieu de 95 %. TCC plus efficace que comparateurs pour : • réduire les symptômes du TDAH (3 études) : 0,49 (0,45 – 0,52); • améliorer le fonctionnement académique (5 études) : 1,20 (0,94 – 1,47); • améliorer le fonctionnement familial (2 études) : 0,77 (0,72 – 0,81); • réduire les troubles d'opposition (2 études) : 0,34 (0,32 – 0,36).
11	Stephens et al.,	Moyenne (7/11)	1 méta 10 ECR	Mères avec bébé <12 mois	- Int. TCC - Thérapie	Faible effet en faveur des thérapies pour traiter la dépression postnatale vs comparateurs à la fin du traitement : 0,38 (0,27 – 0,49) et au suivi de six mois : 0,21 (0,05 – 0,37).

	2016	2000 - 2014	N = 1 324	Dépression postnatale (DX ou SX)	interpersonnelle - Counseling - Groupes de soutien - Groupes témoins - Liste d'attente	Pas de différence significative entre la TCC, la thérapie interpersonnelle et le counseling.
12	Zhou et al., 2015	Bonne (9/10) 1966 – 2014	1 méta 52 ECR N = 3 805	Enfants 6 -18 ans Troubles dépressifs	- Int. TCC - Thérapie interpersonnelle, - Résolution de problèmes, - Psychodynamique - Counseling de soutien - Thérapie par le jeu - Placebo - Traitement usuel - Liste d'attente - Sans traitement	<u>À la fin du traitement</u> • La thérapie interpersonnelle et la TCC sont plus efficaces que tous les types de comparateurs : tailles d'effet variant de 0,47 à 0,96. • La thérapie interpersonnelle et la TCC sont plus efficaces que la thérapie par le jeu (0,93 et 0,80 respectivement). • Pas de différence entre les effets de la thérapie psychodynamique et par le jeu vs liste d'attente. <u>Au suivi</u> • La thérapie interpersonnelle et la TCC plus efficaces que tous les comparateurs : tailles d'effet variant de 0,26 à 1,05. • La thérapie interpersonnelle et la TCC plus efficaces que la thérapie de résolution de problèmes : =1,10 et 0,90 respectivement. • Pas de différence significative entre la thérapie de résolution de problèmes et la thérapie psychodynamique avec la liste d'attente. <u>Abandon de traitement</u> • Tendance pour la thérapie interpersonnelle et de résolution de problèmes d'avoir un taux d'abandon moindre que TCC : OR = 0,10 (0,02 -0,98). • Thérapie interpersonnelle et TCC obtiennent des tailles d'effet plus petites dans les études réalisées auprès d'enfants vs adolescents, dans les études incluant les personnes avec troubles comorbides et dans les études publiées après les années 2000.

ANNEXE D - Libellés et définitions utilisés dans les méta-analyses pour se référer à la « psychothérapie »

# RS	Auteurs	Libellés et définitions utilisés dans les méta-analyses pour référer à la « psychothérapie »
1a	Cuijpers <i>et al.</i> , 2014a	<u>Libellés</u> : <i>psychological interventions, psychotherapy, CBT, life review structured and unstructured, problem-solving therapy, supportive therapy, behavioral activation therapy, coping with depression course, dialectic behaviour therapy, internet-based CBT, interpersonal psychotherapy, guided self-help.</i>
1b	Cuijpers <i>et al.</i> , 2014b	<u>Libellés</u> : <i>psychotherapy, CBT, interpersonal psychotherapy, psychodynamic therapy, behavioral activation, non directive counseling, problem-solving therapy</i> <u>Définition</u> : <i>Psychotherapy was defined as interventions in which verbal communication between a therapist and a client was the core element, or in which a psychological treatment was written down in a book format that the client worked through more or less independently but with some kind of personal support from a therapist (telephone, email or otherwise).</i>
2	Cuijpers <i>et al.</i> , 2016	<u>Définition</u> : <i>Interpersonal psychotherapy is a structured, time-limited psychological intervention that was developed for the treatment of major depression in the 1970s. An intervention was considered as IPT when it was based on the manuals developed by Klerma and Weissman for IPT or for the briefer version called interpersonal counselling, including online and unguided IPT.</i>
3	Gartlehner <i>et al.</i> , 2015	<u>Libellés</u> : <i>Behavioural modification, behavioural therapies, CBT, integrative therapies, IPT, psychodynamic therapies, third-wave CBT, problem-solving therapy, rational emotive behaviour therapy.</i>
4	Gheorghiu <i>et Lesage</i> , 2017	<u>Libellés</u> : <i>TCC par ordinateur, internet ou mobile, psychothérapie, psychothérapie interpersonnelle, TCC, interventions basées sur l'entretien motivationnel, programmes d'exercices aérobiques et de yoga, entraînement des fonctions cognitives, neurofeedback, thérapies et interventions comportementales, thérapies psychodynamiques, programmes de groupes et en milieu scolaire, interventions axées sur la famille, thérapies familiales stratégique brève, comportementale fonctionnelle, multidimensionnelle et multisystémique.</i>
5	Huhn <i>et al.</i> , 2014	<u>Libellés</u> : <i>CBT and psychodynamic therapies, and all psychotherapies combined</i>
6	Hunsley <i>et al.</i> , 2014	<u>Libellés</u> : <i>Psychological treatment, psychotherapy, group CBT, adjunctive psychosocial treatment, trauma-focused CBT, prolonged exposure, short term psychodynamic therapies, family focused therapy, supportive counselling.</i>
7	INESSS 2015 (Volet I)	<u>Mots-clés</u> : <i>Psychotherapy, therapy, psychosocial or psychological or cognitive intervention or treatment, approach program, initiative or policy.</i>
8	Jonsson <i>et al.</i> , 2016	<u>Libellés</u> : <i>psychological treatment, CBT, problem solving therapy, reminiscence</i> <u>Définition</u> : <i>Any psychological treatment, defined as an intervention based on an explicit psychological theory. various forms of CBT, behavioural activation intervention, problem-solving intervention, Coping with depression manual, reminiscence therapy, lifer review, problem adaptation therapy, bibliotherapy.</i>

