

**PARTAGER LES
CONNAISSANCES
POUR ACCROITRE
L'ACCÈS AUX SERVICES
EN SANTÉ MENTALE**

ORGANISÉ PAR L'INSTITUT UNIVERSITAIRE
EN SANTÉ MENTALE DOUGLAS

Douglas
INSTITUT MENTAL HEALTH
UNIVERSITAIRE EN UNIVERSITY
SANTÉ MENTALE INSTITUTE



Affilié à l'Université McGill
Affiliated with McGill University

ACCÈS ÉQUITABLE AUX SERVICES DE PSYCHOTHÉRAPIE POUR LES PATIENTS ADULTES SOUFFRANT DE TROUBLES ANXIEUX OU DÉPRESSIFS : DONNÉES PROBANTES ET EXPÉRIENCES ÉTRANGÈRES

**Alvine FANSI, MD, PhD; Cédric JEHANNO, BSc, MBA;
Martin DRAPEAU, PhD; Micheline LAPALME, PhD et
Sylvie BOUCHARD, B.Pharm, DPH, MSc, MBA**

Plan de la présentation

- I. Contexte - Objectif
- II. Méthodologie
- III. Résultats
- IV. Discussions
- V. Conclusion

I. Contexte

- Troubles mentaux touchent **une personne sur cinq au Québec**. Environ **65%** de l'ensemble des troubles mentaux traitées annuellement au Québec sont **les troubles anxieux et dépressifs***
- Impact important sur le patient et son entourage notamment en matière de coûts en soins de santé et en perte de productivité
- Options de traitement :
 - Médicaments psychotropes
 - psychothérapie

* Seulement 12% des personnes souffrant de troubles mentaux seraient traitées annuellement au Québec - INSPQ, 2012 - Surveillance des troubles mentaux au Québec: prévalence, mortalité et profil d'utilisation des services. Rapport rédigé par A. Lesage et Émond, V.

I. Contexte

- **Constats:**
 - Médicaments psychotropes sont souvent la seule option que sont en mesure de proposer les omnipraticiens aux patients*
 - Psychothérapie est un traitement qui serait efficace mais qui reste peu proposée aux patients notamment à cause de son accès limité.
- **Recommandations du CSBE sur la santé mentale au Québec****
 - Évaluer les différents modèles organisationnels garantissant un accès équitable aux services de psychothérapie
 - Déterminer les modalités de financement de cette mesure

*13 millions d'ordonnances d'antidépresseurs en 2010 – une personne sur sept sortie du bureau du médecin avec une prescription (St-Onge JC, tous fous ?, 2013).

**Rapport d'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux, décembre 2012 - Pour plus d'équité et de résultats en santé mentale au Québec

Abréviations: CSBE: commissaire à la santé et au bien-être; CSST: commission de la santé et de la sécurité du travail; IVAC: Indemnisation des victimes d'actes criminels; RAMQ: régime d'assurance maladie du Québec; SAAQ: société d'assurance automobile du Québec

I. Contexte - Mandat confié par le MSSS à l'INESSS

Produire un avis sur l'accès équitable aux services de psychothérapie pour les adultes souffrant de troubles anxieux ou dépressifs

Volet I.

Examiner les données probantes sur l'efficacité et le coût/efficacité comparée de la psychothérapie et de la pharmacothérapie

Volet II.

Analyser les différentes modalités de pratique et de couverture de la psychothérapie dans les autres juridictions

Volet III.

Proposer les modèles organisationnels garantissant un accès équitable aux services de psychothérapie et évaluer l'impact financier découlant de la couverture élargie de ces services

I. Contexte - Mandat confié par le MSSS à l'INESSS

Produire un avis sur l'accès équitable aux services de psychothérapie pour les adultes souffrant de troubles anxieux ou dépressifs



Enjeux

Efficacité

(comparative de la psychothérapie et de la pharmacothérapie)

Économique (coût, impact financier)

Organisationnel (organisations des soins et services)

Juridique et éthique (praticiens – conditions de remboursement)

Équité (accessibilité)

Faisabilité (implantation)

I. Objectif – Questions d'évaluation

Produire un avis sur l'accès équitable aux services de psychothérapie pour les adultes souffrant de troubles anxieux ou dépressifs

Volet I.
Examiner les données probantes sur l'efficacité et le coût/efficacité comparée de la psychothérapie et de la pharmacothérapie

