

La dépression

Considérations autour des choix de traitements

Le traitement de la dépression : un choix de société

D^r Martin Drapeau, psychologue

Le diagnostic différentiel du trouble de l'humeur

D^r Fabien Gagnon, psychologue et médecin psychiatre

Les facteurs prédictifs de la réponse aux traitements

D^r Jay C. Fournier et D^r Robert DeRubeis, psychologue

Les facteurs thérapeutiques des troubles de l'humeur

D^r Larry E. Beutler, psychologue

Le rapport coût-efficacité de la psychothérapie

D^{re} Susan G. Lazar, médecin psychiatre

Les données probantes et les traitements soutenus empiriquement

D^r Marvin R. Goldfried, psychologue



DES RÉSULTATS DE RECHERCHE D'ACTUALITÉ POUR LES CLINIENS

Vous avez été nombreux à nous faire part de vos appréciations, commentaires et suggestions lors de la parution du premier numéro des *Cahiers recherche et pratique* en mars 2010. Nous vous remercions de ces encouragements qui ont largement contribué à notre décision de publier un deuxième numéro et à recommander au comité administratif de l'Ordre de lancer, à titre de projet pilote, trois numéros des *cahiers* sur des sujets en lien avec la pratique professionnelle des psychologues.

L'objectif poursuivi par les *cahiers*, de créer un lien solide entre les chercheurs en psychologie et les psychologues praticiens, est plus que jamais d'actualité à l'heure des interventions multidisciplinaires. Les psychologues s'entourent de professionnels et de spécialistes de disciplines différentes afin d'offrir à leurs patients les meilleurs traitements disponibles. Le traitement de la dépression est une illustration éloquente de l'efficacité des interventions multidisciplinaires basées sur des données probantes. Cette édition du *cahier* regroupe des textes de psychologues, de médecins et de chercheurs qui tous réfléchissent aux qualités des traitements proposés aux personnes souffrant de dépression. À vous de voir comment ces textes contribuent à améliorer vos connaissances et votre pratique. À vous aussi de nous dire si nous sommes sur la bonne voie! Faites-nous part de vos commentaires par courriel à : dcote@ordrepsy.qc.ca.

Le *Cahier recherche et pratique* est publié par le Service des communications de l'Ordre des psychologues du Québec. La reproduction des textes est autorisée avec mention de la source à condition que ce soit à des fins non lucratives et que le nom de l'auteur de l'article soit mentionné.

Rédacteur en chef : D^r Martin Drapeau

Coordonnatrice de la publication : Diane Côté

Comité éditorial :

Rose-Marie Charest, psychologue, présidente de l'Ordre des psychologues du Québec

D^r Martin Drapeau, psychologue, vice-président de l'Ordre des psychologues du Québec;
professeur de psychologie du counseling et de psychiatrie; directeur du groupe de recherche sur les processus psychothérapeutiques de l'Université McGill

D^{re} Marilyn Fitzpatrick, psychologue, professeur de psychologie du counseling et directrice du programme de stage;
directrice du groupe de recherche sur les processus psychothérapeutiques de l'Université McGill et
psychothérapeute en pratique privée

D^r J. Christopher Perry, psychiatre, professeur de psychiatrie à l'Université McGill;
directeur de recherche en psychothérapie à l'Hôpital général juif

D^r Gustavo Turecki, professeur de psychiatrie, génétique humaine, neurologie et
neurochirurgie à l'Université McGill; directeur du programme des troubles dépressifs à l'Institut Douglas;
directeur du Réseau québécois de recherche sur le suicide

D^r Camillo Zaccchia, psychologue, chef professionnel de psychologie et président du Comité d'éthique des patients
à l'Institut Douglas; psychothérapeute en pratique privée

Dépôt légal

Bibliothèque nationale du Québec

ISBN 978-2-923164-48-9

ISSN 1923-0311

Ordre des psychologues du Québec

1100, avenue Beaumont, bureau 510

Mont-Royal Qc H3P 3H5

www.ordrepsy.qc.ca

Le traitement de la dépression : un choix de société

Selon l'Organisation mondiale de la Santé, la dépression majeure est l'une des maladies les plus accablantes au monde. Elle serait déjà la quatrième cause la plus importante d'invalidité et de décès prématurés; on s'attend à ce que la fréquence et la gravité de la dépression augmentent, ce qui en ferait la deuxième cause la plus importante d'invalidité d'ici l'an 2020. Les études ont démontré que la dépression restreint considérablement le fonctionnement et le bien-être et provoque une souffrance immense (p. ex. Scott et coll., 2003). L'une des principales préoccupations au sujet de la dépression majeure est qu'elle serait associée à des rechutes chez 45 à 90 % des personnes ayant subi un premier épisode dépressif, et qu'elle deviendrait chronique dans 11 à 25 % des cas (voir Kupfer et coll., 2001; Patten et coll., 2009). Au Canada, la prévalence sur un an de la dépression majeure est estimée à 5 % (Patten et coll., 2006, 2009; voir également Waraich et coll., 2004), et on calcule que les coûts directs et indirects de la dépression s'élèvent à 14,4 milliards de dollars, ce qui en fait l'une des affections les plus coûteuses au Canada (Stephens et coll., 2001).

Il est certain que ces données sont troublantes. Mais ce qui est encore plus déconcertant, c'est que trop peu de personnes reçoivent les soins appropriés à leur état de santé. Dans le contexte des soins de première ligne, on estime qu'un cas de dépression sur deux passe inaperçu (Agency for Healthcare Research and Quality, 2002), et certaines études donnent à croire que jusqu'à trois quarts des patients souffrant de dépression ne reçoivent pas de traitement approprié (p. ex. Gonzales et coll., 2010; Katon et coll., 1992; Rost et coll., 1988). De plus, lorsqu'un traitement est offert, celui-ci prend plutôt la forme d'une psychopharmacologie que d'une psychothérapie (p. ex. Robison et coll., 2005). Ceci est étonnant étant donné que l'efficacité, l'efficience et la rentabilité de la psychothérapie sont si bien établies. En effet, il y a une abondance de données démontrant que la psychothérapie est associée à un taux de rechute plus faible et à un effet prophylactique plus puissant que la pharmacologie. Nous disposons aussi de recommandations claires concernant la psychothérapie dans la plupart, voire toutes les lignes directrices cliniques, et les données probantes montrent que la psychothérapie devrait être le traitement de choix dans la majorité des cas de dépressions. Plus important encore,

nous savons que les patients préfèrent en règle générale la psychothérapie aux antidépresseurs (voir ce numéro; également, Dwight-Johnson et coll., 2000; Greenberg et coll., 2009; Imel et coll., 2008; van Schaik et coll., 2003).

Alors pourquoi la psychothérapie n'est-elle pas disponible au Québec pour tous ceux qui le souhaitent, indépendamment de leurs ressources financières, à l'instar du Royaume-Uni et de l'Australie? L'Ordre des psychologues du Québec s'est déjà prononcé sur ce sujet : la psychothérapie ne devrait pas être uniquement accessible à ceux qui disposent des ressources financières nécessaires pour consulter en pratique privée et, dans la mesure du possible, les patients devraient avoir le choix entre différents traitements. Conformément au mandat de l'Ordre qui inclut de défendre l'accessibilité aux services psychologiques, la présidente et moi avons uni nos forces avec d'autres intervenants afin de promouvoir l'accès à la psychothérapie. Mais cette question demeure un problème qui doit maintenant être abordé en tant que société. En fait, au-delà des enjeux liés aux services psychothérapeutiques, nous devons nous demander quelle importance nous accordons à la santé mentale et ce que nous sommes prêts à faire pour appuyer l'accès aux services psychologiques en général. Une lettre signée par les chefs de service en psychologie publiée dans le numéro de mai 2010 de *Psychologie Québec* souligne que de nombreux postes de psychologues ne sont pas comblés. Les ressources en psychologie dans le réseau public se font si rares que l'accès aux services est nettement restreint et qu'il est difficile de consacrer du temps à la supervision des internes en psychologie. Par ailleurs, les conditions actuelles de travail, particulièrement les salaires des psychologues dans le système public de santé du Québec, ne reflètent pas l'importance des contributions des psychologues au système de santé.

L'évaluation et le traitement de la dépression sont parmi ces contributions. En effet, les psychologues possèdent une expertise réelle et reconnue dans le traitement de la dépression et d'autres troubles mentaux. C'est pourquoi ce deuxième numéro des *Cahiers recherche et pratique* ne porte pas spécifiquement sur le traitement psychothérapeutique de la dépression. Il aborde plutôt certaines questions qui sont transversales et concernent

toutes les modalités thérapeutiques, qui sont directement pertinentes à la pratique clinique ou qui sont souvent soulevées par les patients ou d'autres professionnels de la santé dans le contexte du traitement de la dépression. Surtout, ce numéro traite de nombreux points qui devraient être pris en considération avant et au moment où l'on propose un traitement. Comme dans notre première édition de cette nouvelle série des *Cahiers recherche et pratique*, notre intention est de rendre accessibles et pratiques les travaux de recherche aux cliniciens. Les sujets ont été de nouveau choisis en fonction de leur pertinence et de leur utilité pour la pratique clinique ou pour la gestion et la prise de décision. De plus, les auteurs ont été sélectionnés en fonction de leur expertise et de leur renommée.

Notre premier numéro a suscité de nombreux commentaires positifs de la part des psychologues québécois, ainsi que des associations canadiennes et américaines de psychologues. J'espère que ce numéro s'avèrera encore plus utile que le premier et que la publication des *Cahiers recherche et pratique* deviendra régulière, abordant différents aspects de la pratique clinique, ainsi que d'autres domaines importants de la psychologie, entre autres la neuropsychologie, la psychologie scolaire, la psychologie industrielle/organisationnelle et la psychologie de la santé. Les psychologues ont beaucoup à offrir et excellent dans plusieurs domaines ; la recherche nous l'a maintes fois démontré. Il nous faut maintenant le faire savoir.




D^r Martin Drapeau, psychologue

Vice-président de
l'Ordre des psychologues du Québec

Professeur de psychologie du counseling et de psychiatrie,
Université McGill

Directeur du groupe de recherche sur les processus
psychothérapeutiques de l'Université McGill

RÉFÉRENCES

- Agency for Healthcare Research and Quality (2002). US preventive services task force now finds sufficient evidence to recommend screening adults for depression. <http://www.aahrq.gov/news/press/pr2002/deprespr.htm>.
- Dwight-Johnson, M., Sherbourne, C.D., Liao, D., et al. (2000). Treatment preferences among depressed primary care patients. *Journal of General Internal Medicine*, 15, 527-534.
- Gonzales, H.M., Vega, W.A., Williams, D.R., et al. (2010). Depression care in the United States. *Archives of General Psychiatry*, 67(1), 37-46.
- Greenberg, R.P., & Goldman, E.D. (2009). Antidepressants, psychotherapy or their combination: weighing options for depression treatments. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 39, 83-91.
- Imel, Z.E., Malterer, M.B., McKay, K.M., et al. (2008). A meta analysis of psychotherapy and medication in unipolar depression and dysthymia. *Journal of Affective Disorders*, 110, 197-206.
- Katon, W., VonKorff, M., Lin, E., et al. (1992). Adequacy of duration of antidepressant treatment in primary care. *Medical Care*, 30, 67-76.
- Kupfer, D.J., & Frank, E. (2001). The interaction of drug and psychotherapy in the long-term treatment of depression. *Journal of Affective Disorders*, 62(1-2), 131-137.
- Morey, E., Thacher, J.A., & Craighead, W.E. (2007). Patient preferences for depression treatment programs and willingness to pay for treatment. *Journal of Mental Health Policy and Economics*, 10(2), 73-85.
- Patten, S.B., Kennedy, S.H., Lam, R.W., et al. (2009). Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) clinical guidelines for the management of major depressive disorder in adults. *Journal of Affective Disorders*, 117, S5-S14.
- Patten, S.B., Wang, J.L., Williams, J.V., et al. (2006). Descriptive epidemiology of major depression in Canada. *Canadian Journal of Psychiatry*, 51, 84-90.
- Robinson W.D., Geske, J.A., Prest, L.A. et al. (2005). Depression treatment in primary care. *Journal of the American Board of Family Practice*, 18, 79-86.
- Rost, K., Zhang, M., Fortney, J., et al. (1988). Persistently poor outcomes of undetected major depression in primary care. *General Hospital Psychiatry*, 20, 12-20.
- Scott, J., & Dickey, B. (2003). Global burden of depression: the intersection of culture and medicine. *British Journal of Psychiatry*, 183, 92-94.
- Stephens, T., & Joubert, N. (2001). The economic burden of mental health problems in Canada. *Chronic Diseases in Canada*, 22(1), 18-23.
- Unutzer, J., Katon, W.J., Russo, J., et al. (2003). Willingness to pay for depression treatment in primary care. *Psychiatric Services*, 54(3), 340-345.
- Van Schaik, D.J.F., Klijn, A.F.J., van Hout, H.P.J., et al. (2004). Patients' preferences in the treatment of depressive disorder in primary care. *General Hospital Psychiatry*, 26, 184-189.
- Waraich, P., Goldner, E.M., Somers, J. et al. (2004). Prevalence and incidence studies of mood disorders: a systematic review of the literature. *Canadian Journal of Psychiatry*, 49(2), 124-138.

Le diagnostic différentiel du trouble de l'humeur dû à une affection médicale et du trouble de l'humeur induit par une substance



Dr Fabien Gagnon,
psychologue et médecin psychiatre

Professeur titulaire au Département de psychiatrie et de neurosciences de l'Université Laval, Dr Gagnon travaille aussi en médecine psychosomatique au Centre hospitalier universitaire de Québec. Il enseigne à différents groupes de professionnels en santé mentale.

Les manifestations psychologiques présentées par certains patients nous laissent souvent croire à l'existence d'un problème de santé mentale chez ces personnes. Pourtant, les cliniciens savent bien qu'il est fréquent de rencontrer des problèmes psychologiques secondaires à des conditions médicales, comme la dépression secondaire à la suite d'un accident vasculaire cérébral.

Au cours des années 1970 et 1980, des cliniciens et des chercheurs comme Koranyi (1982) et Hall (Hall *et al.*, 1978) nous ont sensibilisés au fait que plusieurs patients (43 % selon Koranyi) présentant des problèmes psychiatriques sont porteurs de maladies physiques souvent non diagnostiquées et que les manifestations psychiatriques peuvent en fait être le principal mode de présentation (dans 9,1 % des cas; Hall *et al.*, 1978) de maladies physiques non encore diagnostiquées. Ces pathologies physiques chez ces patients issus de populations dites psychiatriques passent souvent inaperçues (dans plus de 53 % des cas; Koran *et al.*, 1989). En milieu hospitalier, il est également fréquent de rencontrer des patients dont les manifestations psychiatriques sont associées à l'administration de certains médicaments comme les corticostéroïdes (Wada *et al.*, 2001). Enfin, bien que les données épidémiologiques disponibles présentent des taux de fréquences variables, on reconnaît que l'utilisation de l'alcool et/ou de drogues de rue s'accompagne d'une fréquence plus élevée de manifestations psychiatriques (de 37 à 53 % de comorbidité entre la prise abusive d'alcool ou l'abus de substances et une maladie mentale; Regier *et al.*, 1990) ou encore complexifie des tableaux psychiatriques préexistants (Dickey *et al.*, 2002).

Les résultats d'études plus récentes confirment encore qu'il existe une morbidité et une mortalité physique plus élevées chez les patients présentant un tableau psychiatrique (Dickerson *et al.*, 2006; Jones *et al.*, 2004). L'étude **DIALOGUE** (Enquête **D**épression et **m**ALadies **O**rGaniq**U**es associ**E**s), réalisée en France au début des années 2000 (Consoli, 2003) souligne également le haut taux de comorbidité de dépression majeure et/ou de tableau d'allure dysthymique (chez plus de 40 % des patients présentant des maladies physiques). La forte fréquence de comorbidité entre maladies physiques et troubles psychiques ne semble plus faire aucun doute. De même, il apparaît que la morbidité associée à cette comorbidité est souvent plus élevée que lorsque le trouble physique ou psychologique est seul (Krantz et McCeney, 2002). Ces éléments cliniques, combinés au fait qu'il est souvent difficile pour les gens de bien exprimer leurs symptômes, obligent donc le clinicien à une certaine vigilance avant de conclure uniquement à la présence d'un trouble psychique primaire chez une

personne qui présente un tableau de perturbation de l'humeur. Le clinicien doit demeurer prudent avant d'écarter avec certitude la possibilité d'un facteur organique comme causal ou associé à l'atteinte psychique.

Le DSM-III (APA, 1980) introduisait une approche de la classification psychiatrique proposant des critères diagnostiques ainsi qu'une conceptualisation basée sur une approche phénoménologique, c'est-à-dire sur la présence ou non de symptômes ou de signes (Jaspers, 1968). On choisissait de s'éloigner d'une approche basée sur l'orientation théorique. De plus, le diagnostic n'est pas unique, mais il est conceptualisé dans une approche multiaxiale. Des cinq axes proposés dans le DSM-III, seuls les trois premiers (axe I : troubles cliniques et autres situations qui peuvent faire l'objet d'un examen clinique; axe II : trouble de la personnalité et retard mental; axe III : affections médicales générales) constituaient alors le diagnostic officiel. Avec le DSM-III-R (APA, 1987), les cinq axes (c'est-à-dire les trois premiers axes ainsi que l'axe IV : problèmes psychosociaux et environnementaux; et l'axe V : évaluation globale du fonctionnement) constituaient alors le diagnostic officiel. L'introduction du système multiaxial visait un diagnostic plus complet, donnant une image plus globale de l'individu et de sa situation. Il devenait également clair que le clinicien devrait, dans sa démarche, aller au-delà de l'axe I. On lui imposait particulièrement de s'arrêter à la personnalité du client et, avant tout, de s'assurer qu'une affection médicale ou une substance n'était pas en cause pour expliquer la présence du trouble psychique.