9	Kolovos et al., 2016	<u>Libellés:</u> CBT, mindfulness-based cognitive therapy, Coping with depression manual, life review, problem-solving treatment, acceptance and commitment therapy, interpersonal psychotherapy <u>Définition:</u> Psychotherapy was defined as an intervention in which the core element was verbal communication between a participant and a therapist, or as a systematic psychological treatment in the form of a website or book which the participant work through more or less independently but with personal support form a therapist.
10	Sibley et al., 2014	<u>Libellés:</u> Psychosocial treatment, intervention, program, training, motivational interviewing, behaviour therapy, self-monitoring, working memory training, attention training, neurofeedback
11	Stephens et al., 2016	<u>Définition:</u> any psychological therapy including CBT, IPT, counselling, and support groups. The interventions must have been delivered, by specifically trained personnel (e.g., general practitioners, therapists or health visitors, except peer support) in the community.
12	Zhou et al., 2015	<u>Définition:</u> Interventions included any manualized or structured psychotherapy such as behavioural therapy, cognitive therapy, CBT, family therapy, play therapy, problem-solving therapy regardless of duration and number of treatment sessions and modalities (face to face, internet or telephone, group or individual).

ANNEXE E - Sources d'information sur les programmes anglais et australiens

Programme Improving Access to Psychological Therapies (IAPT) du Royaume-Uni

Achieving Better Access to Mental Health Services by 2020

https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/361648/mental-health-access.pdf

Adult Improving Access to Psychological Therapies programme

<https://www.england.nhs.uk/mental-health/adults/iapt/>

Anxiety and depression: Getting help from IAPT services

http://www.sawest.org/downloads/IAPT_Service_Guide.pdf

David Clark on Improving Access for Psychological Therapy (IAPT)

<http://philosophyforlife.org/david-clark-on-improving-access-for-psychological-therapy-iapt/>

How mental illness out loses in the NHS

<http://cep.lse.ac.uk/pubs/download/special/cepsp26.pdf>

IAPT three-year report: The first million patients

<http://www.mhinnovation.net/sites/default/files/downloads/innovation/reports/Three-year-report.pdf>

Impact Assessment of the expansion of talking therapies services as set out in the Mental Health Strategy

https://www.legislation.gov.uk/ukia/2011/60/pdfs/ukia_20110060_en.pdf

Improving Access to Psychological Therapies IAPT - Guidance for Commissioning IAPT Training
2011/12 – 2014/15

[http://www.healthcare-today.co.uk/doclibrary/documents/pdf/573_guidance-for-commissioning-iapt-training\[1\].pdf](http://www.healthcare-today.co.uk/doclibrary/documents/pdf/573_guidance-for-commissioning-iapt-training[1].pdf)

Improving Access to Psychological Therapies - Measuring Improvement and Recovery Adult Services Version 2

<http://www.oxfordahsn.org/wp-content/uploads/2015/11/measuring-recovery-2014.pdf>

Improving Access to Psychological Therapies data set (Health and Social Care Information Centre)

<http://www.hscic.gov.uk/iapt>

Improving access to psychological therapies for all adults (Psychiatric Bulletin, 2009)