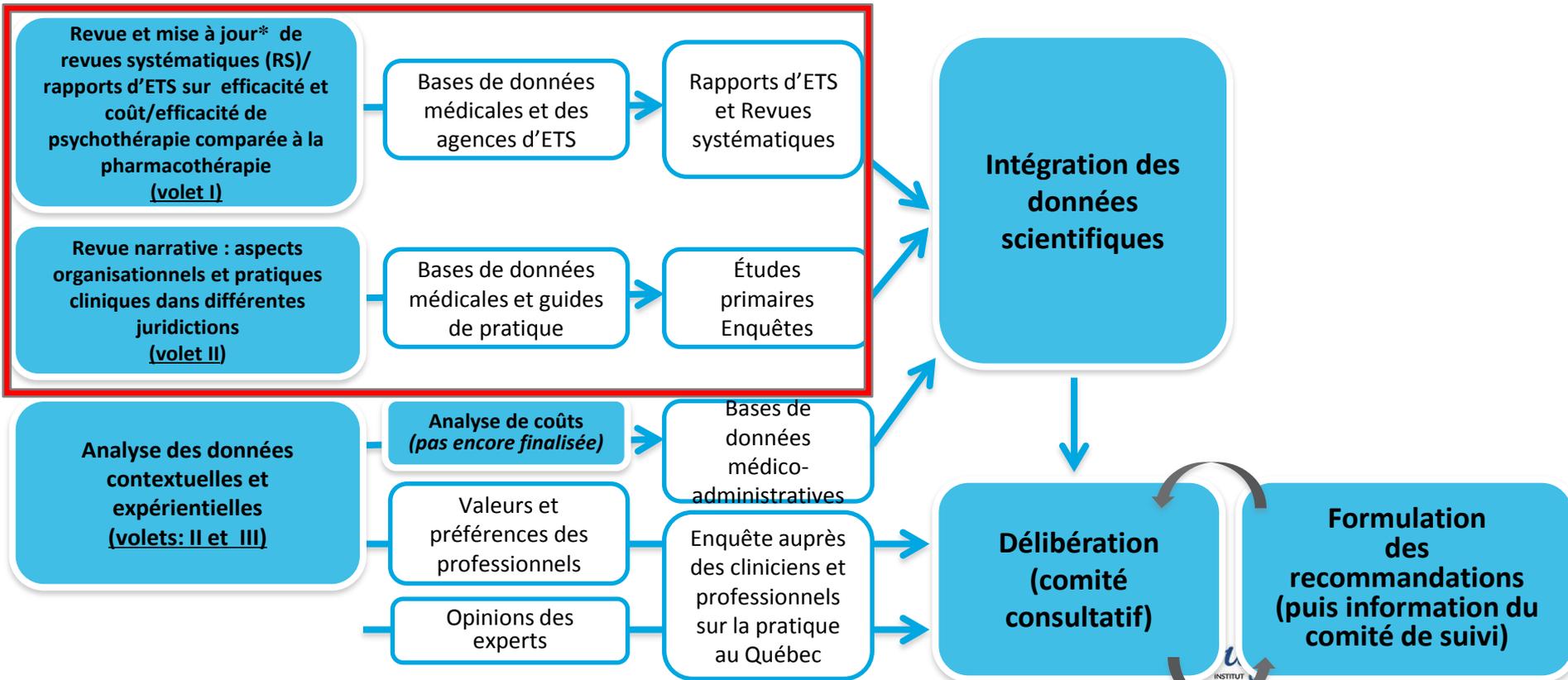
Volet II.
Analyser les différentes modalités de pratique et de couverture de la psychothérapie dans les autres juridictions

Volet III.
Proposer les modèles organisationnels garantissant un accès équitable aux services de psychothérapie et évaluer l'impact financier découlant de la couverture élargie de ces services

2 questions d'évaluation

- Quelle est l'efficacité et le rapport coût-efficacité de la psychothérapie comparée directement à la pharmacothérapie dans le traitement des patients adultes souffrant de troubles anxieux ou dépressifs?
- Quelles sont les différentes modalités de pratique et de couverture de la psychothérapie dans les autres juridictions ?