Ainsi, la classification des troubles mentaux du DSM-IV-TR (2000/2003) propose-t-elle le trouble de l'humeur

dû à une affection médicale et le trouble de l'humeur induit par une substance.

Bien que la littérature des 30 dernières années rappelle souvent l'importance de bien examiner physiquement les clients ayant une présentation psychiatrique (Garden, 2005), le DSM-III et ses versions ultérieures n'exigent pas que le clinicien fasse lui-même l'examen physique, voire l'évaluation de la condition physique du patient (incluant les examens de laboratoire et l'imagerie médicale). D'ailleurs, dans le contexte actuel des soins partagés, il importe essentiellement que, dans sa démarche de diagnostic différentiel, le clinicien en santé mentale tienne compte des affections médicales possibles, ou de l'impact des affections médicales connues, ou encore des médicaments ou substances (illicites comme non illicites) ayant un effet psychotrope. L'examen physique et/ou l'évaluation médicale peuvent être faits, ou avoir été faits, par un autre clinicien compétent en la matière. Par ailleurs, le clinicien en santé mentale, qu'il soit médecin ou non, se doit tout de même de tenir compte, voire d'éliminer, les conditions médicales et l'influence des substances qui ont ou peuvent avoir un impact sur le tableau clinique.

Diagnostic du trouble de l'humeur

Le DSM-IV-TR (APA, 2000/2003) présente des critères diagnostiques pour ces deux catégories, dont les caractéristiques principales sont que : la perturbation est la conséquence physiologique directe d'une affection médicale, (et n'est pas mieux expliquée par un autre trouble mental) les symptômes se sont développés pendant ou dans le mois ayant suivi une intoxication par une substance ou un sevrage, ou que la perturbation est étiologiquement liée à la prise d'un médicament

(la perturbation n'est pas mieux expliquée par un autre trouble de l'humeur non induit par une substance).

Bien que le DSM-IV-TR propose ces critères généraux, il n'y a pas, dans la littérature consultée, d'étude sur la prévalence de ces entités diagnostiques utilisant les critères du DSM-IV-TR. D'ailleurs, le texte du DSM-IV-TR ne présente pas de taux de prévalence de ces entités. Il n'y a pas d'indice dans la littérature que la morbidité ou la mortalité associée à ces deux entités soit supérieure ou inférieure aux troubles primaires de l'humeur sauf, comme mentionné précédemment, quand ces troubles se produisent de façon comorbide avec un autre trouble psychique ou physique.

Importance de connaître les grandes catégories des troubles de l'humeur

Au moment d'initier la démarche, il importe que le clinicien sache ce qu'il va rechercher. On comprendra ici que **le clinicien aura d'abord identifié, à travers le discours du client, une symptomatologie affective, une dysphorie**. Le DSM-IV-TR (APA, 2000/2003) propose des arbres décisionnels qui peuvent aider le clinicien dans sa démarche de diagnostic différentiel de la dysphorie. La valeur de l'utilisation des arbres décisionnels a fait l'objet d'études qui démontrent l'avantage de leur utilisation pour augmenter les habiletés diagnostiques des cliniciens (Morgan *et al.*, 2000).

Le **TABLEAU 1** présente les principales catégories du diagnostic différentiel des troubles de l'humeur selon le DSM-IV-TR. On remarquera que le trouble de l'humeur dû à une affection médicale et le trouble de l'humeur induit par une substance sont les deux premières entités cliniques à éliminer. Le trouble

TABLEAU 1

Diagnostic différentiel des troubles de l'humeur**Trouble de l'humeur dû à une affection médicale générale**

(préciser l'affection médicale sur l'axe III, et, sur l'axe I, préciser si celle-ci est accompagnée de caractéristiques dépressives, avec épisode d'allure dépression majeure, avec caractéristiques maniaques ou avec caractéristiques mixtes)

Trouble de l'humeur induit par une substance

(préciser sur l'axe I la substance et si la prise de celle-ci s'accompagne de caractéristiques dépressives, maniaques ou mixtes et, s'il y a lieu, avec début des symptômes pendant une intoxication ou un sevrage)

Trouble bipolaire I**Trouble schizo-affectif, type bipolaire**

Trouble bipolaire non spécifié (NS) (surajouté à un trouble psychotique)

Trouble bipolaire II**Trouble bipolaire NS****Trouble cyclothymique****Trouble dépressif majeur****Trouble schizo-affectif, type dépressif**

Trouble dépressif NS (surajouté à un trouble psychotique)

Trouble d'adaptation avec humeur dépressive**Trouble dépressif NS****Absence de trouble de l'humeur**

(symptômes thymiques qui ne sont pas cliniquement significatifs)/dans ce cas, considérer un problème parmi les autres situations qui peuvent faire l'objet d'un examen clinique, p. ex. un deuil, un problème professionnel ou un problème en rapport avec une étape de la vie

schizo-affectif existe aussi; cette possibilité est souvent oubliée par les cliniciens. En dernier lieu, au bas de l'arbre décisionnel, on remarquera également qu'il est possible que la présentation clinique du client ne corresponde pas à un trouble de l'humeur, mais plutôt à une problématique qui n'est pas un trouble psychique, bien qu'il s'agisse d'un problème qui mérite une attention clinique, sans être un trouble au sens du DSM-IV-TR.

Questions essentielles à poser par le clinicien

Pour le clinicien, afin d'éliminer un trouble secondaire à une affection médicale ou à une substance, il importe de poser des questions précises au client et, si possible, de consulter son dossier pour vérifier les antécédents médico-chirurgicaux ainsi que la prise de médicaments et de substances (Goldbloom, 2006; Morrison, 1997). Il doit aussi vérifier la prise actuelle de médicaments et la consommation d'alcool

ou de drogues. La connaissance des antécédents psychiatriques est aussi importante puisqu'elle permet, après s'être assuré de l'absence de l'influence majeure d'une affection médicale ou d'une substance, de diriger les hypothèses diagnostiques du clinicien vers des diagnostics psychiatriques primaires.

Le mode d'apparition et la durée des symptômes sont aussi des indicateurs intéressants. Une symptomatologie subite ou récente est plus susceptible d'être induite par une substance comparativement à une symptomatologie insidieuse et évoluant depuis des années, à moins qu'il y ait prise régulière d'une substance. Il est aussi nécessaire de s'assurer du degré de sévérité des symptômes et de son interférence ou non sur le fonctionnement personnel, interpersonnel, social et occupationnel du patient, de façon à déterminer si l'atteinte à ce fonctionnement est significative et si elle répond ainsi au critère de trouble

psychique (Aragonès *et al.*, 2006 ; Williams *et al.*, 2002).

L'association entre le début de la symptomatologie psychiatrique et une affection médicale est, quant à elle, plus complexe à déterminer. En effet, certaines pathologies organiques prennent de nombreuses années à évoluer (p. ex. la néoplasie cérébrale) et peuvent laisser croire pendant longtemps à un trouble psychique primaire.

D'autres indices d'organicité

En ce qui a trait au trouble de l'humeur induit par une substance, l'information sur la prise de substances ou de médicaments, ou sur les résultats à des tests de dépistage sériques ou urinaires, ou sur les taux de concentration sériques de ces médicaments ou substances, serviront à aiguiller le clinicien vers le diagnostic différentiel approprié. Parmi les médicaments pouvant induire un trouble de l'humeur, on retrouve : les antidépresseurs, les corticostéroïdes, la L-dopa, les amphétamines, les barbituriques, l'adrénaline et autres agents sympathicomimétiques.

Par ailleurs, en ce qui a trait au trouble de l'humeur dû à une affection médicale, il existe plusieurs affections médicales susceptibles d'avoir des présentations psychiatriques (maladies infectieuses, épilepsie, déficits nutritionnels, problèmes métaboliques, maladies cerebrovasculaires, toxines, maladies dégénératives, cancers, maladies auto-immunes, traumatismes). La littérature abonde d'articles rapportant des cas où des maladies physiques affectant différents systèmes du corps humain se sont manifestées d'abord par des symptômes psychiatriques. Le **TABLEAU 2** présente de tels cas. Par ailleurs, il s'agit surtout d'études de dossiers, donc d'études rétrospectives.

TABLEAU 2

Causes médicales fréquentes de symptômes ressemblant à de la dépression*

MALADIES AUTO-IMMUNES	Lupus érythémateux disséminé Arthrite rhumatoïde Sarcoïdose
CANCERS	Cerveau Pancréas Poumons Reins Système gastro-intestinal
MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX CENTRAL	Maladie de Parkinson Démences dégénératives Hydrocéphalie à pression normale Hémorragie sous arachnoïdienne Maladie de Huntington Démences réversibles (alcoolique) Accident cérébrovasculaire Traumatisme crânio-cérébral Épilepsie du lobe temporal
MALADIES ENDOCRINIENNES	Hypo/hyper-thyroïdie Maladie d'Addison Maladie de Cushing Tumeurs hypophysaires Diabète/hypoglycémie Hyperparathyroïdie Porphyrie
INTOXICATIONS	Plomb Mercure Thallium
INFECTIONS OCCULTES	Foie Système gastro-intestinal Etc.
INFECTIONS VIRALES	Influenza Mononucléose Pneumonies Hépatites VIH

* Traduit et adapté de Rush, 1988

Certains auteurs, soucieux de faciliter la démarche diagnostique, proposent des outils pour aider les cliniciens de formation médicale comme de formation non médicale (Leon *et al.*, 2003; Morrison, 2007; Taylor, 2000) à aborder la question du trouble de l'humeur dû à une affection médicale¹.

De façon pratique, Beck (2004) souligne comme caractéristiques principales suggérant une cause physiologique des symptômes psychiatriques : le début des symptômes qui coïncide avec

le début, ou l'accentuation de la sévérité, d'une affection médicale; les symptômes psychiatriques qui s'améliorent avec le traitement de l'affection médicale; les caractéristiques du syndrome qui sont atypiques des troubles mentaux primaires; des explications pathophysiologiques des symptômes psychiatriques basés sur l'existence soupçonnée d'une affection médicale; une littérature scientifique solide qui soutient la causalité médicale des symptômes psychiatriques; des associations reconnues (p. ex. des histoires de cas cliniques et des petites séries de cas).

TABLEAU 3

Indices mentaux et physiques qui suggèrent des troubles mentaux « organiques »**

Début récent des symptômes après l'âge de 40 ans

Symptômes qui surviennent durant une maladie majeure qui altère le fonctionnement d'un organe (p. ex. le foie, les reins, le pancréas)

Symptômes qui surviennent alors que le patient prend un médicament/une substance qui a des effets psychotropes

Histoire de prise de multiples médicaments (avec et sans ordonnance)

Histoire familiale de troubles neurologiques dégénératifs ou héréditaires (p. ex. la maladie d'Alzheimer ou la maladie de Huntington) ou de troubles métaboliques héréditaires (p. ex. le diabète, l'anémie pernicieuse ou la porphyrie)

Présence d'états altérés de conscience (perte de conscience; changements de l'état mental; atteinte cognitive; évolution épisodique, récurrente ou cyclique de la symptomatologie)

Dysfonction corticale (p. ex. la dysphagie, l'apraxie, l'agnosie ou l'atteinte visuospatiale)

Dysfonction sous-corticale diffuse (p. ex. la dysarthrie ou le ralentissement psychomoteur, l'ataxie, l'incoordination, le tremblement ou l'asterixis)

Hallucinations visuelles (surtout), tactiles ou olfactives

Signes vitaux anormaux (rythme cardiaque, rythme respiratoire, tension artérielle, température), évidence de dysfonction d'un organe, déficits neurologiques focaux

Anomalies à la marche (ataxie), changements des forces (faiblesse, paralysie)

Dysfonction du langage (aphasie, manque de mots, persévération)

Anomalies oculaires (changements pupillaires dont asymétries, nystagmus)

** Traduit et adapté de Maldonado, 2009

1 Pour le trouble de l'humeur induit par une substance, on pourra consulter *La lettre médicale* de 1998 (*The Medical Letter*, 1998). Voir aussi Nash, 2008.

Maldonado (2009) propose quant à lui un tableau plus élaboré des indices cliniques laissant soupçonner l'organicité (TABLEAU 3).

Conclusion

Comme clinicien en santé mentale, on se doit de considérer, chez les personnes qui présentent un tableau de perturbation de l'humeur, la présence d'un trouble de l'humeur dû à une affection médicale et/ou d'un trouble de l'humeur induit par une substance. Tant notre questionnaire,

le dossier de santé, que notre examen vont nous guider vers l'exclusion de ces diagnostics. La collaboration avec un professionnel de la santé somaticien, qui aura fait ou pourra faire une évaluation médicale, permettra au clinicien, même de formation non médicale, de poursuivre sa démarche d'exploration diagnostique. Par ailleurs, la comorbidité est fréquente entre maladies physiques et troubles psychiques, et il n'est pas rare de rencontrer des gens présentant des tableaux cliniques complexes qui rendent difficiles

la détermination des facteurs primaires ou secondaires. Pour le clinicien, le meilleur guide demeure encore la suspicion. Même lorsqu'un diagnostic a été posé, il faut se rappeler que d'autres éléments peuvent apparaître en cours d'évolution, et il importera de remettre en question le diagnostic initial et, chaque fois dans la démarche, il faudra éliminer un trouble de l'humeur dû à une affection médicale ou un trouble de l'humeur induit par une substance.

RÉFÉRENCES

- American Psychiatric Association (1980). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd ed.). Washington, DC: *American Psychiatric Inc.*
- American Psychiatric Association (1987). Diagnostic and statistical manual of mental disorders, third edition, revised. Washington, DC: *American Psychiatric Inc.*
- American Psychiatric Association (2000/2003). DSM-IV-TR : *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Masson, Paris.
- Aragonès, E., Pinol, J.L., Labad, A. (2006). The overdiagnosis of depression in non-depressed patients in primary care. *Family Practice*, 23, 363-368.
- Consoli, S.M. (2003). Dépression et maladies organiques associées, une comorbidité encore sous-estimée. *La Presse Médicale*, 32, 1, 10-21.
- Dickerson, F.B., Brown, C.H., Daumit, G.L., et al. (2006). Health status of individuals with serious mental illness. *Schizophrenia Bulletin*, 32, 3, 584-589.
- Dickey, B., Normand, S.-L., Weiss, R.D., Drake, R.E., Azeni, H. (2002). Medical morbidity, mental illness, and substance use disorders. *Psychiatric Services*, 53, 861-867.
- Garden, G. (2005). *Physical examination in psychiatric practice. Advances in Psychiatric Treatment*, 11, 142-149.
- Goldbloom, D. S. (2006). *Psychiatric Clinical Skills. Elsevier Mosby*, Philadelphia.
- Hall, R.C.W., Popkin, M.K., Devaul, R.A., Faillace, L.A., Stickney, S.K. (1978). Physical illness presenting as psychiatric disease. *Archives of general psychiatry*, 35, 1315-1320.
- Jaspers, K. (1968). The phenomenological approach in psychiatry. *British Journal of Psychiatry*, 114:1313-1323.
- Jones, D.R., Macias, C., Barreira, P.J. et al. (2004). Prevalence, severity, and co-occurrence of chronic physical health problems of persons with serious mental illness. *Psychiatric Services*, 55, 1250-1257.
- Koran, L.M., Sox, H.C., Marton, K.I., et al. (1989). Medical evaluation of psychiatric patients : I. Results in a state mental health hospital. *Archives of general psychiatry*, 46, 733-740.
- Koranyi, E.K. (1982). Undiagnosed physical illness in psychiatric patients. *Annual Review of Medicine*, 33, 309-316.
- Krantz, D.S., McCeney, M.K. (2002). Effects of psychological and social factors on organic disease : a critical assessment of research on coronary heart disease. *Annual Review of Psychology*, 53, 341-369.
- Leon, F.G., Ashton, A.K., D'Mello, D.A., et al. (2003). Depression and comorbid medical illness : therapeutic and diagnostic challenges. *The Journal of Family Practice*, December 2003, Supplement, S19-S33.
- Maldonado, J. R. (2009). *Neuropsychiatric masquerades : medical and neuropsychiatric disorders that present with psychiatric symptoms*. Presented at the 22nd Annual U.S. Psychiatric and Mental Health Congress, March 11, 2009.
- Morgan, R.D., Olson, K.R., Krieger, R.M., et al. (2000). Do DSM decision trees improve diagnostic ability. *Journal of Clinical Psychology*, 56, 1, 73-88.
- Morrison, J. (1997). When psychological problems mask medical disorders : a guide for psychotherapists. *The Guilford Press*, New York.
- Morrison, J. (2007). *Diagnosis made easier : principles and techniques for mental health clinicians. The Guilford Press*, New York.
- Nash, M.C. (2008). Substance-induced mood disorders, depression and mania. *Emedicine.medscape.com* at <http://emedicine.medscape.com/article/286885-print>.
- Regier, D.A., Farmer, M.E., Rae, D.S., et al. (1990). Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drugs abuse : Results from the epidemiologic catchment area (ECA) study. *Journal of the American Medical Association*, 264, 19, 2511-2518.
- Rush, A. J. (1988). Clinical diagnosis of mood disorders. *Clinical Chemistry*, 34, 5, 813-821.
- Sox, H.C., Koran, L.M., Sox, C.H., et al. (1989). A medical algorithm for detecting physical disease in psychiatric patients. *Hospital and Community Psychiatry*, 40, 12, 1270-1276.
- Taylor, R.L. (2000). Distinguishing psychological from organic disorders : screening for psychological masquerade, 2nd edition, *Springer Publishing Company*, New York.
- The Medical Letter (1998). Some drugs that cause psychiatric symptoms. *Medical Letter Drugs Therapy*, 40, 1020, 21-24.
- Wada, K., Yamada, N., Sato, T., et al. (2001). Corticosteroid-induced psychotic and mood disorders : diagnosis defined by DSM-IV and clinical pictures. *Psychosomatics*, 42, 461-466.
- Williams, J.W., Noël, P.H., Cordes, J.A., et al. (2002). Is this patient clinically depressed? *Journal of the American Medical Association*, 287, 9, 1160-1170.