<http://pb.rcpsych.org/content/pbrcpsych/33/5/186.full.pdf>

Improving Access to Psychological Therapies Programme (IAPT)

<https://www.uea.ac.uk/documents/246046/11991919/iapt-pathfinder-outline-service-specification.pdf/9fc11891-ecc5-48e4-a974-9bbc8ab0c690>

Models of care (page archivée du site Web IAPT)

<https://web.archive.org/web/20160423211350/http://www.iapt.nhs.uk/commissioning/models-of-care/>

Psychological Therapies: Annual report of the use of IAPT services - England, 2014-15

<https://digital.nhs.uk/catalogue/PUB19098>

Psychological Therapies: Annual report of the use of IAPT services – England, 2015-16

<http://digital.nhs.uk/catalogue/PUB22110>

Talking therapies: A four-year plan of action

https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/213765/dh_123985.pdf

The five year forward view for mental health

<https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2016/02/Mental-Health-Taskforce-FYFV-final.pdf>

The Mandate - A mandate from the Government to NHS England: April 2015 to March 2016

https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/486818/mndate-NHSE-15_16.pdf

Programmes ATAPS et Better Access de l'Australie

About ATAPS - An introduction to Access To Allied Psychological Services

<https://www.emphn.org.au/images/uploads/files/About-ATAPS.pdf>

Access to Allied Psychological Services (ATAPS): Policy sheet

<http://www.psychotherapy-centre.com.au/images/pdf/info%20sheet%20-%20ataps.pdf>

Australian Government Response to Contributing Lives, Thriving Communities – Review of Mental Health Programmes and Services

[http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/content/0DBEF2D78F7CB9E7CA257F07001ACC6D/\\$File/response.pdf](http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/content/0DBEF2D78F7CB9E7CA257F07001ACC6D/$File/response.pdf)

Better Access Medicare initiative: Information sheet

<http://www.psychotherapy-centre.com.au/images/pdf/info%20sheet%20-%20medicare%20initiative.pdf>

Better Access to Mental Health Care initiative: Orientation manual for clinical psychologists, psychologists, social workers and occupational therapists

https://www.otaus.com.au/sitebuilder/about/knowledge/asset/files/81/better_access_to_mental_health_care_orientation_manual.pdf

Better access to psychiatrists, psychologists and general practitioners through the MBS (Better Access) initiative

<http://www.health.gov.au/mentalhealth-betteraccess>

Chapter 3: Question 1 – Has Better Access improved access to mental health care?

[https://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/5F330C940AFDB767CA257BF0001DE702/\\$File/sum3.pdf](https://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/5F330C940AFDB767CA257BF0001DE702/$File/sum3.pdf)

Estimating treatment rates for mental disorders in Australia (Aust Health Rev, 2014)

<https://www.psychology.org.au/Assets/Files/AHR-Mental-illness-treatment-rates.pdf>

Evaluation of the Better Access to Psychiatrists, Psychologists and General Practitioners through the Medicare Benefits Schedule Initiative: Summative Evaluation

[http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/content/5F330C940AFDB767CA257BF0001DE702/\\$File/sum.pdf](http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/content/5F330C940AFDB767CA257BF0001DE702/$File/sum.pdf)

Evidence-based psychological interventions in the treatment of mental disorders: A literature review (étude de 2010 qui a contribué à la mise en place du programme Better Access)

<http://www.psychology.org.au/Assets/Files/Evidence-Based-Psychological-Interventions.pdf>

Medicare Australia Statistics – Medicare Item Reports

http://medicarestatistics.humanservices.gov.au/statistics/mbs_item.jsp

Medicare rebates for mental health services provided by psychologists: Information for clients

http://www.psychology.org.au/medicare/fact_sheet/

Policy initiative to improve access to psychological services for people with affective and anxiety disorders:
Population-level analysis (Br J Psychiatry, 2011)

<http://bjp.rcpsych.org/content/198/2/99.full.pdf>

Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for mood disorders
(Aust N Z J Psychiatry, 2015)

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26643054>

Summary of Patient Eligibility for Access to Allied Psychological Services (ATAPS) Programs

https://www.healthyc.com.au/MedicareLocal/media/Site-Pages-Content/ATAPS/ATAPSEligibility_Matrix_GPs-AHPs_Oct2014.pdf

The July 2016 Medicare Benefits Schedule

<http://www.health.gov.au/internet/mbsonline/publishing.nsf/Content/Downloads-201607>