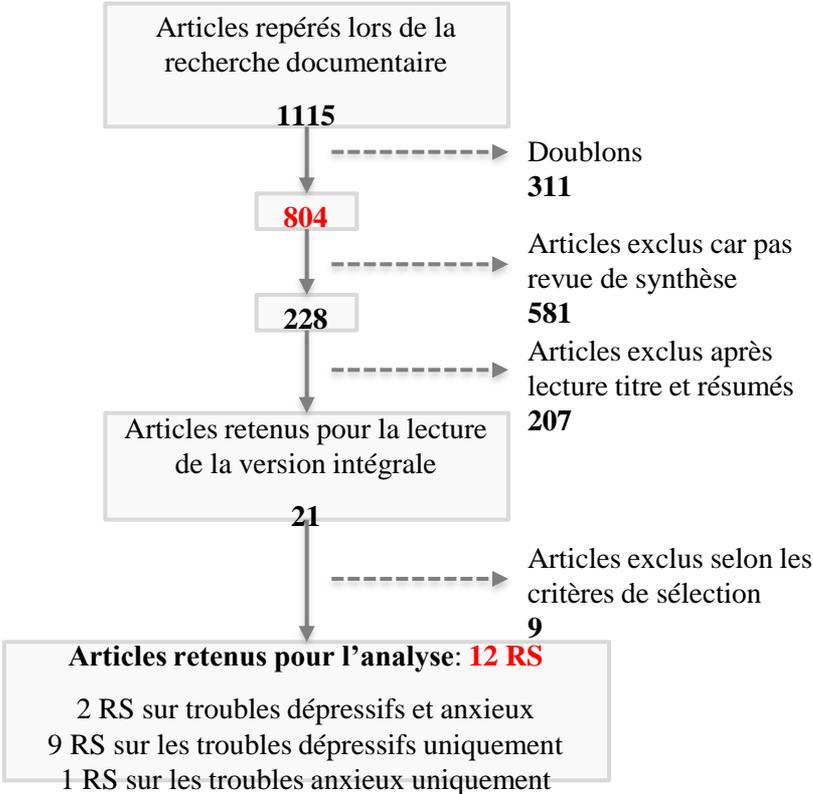
II. Méthodologie



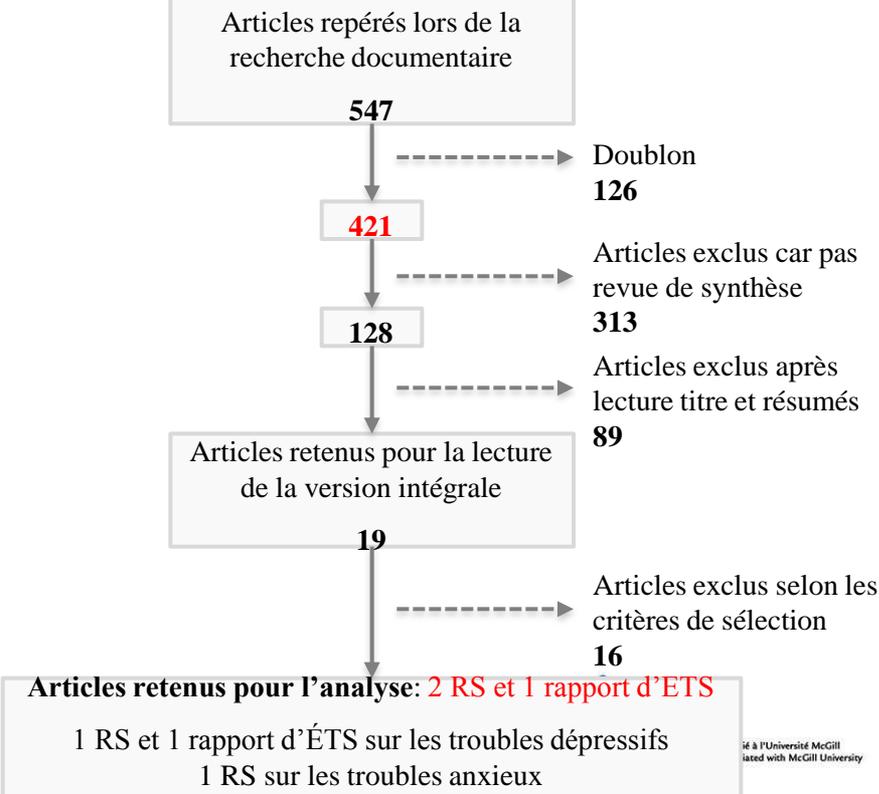
*Identification dans les bases de données médicales et de l'INAHTA (International Network of Agencies for Health Technology Assessment) et mise à jour choix d'une revue systématique de bonne qualité (selon la grille AMSTAR), ETS : Évaluation des technologies