Facteurs thérapeutiques des troubles de l'humeur*



Dr Larry E. Beutler, psychologue

Larry E. Beutler est un professeur distingué « William McInnes » et ex-doyen des programmes de doctorat de la Palo Alto University's Pacific Graduate School of Psychology. Il a été directeur de la formation et professeur du programme de psychologie du counseling et de psychologie clinique/scolaire à l'Université de Californie à Santa Barbara. Il est professeur-consultant de psychiatrie et de sciences comportementales à la Faculté de médecine de l'Université de Stanford. Dr Beutler est l'ancien éditeur du *Journal of Clinical Psychology* et du *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. Il a été président de la Society for Clinical Psychology (Division 12 de l'APA), président de la Division of Psychotherapy (Division 29 de l'APA), et pendant deux mandats, président de l'International Society for Psychotherapy Research.

La Division 12 de l'American Psychological Association et la North American Society for Psychotherapy Research ont parrainé un groupe d'étude dans le but de faire ressortir les principes soutenus empiriquement liés aux changements psychothérapeutiques. Le rapport de ce groupe d'étude a été publié en 2006¹. Les 45 membres du groupe ont passé en revue la vaste documentation sur le traitement psychothérapeutique des troubles dysphoriques et de trois autres catégories de troubles mentaux, afin d'identifier des principes pouvant être utilisés pour guider le traitement efficace de ces troubles. Cette analyse portait sur trois types de facteurs thérapeutiques pertinents : les caractéristiques des participants (c. à d., client, thérapeute, famille), les caractéristiques de la relation thérapeutique et les caractéristiques des méthodes thérapeutiques dont le rôle dans l'amélioration de l'efficacité a été soutenu empiriquement.

Dans l'ensemble, le groupe de travail a mis en évidence 48 principes pertinents aux troubles dysphoriques. Les principes de deux des trois domaines évalués – soit les caractéristiques des participants et les caractéristiques de la relation thérapeutique – ont été regroupés en sous-groupes selon des thèmes communs. Ces principes sont considérés comme étant suffisamment bien établis pour orienter le traitement. Ci-dessous se trouve une définition des principes identifiés en fonction de ces domaines et sous-groupes (une description de chaque principe est également présentée dans les **TABLEAUX 1 à 4**).

APERÇU DES PRINCIPES

Principes thérapeutiques liés aux caractéristiques des clients

Le premier sous-groupe de caractéristiques liées aux participants et pertinentes au traitement des troubles dysphoriques inclut les caractéristiques associées à la dispensation de traitements différentiels (voir **TABLEAUX 1 et 4**). Plus spécifiquement, ce sous-groupe permet de déterminer comment les caractéristiques des clients peuvent être appariées aux méthodes thérapeutiques et aux facteurs propres aux thérapeutes. Par exemple, il s'avère avantageux de choisir un thérapeute qui partage la même origine ethnique et les mêmes croyances religieuses que celles du client. En outre, les clients impulsifs et rebelles se sont révélés être de meilleurs candidats pour les interventions comportementales et axées sur la symptomatologie que les clients ayant tendance à ruminer et à s'abaisser; ces derniers répondent mieux aux interventions visant la prise de

* Tiré et adapté de : Beutler, L.E., Castonguay, L.G., et Follette, W.C. (2006). Therapeutic factors in dysphoric disorders. *Journal of Clinical Psychology*, 62, 639 – 647.

¹ Castonguay, L.G., et Beutler, L.E. (2006). (Eds), *Principles of therapeutic change that work*. New York: Oxford University Press.

TABLEAU 1

Principes courants des changements thérapeutiques fondés sur les caractéristiques des clients

Principes liés au traitement

1. ATTENTES DES CLIENTS : Les attentes des clients sont associées aux résultats chez les clients souffrant de troubles anxieux ou de troubles liés à l'abus de substances, mais non chez les clients dépressifs. Chez les clients atteints de troubles anxieux ou liés à l'abus de substances, les attentes des clients quant au succès du traitement sont mieux corrélées aux résultats que la crédibilité du traitement. On manque d'information quant aux effets des attentes des clients dans le traitement des troubles concomitants de la personnalité.

2. TROUBLE CONCOMITANT DE LA PERSONNALITÉ : Chez les clients souffrant de dépression et de trouble concomitant de la personnalité, la souplesse du thérapeute face aux croyances religieuses des clients est associée à une meilleure réponse. D'une manière générale, la souplesse du thérapeute signifie qu'il sait modifier les stratégies et s'adapter en fonction des symptômes, de la tolérance et de la créativité de ses clients. Plus particulièrement, dans le cas de la dépression, cela signifie être ouvert, informé et tolérant face aux croyances religieuses.

Principes liés au pronostic

3. NIVEAU D'INCAPACITÉ : Plus le problème est grave et perturbateur, moins les traitements à court terme sont bénéfiques. Cependant, il n'est pas certain, pour tous les types de troubles/problèmes, si pour ces problèmes graves, les traitements à plus long terme sont plus bénéfiques. La chronicité semble être un indice d'incapacité et, par conséquent, peut être sujette aux mêmes paramètres que l'incapacité.

4. COMORBIDITÉ : Les gains sont moins importants pour les clients présentant un trouble concomitant de la personnalité.

5. MOTIVATION FACE AU TRAITEMENT : La motivation du client à changer avant le traitement est un facteur prédictif des bienfaits thérapeutiques dans les troubles liés à l'abus de substances. Par ailleurs, ce facteur est probablement un déterminant des bienfaits pour d'autres troubles, mais il n'existe pas suffisamment de travaux de recherche pour soutenir cette hypothèse. Néanmoins, il y a peu de données qui démontrent que les efforts visant à modifier la motivation s'avèrent bénéfiques au traitement.

6. STYLE D'ATTACHEMENT/STYLE INTERPERSONNEL : Le style d'attachement et le style interpersonnel des clients, surtout des clients souffrant de dépression, a un impact sur le processus de changement et/ou les résultats. En fait, le pronostic est meilleur chez les clients faisant preuve d'une approche sociale ou de non-évitement.

7. FAIBLE STATUT SOCIOÉCONOMIQUE : Chez les clients souffrant de troubles liés à l'abus de substances ou de troubles anxieux, un faible statut socioéconomique est un indicateur de résultats médiocres. Pour les autres troubles psychiatriques, l'impact de ce facteur est moins évident, mais probable.

8. PERCEPTION DU NIVEAU DE SOUTIEN : La perception du niveau de soutien social est un facteur prédictif positif des bienfaits thérapeutiques. L'absence de soutien social réel ou perçu peut être corrélée à la sévérité ou au degré d'incapacité ressentie (p. ex. comorbidité et troubles de la personnalité). Dans la dépression, bien que l'amélioration du soutien social augmente quelque peu les bienfaits du traitement, les données ne sont pas constantes à savoir si c'est le cas pour tous les troubles psychiatriques. Il se peut donc que l'amélioration du soutien social soit un facteur propre au traitement des troubles dysphoriques.

Sous-groupe de caractéristiques non liées au traitement

9. TYPE DE PROBLÈME DU CLIENT : L'efficacité du traitement n'est pas considérablement accrue par l'expérience personnelle du thérapeute en ce qui a trait au type de problème du client. En fait, l'ouverture d'esprit et la tolérance de la part du thérapeute sont plus importantes que l'expérience partagée.

10. SEXE DU CLIENT : Le sexe du client n'améliore pas les résultats de façon considérable ou significative.

conscience. Par ailleurs, le traitement s'est avéré plus efficace lorsque les interventions étaient adaptées d'une part aux attentes du client, lesquelles dépendent du degré auquel le client a assimilé ses expériences problématiques, et d'autre part au niveau de résistance du client. En ce qui a trait à ce dernier point, l'efficacité de la thérapie est accrue lorsque le niveau de directivité employé par le thérapeute est inversement proportionnel au niveau de résistance du client.

Les travaux de recherche n'ont pas pu démontrer qu'un deuxième sous-groupe de caractéristiques des clients était corrélé aux résultats thérapeutiques. En effet, malgré de nombreuses spéculations selon lesquelles le sexe du client ou l'expérience personnelle du thérapeute concernant un problème particulier sont pertinents au traitement, les preuves sont insuffisantes dans la littérature médicale pour justifier l'instauration de traitements fondés sur ces hypothèses.

Le dernier sous-groupe de caractéristiques des clients qui se sont révélées congruentes au traitement des troubles dysphoriques se rapportait au pronostic des clients. En effet, on a mis en évidence une catégorie de caractéristiques des clients pouvant prédire dans quelle mesure les clients répondraient au traitement. Ces caractéristiques comptaient, entre autres, les caractéristiques démographiques des clients (p. ex. faible statut socioéconomique), la gravité des symptômes (p. ex. comorbidité et atteinte cognitive) et les facteurs psychologiques (p. ex. psychologiquement prêt à changer et capacité à développer un attachement mature).

Principes thérapeutiques liés à la relation thérapeutique

Un examen de la documentation médicale portant sur la relation thérapeutique a fait émerger deux sous-groupes de principes pertinents au traitement (voir TABLEAUX 2 et 4). Le premier sous-groupe comporte des principes relatifs à l'importance de la relation thérapeutique et de la capacité du thérapeute à développer des qualités qui doivent être présentes afin de maintenir la relation (p. ex. empathie, congruence, attitude positive et compétences interpersonnelles selon le modèle rogérien). Le deuxième sous-groupe de variables propose une série de lignes directrices sur la façon de mener une psychothérapie de manière à maintenir la relation thérapeutique. Par exemple, ces principes font foi de l'importance d'une approche non défensive de soutien pour rétablir une rupture d'alliance thérapeutique; on met également l'accent sur le rôle de l'autorévélation de soutien et la manière de favoriser les interprétations relationnelles.

TABLEAU 2

Principes courants liés à la relation thérapeutique

Caractéristiques liées à la relation thérapeutique et aux qualités du thérapeute

1. **IMPORTANCE DE L'ALLIANCE THÉRAPEUTIQUE** : Développer et maintenir une alliance thérapeutique positive augmente les bienfaits thérapeutiques.
2. **IMPORTANCE DE LA COHÉSION DU GROUPE** : Favoriser un niveau élevé de cohésion au sein du groupe améliore les effets de la thérapie de groupe.
3. **EMPATHIE** : Un haut degré d'empathie chez le thérapeute est relié à de meilleurs résultats thérapeutiques dans une vaste gamme de problèmes de santé mentale et de types de clients.
4. **ATTITUDE POSITIVE** : Il est fortement probable qu'une attitude positive de la part du thérapeute améliore les bienfaits thérapeutiques.
5. **CONGRUENCE** : Il est probable que la congruence du thérapeute en ce qui a trait à l'expression des sentiments ou à la transmission des connaissances contribue à améliorer les bienfaits thérapeutiques.

Caractéristiques reliées à la prestation de la psychothérapie

6. **INTERPRÉTATIONS RELATIONNELLES EXCESSIVES** : La prestation d'interprétations relationnelles excessives devrait être évitée.
7. **EXACTITUDE DES INTERPRÉTATIONS RELATIONNELLES** : Lorsque les interprétations relationnelles sont employées, l'amélioration est plus probable si celles-ci sont exactes.
8. **RUPTURES DE L'ALLIANCE** : Aborder les ruptures d'alliance d'une façon empathique et flexible accroît la probabilité d'une résolution de ces ruptures.
9. **OBJECTIFS DU TRAVAIL COLLABORATIF** : Lorsque l'établissement des objectifs thérapeutiques et le processus d'atteinte de ces objectifs sont effectués de façon collaborative, l'efficacité du traitement en est améliorée.

Principes thérapeutiques liés aux méthodes thérapeutiques

Les principes fondés sur les recherches dont ont émergé des méthodes thérapeutiques n'ont pas formé de sous-groupes évidents (voir **TABLEAU 3**). Quelques-uns de ces principes visent la structure de la thérapie efficace, notamment les facteurs comme l'échéancier et l'intensité. Les autres principes démontrent l'importance de mettre l'accent sur les problèmes émergents du client, de fournir une raison d'être pour ces problèmes et leur traitement, de définir des objectifs thérapeutiques clairs, d'analyser l'expérience du client, d'évaluer les profils problématiques, d'encourager des changements modestes et graduels, de gérer de façon appropriée les émotions, et ainsi de suite.

FACTEURS COURANTS ET UNIQUES

La description ci-dessus résume les 48 principes pertinents au traitement qui ont été mis en évidence par le groupe d'étude. Parmi ces principes, 36 sont congruents à au moins deux troubles sur lesquels s'est penché le groupe de travail (c.-à-d. les troubles dyphoriques, les troubles anxieux, les troubles de la personnalité et les troubles liés à l'abus d'une substance). Toutefois, 12 de ces 48 principes (voir **TABLEAU 4**) sont ressortis clairement, seulement dans les travaux sur le traitement des troubles dysphoriques. Certains de ces 12 principes pour soigner les troubles dysphoriques n'ont pas encore été étudiés dans le cadre des troubles liés à l'anxiété, à l'abus de substance ou aux troubles de la personnalité.

Comme le montrent les tableaux 1 à 3, les 36 principes courants sont distribués parmi les trois domaines abordés par le groupe d'étude, soit les caractéristiques des participants, les caractéristiques de la relation thérapeutique et les caractéristiques des méthodes thérapeutiques efficaces. Cependant, les principes uniques aux troubles dysphoriques relèvent presque entièrement du domaine des caractéristiques des participants. Plus spécifiquement, onze des douze principes uniques liés aux troubles dysphoriques se rapportent au domaine des caractéristiques des participants, alors que le principe restant concerne la relation thérapeutique.

TABLEAU 3

Principes courants liés aux méthodes thérapeutiques

1. **RELATION THÉRAPEUTIQUE** : Les principes liés aux méthodes thérapeutiques sont importants uniquement s'ils sont appliqués dans le cadre d'une bonne relation thérapeutique.
2. **EMPHASE SUR LE PROBLÈME** : Les techniques efficaces mettent l'emphase directement sur les problèmes et les soucis du client. En revanche, les effets sont limités lorsque le thérapeute ne confronte pas le client, ne dirige pas les efforts du client et évite de soulever la détresse de ce dernier.
3. **AUGMENTATION DE L'ADAPTIVITÉ** : Les traitements efficaces visent à aider le client à modifier ses mécanismes mal adaptatifs pour ressentir, se comporter et/ou répondre psychologiquement.
4. **IDENTIFICATION DU PROFIL** : Les traitements efficaces incluent une évaluation initiale et l'identification des profils de comportement, de sentiments et de pensées associés à la continuité du problème.
5. **ÉVALUATION CONTINUE** : Les gains thérapeutiques sont maximisés lorsqu'une évaluation continue est effectuée pour déterminer si le traitement répond aux objectifs établis en collaboration.
6. **RELATION ENTRE LES PENSÉES, LES ÉMOTIONS, LES COMPORTEMENTS ET L'ENVIRONNEMENT** : Les résultats sont améliorés lorsque l'on tente de sensibiliser le client à la relation entre son environnement (interpersonnel et physique) et à la façon dont il pense, ressent et se comporte.
7. **IDENTIFICATION DES PENSÉES** : Le traitement efficace inclut l'identification et la mise au défi des pensées dysfonctionnelles spécifiques et des croyances fondamentales négatives.
8. **JUSTIFICATION** : Les traitements efficaces expliquent au client la nature de son problème et justifient le traitement de ce problème.
9. **EMPHASE SUR LES CHANGEMENTS PAR ÉTAPE** : La facilitation des changements par étape accroît les taux d'amélioration.
10. **ÉTABLISSEMENT D'OBJECTIFS** : L'établissement et l'atteinte d'objectifs d'une manière collaborative, claire et explicite permettent un traitement optimal.
11. **INTERVENTION NON DIRECTIVE** : Les thérapeutes devraient utiliser une approche « non directive » (p. ex. la validation).
12. **AUTO-EXPLORATION PAR LE CLIENT** : Il s'avère utile d'inciter le client à l'auto-exploration.
13. **EXPÉRIENCE ÉMOTIONNELLE** : Aider le client à accepter, tolérer et parfois ressentir pleinement ses émotions est propice au changement thérapeutique.
14. **MAÎTRISE ÉMOTIONNELLE** : Il peut être utile d'employer des interventions visant à améliorer la maîtrise émotionnelle du client.
15. **ÉCHÉANCIER** : À l'exception du traitement des troubles de la personnalité, le traitement à court terme peut être bénéfique.
16. **THÉRAPIE INTENSIVE** : La thérapie intensive est associée au changement thérapeutique et est parfois essentielle.
17. **THÉRAPIE DE GROUPE** : Les interventions non individuelles (p. ex. thérapie de groupe ou en famille) peuvent être bénéfiques.