ANNEXE F - Modèle de soins par étapes du NICE

Focus of the intervention	Nature of the intervention
Step 3: Persistent subthreshold depressive symptoms or mild to moderate depression that has not responded to a low-intensity intervention; initial presentation of moderate or severe depression; GAD with marked functional impairment or that has not responded to a low-intensity intervention; moderate to severe panic disorder; OCD with moderate or severe functional impairment; PTSD.	Depression: CBT, IPT, behavioural activation, behavioural couples therapy, counselling*, short-term psychodynamic psychotherapy*, antidepressants, combined interventions, collaborative care**, self-help groups. GAD: CBT, applied relaxation, drug treatment, combined interventions, self-help groups. Panic disorder: CBT, antidepressants, self-help groups. OCD: CBT (including ERP), antidepressants, combined interventions and case management, self-help groups. PTSD: Trauma-focused CBT, EMDR, drug treatment. All disorders: Support groups, befriending, rehabilitation programmes, educational and employment support services; referral for further assessment and interventions.
Step 2: Persistent subthreshold depressive symptoms or mild to moderate depression; GAD; mild to moderate panic disorder; mild to moderate OCD; PTSD (including people with mild to moderate TSD).	Depression: Individual facilitated self-help, computerised CBT, structured physical activity, group-based peer support (selfhelp) programmes**, nondirective counselling delivered at home†, antidepressants, selfhelp groups. GAD and panic disorder: Individual non-facilitated and facilitated self-help, psychoeducational groups, selfhelp groups. OCD: Individual or group CBT (including ERP), self-help groups. PTSD: Trauma-focused CBT or EMDR. All disorders: Support groups, educational and employment support services; referral for further assessment and interventions.
Step 1: All disorders – known and suspected presentations of common mental health disorders.	All disorders: Identification, assessment, psychoeducation, active monitoring; referral for further assessment and interventions.
* Discuss with the person the uncertainty of the effectiveness of counselling and psychodynamic psychotherapy in treating depression. ** For people with depression and a chronic physical health problem. † For women during pregnancy or the postnatal period. CBT, cognitive behavioural therapy; ERP, exposure and response prevention; EMDR, eye movement desensitisation and reprocessing; GAD, generalised anxiety disorder; OCD, obsessive compulsive disorder; IPT, interpersonal therapy; PTSD, post-traumatic stress disorder.	

Extrait de *Common mental health problems: Identification and pathways to care* [NICE, 2011b].

RÉFÉRENCES

- Altmann U, Zimmermann A, Kirchmann HA, Kramer D, Fembacher A, Bruckmayer E, et al. Outpatient psychotherapy reduces health-care costs: A study of 22,294 insureds over 5 years. *Front Psychiatry* 2016;7:98.
- American Psychiatric Association (APA). DSM-5 : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Trad. de la 5e éd. américaine de : DSM-5 Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Issy-les-Moulineaux, France : Elsevier Masson; 2015.
- American Psychological Association. Recognition of psychotherapy effectiveness – Approved August 2012 [site Web]. Washington, DC : American Psychological Association; 2012. Disponible à : <http://www.apa.org/about/policy/resolution-psychotherapy.aspx>.
- Audet D, Lapalme M, Bouchard S, Zacchia C. Programme d'auto-traitement du trouble panique avec pairs-aidants. Projet présenté par l'Association des troubles anxieux du Québec (ATAQ) et Phobies-Zéro. Montréal, Qc : ATAQ et Phobies-Zéro; 2009.
- 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 : <https://www.aihw.gov.au/getmedia/3c26bf28-63bc-4c38-aeda-d18f4b285714/11415.pdf.aspx?inline=true>.
- Australian Psychological Society (APS). Seven years of Better Access: Consumers show benefits from an effective, affordable and destigmatising mental health reform. Melbourne, Australie : APS; 2014. Disponible à : <https://www.psychology.org.au/Assets/Files/2013-Better-Access-APS-report.pdf>.
- 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>.
- Australian Psychological Society (APS). Better Access to Mental Health Care initiative: Orientation manual for clinical psychologists, psychologists, social workers and occupational therapists. Melbourne, Australie : APS; 2007. Disponible à : https://www.otaus.com.au/sitebuilder/about/knowledge/asset/files/81/better_access_to_mental_health_care_orientation_manual.pdf.
- 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.
- Barth RP, Lee BR, Lindsey MA, Collins KS, Strieder F, Chorpita BF, et al. Evidence-based practice at a crossroads: The timely emergence of common elements and common factors. *Research on Social Work Practice* 2012;22(1):108-19.
- Bassilios B, Nicholas A, Reifels L, King K, Fletcher J, Machlin A, et al. Achievements of the Australian Access to Allied Psychological Services (ATAPS) program: Summarising (almost) a decade of key evaluation data. *Int J Ment Health Syst* 2016;10:61.
- Blaser C. Professionnels de la santé et minorités de langue officielle au Canada, 2001 et 2006. Ottawa, ON : Statistique Canada; 2009. Disponible à : <http://www.statcan.gc.ca/pub/91-550-x/91-550-x2008001-fra.pdf>.