III. Résultats – Volet I : données probantes

Dimension efficacité



Dimension économique



III. Résultats – Volet I : données probantes

Troubles anxieux

**Revue
systématique
de référence
APS, 2010**

**3 des 12 revues
systématiques
issues de la mise à
jour**

Etude économique

Poirier-Bisson *et al.*, 2010

- Efficacité de la psychothérapie équivalente à celle de la pharmacothérapie mais maintien des gains de la psychothérapie à plus long terme
 - psychoT psychodynamique vs AntiD. après 12 mois – bénéfiques à long terme
 - Population: TAG, Tr. panique (TCC ≥ ATC = ISRS), TOC (TCC=AntiD.)
- Efficacité du traitement combiné (psychoT (TCC) - pharmacoT) supérieure à celle de la psychothérapie (TCC) dans les cas sévères
- Meilleur rapport coût/efficacité de la psychoT à long terme

III. Résultats – Volet I : données probantes

Troubles dépressifs

Revue
systématique
de référence
APS, 2010

11 des 12 revues
systématiques issues
de la mise à jour

Études économiques

Rapport d'ETS
CADTH., 2010

Bosmans et al., 2008

- Efficacité de la psychothérapie équivalente à celle de la pharmacothérapie mais maintien des gains de la psychothérapie à plus long terme
 - TCC (TIP) vs AntiD. après 6, 12, 18 mois – ↓ taux de rechute
 - Population: dépression légère (2É., 39Pat.) modérée et majeure, chronique (1É., 248Pat.), personnes âgées (3É., 62Pat.); Post somatique: post-partum (1É., 109Pat.), infertilité (1É., 30Pat.)
 - Setting: ambulatoire (11É., 101Pat.), 1ère ligne (10É., 48Pat.), hospitalisation
- Efficacité du traitement combiné (psychoT-pharmacoT) supérieure à celle de la psychothérapie dans les cas sévères
- TCC rentable – pas de différence dans les coûts médicaux entre la psychothérapie et les antiD à long terme

III. Résultats – Volet II. Modalités de pratique et de couverture de la psychothérapie dans les autres juridictions

International

Royaume-Uni

Programme *IAPT*

(Improving Access to Psychological Therapies)

2006 – Soins par étapes en fonction de la gravité

(Conseiller en bien-être psychologique (PWP ou psychological Well-being practitioner counselors), psychologues)

Australie

Programme *ATAPS*

(Access to Allied Psychological Services)

2001 – Accès aux soins encadré

(Psychologues, travailleurs sociaux, ergothérapeutes, infirmières)

Programme *Better Access*

(Better Access to Psychiatrists, Psychologists, and General Practitioners through the Medicare Benefits Schedule Initiative)

2006 - Accès aux soins encadré

(Médecins de famille formés, psychologues, travailleurs sociaux, ergothérapeutes)

nat
nce
vics

Québec

	Royaume-Uni	Australie	
	IAPT	ATAPS	Better Access
Critères d'admissibilité	Population 18 à 64 ans souffrant de troubles anxieux et dépressifs, puis autres troubles psychologiques et maladies (chroniques), et autres patients (âgés, adolescents, enfants)	Population 15 à 64 ans - groupes à risque (suicidaires) , population particulière	Population 15 à 64 ans
	Référence par un médecin ou autoréférence	Référence par un médecin	
Nombre de séances remboursées	12 séances / an en moyenne	12 séances /an (+ 6 si cas spéciaux)	10 séances / an
Coût annuel du programme	2009-2011: 183 M\$/an (ou 548M\$/3 ans) 2011: prolongé 4 ans à 710 M\$	2003-2011 : 22 M\$/an (ou 188 M\$ /8,5 ans) 2011: montant doublé	2007-2010 : 313 M\$/an (939 M\$/3 ans)
Utilisation des services	2008-2011 : des 600 000 patients, 350 000 ont terminé leur traitement. 23 000 sont 'sortis' du système d'indemnité de maladie 2012/2013 : 680 000 des 1 000 000 traités en 3 ans ont reçu un traitement complet: environ 63% ont été vu dans les 28jrs et 92% ont eu leur 1 ^{ère} consultation dans les 90 jrs ou moins.	2003-2011 : 200 898 patients ont reçu ces services, soit 23 635 par an (0,1% de la population)	2007-2009 : 2 016 495 personnes traitées soit 672 165 par an (3,1% de la population) - 67% ont terminé les séances (moyenne annuelle)
	2012 – 2013 : moyenne de 5 séances / participant	2003 – : moyenne de 5 séances / participant	2007 – : moyenne de 5 séances / participant
Impact sur les clientèles ciblées	2007-: 55 % des patients ont recouvré leur santé psychique et maintenu pendant 10 mois. En 2012, ce chiffre était de 45% - 65%	Amélioration des symptômes cliniques et taux de rémission élevé concernant la dépression et l'anxiété	