TABLEAU 4

Principes uniques pour le traitement de la dépression et de la dysphorie

Fait à remarquer, tous les facteurs procéduraux qui ont été mis en évidence pour le traitement des troubles dysphoriques sont communs au traitement d'autres classes de problèmes. On devrait également noter que les principes liés aux caractéristiques des participants pointent vers des manières intéressantes de diriger la thérapie et d'orienter la prestation du thérapeute. Comme il a été mentionné précédemment, par exemple, il y a plusieurs caractéristiques liées aux clients qui peuvent servir de marqueurs pour instaurer un traitement adapté au client. De même, les caractéristiques qui identifient le pronostic du patient peuvent également être utilisées pour guider le processus thérapeutique. Ainsi, la durée et l'intensité du traitement peuvent être déterminées par le niveau d'incapacité du client.

APPLICATION DES PRINCIPES THÉRAPEUTIQUES LIÉS À LA PLANIFICATION THÉRAPEUTIQUE

D'autres travaux de recherche devront être effectués pour déterminer l'importance des 48 principes liés au traitement les uns par rapport aux autres. Néanmoins, en se fondant sur la description ci-dessus de ces principes, et plus particulièrement sur la nature des domaines et des sous-groupes qu'ils semblent former, certaines hypothèses peuvent être avancées à savoir comment ces principes pourraient orienter le traitement; les caractéristiques des clients qui permettent de prévoir le pronostic peuvent être utilisées pour sélectionner les clients susceptibles de répondre à la psychothérapie. Cette décision peut être déterminante lorsque les ressources sont limitées. Elle peut aider à conserver et à aiguiller ces ressources dans les directions les plus productives. De même, ce sous-groupe de caractéristiques prédisant le pronostic peut aider à identifier les meilleurs candidats aux interventions plus intenses et peut-être, les clients qui répondraient au traitement pharmacologique.

On présume que la relation thérapeutique est à la base d'une thérapie efficace. Cependant, les principes définis par le groupe de travail accordent une spécificité plus grande à la nature de la relation d'aide. Les principes associés à la relation thérapeutique spécifient quelles qualités du thérapeute sont nécessaires pour forger des alliances thérapeutiques solides et fournissent des pistes sur la façon d'administrer le traitement de manière à maintenir et, à l'occasion, à réparer des relations thérapeutiques.

Dans les principes reliés aux participants, plusieurs principes se rapportent à la prestation d'interventions différentielles adaptées à des clients spécifiques. Ce sous-groupe de principes peut être utilisé dans le processus de planification thérapeutique dans le but d'optimiser et d'améliorer les résultats. Ces principes peuvent fournir des conseils sur la façon de modifier les procédures

Caractéristiques du client liées au pronostic

1. ÂGE : L'âge est un facteur prédictif négatif des résultats en psychothérapie générale.
2. ETHNICITÉ : La psychothérapie conventionnelle procure moins de bienfaits chez les clients d'un groupe ethnique ou racial mal desservi que chez les Américains anglophones.
3. NIVEAU D'INCAPACITÉ : Chez les clients présentant un niveau d'incapacité élevé, l'ajout de composantes thérapeutiques, et particulièrement d'un traitement à plus long terme, peut accroître les bienfaits de la thérapie.

Caractéristiques du client liées à l'adaptation au traitement

4. ASSIMILATION DE L'EXPÉRIENCE PROBLÉMATIQUE : La sélection d'interventions réactives et conformes au niveau d'assimilation du problème par le client accroît les bienfaits de la thérapie.
5. JUMELAGE ETHNIQUE : Chez les clients et les thérapeutes qui partagent des caractéristiques raciales/ethniques identiques ou similaires, les taux d'abandon de la thérapie diminuent alors que les taux d'amélioration augmentent.
6. JUMELAGE DES PRÉFÉRENCES RELIGIEUSES : Si les clients préfèrent une psychothérapie axée sur la religion, l'accommodation de ces préférences accroît les bienfaits du traitement.
7. NIVEAU DE RÉSISTANCE : Les interventions qui provoquent une résistance chez le client (parfois mesurée par le degré d'engagement collaboratif) ne sont pas susceptibles d'améliorer les résultats puisqu'elles ont tendance à réduire l'observance au traitement. Ces interventions incluent notamment l'excès de contrôle et de directivité de la part du thérapeute, et la confrontation qui excède le degré de tolérance du client.
8. DEGRÉ DE RÉSISTANCE DU CLIENT ET DE DIRECTIVITÉ DU THÉRAPEUTE : Les interventions directives devraient être inversement proportionnelles au degré manifeste de résistance du client.
9. CLIENTS IMPULSIFS ET REBELLES : Les clients impulsifs, grégaires et susceptibles de blâmer les autres bénéficient davantage des efforts directs visant à modifier le comportement et à atténuer les symptômes (p. ex. acquérir de nouvelles techniques et maîtriser ses impulsions) que des méthodes visant à s'auto-examiner et à développer sa conscience de soi.
10. CLIENTS QUI RUMINENT ET S'ABAISSENT : Les clients qui présentent un faible degré d'impulsivité ainsi qu'un niveau élevé d'indécision, d'auto-évaluation et d'autocontrôle ont tendance à bénéficier davantage des méthodes qui favorisent la compréhension de soi, la prise de conscience, l'attachement interpersonnel et l'estime de soi, plutôt que les méthodes qui visent à soulager les symptômes et à acquérir des compétences sociales.
11. ATTACHEMENT RASSURANT : Lorsque les thérapeutes démontrent un profil d'attachement rassurant, le processus thérapeutique semble être favorisé.

Relation thérapeutique

12. AUTORÉVÉLATION DE SOUTIEN : L'autorévélation par le thérapeute est probablement utile, particulièrement lorsqu'elle vise à rassurer et à appuyer le client plutôt qu'à le confronter.

thérapeutiques afin de mieux répondre aux particularités des clients, d'ajouter d'autres interventions, de mettre fin au traitement, etc.

Enfin, les principes sous-tendant les méthodes thérapeutiques efficaces mettent en évidence les interventions thérapeutiques cruciales au succès du traitement. Ainsi, les principes de ce domaine pourraient être utilisés par les praticiens comme lignes directrices tout au long du processus thérapeutique. Ces principes pourraient servir à diriger le praticien quant aux ingrédients actifs des procédures thérapeutiques.

Dans l'ensemble, les 48 principes identifiés par le groupe d'étude ont la capacité d'orienter le processus thérapeutique; ils pourraient renforcer la relation thérapeutique, améliorer la sélection des clients qui bénéficieront du traitement, aiguïser le processus de planification thérapeutique et améliorer les compétences du thérapeute à utiliser les interventions thérapeutiques.

Traitements de la dépression

DISTINCTION ENTRE PRATIQUE FONDÉE SUR LES DONNÉES PROBANTES ET LES TRAITEMENTS SOUTENUS EMPIRIQUEMENT



Dr Marvin R. Goldfried, psychologue

Dr Marvin R. Goldfried est professeur distingué de psychologie à l'Université Stony Brook et psychothérapeute en bureau privé à New York. Il est président de la *Society of Clinical Psychology* (Division 12 de l'Association américaine de psychologie), ex-président de la *Society for Psychotherapy Research* et fondateur ou cofondateur de nombreuses institutions reconnues dont la *Society for the Exploration of Psychotherapy Integration*. Il est l'auteur et le coauteur de plusieurs livres et publications scientifiques et il a reçu de nombreux prix en reconnaissance à sa contribution à l'avancement de la psychologie.

L'APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice (2006) a défini les traitements soutenus empiriquement (TSE) comme n'étant qu'un des aspects de la pratique fondée sur les données probantes. Les résultats pertinents dans la pratique fondée sur les données probantes peuvent être classés en trois catégories très générales (Arkowitz, 1989). Pour savoir *si* le changement survient, nous pouvons évidemment nous baser sur l'analyse des *résultats* ou des issues thérapeutiques, que l'on appelle maintenant « études cliniques ». Pour déterminer *comment* le changement se produit, nous utilisons les études de *processus*. La troisième catégorie porte sur la recherche fondamentale sur le fonctionnement et la psychopathologie de l'humain, qui est essentielle pour renseigner les thérapeutes sur *ce qu'il faut* changer.

Le groupe de travail de l'APA a mis l'accent sur le rôle central que l'expertise clinique joue dans la mise en œuvre des procédures d'intervention ou des principes de changement. Ainsi, ce qui a été officiellement reconnu est ce que nous savions déjà : pour offrir une thérapie efficace, le clinicien doit être compétent. En effet, que nous soyons chercheurs ou cliniciens, lorsque nous devons recommander un thérapeute à un ami ou à un proche – ou lorsque nous devons sélectionner un médecin pour réaliser une intervention médicale complexe –, nous prenons soin de choisir quelqu'un de chevronné et de compétent qui possède les connaissances nécessaires.

RÉFÉRENCES

- APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice (2006). Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist*, 61, 271-285.
- Arkowitz, H. (1989). The role of theory in psychotherapy integration. *Journal of Integrative and Eclectic Psychotherapy*, 8, 8-16.

RÉSUMÉ DES RECOMMANDATIONS FAITES PAR LES GROUPES LES PLUS SOUVENT CONSULTÉS SUR LA QUESTION DE L'EFFICACITÉ DES TRAITEMENTS DE LA DÉPRESSION

Plusieurs organismes ont développé des guides et/ou formulé des recommandations pour le traitement de la dépression. Ces documents décrivent soit une pratique fondée sur les données probantes soit encore, ce qui est nettement plus fréquent, des thérapies soutenues empiriquement.

La Division 12 de l'American Psychological Association (APA) – 2010, États-Unis

Pour le traitement de la dépression, la Division 12 recommande entre autres les psychothérapies cognitive, cognitivo-comportementale/analyse des systèmes, interpersonnelle, par résolution de problèmes ou encore l'activation behaviorale, dont l'efficacité serait bien établie.

Il existerait aussi certaines données probantes à l'effet que la thérapie d'acceptation et d'engagement, la thérapie centrée sur les émotions et la thérapie psychodynamique brève sont efficaces.

Kaiser Permanente's Care Management Institute – 2006, États-Unis

Pour le traitement de la dépression légère à modérée, il est recommandé d'utiliser soit des antidépresseurs, soit la psychothérapie, selon les préférences du patient. Pour la dépression sévère ou réfractaire, un traitement combinant la psychothérapie et la prise d'antidépresseurs peut être envisagé.

The British Psychological Society's Centre for Outcomes Research and Effectiveness (CORE) – 2001, Royaume-Uni

Le document intitulé *Treatment Choice in Psychological Therapies and Counselling - Evidence Based Clinical Practice Guideline* recommande entre autres l'utilisation de la thérapie interpersonnelle ou cognitivo-comportementale. Ce document reconnaît par ailleurs l'efficacité de la thérapie comportementale, de la thérapie par résolution de problèmes, de la thérapie de groupe, de la psychothérapie psychodynamique-interpersonnelle et de la psychothérapie psychodynamique brève.

Association des psychiatres du Canada – 2001, Canada

Lorsque la psychothérapie individuelle est employée, il est recommandé d'utiliser la psychothérapie interpersonnelle, cognitive ou cognitivo-comportementale comme traitement de première ligne. La thérapie comportementale peut être utilisée en deuxième ligne, alors que la psychothérapie psychodynamique brève peut être employée en troisième ligne.

La thérapie par électrochocs peut être employée notamment pour la dépression réfractaire ou lorsqu'on est en présence d'idéations suicidaires très marquées et persistantes. La luminothérapie peut être employée pour traiter la dépression saisonnière. Une intervention qui consiste à priver le patient de sommeil peut être employée en milieu hospitalier et en combinaison avec d'autres traitements lorsque des effets rapides sont nécessaires (p. ex. dans le cas d'idéations suicidaires marquées). Il existerait trop peu de données pour justifier l'utilisation routinière de la stimulation magnétique intracrânienne et de la stimulation du nerf vagal.

DONNÉES PROBANTES ET TRAITEMENTS SOUTENUS EMPIRIQUEMENT

On constate souvent une certaine confusion entre ces concepts, certes reliés mais renvoyant tout de même à des construits différents, que sont la pratique fondée sur les données probantes (*evidence based practice*) et les traitements soutenus empiriquement (*empirically supported therapies*). Comme le souligne le D^r Goldfried, président de la Division 12 de l'American Psychological Association (APA), ces deux concepts ne sont en effet ni équivalents ni interchangeables. Les traitements soutenus empiriquement ne constituent qu'une partie tout au plus de la pratique fondée sur les données probantes, alors que cette dernière renvoie à

un ensemble plus complet et plus complexe de données empiriques qui vont au-delà de la démonstration de l'efficacité d'un traitement particulier. Ainsi, l'American Psychological Association définit-elle la pratique fondée sur les données probantes comme l'intégration des meilleures données empiriques et de l'expertise clinique en tenant compte des caractéristiques des patients, de leur culture et de leurs préférences (www.apa.org/practice/guidelines/evidence-based.pdf). L'Ordre des psychologues du Québec (www.ordrepsy.qc.ca) a fait sienne cette définition en octobre 2008.

National Institute For Health and Clinical Excellence (NICE) – 2009, Royaume-Uni

Les lignes directrices CG90 du NICE et la documentation l'accompagnant proposent notamment une intervention par étapes (*stepped care*). À la suite d'une intervention rigoureuse et complète, il est recommandé, pour le traitement de la dépression subsyndromale, de favoriser des interventions de faible intensité ou légères, notamment une formation et une supervision du patient dans l'utilisation d'un guide d'autosoins, une thérapie cognitivo-comportementale assistée par ordinateur ou un programme structuré d'activités physiques. Lorsque le patient ne répond pas aux interventions précédentes ou lorsqu'il présente une dépression légère à modérée, il est recommandé d'employer une intervention psychothérapique telle la thérapie cognitivo-comportementale ou la psychothérapie interpersonnelle ou encore une combinaison de psychothérapie et d'antidépresseurs. Dans les cas d'une dépression sévère et complexe, il est recommandé d'utiliser des antidépresseurs, la psychothérapie, le traitement par électrochocs ou une combinaison de ces traitements. Dans tous les cas, ces lignes directrices soulignent l'importance du suivi en continu des effets du traitement et de l'adhésion du patient au traitement.

Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM) – 2004, France

Selon les travaux du groupe d'experts réunis par l'INSERM pour évaluer les thérapies psychodynamiques/psychanalytiques, cognitivo-comportementales et familiales/de couples et à l'origine du rapport *Psychothérapie : trois approches évaluées* (2004), les thérapies cognitivo-comportementales ont montré leur efficacité pour le traitement de troubles dépressifs unipolaires chez des patients hospitalisés. Les psychothérapies cognitives et les thérapies interpersonnelles ont également fait la preuve de leur efficacité dans le cas de dépressions d'intensité moyenne ou légère traitées en ambulatoire. Les thérapies de couple seraient par ailleurs efficaces pour les sujets vivant avec un conjoint critique.

American Psychiatric Association (APA) – 2000/2005, États-Unis

Les lignes directrices de l'APA pour le traitement de la dépression sont désuètes (2000), mais elles sont présentement en cours de révision. Un addenda plus récent (*Guideline Watch* : Fochtmann et Gelenberg, 2005) souligne l'efficacité de la thérapie par résolution de problèmes et la psychothérapie cognitivo-comportementale/analyse des systèmes. On y rapporte aussi l'efficacité de la thérapie par électrochocs laquelle, lorsqu'administrée trois fois par semaine pour traiter la dépression sévère, pourrait produire des effets rapides et relativement soutenus dans le temps. L'utilisation de la stimulation magnétique intracrânienne, ou de la stimulation du nerf vagal paraît prometteuse, bien qu'il soit encore trop tôt pour recommander ces formes d'intervention comme traitement de routine. Un traitement combinant prise d'antidépresseurs et psychothérapie peut accroître l'adhésion au traitement et être plus efficace avec certains sous-groupes de patients.

WONCA – 2004, international

La World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians (WONCA) a produit le *Culturally Sensitive Depression Guideline*, un guide de pratique pour le traitement de la dépression qui tient compte de la culture du patient. Bien que ce guide s'attarde principalement au traitement pharmacologique de la dépression, on y fait aussi mention de la thérapie cognitivo-comportementale et de la thérapie narrative. On y souligne surtout l'effet de la culture sur la présentation que fait le patient de ses difficultés, ainsi que sur sa réponse au traitement offert.

Beyondblue – 2002, Australie

L'Association Beyondblue, en Australie, a produit différents guides de pratique pour différents types de dépression ou de contextes de pratique. Par exemple, pour la pratique en première ligne, une thérapie cognitive, interpersonnelle ou psychodynamique peut être recommandée, selon le type de dépression présentée par le patient. Ellis et Smith (2002) soulignent par ailleurs que, pour les dépressions légères ou modérées, le choix d'un type de traitement plutôt qu'un autre est moins important que le fait de poursuivre la thérapie suffisamment longtemps.