- Bradley S, Doucet R, Kohler E, Drapeau M. Accessibilité à la psychothérapie subventionnée par l'État : comparaisons entre les perspectives des psychologues et des psychothérapeutes. *Santé mentale au Québec* 2015;40(4):175-200.
- Brouillet H, Roberge P, Fournier L, Doré I. Les soins en étapes, une approche prometteuse pour le traitement des troubles anxieux et dépressif. *Quintessence* 2009;1(1):1-2.
- Campbell D. NHS mental health funding is still lagging behind, says report. *The Guardian*, 9 mai 2016. Disponible à : <https://www.theguardian.com/society/2016/may/09/nhs-mental-health-funding-is-still-lagging-behind-says-report>.
- 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.
- Centre intégré de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches (CISSS de Chaudière-Appalaches). Santé mentale [site Web] (une section contient des hyperliens menant à des informations sur le programme Envol). Sainte-Marie, Qc : CISSS de Chaudière-Appalaches; 2017. Disponible à : <http://www.cisss-ca.gouv.qc.ca/services-offerts/sante-mentale/>.
- Charest R-M. Éditorial. L'accessibilité : un projet commun. *Psychologie Québec* 2010;27(3):7.
- Chartier-Otis M, Perreault M, Bélanger C. Determinants of barriers to treatment for anxiety disorders. *Psychiatr Q* 2010;81(2):127-38.
- Chisholm D, Sweeny K, Sheehan P, Rasmussen B, Smit F, Cuijpers P, Saxena S. Scaling-up treatment of depression and anxiety: A global return on investment analysis. *Lancet Psychiatry* 2016;3(5):415-24.
- Chodos H. Options pour améliorer l'accès aux services de counseling, de psychothérapie et de psychologie pour les maladies et les problèmes associés à la santé mentale. Ottawa, ON : Commission de la santé mentale du Canada; 2017. Disponible à : https://www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/2017-07/Options_pour_ameliorer_lacces_aux_services_de_counseling_de_psychotherapie_et_de_psychologie_fr.pdf.
- Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE). État de situation sur la santé mentale au Québec et réponse du système de santé et de services sociaux. Québec, Qc : CSBE; 2012a. Disponible à : http://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2012/SanteMentale/CSBE_EtatSituation_SanteMentale_2012.pdf.
- 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. Québec, Qc : CSBE; 2012b. Disponible à : http://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2012/SanteMentale/CSBE_Rapport_Appreciation_SanteMentale_2012.pdf.
- Conseil du médicament. Portrait de l'usage des antidépresseurs chez les adultes assurés par le régime public d'assurance médicaments du Québec. Québec, Qc : Conseil du médicament; 2011. Disponible à : <https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/CDM/Etudes/CdM-Portrait-antidepresseurs-201101.pdf>.
- Cuijpers P, Donker T, Weissman MM, Ravitz P, Cristea IA. Interpersonal psychotherapy for mental health problems: A comprehensive meta-analysis. *Am J Psychiatry* 2016;173(7):680-7.