III. Résultats – Volet II. Modalités de pratique et de couverture de la psychothérapie dans les autres juridictions

Royaume-Uni (IAPT)

- **2006** (estimation plan Layard) :
 - **Investissement 1483 \$** par personne en âge de travailler
 - Coûts annuels **évitables** par personne dans les deux premières années = **5277 \$** (982 \$ pour la productivité, 308 \$ coûts médicaux, 3178 \$ pour incapacité, 809 \$ pour prestations d'invalidité, revenus des demandeurs d'emploi et taxes perdues dues au non-emploi)
- **2012/13** (IAPT, bilan après 3 ans):
 - Patient: Conservation de l'emploi (47% des patients traités), obtention d'un emploi et sortie de la prestation sociale (10%), recherche un emploi (15%)
 - Employeur: ↓ de nombre de jours de congé maladie
 - Système de santé: ↓ consommation des soins en santé pour les personnes qui ont recouvré leur santé mentale estimée à environ **483 M\$** d'ici 2016/17 :
 - ↓ des prescriptions répétées à long terme d'antidépresseurs
 - ↓ des hospitalisations
 - ↓ des procédures et des consultations notamment des MD de famille

IV. Discussions

- Limite éventuel quant au choix de procéder à une revue des revues de synthèse
 - Mesure d'efficacité porte principalement sur l'amélioration des symptômes
 - Difficulté d'explorer de manière approfondie certains résultats (dans les études primaires)
- Variabilité importantes des études incluses dans les revues (I^2 varie de faible à élevé)

IV. Discussions

Qualité de la preuve: modérée à élevée

Revue systématique et méta-analyse de **bonne qualité** (AMSTAR)

- Composés d'essais cliniques randomisés (ECR) récents
- Limites méthodologiques observées dans le plan d'étude de quelques ECR:
 - distribution **non** aléatoire des patients
 - utilisation préalable ou concomitante des médicaments ou de la psychothérapie chez les participants
 - changement basé sur l'absence de réponse à une forme de traitement et non à l'autre forme de traitement comparateur
 - augmentation de la dose ou changement du type d'antidépresseurs sans nécessairement changer l'intensité ou le type de psychothérapie
 - Type exact de psychothérapie ou de médicaments utilisés pas toujours précisé dans les publications

IV. Discussions

- L'analyse ne traite pas de l'efficacité comparée de la psychothérapie et pharmacothérapie pour une autre population (chez les enfants, adolescents)
- L'analyse ne traite pas de la préférence de traitement des patients
- L'analyse ne compare pas les différentes formes de psychothérapie entre elles
- L'analyse n'identifie pas les facteurs ou processus de changement en cours de traitement psychothérapeutique, ou les facteurs expliquant l'issue d'un traitement psychologique

V. Conclusion

- **Efficacité** équivalente de la psychothérapie et pharmacothérapie chez patients adultes souffrant troubles dépressifs et anxieux modérés;
- Bénéfices de la psychothérapie se maintiennent plus longtemps après fin du traitement comparé aux médicaments (amélioration taux de rechute);
- Psychothérapie combiné à pharmacothérapie est plus efficace que psychothérapie seule dans le traitement des troubles anxieux et dépressifs sévères;
- Psychothérapie (notamment la TCC) aurait un meilleur rapport coût-efficacité à long terme et serait plus rentable comparativement à la pharmacothérapie dans troubles anxieux et dépressifs;
- Un programme d'accès équitable à la psychothérapie pourrait être envisageable au Québec à l'image de ceux en cours dans les autres juridictions.

Prochaines étapes

Produire un avis sur l'accès équitable aux services de psychothérapie pour les adultes souffrant de troubles anxieux ou dépressifs

Volet I.

Examiner les données probantes sur l'efficacité et le coût/efficacité comparée de la psychothérapie et de la pharmacothérapie

Volet II.

Analyser les différentes modalités de pratique et de couverture de la psychothérapie dans les autres juridictions

Volet III.

Proposer les modèles organisationnels garantissant un accès équitable aux services de psychothérapie et évaluer l'impact financier découlant de la couverture élargie de ces services



ORGANISÉ PAR
L'INSTITUT UNIVERSITAIRE
EN SANTÉ MENTALE DOUGLAS

7^E COLLOQUE
INTERÉTABLISSEMENTS
EN SANTÉ MENTALE

INESSS
LE SAVOIR PREND FORME



**Merci de
votre
attention**



Douglas
INSTITUT UNIVERSITAIRE EN
SANTÉ MENTALE MENTAL HEALTH
UNIVERSITY INSTITUTE

 Affilié à l'Université McGill
Affiliated with McGill University