SITES WEB

American Psychiatric Association :

www.psych.org

Association des psychiatres du Canada :

www.cpa-apc.org

Beyondblue :

www.beyondblue.org.au

The British Psychological Society's Centre for Outcomes Research and Effectiveness :

www.ucl.ac.uk/clinical-psychology/CORE/core_homepage.htm

Division 12 de l'American Psychological Association :

www.div12.org

Institut national de la santé et de la recherche médicale :

www.inserm.fr

Kaiser Permanente's Care Management Institute :

www.kpcmi.org

National Institute for Clinical Excellence :

www.nice.org.uk

WONCA :

www.globalfamilydoctor.com

RÉFÉRENCES

- Ellis, P.M., et Smith, D.A.R. (2002). Treating depression: the beyondblue guidelines for treating depression in primary care. *Medical Journal of Australia*, 176, S77-S83.
- Fochtmann L, Gelenberg AJ. Guideline Watch for the Practice Guideline for the Treatment of Patients With Major Depressive Disorder. Internet. 2nd. *American Psychiatric Association*. 2005: www.psych.org/psych_pract/treatg/pg/MDD.watch.pdf

Les traitements alternatifs et complémentaires

Selon les études américaines (par ex. Kessler *et al.*, 2001), plus d'une personne sur deux souffrant de dépression a recours à des traitements communément dits « alternatifs », c'est-à-dire qui ne sont pas habituellement considérés comme relevant des pratiques professionnelles conventionnelles. Il n'est donc pas inhabituel que des patients questionnent les psychologues sur l'efficacité de certains d'entre eux. Voyons ce que nous dit *Cochrane* (www.cochrane.org) à ce sujet...

Acupuncture. Les données ne permettent pas de justifier l'utilisation de ce mode d'intervention (Smith, Hay et MacPherson, 2010).

Thérapie musicale. Des données préliminaires suggèrent que la thérapie par la musique est bien tolérée par les patients et qu'elle peut être associée à une amélioration de l'humeur. Cependant, compte tenu du peu de recherches sur le sujet et de la faiblesse méthodologique des études existantes, il serait prématuré de conclure que cette forme de thérapie est efficace (Maratos, Gold et Crawford, 2008).

Exercice physique. L'exercice physique peut réduire les symptômes de la dépression. Cependant, lorsque seules les études ayant employé une méthodologie plus robuste sont considérées, il apparaît que les effets de cette intervention, employée seule, sont non significatifs (Mead *et al.*, 2009).

Relaxation. L'utilisation de techniques de relaxation serait plus efficace qu'aucun traitement du tout, mais moins efficace que la psychothérapie (Jorm, Morgan et Hetrick, 2008).

Luminothérapie. L'emploi de la luminothérapie pour la dépression non saisonnière produit des effets modérés. Il importe de souligner que ce traitement peut par ailleurs mener à l'apparition de symptômes hypomaniaques (Tuunainen, Kripke et Endo, 2004).

***Hypericum perforatum* (millepertuis perforé).** L'extrait d'*hypericum* semble produire des effets supérieurs au placebo et, à certaines doses, comparables aux antidépresseurs. Cependant, l'effet de cet extrait varie d'une population et d'une culture à l'autre (Linde, Berner et Kriston, 2008). Notons par ailleurs que, bien que certaines lignes directrices reconnaissent l'efficacité de l'*hypericum* dans le traitement de la dépression légère, d'autres la remettent en question. Selon le *Guideline Watch 2005* de l'American Psychiatric Association (www.psychiatryonline.com/pracGuide/pracGuideTopic_7.aspx), les premières études sur le sujet attribueraient à cet extrait une efficacité plus importante que les études plus récentes, qui tendraient à la remettre en question. Les lignes directrices CG90 du National Institute for Clinical Excellence (NICE) (<http://guidance.nice.org.uk/CG90>) ne recommandent pas l'utilisation de l'*hypericum perforatum*.

Folate (acide folique). Le folate peut potentiellement être utilisé comme traitement complémentaire à d'autres modes d'intervention. Son efficacité demeure néanmoins incertaine (Taylor *et al.*, 2003).

RÉFÉRENCES

Jorm, A.F., Morgan, A.J., & Hetrick, S.E. (2008). Relaxation for depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews 2008*, Issue 4. Art. No.: CD007142. DOI: 10.1002/14651858.CD007142.pub2.

Kessler, R.C., Soukup, J., et al. (2001). The use of complementary and alternative therapies to treat anxiety and depression in the United States. *American Journal of Psychiatry*, 158(2), 289-294.

Linde, K., Berner, M.M., & Kriston, L. (2008). St John's wort for major depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews 2008*, Issue 4. Art. No.: CD000448. DOI: 10.1002/14651858.CD000448.pub3.

Maratos, A., Gold, C., Wang, X., et al. (2008). Music therapy for depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews 2008*, Issue 1. Art. No.: CD004517. DOI: 10.1002/14651858.CD004517.pub2.

Mead, G.E., Morley, W., Campbell, P., et al. (2009). Exercise for depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews 2009*, Issue 3. Art. No.: CD004366. DOI: 10.1002/14651858.CD004366.pub4

Smith, C.A., Hay, P.P.J., & MacPherson H. (2010). Acupuncture for depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews 2010*, Issue 1. Art. No.: CD004046. DOI: 10.1002/14651858.CD004046.pub3

Taylor, M.J., Carney, S.M., Geddes, J., et al., (2003). Folate for depressive disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews 2003*, Issue 2. Art. No.: CD003390. DOI: 10.1002/14651858.CD003390

Tuunainen, A., Kripke, D.F., & Endo, T. (2004). Light therapy for non-seasonal depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews 2004*, Issue 2. Art. No.: CD004050. DOI: 10.1002/14651858.CD004050.pub2

L'INTÉRÊT DES USAGERS : UN CHOIX AXÉ SUR UNE ENTENTE MUTUELLE

Claude Ménard

Président du Regroupement provincial des comités des usagers des établissements de santé et de services sociaux du Québec (www.rpcu.qc.ca).

Naviguer dans notre système de santé pour un usager victime de dépression peut comporter son lot de complications, dont font partie les listes d'attente (trop longues), le choix de son professionnel et le choix de son traitement. C'est sur ce dernier point que le Regroupement provincial des comités des usagers (RPCU) propose quelques pistes de réflexion.

En l'espèce, quels sont les droits de l'usager en ce qui concerne les traitements proposés? Quelle est la limite de la liberté thérapeutique des professionnels? Est-ce que, en matière de traitement, une entente mutuelle entre l'usager et son professionnel s'avère possible?

Le choix du traitement et le droit des usagers

Le choix du traitement repose sur la liberté thérapeutique du professionnel. En règle générale, tout usager a le choix de refuser ou d'accepter le traitement qu'on lui propose, pourvu que cette

décision soit libre et éclairée. Cependant, existe-t-il une limite à la liberté thérapeutique des professionnels?

La liberté thérapeutique et l'entente mutuelle

La liberté thérapeutique du professionnel repose sur sa compétence pour recommander le meilleur traitement pour l'usager. Dans le cas d'un usager victime de dépression, le RPCU croit que la liberté thérapeutique doit également respecter ses choix. Ainsi, il devrait être consulté dans un contexte d'entente mutuelle afin de lui permettre de faire partie de la solution. Cette démarche diminuerait les risques de refus de traitement puisque l'usager se sentirait activement impliqué dans la résolution de son problème et aurait le sentiment d'être respecté dans ses choix.

Une vision collaborative

Dans cette optique, le RPCU croit que l'obligation qu'a le professionnel de renseigner ses clients s'étend aussi aux différents traitements disponibles. Ainsi, il est du devoir de celui-ci d'informer et de

guider l'usager dans sa compréhension des divers traitements existants, tout en s'assurant de lui proposer exclusivement ceux qu'il sait efficaces, compte tenu de sa situation particulière. Ainsi, le pouvoir discrétionnaire relié à la liberté thérapeutique demeure, puisque le professionnel est le seul à décider des traitements particuliers qu'il doit proposer. De ce fait, le RPCU est persuadé que la vision collaborative est conciliable avec la liberté thérapeutique des professionnels.

La confiance dans notre système de santé

Le RPCU affirme que, pour agir dans le meilleur intérêt de l'usager, ce dernier devrait être consulté et être partie prenante du choix du traitement offert. Nous croyons que les intérêts de l'usager qui participe à l'élaboration du traitement seraient sauvegardés, que ce dernier se saurait respecté dans ses choix et que les chances d'acceptation de traitement seraient augmentées eu égard à l'implication active de ce dernier.

Le choix d'un traitement et les préférences des patients

LES RÉPONSES DE LA RECHERCHE

La quasi totalité des lignes directrices pour le traitement de la dépression aborde la question du consentement éclairé et des préférences du patient. Le choix du traitement à offrir et la dispensation de ce traitement doivent donc se faire en fonction de ces préférences, mais aussi d'un ensemble d'autres facteurs qui peuvent avoir un effet sur l'adhésion au traitement et sur son issue. Même si, malheureusement, nous en savons encore peu sur les facteurs qui permettent une meilleure réponse à un traitement plutôt qu'à un autre, la recherche nous fournit tout de même quelques éléments de réponse.

Les préférences du patient. Il existe toujours une certaine polémique quant à l'importance des préférences du patient sur l'efficacité d'un traitement. En effet, certaines études démontrent qu'il n'existe aucun lien entre la possibilité de choisir un traitement plutôt qu'un autre, et l'issue du traitement choisi (voir p. ex. Bedi *et al.*, 2000; King, 2005; Leykin *et al.*, 2007; Van *et al.*, 2009). D'autres auteurs rapportent par contre que les patients qui reçoivent un traitement conformément à leur préférence démontrent une amélioration plus rapide de leur symptomatologie dépressive (Lin *et al.* 2005), une plus grande amélioration symptomatique (Kocsis *et al.*, 2009; Swift et Callahan, 2009) et, surtout, une plus grande adhésion au traitement (Raue *et al.*, 2009; Van Schaik *et al.*, 2004).

La culture. Certaines études indiquent que les patients d'origine asiatique tendent à présenter plus de symptômes somatiques que psychologiques lorsqu'ils souffrent de dépression (Bhui *et al.*, 2001; Gillam *et al.*, 1980). Ainsi, la dépression ne serait-elle pas toujours reconnue et diagnostiquée chez ces patients, tout comme chez les patients d'origine libanaise, turque, afro-américaine et italienne (Soykan et Oncu, 2003). La recherche démontre par ailleurs des différences culturelles marquées dans les métaphores utilisées par les patients pour décrire la dépression. Elle suggère en outre que les patients asiatiques ont plus d'effets secondaires au traitement pharmacologique et préfèrent, comme les patients afro-américains, les traitements psychothérapeutiques structurés comme la thérapie cognitivo-comportementale (Gonzales *et al.*, 2010; Lin et Cheung, 1999). Cependant, d'autres groupes de patients préfèrent des approches plus narratives (voir Wonca, 2004; Cooper *et al.*, 2003; Dwight-Johnson *et al.*, 2000; et Miranda *et al.*, 2005).

Les troubles concomitants sur l'Axe II. Même si l'on admet généralement que la présence de troubles de la personnalité a un effet négatif sur l'issue du traitement, certaines études ne permettent pas de mettre en lumière l'effet de ce trouble sur l'issue d'une intervention qui viserait à traiter la dépression (voir p. ex. Bagby *et al.*, 2008; Kool *et al.*, 2005; Mulder, 2002; Newton-Howes *et al.*, 2006; Shea *et al.*, 1990).

La « personnalité ». La majorité des études ont examiné les prédicteurs de la réponse au traitement sans directement comparer les différents types de traitement. Selon les études ayant examiné les effets différentiels selon le type de traitement, on constate que les patients présentant une tendance à l'auto-critique (Rector *et al.*, 2000), ayant un score élevé de névrosisme ou ayant moins tendance à faire confiance à autrui (Bagby *et al.*, 2008) réagissent moins bien à la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) qu'à la pharmacothérapie. Les patients présentant un style d'attachement évitant (McBride *et al.*, 2006) ou des symptômes schizoïdes (Joyce *et al.*, 2007) réagiraient mieux à une TCC qu'à la thérapie interpersonnelle (voir aussi Bagby *et al.*, 1995; Blatt *et al.*, 1998; Sotsky *et al.*, 1991 ou 2006).

CE QU'EN PENSE LE JOURNAL OF CLINICAL PSYCHIATRY

Plus récemment, le *Journal of Clinical Psychiatry* a publié une série d'articles sur les traitements dits alternatifs de la dépression. Selon Freeman *et al.* (2010a), il appert que les traitements naturels (millepertuis, oméga-3 et S-adénosyl-L-méthionine), tout comme les antidépresseurs, produisent des effets supérieurs au placebo. Dans un second article, Freeman *et al.* (2010b) ont évalué l'efficacité de différents traitements dits alternatifs. Ils concluent que : le millepertuis peut être bénéfique pour certains patients souffrant de dépression plus légère; que trop peu de données sont disponibles pour justifier l'utilisation de la S-adénosyl-L-méthionine ou du folate; que la luminothérapie peut être utilisée comme traitement complémentaire pour les dépressions non saisonnières; que l'acupuncture ne doit pas être recommandée pour le traitement de la dépression; que l'exercice physique peut être utilisé comme traitement complémentaire, tout comme les oméga-3. Une étude plus récente menée par Lespérance *et al.* (à paraître),

et qui constitue certainement l'essai clinique le plus important sur la question, a par ailleurs démontré que les oméga-3 produisent des effets supérieurs au placebo chez les patients déprimés, mais ne présentant pas de trouble anxieux concomitant.

RÉFÉRENCES

- Freeman M.P., Mischoulon, D., Tedeschini, E., et al. (2010a). Complementary and alternative medicine for major depressive disorder: a meta-analysis of patient characteristics, placebo-response rates, and treatment outcomes relative to standard antidepressants. *Journal of Clinical Psychiatry*, 71(6), 682-688.
- Freeman, M.P., Fava, M., Lake, J., et al. (2010b). Complementary and alternative medicine in major depressive disorder: the American Psychiatric Association Task Force report. *Journal of Clinical Psychiatry*, 71(6), 669-681.
- Lespérance, F., Frasure-Smith, N., St-Andre, E., Turecki, G., et al. (à paraître). The efficacy of omega-3 supplementation for major depression: a randomized controlled trial. *Journal of Clinical Psychiatry*.

RÉFÉRENCES

- Bagby, R.M., Joffe, R.T., Parker, J.D., et al. (1995). Major depression and the five factor model of personality. *Journal of Personality Disorders*, 9, 224-234.
- Bagby, R.M., Quilty, L.C., Segal, Z.V. et al. (2008). Personality and differential treatment response in major depression. *Canadian Journal of Psychiatry*, 53(6), 361-370.
- Bedi, N., Chilvers, C., Churchill, R., et al. (2000). Assessing effectiveness of treatment of depression in primary care. *British Journal of Psychiatry*, 177, 312-318.
- Bhui, K., Bhugra, D., Goldner, D., et al. (2001). Cultural influences on the prevalence of common mental disorder, general practitioners' assessments and help-seeking among Punjabi and English people visiting their general practitioner. *Psychological Medicine*, 31, 815-825.
- Blatt, S., Zuroff, D., Bondi, C.M., et al. (1998). When and how perfectionism impedes the brief treatment of depression: further analysis of the NIMH TDCRP. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 423-428.
- Cooper, L.A., Gonzales, J.J., Gallo, J.J., et al. (2003). The acceptability of treatment for depression among African American, Hispanic, and White primary care patients. *Medical Care*, 41, 479-489.
- Dwight-Johnson, M., Sherbourne, C.D., Liao, L.D., et al. (2000). Treatment preferences among depressed primary care patients. *Journal of General Internal Medicine*, 15, 527-534.
- Gillam, S., Jarman, B., White, P., et al. (1980). Ethnic differences in consultation rates in urban general practice. *British Medical Journal*, 289, 953-957.
- Gonzales, H.M., Vega, W.A., Williams, D.R., et al. (2010). Depression care in the United States. *Archives of General Psychiatry*, 67(1), 37-46.
- Joyce, P.R., McKenzie, J.M., Carter, J.D., et al. (2007). Temperament, character and personality disorders as predictors of response to interpersonal psychotherapy and cognitive behavioral therapy for depression. *British Journal of Psychiatry*, 190, 503-508.
- King, M., Nazareth, I., Lampe, F., et al. (2005). Impact of participant and physician intervention preferences on randomized trials. *Journal of the American Medical Association*, 293, 1089-1099.
- Kocsis, J.H., Leon, A.C., Markowitz, J.C., et al. (2009). Patient preference as a moderator of outcome for chronic forms of major depressive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 70(3), 354-361.
- Kool, S., Schoevers, R., de Maat, S., et al. (2005). Efficacy of pharmacotherapy in depressed patients with and without personality disorders. *Journal of Affective Disorders*, 88, 269-278.
- Leykin, Y., DeRubeis, R., Gallop, R., et al. (2007). The relation of patients' treatment preferences to outcome in a randomized clinical trial. *Behavior Therapy*, 38, 209-217.
- Lin, K., & Cheung, F. (1999). Mental health issues for Asian Americans. *Psychiatric Services*, 50(6), 774-780.
- Lin, P., Campbell, D.G., Chaney, E.F., et al. (2005). The influence of patient preference on depression treatment in primary care. *Annals of Behavioral Medicine*, 30(2), 164-173.
- McBride, C., Atkinson, L., Quilty, L.C., et al. (2006). Attachment as moderator of treatment outcome in major depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 1041-1054.
- Miranda, J., Bernal, G., Lau, A., et al. (2005). State of the science on psychosocial interventions for ethnic minorities. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 113-142.
- Mulder, R.T. (2002). Personality pathology and treatment outcome in major depression: a review. *American Journal of Psychiatry*, 159, 359-371.
- Raue, P.J., Schulberg, H.C., Heo, M., et al. (2000). Patients' depression treatment preferences and initiation, adherence, and outcome. *Psychiatric Services*, 60(3), 337-347.
- Rector, N.A., Bagby, R., Segal, Z., et al. (2000). Self criticisms and dependency in depressed patients treated with cognitive therapy pharmacotherapy. *Cognitive Therapy and Research*, 24, 571-584.
- Shea, M.T., Pilonis, P.A., Beckham, E., et al. (1990). Personality disorders and treatment outcome in the NIMH TDCRP. *American Journal of Psychiatry*, 147(6), 711-718.