- Cuijpers P, Karyotaki E, Pot AM, Park M, Reynolds CF, 3rd. Managing depression in older age: Psychological interventions. *Maturitas* 2014b;79(2):160-9.
- Cuijpers P, Karyotaki E, Weitz E, Andersson G, Hollon SD, van Straten A. The effects of psychotherapies for major depression in adults on remission, recovery and improvement: A meta-analysis. *J Affect Disord* 2014a;159:118-26.
- Department of Human Services. Medicare Item Reports [site Web]. Canberra, Australie : Australian Government - Department of Human Services; 2016. Disponible à : http://medicarestatistics.humanservices.gov.au/statistics/mbs_item.jsp.
- Dezetter A et Briffault X. Coûts et bénéfices d'un programme de financement des psychothérapies auprès des Français souffrant de troubles dépressifs ou anxieux. *Santé mentale au Québec* 2015;40(4):119-40.
- Dezetter A, Duhoux A, Menear M, Roberge P, Chartrand E, Fournier L. Reasons and determinants for perceiving unmet needs for mental health in primary care in Quebec. *Can J Psychiatry* 2015;60(6):284-93.
- Fleury M-J, Farand L, Aubé D, Imboua A. La prise en charge des troubles de santé mentale par les omnipraticiens du Québec. *Can Fam Physician* 2012;58(12):e725-31.
- Fournier L, Roberge P, Brouillet H. Faire face à la dépression au Québec : protocole de soins à l'intention des intervenants de première ligne. Montréal, Qc : Centre de recherche du CHUM; 2012. Disponible à : https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1509_FaireFaceDepressionQc_ProtoSoinsInterv1reLigne.pdf.
- Gartlehner G, Gaynes BN, Amick HR, Asher G, Morgan LC, Coker-Schwimmer E, et al. Nonpharmacological versus pharmacological treatments for adult patients with major depressive disorder. Comparative Effectiveness Review No. 161. Rockville, MD : Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ); 2015. Disponible à : https://effectivehealthcare.ahrq.gov/sites/default/files/pdf/major-depressive-disorder_research.pdf.
- 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.
- Gheorghiu IL et Lesage A. Meilleures pratiques en matière de dépistage, de prévention et de traitement de cinq troubles mentaux courants chez les jeunes : revue des revues et exemples de bonnes pratiques au Québec. Montréal, Qc : Unité d'évaluation des technologies et de modes d'interventions en santé mentale, CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal; 2017.
- Hanlon N. Anxiety and depression: Getting help from IAPT services. Bristol, Royaume-Uni : Social Anxiety West; 2013. Disponible à : http://www.sawest.org/downloads/IAPT_Service_Guide.pdf.
- Harnett P, O'Donovan A, Lambert MJ. The dose response relationship in psychotherapy: Implications for social policy. *Clinical Psychologist* 2010;14(2):39-44.
- Haute Autorité de Santé (HAS). Dépistage de l'infection par le VIH – Stratégies et dispositif de dépistage. Saint-Denis La Plaine, France : HAS; 2009. Disponible à : <https://www.has->

sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-10/synthese_depistage_vih_volet_2_vfv_2009-10-21_16-48-3_460.pdf.

Health and Social Care Information Centre (HSCIC). Psychological Therapies: Annual report on the use of IAPT services. England 2015-16. Leeds, Royaume-Uni : HSCIC; 2017. Disponible à : <http://digital.nhs.uk/catalogue/PUB22110>.

Health Quality Ontario (HQO). Psychotherapy for major depressive disorder and generalized anxiety disorder: A health technology assessment. Ont Health Technol Assess Ser 2017;17(15):1-167.

Heckman JJ. Invest in early childhood development: Reduce deficits, strengthen the economy. The Heckman Equation. Monterey County, CA : 2012. Disponible à : <http://www.co.monterey.ca.us/home/showdocument?id=17884>.

Houle J, Gascon-Depatie M, Bélanger-Dumontier G, Cardinal C. Depression self-management support: A systematic review. Patient Educ Couns 2013;91(3):271-9.

Huhn M, Tardy M, Spineli LM, Kissling W, Förstl H, Pitschel-Walz G, et al. Efficacy of pharmacotherapy and psychotherapy for adult psychiatric disorders: A systematic overview of meta-analyses. JAMA Psychiatry 2014;71(6):706-15.

Hunsley J, Elliott K, Therrien Z. The efficacy and effectiveness of psychological treatments for mood, anxiety, and related disorders. Canadian Psychology/Psychologie canadienne 2014;55(3):161-76.

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. Québec, Qc : ISQ; 2010. Disponible à : <http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/sante/etat-sante/mentale/sante-mentale-action.pdf>.

Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). Surveillance des troubles mentaux au Québec : prévalence, mortalité et profil d'utilisation des services. Québec, Qc : INSPQ; 2012. Disponible à : https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1578_SurvTroublesMentauxQc_PrevalMortaPr ofUtiliServices.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. Québec, Qc : INSPQ; 2008. Disponible à : https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/789_Avis_sante_mentale.pdf.

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; 2015a. Disponible à : https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/PsychiatriePsychologie/INESSS_Psychotherapie_VoletI_cout_pscho_compare_cout_pharmaco.pdf.

Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Avis sur l'accès équitable aux services de psychothérapie. Volet II – Analyse des modalités et des conditions d'accès aux services de psychothérapie pour le traitement des adultes atteints de troubles dépressifs et anxieux. Rapport rédigé par Alvine Fansi et Cédric Jehanno. Québec, Qc :

- INESSS; 2015b. Disponible à :
https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/PsychiatriePsychologie/INESSS_Psychotherapie_VoletII_modalites_conditions_acces.pdf.
- Jacobs P, Dewa C, Lesage A, Vasiliadis H-M, Escobar C, Mulvale G, Yim R. The cost of mental health and substance abuse services in Canada. Edmonton, AB : Institute of Health Economics (IHE); 2010. Disponible à :
https://www.ihe.ca/download/the_cost_of_mental_health_and_substance_abuse_services_in_canada.pdf.
- Jonsson U, Bertilsson G, Allard P, Gyllensvärd H, Söderlund A, Tham A, Andersson G. Psychological treatment of depression in people aged 65 years and over: A systematic review of efficacy, safety, and cost-effectiveness. *PloS One* 2016;11(8):e0160859.
- Kolovos S, Kleiboer A, Cuijpers P. Effect of psychotherapy for depression on quality of life: Meta-analysis. *Br J Psychiatry* 2016;209(6):460-8.
- Lazar SG. The cost-effectiveness of psychotherapy for the major psychiatric diagnoses. *Psychodyn Psychiatry* 2014;42(3):423-57.
- 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.
- Mantoura P, Roberge M-C, Fournier L. Un cadre de référence pour soutenir l'action en santé mentale des populations. *Santé mentale au Québec* 2017;42(1):105-23.
- McHugh RK, Whitton SW, Peckham AD, Welge JA, Otto MW. Patient preference for psychological vs. pharmacological treatment of psychiatric disorders: A meta-analytic review. *J Clin Psychiatry* 2013;74(6):595-602.
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux (MSSS). 5930 – Services ambulatoires de santé mentale en première ligne. Normes et pratiques de gestion, Tome I. Québec, Qc : MSSS; 2016. Disponible à :
[http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/d26ngest.nsf/3c504ad81c817fc485257e00005944c8/fa414a6a881f8be58525715500642c1d/\\$FILE/5930%20\(16-04-01\).pdf](http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/d26ngest.nsf/3c504ad81c817fc485257e00005944c8/fa414a6a881f8be58525715500642c1d/$FILE/5930%20(16-04-01).pdf).
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Plan d'action en santé mentale 2015-2020 – Faire ensemble et autrement. Québec, Qc : MSSS; 2015. Disponible à :
<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2015/15-914-04W.pdf>.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Orientations relatives aux standards d'accès, de continuité, de qualité, d'efficacité et d'efficience. Services sociaux généraux – Offre de service. Québec, Qc : MSSS; 2013. Disponible à :
<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2012/12-803-01F.pdf>.
- 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/msss/fichiers/2005/05-914-01.pdf>.

- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Cadre de référence pour les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux. Document principal. Québec, Qc : MSSS; 2004. Disponible à : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2004/04-009-05.pdf>.
- National Institute for Health and Care 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; 2011a. Disponible à : <http://www.nice.org.uk/guidance/cg113/>.
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Common mental health disorders: Identification and pathways to care. NICE clinical guideline 123. Londres, Angleterre : NICE; 2011b. Disponible à : <https://www.nice.org.uk/guidance/cg123>.
- National Institute for Health and Care 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 Care 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 Care 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 Care 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>.
- National Mental Health Commission. Report of the National Review of Mental Health Programmes and Services. Volume 1: Strategic directions - Practical solutions 1-2 years. Sydney, Australie : National Mental Health Commission; 2014a. Disponible à : <http://www.mentalhealthcommission.gov.au/media/119905/Vol%201%20-%20Main%20Paper%20-%20Final.pdf>.
- National Mental Health Commission. Report of the National Review of Mental Health Programmes and Services. Volume 2: Every service is a gateway - Response to Terms of Reference. Sydney, Australie : National Mental Health Commission; 2014b. Disponible à : <http://www.mentalhealthcommission.gov.au/media/119929/Vol%202%20-%20Review%20of%20Mental%20Health%20Programmes%20and%20Services.pdf>.
- O'Donnell S, Syoufi M, Jones W, Bennett K, Pelletier L. Recours aux médicaments et aux consultations psychologiques chez les Canadiens atteints d'un trouble de l'humeur et/ou d'anxiété. Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada 2017;37(5):172-84.
- Organisation mondiale de la Santé (OMS). Programme d'action Combler les lacunes en santé mentale (mhGAP) : élargir l'accès aux soins pour lutter contre les troubles mentaux,