Pour quels patients les antidépresseurs s'avèrent-ils bénéfiques?



Dr Jay C. Fournier

Dr Jay Fournier est postdoctorant à la Western Psychiatric Institute and Clinic et à la University of Pittsburgh Medical Center à Pittsburgh, en Pennsylvanie. Ses travaux de recherche portent sur l'efficacité des traitements chez les adultes atteints de troubles de l'humeur.



Dr Robert DeRubeis, psychologue

Dr Robert DeRubeis occupe le poste de professeur « Samuel H. Preston » en sciences sociales à la Faculté des arts et des sciences de l'Université de Pennsylvanie. Dr DeRubeis a dirigé le programme d'études doctorales en psychologie clinique approuvé par l'APA, de l'Université de Pennsylvanie; il a également été vice-doyen du département des Sciences sociales, et a récemment amorcé son deuxième mandat comme président de son département. Il est l'auteur de plus de 90 articles et chapitres de livres traitant de la dépression, et ses articles ont paru dans le *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *l'American Journal of Psychiatry* et *l'Archives of General Psychiatry*. Ses travaux de recherche portent sur les processus qui causent et maintiennent les troubles de l'humeur, ainsi que sur les méthodes thérapeutiques qui réduisent et préviennent les récurrences des troubles de l'humeur.

La dépression est une maladie invalidante qui toucherait annuellement plus de 151 millions de personnes dans le monde entier (OMS; Organisation mondiale de la santé, 2004), et les symptômes dépressifs sont le plus souvent traités par antidépresseurs. D'ailleurs, la proportion des Américains prenant des antidépresseurs a presque doublé entre 1996 et 2005 (Olfson & Marcus, 2009), et les antidépresseurs constituent la classe de médicaments la plus couramment prescrite aux États-Unis d'après les plus récentes données des *Centers for Disease Control* (National Center for Health Statistics, 2010). Dans le numéro du 6 janvier 2010 du *Journal of The American Medical Association*, notre groupe de recherche a publié les résultats d'une méta-analyse de données individuelles de patients dans laquelle nous avons examiné si l'efficacité des antidépresseurs dépendait de la gravité des épisodes dépressifs (Fournier et coll., 2010).

Nous avons amorcé cette étude à la suite de la publication de deux méta-analyses portant sur le lien entre l'intensité des symptômes dépressifs et l'ampleur des bienfaits des antidépresseurs comparativement au placebo (Kirsch et coll, 2008; Khan et coll, 2002). Les résultats de ces deux investigations ont semblé démontrer que les antidépresseurs sont plus efficaces chez les patients souffrant d'épisodes dépressifs majeurs que chez les sujets dont les symptômes dépressifs sont plus légers. Par ailleurs, ces deux études ont indiqué que les bienfaits de ces médicaments sont minimes, voire inexistantes chez les personnes ayant une dépression d'intensité légère ou modérée. Notre étude avait comme objectif d'évaluer les limites inhérentes à ces deux méta-analyses, à savoir qu'elles excluaient les données des patients ayant une forme légère ou modérée de dépression. Parmi les études incluses dans ses deux méta-analyses, toutes sauf une seule s'appuyaient sur des symptômes initiaux d'intensité élevée ou très élevée. Notre étude se démarque également des deux méta-analyses antérieures, car nous avons réussi à analyser des données individuelles de patients plutôt que la seule réponse moyenne des groupes de traitement.

Afin d'identifier les études à inclure dans notre méta-analyse, nous avons dépouillé les bases de données électroniques comportant des articles publiés au cours des 30 dernières années sur les résultats d'études cliniques randomisées comparant des antidépresseurs approuvés par la FDA (Food and Drug Administration) des États-Unis à un placebo dans le traitement de la dépression chez des adultes. Nous avons cerné 23 études répondant

à ces critères qui ne comportaient pas de période de sevrage par placebo¹. Nous avons obtenu des données individuelles des participants pour 6 de ces études. Dans 5 des 6 études, les patients répondaient aux critères de trouble dépressif majeur selon le DSM-IV; dans la dernière étude, les patients répondaient aux critères de trouble dépressif mineur. Au total, l'échantillon comptait 434 patients ayant été traités par des médicaments et 284 patients ayant reçu un placebo. L'écart des indices de gravité des symptômes, qui variait de 10 à 39 selon l'échelle Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD), était significativement plus grand que dans les études antérieures. Dans les 6 études incluses dans l'analyse, la durée du traitement actif variait de 6 à 11 semaines.

Nous avons mené des analyses de covariance (ANCOVA) dans lesquelles nous avons examiné l'effet de l'intensité initiale, du traitement assigné et du lien entre ces deux facteurs sur la variation des indices de gravité des symptômes durant le traitement aigu. La statistique d'intérêt, soit le lien entre l'intensité initiale et le traitement assigné, était significative [$F(1,715) = 10,09$, $p = 0,002$] dans un modèle ayant prévu les indices de modification de la dépression. Les indices élevés d'intensité initiale étaient associés à une amélioration plus importante des symptômes, autant dans le groupe suivant un traitement médicamenteux que dans le groupe placebo. Les patients présentant des symptômes légers ont connu une amélioration similaire de leurs symptômes dans les deux groupes. Les antidépresseurs n'ont semblé procurer des bienfaits plus importants que le placebo que chez les patients souffrant de dépression sévère. Nous avons obtenu ces résultats peu importe si nous tenions compte des cinq études portant sur les patients atteints de trouble dépressif majeur ou si nous incluons les six études.

Afin de quantifier le degré de sévérité associé aux bienfaits cliniquement significatifs procurés par les antidépresseurs comparativement au placebo, nous avons suivi les lignes directrices établies par la National Institute for Clinical Excellence du National Health Service en Grande-Bretagne. En appliquant leurs critères d'importance de l'effet de 0,50 ou d'une différence médicament-placebo de 3 points ou plus selon la HRSD, nous avons identifié un seuil de 25 ou plus à l'échelle HRSD en fonction du critère le moins restrictif des deux, et un seuil de 27 ou plus en fonction du critère le plus restrictif des deux. Selon les définitions formulées par l'American Psychiatric Association (2000), ces deux scores se situent dans la catégorie « dépression majeure ».

Les résultats de cette étude indiquent que les bienfaits des antidépresseurs par rapport au placebo varient considérablement, dépendamment de la gravité des symptômes lorsque le traitement est instauré. Chez les patients ayant une dépression légère ou modérée, aucune de nos données n'a démontré que les ingrédients actifs des antidépresseurs fournissaient un bienfait thérapeutique spécifique supérieur au placebo. Par contre, les antidépresseurs ont été nettement plus efficaces que le placebo chez les patients souffrant de symptômes dépressifs graves. À notre connaissance, aucune donnée publiée ne contredit ces résultats.

Nous avons uniquement examiné les données d'études portant sur les troubles dépressifs majeur et mineur. Par conséquent, nos résultats ne peuvent pas être extrapolés à d'autres troubles similaires. Plusieurs études ont démontré que les antidépresseurs sont supérieurs au placebo dans le traitement de la dysthymie (p. ex. Baldwin et coll., 1995; de Lima et coll., 1999), une affection caractérisée par des symptômes dépressifs moins graves, mais chroniques. Il se peut que la supériorité des antidépresseurs dans le traitement de la dysthymie soit due à la nature chronique de cette affection. Enfin, bien que notre recherche d'études cliniques porte sur tous les antidépresseurs approuvés par la FDA, seules des données d'études portant sur la paroxétine ou l'imipramine étaient disponibles. Il n'y avait aucune donnée empirique pouvant laisser croire que des résultats différents seraient obtenus avec des médicaments non inclus dans nos analyses. Néanmoins, cette question devrait être examinée explicitement dans des recherches ultérieures.

Pour les cliniciens qui conseillent ou traitent les patients souffrant de dépression, les résultats de notre étude comportent plusieurs considérations importantes. Nos résultats confirment l'efficacité reconnue des antidépresseurs par rapport au placebo chez les patients présentant une symptomatologie grave.

1 Durant les périodes de sevrage avec placebo, tous les patients ont reçu un placebo en simple insu pendant une période allant de plusieurs jours à deux semaines. Tout patient démontrant une amélioration au-delà d'un seuil prédéterminé était exclu de l'étude avant son commencement. Bien que des justifications aient été présentées pour motiver cette approche, en éliminant les patients qui démontrent une réponse initiale au placebo, cette méthode limite notre capacité à estimer les différences réelles entre les médicaments et le placebo.

Cependant, chez les patients ayant des symptômes légers ou modérés de dépression, l'efficacité du placebo et des antidépresseurs semble être similaire. Il se peut que les éléments de l'effet placebo, soit prendre sa maladie au sérieux, entamer un traitement et consulter un professionnel de la santé mentale, suffisent pour de tels patients, du moins comme point de départ.

Les professionnels de la santé qui préconisent un traitement chez les patients présentant une forme légère ou modérée de dépression seraient avisés de comparer les coûts et les bienfaits escomptés du traitement médicamenteux aux autres traitements. Lorsque l'on envisage quelle option thérapeutique adopter, il est important de tenir compte d'autres résultats de recherche pertinents, par exemple la capacité de certaines psychothérapies de soigner la dépression et de prévenir les rechutes. Finalement, les patients devraient être exhortés à reconsidérer leurs décisions thérapeutiques s'ils éprouvent encore des symptômes dépressifs après avoir instauré le traitement et alloué suffisamment de temps pour récolter des bienfaits thérapeutiques.

Les facteurs prédictifs de la réponse aux traitements de la dépression

D^r Jay C. Fournier et D^r Robert DeRubeis, psychologue

RÉFÉRENCES

- American Psychiatric Association Task Force for the *Handbook of Psychiatric Measures*. *Handbook of Psychiatric Measures*. Washington, D.C.: American Psychiatric Association; 2000.
- Baldwin D., Rudge S., Thomas S. (1995). Dysthymia: Options in pharmacotherapy. *CNS Drugs*, 4, 422-431.
- De Lima M. S., Hotoph M., Wessely S. (1999). The efficacy of drug treatments for dysthymia: A systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, 29, 1273-1289.
- Fournier, J. C., DeRubeis, R. D., Hollon, S. D., Dimidjian, S., Amsterdam, J. D., Shelton, R. C., Fawcett, J. (2010). Antidepressant drug effects and depression severity: A patient-level meta-analysis. *Journal of the American Medical Association*, 303, 47-53.
- Khan A., Leventhal R. M., Khan S. R., Brown W. A. (2002). Severity of depression and response to antidepressants and placebo: An analysis of the Food and Drug Administration database. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 22, 40-45.
- Kirsch I., Deacon B. J., Huedo-Medina T. B., Scoboria A., Moore T. J., Johnson B. T. (2008). Initial severity and antidepressant benefits: A meta-analysis of data submitted to the Food and Drug Administration. *PLOS Medicine*, 5(2), e45.
- National Center for Health Statistics. (2010). *Health, United States, 2009: With Special Feature on Medical Technology*. Hyattsville, MD.
- Olfson, M., & Marcus, S. C. (2009). National patterns in antidepressant medication treatment. *Archives of General Psychiatry*, 66, 848-856.
- Organisation mondiale de la Santé. (2004). *Charge mondiale de morbidité : mise à jour 2004*. Genève.

Dans une récente étude clinique randomisée, l'efficacité des antidépresseurs et de la thérapie cognitive (TC) s'est révélée similaire pour soigner la dépression modérée ou grave (DeRubeis et coll., 2005). Toutefois, comme dans de nombreuses études semblables, environ 60 % des patients seulement ont bien répondu à chaque traitement. En 2009, notre équipe de recherche a publié les résultats d'une analyse secondaire de l'ensemble des données (Fournier et coll., 2009) dans laquelle nous avons examiné plusieurs variables initiales afin d'identifier les caractéristiques des patients pouvant servir de facteurs pronostiques (variables qui prédisent une réponse défavorable indépendamment du traitement) et de facteurs prescriptifs (variables qui prédisent une réponse plus marquée pour un certain sous-groupe de patients dans un groupe de traitement par rapport à l'autre). L'échantillon comportait 180 patients en consultation externe ayant reçu un diagnostic de dépression; 60 sujets ont été assignés au hasard à la TC et 120 ont été assignés au traitement médicamenteux. Le traitement aigu a duré 16 semaines.

Plusieurs facteurs pronostiques et prescriptifs ont été identifiés. Trois facteurs, soit la dépression chronique, l'âge avancé et une intelligence inférieure, prédisaient une réponse relativement médiocre indépendamment du traitement. Les facteurs prescriptifs ont démontré que la TC était plus efficace que les antidépresseurs chez les patients mariés (ou en cohabitation), les chômeurs ou les personnes vivant de nombreux événements stressants.

Deux analyses antérieures de ces données avaient mis en évidence deux facteurs prescriptifs additionnels : traitement médicamenteux antérieur (Leykin et coll. 2007) et présence de troubles concomitants de la personnalité (Fournier et coll. 2008). En neutralisant tous les facteurs identifiés dans la présente étude, ces deux facteurs demeuraient des facteurs prédictifs importants de la réponse thérapeutique. Plus précisément, les patients qui avaient déjà été traités par des antidépresseurs, ainsi que les sujets sans trouble concomitant de la personnalité répondaient mieux à la TC qu'aux antidépresseurs. Par contre, les patients ayant reçu un diagnostic de trouble de la personnalité étaient plus susceptibles de mieux répondre aux antidépresseurs qu'à la TC.

Par conséquent, plusieurs facteurs prédictifs des résultats thérapeutiques qui ont été identifiés pourraient revêtir une utilité clinique dans le jumelage des patients aux traitements appropriés. Si ces résultats sont reproduits, la TC à court terme pourrait être considérée comme le traitement de choix par rapport aux antidépresseurs chez les sujets dépressifs qui sont mariés, chômeurs ou vivant de nombreux événements stressants, ou chez les patients qui n'ont pas reçu de diagnostic de trouble concomitant de la personnalité. Par ailleurs, les trois facteurs pronostiques (âge, intelligence et chronicité) pourraient être utilisés pour identifier les personnes chez qui un traitement plus long, une dose plus élevée ou une stratégie de rechange seraient plus susceptibles de procurer une réponse thérapeutique. Si les stratégies de jumelage se révèlent efficaces, de sorte que chaque patient est jumelé au traitement le plus approprié avant l'instauration du traitement, l'efficacité réelle du traitement de la dépression serait nettement améliorée.

RÉFÉRENCES

DeRubeis, R. J., Hollon, S. D., Amsterdam, J. D., Shelton, R. C., Young, P. R., Salomon, R. M., et al. (2005). Cognitive therapy vs medications in the treatment of moderate to severe depression. *Archives of General Psychiatry*, 62, 409-416.

Fournier, J. C., DeRubeis, R. J., Gallop, B., Amsterdam, J. D., Shelton, R. C., & Hollon, S. D. (2009). Prediction of response to medication and cognitive therapy in the treatment of moderate to severe depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77, 775-787.

Fournier, J. C., DeRubeis, R. J., Shelton, R. C., Gallop, R., Amsterdam, J. D., & Hollon, S. D. (2008). Antidepressant medications v. cognitive therapy in people with depression with or without personality disorder. *British Journal of Psychiatry*, 192, 124-129.

Leykin, Y., Amsterdam, J. D., DeRubeis, R. J., Gallop, R., Shelton, R. C., & Hollon, S. D. (2007). Progressive resistance to a selective serotonin reuptake inhibitor but not to cognitive therapy in the treatment of major depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75, 267-276.

Le rapport coût-efficacité de la psychothérapie dans le traitement de la dépression



D^{re} Susan G. Lazar, médecin psychiatre

D^{re} Lazar est professeure clinicienne aux facultés de médecine de l'Université Georgetown, de l'Université George Washington et à la Uniformed Services University of the Health Sciences. D^{re} Lazar est aussi analyste de supervision et de formation au Washington Psychoanalytic Institute et ex-présidente du comité sur la psychothérapie du Groupe pour l'avancement en psychiatrie.

Dans le but de déterminer le rapport coût-efficacité de la psychothérapie¹ dans divers troubles mentaux, nous (voir Lazar, 2010a) avons effectué une série de recherches documentaires systématiques et examiné toutes les recherches dans lesquelles des données de rentabilité pouvaient être examinées. Les recherches sur le traitement de la dépression unipolaire sont résumées brièvement ci-dessous (pour des renseignements détaillés, voir Lazar, 2010b). Ces recherches, publiées entre 1984 et 2007, ont mesuré la rentabilité potentielle de diverses approches psychothérapeutiques dans la dépression en évaluant des paramètres sensibles aux coûts en fonction des résultats. Bien qu'un nombre limité de recherches ait montré que la psychothérapie n'est pas rentable dans certains contextes (Bosmans et coll., 2007; Petrou et coll., 2006), la plupart des études ont établi l'efficacité de la psychothérapie, et nombre d'entre elles ont également mis en évidence une certaine rentabilité découlant d'une diminution de l'invalidité et d'une nette augmentation de l'efficacité et de l'observance du traitement, et ce, à un coût semblable ou légèrement supérieur à d'autres approches thérapeutiques. On a également noté une réduction de la durée des hospitalisations. D'autres essais ont démontré le rapport coût-efficacité de la psychothérapie en fonction de normes plus anciennes et plus rigoureuses de compensation des coûts, en termes de réduction de l'usage des médicaments ou de diminution du total des coûts des soins de santé. Les économies découlent de la réduction de l'invalidité, du nombre d'hospitalisations et des autres coûts médicaux.

- Dans le cadre d'une étude ayant examiné les répercussions économiques du traitement de la dépression, Kamlet et ses collaborateurs (1992) ont déterminé que la thérapie interpersonnelle (TIP) améliore la qualité de vie et réduit les coûts liés au traitement en diminuant le nombre d'épisodes dépressifs. La TIP peut apparaître coûteuse si l'on tient compte uniquement des coûts directs, mais les coûts indirects, tels que la perte de revenus, semblent indiquer que la TIP entraîne des économies à vie de 9 000 \$ US et une réduction de la probabilité de suicide, passant de 8,8 % à 4 %. On estime que l'association de la TIP et d'un antidépresseur génère des économies à vie de 11 540 \$ US.
- Plusieurs essais ont démontré que la psychothérapie combinée au traitement médicamenteux s'avère une thérapie rentable pour le traitement de la dépression. Dans une étude réalisée par Verbosky et ses collaborateurs (1993), une psychothérapie

¹ Tiré de «Psychotherapy in the Treatment of Depression», chapitre 6, *Psychotherapy Is Worth It: A Comprehensive Review of Its Cost-Effectiveness*, Susan G. Lazar, (Ed.), The Committee on Psychotherapy, Group for the Advancement of Psychiatry, American Psychiatric Publishing Inc., 2010.

à court terme combinée à un médicament antipsychotique chez 15 de 18 patients hospitalisés souffrant de dépression majeure a diminué de 31,8 jours la durée d'hospitalisation comparativement aux patients hospitalisés non traités pour leur dépression. Rosset et Andreoli (1995) ont étudié 122 sujets atteints de dépression majeure en vue de comparer trois paramètres : 1) soins spécialisés en milieu hospitalier pendant trois semaines, suivis d'un traitement médicamenteux de huit semaines, 2) soins standards en milieu hospitalier avec observation et médication, et 3) intervention spécialisée en phase de crise avec psychothérapie quotidienne de soutien et traitement médicamenteux pendant une semaine, suivie d'un traitement d'environ huit semaines par la clomipramine, de deux ou trois séances de psychothérapie par semaine et de soutien familial. À noter que le soutien familial a considérablement réduit la durée des hospitalisations et les coûts associés.

- D'après une analyse de trois études ayant évalué une brève thérapie de résolution de problèmes (TRP) chez des patients dépressifs dans le contexte de soins primaires, Mynors-Wallis (1996) a trouvé que la TRP était aussi efficace que les antidépresseurs, et supérieure au placebo. Chez les patients atteints de troubles émotionnels plus largement définis, présentant souvent des symptômes dépressifs, la TRP s'est révélée être plus rentable en raison de la réduction du taux d'absentéisme au travail comparativement aux soins habituels prodigués par un médecin généraliste.
- Deux essais contrôlés avec répartition aléatoire (Von Korff et coll., 1998) ont comparé les soins habituels prodigués aux patients dépressifs dans le cadre de soins de première ligne à des soins offerts par des psychologues couplés à une prise en charge médicamenteuse par un médecin. Dans le premier essai, 217 patients dépressifs ont été assignés au hasard à un traitement médicamenteux et à des interventions psychopédagogiques de courte durée, ou à des soins habituels. Dans le second essai, 153 patients dépressifs ont été assignés soit à un traitement médicamenteux, un programme d'éducation des patients et une brève thérapie cognitivo-comportementale (TCC), soit à des soins habituels. L'évaluation des coûts était définie comme étant les coûts moyens des services de soins de santé pour les patients avec intervention, moins les coûts moyens des services pour les patients recevant des soins habituels. La rentabilité était estimée en divisant les coûts annuels moyens du traitement de la dépression par la proportion de patients traités avec succès. Bien que les coûts associés aux soins axés sur la collaboration soient plus élevés que les coûts

liés aux soins habituels, le rapport coût-efficacité des soins en collaboration était supérieur chez les patients atteints de dépression majeure, mais inférieur dans le cas de la dépression mineure.

- Dans l'étude de Lave et ses collaborateurs (1998), 276 patients souffrant de dépression majeure et traités en soins de première ligne ont été assignés à l'un des groupes suivants : 1) pharmacothérapie par la nortriptyline, 2) TIP, ou 3) soins habituels prodigués par un médecin. Bien que le traitement médicamenteux et la psychothérapie se soient avérés plus coûteux que les soins habituels administrés par un médecin généraliste, ils étaient plus rentables en raison de leurs résultats nettement supérieurs.
- Friedli et ses collaborateurs (2000) ont comparé l'efficacité d'une psychothérapie non directive aux soins prodigués par un médecin généraliste, pendant 1 à 12 semaines, chez des patients souffrant de troubles émotionnels (principalement de dépression). Après une période de neuf mois, la psychothérapie ne s'est pas révélée plus efficace ni plus coûteuse que les soins de routine. Bien que les coûts associés à la psychothérapie aient été plus élevés au cours des trois premiers mois, les coûts après neuf mois pour les deux groupes se sont inversés en raison du nombre plus élevé de consultations externes et des hospitalisations dans le groupe de patients ayant reçu les soins de routine. Un suivi plus long pourrait démontrer un avantage pour le groupe suivant une psychothérapie.
- Tutty et ses collaborateurs (2000) ont étudié des adultes souffrant de dépression dans le cadre de soins de première ligne, y compris 28 patients recevant des antidépresseurs et du soutien psychologique par téléphone, ainsi que 94 patients recevant des soins habituels. Le premier groupe ayant reçu de la documentation et ayant suivi six séances hebdomadaires de TCC par téléphone était significativement moins dépressif que les témoins après trois et six mois de suivi. Par ailleurs, ils étaient deux fois plus susceptibles d'adhérer aux antidépresseurs et deux fois moins susceptibles de souffrir de dépression majeure, témoignant du fait que la thérapie par téléphone est plus rentable et engendre une amélioration nettement supérieure des résultats pour le même coût.
- Deux publications (Bower, 2000; King, 2000) ont décrit une étude menée auprès de 464 patients souffrant de dépression ou de symptômes d'anxiété et de dépression, lesquels ont été répartis au hasard pour recevoir jusqu'à 12 séances de thérapie non directive brèves, une TCC, ou des soins de routine par un médecin généraliste. Après quatre mois, les deux groupes

suivant une psychothérapie ont présenté une amélioration significative comparativement au groupe recevant les soins habituels, et la rentabilité de la psychothérapie a été supérieure. Cependant, après douze mois, les trois groupes présentaient le même niveau d'amélioration, sans différence quant aux coûts. Les patients ayant reçu une thérapie non directive se sont déclarés les plus satisfaits.

- Dans une étude contrôlée avec répartition aléatoire, ayant comparé des antidépresseurs à une thérapie de couple chez 77 patients atteints de dépression vivant avec un partenaire, la dépression s'est significativement améliorée dans les deux groupes de traitement (Leff et coll., 2000). Bien que le coût des deux traitements ait été similaire, la thérapie de couple a été mieux acceptée par les patients, a été associée à un quart des taux d'abandon et a entraîné une amélioration nettement plus importante à la fois à la fin du traitement et deux ans plus tard.
- Les données concernant les demandes de remboursement ont été examinées de façon rétrospective afin de comparer les coûts totaux et les coûts associés aux soins de santé mentale pour 9 110 patients dépressifs en fonction des choix de traitement initiaux, lesquels incluaient l'absence de traitement, la psychothérapie, le traitement médicamenteux, ou une association des deux (Edgell et coll., 2000). Les coûts étaient plus élevés chez les patients ayant reçu des médicaments ou un traitement combiné comparativement aux coûts liés à l'absence de traitement ou à la psychothérapie seule. Chez les patients ayant initialement suivi une psychothérapie seule, les coûts de soins de santé mentale étaient plus élevés, mais les coûts totaux de soins de santé étaient plus faibles, peut-être en raison des répercussions de la psychothérapie sur les comorbidités et la réduction subséquente des coûts totaux de soins de santé.
- Browne et ses collaborateurs (2002) ont étudié 707 patients présentant une dysthymie et/ou une dépression majeure. Les sujets ont été assignés au hasard à un traitement de six mois par la sertraline seule, à 10 séances de TIP seule, ou à une combinaison des deux, ce qui était suivi d'une phase additionnelle de 18 mois, durant laquelle l'efficacité et les coûts de tous les traitements et des services sociaux ont été évalués. Après deux ans, aucune différence significative n'a été mise en évidence entre le traitement par la sertraline seule et l'association sertraline + TIP quant à la réduction des symptômes. Par ailleurs, ces deux traitements se sont avérés plus efficaces que la TIP seule, quoique les trois traitements aient été efficaces. Les coûts des soins de santé et des services sociaux associés au

traitement combinant la sertraline et la TIP étaient moins élevés que les coûts liés au traitement par la sertraline seule pendant la période d'étude de deux ans.

- Schulberg et ses collègues (2002) ont passé en revue 12 études menées auprès de patients dépressifs traités dans le contexte de soins de première ligne. Les auteurs ont constaté que la psychothérapie spécifique à la dépression était plus efficace pour le traitement de la dépression majeure que les soins de base habituels, et aussi efficace que les médicaments antipsychotiques. Dans le cas des patients souffrant de dysthymie, l'efficacité de la psychothérapie équivalait à celle des soins de routine. Bien que la psychothérapie soit plus coûteuse que les soins de routine, son efficacité supérieure dans la dépression majeure lui confère une plus grande rentabilité.
- Dans une étude visant à comparer le rapport coût-efficacité de la psychothérapie utilisée en association avec un antidépresseur chez des patients souffrant de dépression, Miller et ses collaborateurs (2003) ont constaté que la psychothérapie comptait parmi les stratégies thérapeutiques les plus rentables auxquelles on pouvait avoir recours chez un faible pourcentage de patients souffrant de dépression légère ou modérée. Pour les autres patients, le traitement au moyen d'antidépresseurs est la principale stratégie qui s'avère rentable.
- Pirraglia et ses collaborateurs (2004) ont examiné les neuf articles du Harvard Center for Risk Analysis Cost-Effectiveness Registry sur l'analyse coût-utilité ayant trait à la prise en charge de la dépression. La psychothérapie, la gestion des soins seule, ainsi que la psychothérapie associée à la gestion des soins, sont autant de stratégies dont le coût par année de vie pondérée par la qualité était moins élevé que celui des traitements habituels. L'analyse coût-utilité, une sous-analyse du rapport coût-efficacité, étudie les effets des interventions sur l'espérance et la qualité de vie et elle permet de comparer entre elles de nombreuses interventions pour une même maladie exprimées sous forme de rapports de coûts différentiels et d'effets différentiels. Une analyse coût-utilité porte à la fois sur les avantages d'une intervention en particulier liés à l'amélioration de la qualité de vie et à la réduction du taux de mortalité; cette mesure s'exprime en année de vie pondérée par la qualité (QALY). Dans cet article de synthèse, la psychothérapie, utilisée seule ou dans le cadre d'une prise en charge de la dépression, s'est révélée plus efficace que le traitement habituel par année de vie pondérée en fonction de la qualité, tandis que le traitement de maintien au moyen de l'imipramine a procuré un meilleur coût par année de vie pondérée par la qualité (coût

La psychothérapie est rentable chez les patients souffrant de dépression majeure unipolaire

par QALY), comparativement au traitement de maintien au moyen de la psychothérapie en association avec un placebo. La psychothérapie a permis d'obtenir un coût par QALY moins élevé que les soins habituels. Tout traitement pharmacologique, administré en monothérapie ou en association, a permis d'obtenir un coût par QALY moins élevé que la psychothérapie seule.

- Au total, 267 femmes issues de communautés culturelles, à faible revenu et souffrant de dépression majeure ont été réparties de façon aléatoire pour 1) recevoir une pharmacothérapie à base de paroxétine ou de bupropion, 2) bénéficier d'une thérapie cognitivo-comportementale (TCC), ou encore 3) être dirigées vers des intervenants communautaires (Revicki et coll., 2005). Comparativement aux patientes dirigées vers des intervenants communautaires, celles ayant reçu une pharmacothérapie ont affiché une nette amélioration de leurs troubles dépressifs entre le 3^e et 10^e mois. Les auteurs ont également noté une amélioration significative de l'état de santé des patientes ayant suivi une TCC, et ce, du 5^e au 10^e mois. Précisons qu'un nombre de jours plus élevé sans symptômes de dépression a été obtenu dans les deux premiers groupes, comparativement à la situation observée au sein du troisième groupe. Le coût pour chaque jour additionnel sans symptômes de dépression était de 24,65 \$ chez les femmes ayant reçu un traitement pharmacologique, et de 27,04 \$ chez celles ayant suivi une TCC. Comparativement aux patientes ayant été dirigées vers des intervenants communautaires, les interventions 1 et 2 ont offert un meilleur rapport coût-efficacité.
- Schoenbaum et ses collaborateurs (2005) ont, quant à eux, comparé deux méthodes visant à accroître l'efficacité du traitement de la dépression en contexte de soins primaires chez 375 hommes et 981 femmes. Aux États-Unis, différentes cliniques de soins de première ligne ont été choisies de façon aléatoire pour offrir à des groupes appariés soit le traitement habituel, soit des médicaments visant à améliorer la qualité de

vie des patients afin de faciliter la gestion des médicaments prescrits, soit une thérapie visant à améliorer la qualité de vie des patients, prescrite par des psychothérapeutes formés pour offrir 8 à 12 séances de TCC (individuelles ou en groupe). Chez les femmes, tant l'administration de médicaments que la thérapie visant à améliorer la qualité de vie des patientes pour ce qui est de la prise en charge de la maladie, ont eu des effets positifs comparables sur le fardeau de la dépression et la qualité de vie. La thérapie axée sur l'amélioration de la qualité de vie des patientes a permis à ces dernières de travailler trois semaines de plus sur une période de deux ans. Par ailleurs, la thérapie a également permis d'obtenir un excellent rapport coût-efficacité pour les deux interventions, et ce, dans l'éventail clinique des résultats issus d'autres traitements médicaux acceptés, notamment la thérapie axée sur l'amélioration de la qualité de vie, vu son faible impact du point de vue économique. Chez les hommes, la thérapie axée sur l'amélioration de la qualité de vie a eu des effets positifs considérables en ce qui a trait à l'emploi des patients et leur a permis de travailler sept semaines de plus et de réduire le fardeau de la dépression sur une période de deux ans. L'administration de médicaments dans le but d'améliorer la qualité de vie des patients s'est soldée par une hausse des coûts sur une période de deux ans, mais n'a pas permis d'améliorer les symptômes de dépression ni d'accroître le rendement au travail. Par conséquent, cette approche s'est révélée inefficace et non rentable.

- Vos et ses collaborateurs (2005) ont évalué la rentabilité et les répercussions potentielles sur les dépenses totales associées à diverses interventions dans la prise en charge de la dépression si des interventions en santé mentale étaient recommandées et mises en œuvre en Australie. Les auteurs ont conclu qu'en l'an 2000, le fait d'opter pour un traitement optimal associant antidépresseur et traitement à l'aide d'une TCC de maintien sur une période de cinq ans permettrait de réduire de 50 % environ le fardeau de la maladie.
- Smit et ses collaborateurs (2006) ont examiné 363 adultes souffrant de dépression infraliminaire et provenant de 19 cabinets de soins de première ligne aux Pays-Bas. Les patients ont été assignés au hasard et peu exposés à une TCC accompagnée d'un manuel d'aide individuelle incluant six brefs appels téléphoniques, ou à des soins habituels. Le risque de présenter un trouble dépressif est passé de 18 % à 12 % dans le groupe d'intervention, pour lequel les auteurs ont également noté un nombre moins élevé de jours de travail perdus. En supposant l'acceptation de la hausse des coûts associés à l'intervention

sur une période de un an, la probabilité que la psychothérapie avec peu d'exposition puisse offrir un meilleur rapport coût-efficacité que le traitement classique utilisé en monothérapie était de 70 %.