- neurologiques et liés à l'utilisation de substances psychoactives. Genève, Suisse : OMS; 2008. Disponible à : http://www.who.int/mental_health/mhgap_french.pdf.
- Organisation mondiale de la Santé (OMS). Rapport sur la santé dans le monde 2001 – La santé mentale : nouvelle conception, nouveaux espoirs. Genève, Suisse : OMS; 2001. Disponible à : http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_fr.pdf?ua=1.
- 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.
- Pelletier L, O'Donnell S, Dykxhoorn J, McRae L, Patten SB. Under-diagnosis of mood disorders in Canada. *Epidemiol Psychiatr Sci* 2017;26(4):414-23.
- Perreault D. L'autogestion en santé mentale : le programme J'avance. *Perspective infirmière* 2016;13(4):11.
- Perreault M, Milton D, Laverdure A. Rapport d'évaluation des résultats des questionnaires d'évaluation portant sur les ateliers de gestion de l'anxiété de Phobies-Zéro. Montréal, Qc : CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal, Institut universitaire en santé mentale Douglas; 2016.
- Perreault M, Lafortune D, Laverdure A, Chartier-Otis M, Bélanger C, Marchand A, et al. Obstacles de l'accès au traitement rapportés par des personnes aux prises avec un trouble anxieux. *Can J Psychiatry* 2013;58(5):300-5.
- Pinquart M et Forstmeier S. Effects of reminiscence interventions on psychosocial outcomes: A meta-analysis. *Aging Ment Health* 2012;16(5):541-58.
- 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. Summative evaluation. Melbourne, Australie : Centre for Health Policy, Programs and Economics, University of Melbourne; 2011. Disponible à : [http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/content/5F330C940AFDB767CA257BF0001DE702/\\$File/sum.pdf](http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/content/5F330C940AFDB767CA257BF0001DE702/$File/sum.pdf).
- 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;(34):24-8.
- Schmitz N, Wang J, Malla A, Lesage A. Joint effect of depression and chronic conditions on disability: Results from a population-based study. *Psychosom Med* 2007;69(4):332-8.
- 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.
- Sibley MH, Kuriyan AB, Evans SW, Waxmonsky JG, Smith BH. Pharmacological and psychosocial treatments for adolescents with ADHD: An updated systematic review of the literature. *Clin Psychol Rev* 2014;34(3):218-32.
- Stephens S, Ford E, Paudyal P, Smith H. Effectiveness of psychological interventions for postnatal depression in primary care: A meta-analysis. *Ann Fam Med* 2016;14(5):463-72.

- Sunderland A et Findlay LC. Besoins perçus de soins de santé mentale au Canada : résultats de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Santé mentale (2012). *Rapports sur la santé* 2013;24(9):3-11.
- Vasiliadis H-M et Dezetter A. Les programmes de prise en charge financière des psychothérapies en Australie et en Angleterre. *Santé mentale au Québec* 2015;40(4):101-18.
- Vasiliadis H-M, 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.
- Vasiliadis H-M, Dezetter A, Lesage A, Drapeau M. Améliorer l'accès aux psychothérapies au Québec et au Canada : réflexions et expériences de pays francophones. *Santé mentale au Québec* 2015;40(4):15-30.
- Villaggi B, Provencher H, Coulombe S, Meunier S, Radziszewski S, Hudon C, et al. Self-management strategies in recovery from mood and anxiety disorders. *Glob Qual Nurs Res* 2015;2:2333393615606092.
- Whiteford HA, Buckingham WJ, Harris MG, Burgess PM, Pirkis JE, Barendregt JJ, Hall WD. Estimating treatment rates for mental disorders in Australia. *Aust Health Rev* 2014;38(1):80-5.
- World Health Organization (WHO). Depression and other common mental disorders: Global health estimates. Genève, Suisse : WHO; 2017. Disponible à : <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/254610/1/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf>.
- World Health Organization (WHO). Group interpersonal therapy (IPT) for depression. Genève, Suisse : WHO; 2016a. Disponible à : <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250219/1/WHO-MSD-MER-16.4-eng.pdf>.
- World Health Organization (WHO). mhGAP intervention guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings: mental health Gap Action Programme (mhGAP) – version 2.0. Genève, Suisse : WHO; 2016b. Disponible à : <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250239/1/9789241549790-eng.pdf?ua=1>.
- World Health Organization (WHO). Investing in mental health: Evidence for action. Genève, Suisse : WHO; 2013. Disponible à : http://www.who.int/iris/bitstream/10665/87232/1/9789241564618_eng.pdf?ua=1.
- World Health Organization (WHO). Mental Health Atlas 2005 [site Web]. Genève, Suisse : WHO; 2005. Disponible à : http://www.who.int/mental_health/evidence/mhatlas05/en/.
- Zhou X, Hetrick SE, Cuijpers P, Qin B, Barth J, Whittington CJ, et al. Comparative efficacy and acceptability of psychotherapies for depression in children and adolescents: A systematic review and network meta-analysis. *World Psychiatry* 2015;14(2):207-22.



Siège social

2535, boulevard Laurier, 5^e étage
Québec (Québec) G1V 4M3
418 643-1339

Bureau de Montréal

2021, avenue Union, bureau 10.083
Montréal (Québec) H3A 2S9
514 873-2563

inesss.qc.ca