- Dans le cadre d'une étude contrôlée avec répartition aléatoire, 143 patients dépressifs âgés de 55 ans et plus, provenant de 12 cliniques de médecine générale situées à Amsterdam et aux alentours, ont soit bénéficié de 10 séances de thérapie interpersonnelle (TIP) sur une période de 5 mois, soit reçu un traitement habituel (Care As Usual ou CAU; Bosmans et coll., 2007). Après 6 mois, 60 % des patients bénéficiant d'une TIP et 42 % de ceux recevant un traitement habituel étaient guéris, une différence légèrement en deçà du seuil de signification statistique. Au douzième mois, le taux de guérison dans les deux groupes était de 45 %. Les coûts globaux étaient plus élevés dans le groupe de patients suivant une TIP, sans toutefois être significatifs sur le plan statistique. Étant donné qu'au douzième mois les coûts étaient plus élevés chez les patients bénéficiant d'une TIP, cette dernière méthode a eu un rapport coût-efficacité différentiel négatif et ne s'est pas révélée rentable, comparativement au traitement classique. Selon d'autres études, la psychothérapie utilisée chez des patients souffrant de troubles dépressifs plus graves s'est révélée plus rentable en leur permettant de réduire leurs frais médicaux. Les résultats pourraient bien être différents dans le cas de traitements de longue durée, selon l'expérience des thérapeutes et le type de traitements de maintien visant à conserver les progrès réalisés au cours de la phase aiguë du traitement.
- Dunn et ses collaborateurs (2007) ont réparti au hasard 101 patients de sexe masculin, d'anciens combattants souffrant de stress post-traumatique chronique et de troubles dépressifs comorbides, afin qu'ils prennent part à 14 séances hebdomadaires en groupe, à raison de 1,5 heures par semaine, axées sur la TCC visant l'autogestion de la maladie, ou qu'ils se soumettent à des interventions de nature strictement éducative. Les auteurs ont noté une légère amélioration chez les patients suivant une thérapie d'autogestion, mais cet écart avait disparu à la période de suivi. Ces patients avaient toutefois moins de visites en consultation externe et les coûts qu'ils devaient payer pour leurs soins psychiatriques et médicaux/chirurgicaux étaient moins élevés pendant le traitement et au cours de l'année qui a suivi.
- Wells et ses collaborateurs (2007) ont mené une étude contrôlée avec répartition aléatoire auprès de 746 patients de soins de première ligne ayant reçu un diagnostic de dépression

12 mois plus tôt et de 502 autres souffrant de dépression infraliminaire. Différentes cliniques ont été choisies au hasard pour offrir à des groupes de patients appariés des soins primaires optimaux ou une intervention visant l'amélioration de la qualité de vie. Ceci vise à éduquer les patients sur la gestion des symptômes de la dépression au fil du temps et à leur fournir des ressources pour leur faciliter l'accès à des programmes de gestion des médicaments ou à des séances de psychothérapie pendant six à douze mois. L'approche axée sur la pharmacothérapie pour améliorer la qualité de vie des patients a permis d'accroître l'observance thérapeutique grâce à des visites mensuelles ou à un suivi téléphonique sur une période de six à douze mois. Quant à l'approche axée sur la thérapie pour améliorer la qualité de vie des patients, les thérapeutes ont offert des séances de TCC individuelles et en groupe pendant six mois. Les coûts associés à l'intervention étaient nettement moins élevés chez les patients souffrant de dépression infraliminaire. Chez les patients dépressifs, y compris ceux en dépression infraliminaire, les interventions ont toutes été aussi rentables que bon nombre de traitements médicaux largement utilisés.

Conclusion

La psychothérapie est rentable chez les patients souffrant de dépression majeure unipolaire. Toutefois, en ce qui concerne les nombreuses études sur l'efficacité et la rentabilité de la psychothérapie, abordées précédemment et présentées sommairement, il importe de reconnaître les modalités de chacune des études qui rendent difficile la comparaison des résultats (c'est un peu comme devoir comparer des pommes avec des oranges). Il s'avère donc très délicat d'émettre avec assurance des conclusions à partir de la panoplie de documents dont nous disposons. En tentant de trouver des données probantes sur la rentabilité de la psychothérapie, les auteurs ont premièrement dû considérer le type et la durée des divers traitements psychothérapeutiques chez différentes populations de sujets dépressifs. Deuxièmement, ils ont comparé ces approches aux nombreux traitements et modalités des autres études. Finalement, ils ont dû tenir compte du fait que les évaluations des coûts varient considérablement et qu'elles sont généralement plus poussées dans les protocoles d'études les plus récemment élaborés. Bien que bon nombre d'études menées antérieurement laissent indirectement présager une rentabilité en raison d'une diminution du taux d'absentéisme, du nombre d'hospitalisations, des coûts médicaux, etc., les travaux de recherche plus récents portent sur l'évaluation directe du rapport coût-efficacité

des traitements. Par exemple, cette évaluation a eu recours à une analyse coût-utilité combinant les avantages que présente une intervention, en matière de qualité de vie et de mortalité, à l'aide du paramètre du coût par année de vie pondérée par la qualité de vie (QALY). Quant aux travaux de recherche récemment publiés sur le rapport coût-efficacité, ils portent également sur le paramètre qui s'avère le plus pertinent, soit celui des seuils acceptables pour les traitements efficaces. En d'autres termes, le coût jugé acceptable par année de vie pondéré par la qualité de vie à l'aide d'un

traitement médical. Ainsi, la rentabilité n'est pas nécessairement liée à une économie d'argent; le rapport coût-efficacité représente à la fois le coût et la pertinence d'une approche thérapeutique lorsqu'elle est comparée à d'autres traitements, plutôt que la double norme de compensation des coûts, où la psychothérapie n'est pertinente que si elle permet de réaliser des économies (sans doute intrinsèquement plus utile et incontestable) en comparaison avec d'autres traitements médicaux.

RÉFÉRENCES

- Bosmans, J.E., van Schaik, D.J.F., Heymans, M.W., et al. (2007). Cost-effectiveness of interpersonal psychotherapy for elderly primary care patients with major depression. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 23(4), 480-487.
- Bower, P., Byford, S., Sibbald, B., et al. (2000). Randomised controlled trial of non-directive counselling, cognitive-behaviour therapy, and usual general practitioner care for patients with depression. II: cost effectiveness. *British Medical Journal*, 321, 1389-1392.
- Browne, G., Steiner, M., Roberts, J., et al. (2002). Sertraline and/or interpersonal psychotherapy for patients with dysthymic disorder in primary care: 6-month comparison with longitudinal 2-year follow-up of effectiveness and costs. *Journal of Affective Disorders*, 68, 317-330.
- Dunn, N. J., Rehm, L. P., Schillaci, J., et al. (2007). A randomized trial of self-management and psychoeducational group therapies for comorbid chronic posttraumatic stress disorder and depressive disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 20(3), 221-237.
- Edgell, E.T., Hylan, T.R., Draugalis, J.R., et al. (2000). Initial treatment choice in depression: impact on medical expenditures. *Pharmacoeconomics* 17, 371-382.
- Friedli, K., King, M.B., & Lloyd, M. (2000). The economics of employing a counsellor in general practice: analysis of data from a randomised controlled trial. *British Journal of General Practice*, 50, 276-283.
- Kamlet, M.S., Wade, M., Kupfer, D.J., et al. (1992). Cost-utility analysis of maintenance treatment for recurrent depression: A theoretical framework and numerical illustration. In R.G. Frank & W.G. Manning (Eds.), *Economics of Mental Health*, pp.267-291. Baltimore, MD: *The Johns Hopkins University Press*.
- King, M., Sibbald, B., Ward, E., et al. (2000). *Randomised controlled trial of non-directive counselling, cognitive-behaviour therapy and usual general practitioner care in the management of depression as well as mixed anxiety and depression in primary care. Health Technology Assessment*, 4, 1-83.
- Lave, J.R., Frank, R.G., Schulberg, H.C., et al. (1998). Cost-effectiveness of treatments for major depression in primary care practice. *Archives of General Psychiatry*, 55, 645-651.
- Lazar, S.G. (2010a; Editor). *Psychotherapy Is Worth It: A Comprehensive Review of Its Cost-effectiveness*. Arlington, VA: *American Psychiatric Publishing*.
- Lazar, S.G. (2010b). Psychotherapy in the treatment of depression. In S.G. Lazar (Ed.), *Psychotherapy Is Worth It: A Comprehensive Review of Its Cost-effectiveness*, pp. 175-226. Arlington, VA: *American Psychiatric Publishing*.
- Leff, J., Vearnals, S., Brewi, C. R. (2000). The London Depression Intervention Trial. Randomised controlled trial of antidepressants v. couple therapy in the treatment and maintenance of people with depression living with a partner: clinical outcome and costs. *British Journal of Psychiatry*, 177, 95-100.
- Miller, P., Chilvers, C., Dewey, M., et al. (2003). Counseling versus antidepressant therapy for the treatment of mild to moderate depression in primary care: economic analysis. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 19, 80-90.
- Mynors-Wallis, L. (1996). Problem-solving treatment: evidence for effectiveness and feasibility in primary care. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 26, 249-262.
- Petrou, S., Cooper, P., Murray, L., et al. (2006). Cost-effectiveness of a preventive counseling and support package for postnatal depression. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 22(4), 443-53.
- Pirraglia, P.A., Rosen, A.B., Hermann, R.C. et al. (2004). Cost-utility analysis studies of depression management: a systematic review. *American Journal of Psychiatry*, 161(12), 2155-2162.
- Revicki, D. A., Siddique, J., Frank, L. et al. (2005). Cost-effectiveness of evidence-based pharmacotherapy or cognitive behavior therapy compared with community referral for major depression in predominantly low-income minority women. *Archives of General Psychiatry*, 62(8), 868-875.
- Rosset, N., & Andreoli, A. (1995). Crisis intervention and affective disorders: a comparative cost-effectiveness study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 30, 231-235.
- Schoenbaum, M., Sherbourne, C., & Wells, K. (2005). Gender patterns in cost effectiveness of quality improvement for depression: results of a randomized, controlled trial. *Journal of Affective Disorders*, 87(2-3), 319-325.
- Schulberg, H.C., Raue, P.J., & Rollman, B.L. (2002). The effectiveness of psychotherapy in treating depressive disorders in primary care practice: clinical and cost perspectives. *General Hospital Psychiatry*, 24, 203-212.
- Smit, F., Willemsse, G., Koopmanschat, M., et al. (2006). Cost-effectiveness of preventing depression in primary care patients: randomised trial. *British Journal of Psychiatry*, 188, 330-336.
- Tutty, S., Simon, G., & Ludman, E. (2000). Telephone counseling as an adjunct to antidepressant treatment in the primary care system. A pilot study. *Effective Clinical Practice*, 3, 170-178.
- Verbosky, L.A., Franco, K.N., & Zrull, J.P. (1993). The relationship between depression and length of stay in the general hospital patient. *Journal of Clinical Psychiatry*, 54, 177-181.
- Von Korff, M., Katon, W., Bush, T., et al. (1998). Treatment costs, cost offset, and cost-effectiveness of collaborative management of depression. *Psychosomatic Medicine*, 60,143-149.
- Vos T. Haby, M.M., Magnus, A., Mihalopoulos, C., et al. (2005). Assessing cost-effectiveness in mental health: helping policy-makers prioritize and plan health services. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 39(8), 701-712.
- Wells, K.B., Schoenbaum, M., Duan, N., et al. (2007). Cost-effectiveness of quality improvement programs for patients with subthreshold depression or depressive disorder. *Psychiatric Services*, 58(10), 1269-1278.

LA DÉPRESSION

sous la loupe des psychologues et des chercheurs au Québec

Le professeur **Mario Beauregard** et son équipe de l'Université de Montréal poursuivent des travaux de recherche, notamment sur la neuroanatomie fonctionnelle du déficit d'autorégulation émotionnelle dans la dépression majeure unipolaire.

www.mapageweb.umontreal.ca/beauregm

Le professeur et directeur du département de psychologie de l'UQAM **Louis Brunet** mène des travaux sur le changement en psychothérapie psychanalytique et en psychanalyse, les effets des psychothérapies psychanalytiques chez les enfants (états-limites, psychoses, TDAH) et les fonctions du thérapeute ayant un impact sur le changement.

www.psych.uqam.ca/NUN/d_pages_profs/d_Brunet

Le professeur **Martin Drapeau** et l'équipe qu'il dirige à l'Université McGill, le *McGill Psychotherapy Process Research Group*, travaillent sur les processus psychothérapeutiques, lesquels visent entre autres à déterminer ce qui rend la psychothérapie efficace, notamment dans le traitement de la dépression.

www.mpprg.mcgill.ca

Le professeur **Marc-Simon Drouin**, de l'UQAM, s'intéresse particulièrement à la recherche sur l'efficacité de la psychothérapie et sur les ingrédients actifs dans le processus thérapeutique, ainsi qu'aux troubles de la personnalité et à la dépression.

www.psych.uqam.ca

David Dunkley, de l'Hôpital général juif de Montréal, effectue des travaux de recherche sur le rôle des facteurs de vulnérabilité cognitifs liés à la personnalité, en particulier le perfectionnisme, qui prédisposeraient à la psychopathologie, notamment à la dépression.

http://ladydavisinstitute.org/researchers_profile.php?id=30

La professeure **Marilyn Fitzpatrick**, de l'Université McGill et du McGill Psychotherapy Process Research Group, s'intéresse aux processus par lesquels les patients en arrivent à mieux cerner puis à gérer leurs difficultés en thérapie, ainsi que les processus par lesquels le changement s'opère en cours de traitement, auprès, entre autres, de patients souffrant de dépression légère.

www.mpprg.mcgill.ca

Les travaux de la professeure **Janie Houle** à l'UQAM visent à développer une meilleure compréhension des environnements favorables à l'autogestion de la santé pour les personnes souffrant de troubles dépressifs, en portant une attention particulière aux différences entre les hommes et les femmes.

www.crise.ca/fr/mb_details.asp?section=membres&usager=houlej

Le professeur **Réal Labelle** et son équipe de l'UQAM et du Centre de recherche Fernand-Seguin – site de l'Hôpital Rivière-des-Prairies poursuivent des travaux de recherche sur l'évaluation et le traitement psychologiques des troubles dépressifs et des conduites suicidaires chez les jeunes.

www.psych.uqam.ca

www.hlhl.qc.ca/recherche/la-recherche/les-chercheurs/real-labelle.html

La professeure **Kim Lavoie**, de l'UQAM, s'intéresse à l'évaluation de la prévalence et à l'impact de la dépression sur la morbidité et la mortalité associées aux maladies chroniques telles que les maladies cardiovasculaires (incluant l'évaluation du lien entre la dépression et la dysfonction endothéliale), l'asthme et la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC).

www.psych.uqam.ca

Le professeur **Serge Lecours**, de l'Université de Montréal, poursuit des travaux de recherche notamment sur le rôle de la régulation et de la mentalisation des émotions dans la dépression.

www.psy.umontreal.ca

L'équipe de la professeure **Dominique Lorrain**, de l'Université de Sherbrooke, poursuit des travaux de recherche sur la relation entre la santé mentale (dépression, anxiété, qualité du sommeil) et la consommation de psychotropes chez les personnes âgées et sur la mémoire autobiographique dans la dépression gériatrique.

www.usherbrooke.ca/psychologie

Les travaux de l'équipe de la professeure **Diane Marcotte**, de l'UQAM, portent sur la dépression chez les adolescents, sur les différences sexuelles dans la prévalence de la dépression à l'adolescence, et sur les programmes de traitement de la dépression en milieu scolaire.

www.experts.uqam.ca/pages/marcotte.diane.htm

L'équipe du professeur **Martin Provencher**, de l'Université Laval, s'intéresse à la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) des troubles de l'humeur et des troubles anxieux, notamment aux facteurs influençant la réponse thérapeutique.

www.psy.ulaval.ca/ecole/personnel_enseignant/menu_enseignants.php?choix=Provencher

Pasquale Roberge, psychologue, du Centre de recherche du Centre hospitalier de l'Université de Montréal et de l'Institut national de santé publique du Québec, s'intéresse à l'utilisation des services de santé mentale ainsi qu'à l'innovation dans l'organisation et la prestation des soins et services de première ligne pour les troubles anxieux et dépressifs.

www.chumtl.qc.ca/crchum/chercheurs/chercheurs-liste/roberge-p.fr.html

www.qualaxia.org

Le professeur **Andrew Ryder** et son équipe du Laboratoire sur la culture, la santé et la personnalité de l'Université Concordia poursuivent leurs travaux de recherche qui examinent le lien entre les individus et leur milieu culturel et les répercussions de ce lien sur la psychopathologie, notamment la dépression.

www.chp.concordia.ca

Le professeur **Casten Wrosch** et son équipe du Laboratoire sur la personnalité, le vieillissement et la santé de l'Université Concordia explorent les moyens que peuvent prendre les gens pour ajuster les circonstances de leur vie afin de prévenir des conséquences défavorables sur leur santé psychologique, biologique et physique. Le groupe examine la dépression dans différents groupes d'âge.

http://crdh.concordia.ca/Wrosch_Lab/wroschhomepage.html

Le professeur **David Zuroff**, de l'Université McGill, poursuit ses travaux de recherche sur les liens entre la personnalité, en particulier la dépendance et l'autocritique, et la psychopathologie, surtout la dépression.

www.psych.mcgill.ca/perpg/fac/zuroff/dczhome.htm