

Efficacité de la psychothérapie comparativement à la pharmacothérapie dans le traitement des troubles anxieux et dépressifs chez l'adulte : une revue de la littérature

Effectiveness of psychotherapy compared to pharmacotherapy for the treatment of anxiety and depressive disorders in adults: A literature review

Alvine Fansi, Cedric Jehanno, Micheline Lapalme, Martin Drapeau and Sylvie Bouchard

Volume 40, Number 4, Winter 2015

Améliorer l'accès aux psychothérapies au Québec et au Canada : expériences de pays francophones

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/1036098ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/1036098ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (print)

1708-3923 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Fansi, A., Jehanno, C., Lapalme, M., Drapeau, M. & Bouchard, S. (2015). Efficacité de la psychothérapie comparativement à la pharmacothérapie dans le traitement des troubles anxieux et dépressifs chez l'adulte : une revue de la littérature. *Santé mentale au Québec*, 40(4), 141–173. <https://doi.org/10.7202/1036098ar>

Article abstract

Introduction In Quebec, mental disorders affect one in five people in their lifetime. Anxiety and depressive disorders are the main common or moderate mental health disorders. They affect both the individuals with the disorder and the people around them and have substantial economic impact. Psychotropic drugs are the treatment option most often proposed to patients presenting with moderate mental health disorders. Psychotherapy is nevertheless a treatment that should be given consideration.

Physical and financial access to psychotherapy remains limited because only one third of professionals qualified to offer it practise in the public sector, and the coverage and reimbursement policy for this service is very restricted. In order to improve such coverage, the Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) mandated the Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) to assess the evidence on the effectiveness of psychotherapy compared with those of pharmacotherapy for the treatment of adults with anxiety and depressive disorders.

Methods An update of a review of recent and good quality literature was conducted through a review of systematic reviews dealing with psychotherapy compared to pharmacotherapy in the treatment of anxiety and depression in adults. The period covered included 2009 to 2013. The literature search strategy, modelled on that of the reference review, was applied to Medline, Cochrane Library, CINAHL, Web of Science and health technology assessment agencies. Exploration of the grey literature focused on information available on the websites of various health assessment organizations.

Results The level of scientific evidence overall was judged to be of moderate to high quality. In general, the data showed no significant difference between psychotherapy and pharmacotherapy in terms of symptoms reduction in patients with moderate anxiety or depressive disorders, indicating comparable effectiveness of these two modes of treatment. However, the benefits of psychotherapy lasted longer after the end of treatment than those of medication. Psychotherapy therefore offers better protection against relapse. Furthermore, the combination of psychotherapy and pharmacotherapy is more effective than psychotherapy alone in severe or chronic cases.

Conclusion Psychotherapy appears to be as effective as pharmacotherapy in the treatment of adult patients with moderate anxiety and/or depressive disorders. Moreover, the beneficial effects of psychotherapy last longer after the end of treatment with a lower likelihood of relapse.

Effacité de la psychothérapie comparativement à la pharmacothérapie dans le traitement des troubles anxieux et dépressifs chez l'adulte : une revue de la littérature

Alvine Fansi^a

Cedric Jehanno^b

Micheline Lapalme^c

Martin Drapeau^d

Sylvie Bouchard^e

RÉSUMÉ Dans l'optique de l'amélioration d'une couverture de la psychothérapie au Québec, le ministère de la Santé et des Services sociaux a confié à l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux le mandat d'évaluer l'efficacité de la psychothérapie comparée à la pharmacothérapie dans le traitement des adultes souffrant de troubles anxieux et dépressifs. Une mise à jour d'une revue

-
- a. M.D., Ph. D., Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) – Département des sciences de la santé communautaire – Centre de recherche Hôpital Charles-LeMoine – Chaire de recherche du Canada en Évaluation et Amélioration du Système de Santé – EASY, Université de Sherbrooke.
 - b. B. Sc., MBA, Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS).
 - c. Ph. D., Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS).
 - d. Ph. D., Département de psychologie du counselling et de psychiatrie, Université McGill.
 - e. B. Pharm., D.P.H., M. Sc., MBA, Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS).

de la littérature récente et de bonne qualité a été effectuée grâce à une revue des revues systématiques traitant de la psychothérapie comparée à la pharmacothérapie dans le traitement des adultes anxieux et dépressifs avec un horizon temporel compris entre 2009 et 2013. Le niveau de l'ensemble de la preuve scientifique permet de dire que de manière générale, il n'y a pas de différence significative entre la psychothérapie et la pharmacothérapie sur le plan de la réduction des symptômes des patients souffrant de troubles anxieux ou dépressifs modérés, ce qui indique une efficacité comparable de ces deux modes de traitement. Cependant, les avantages de la psychothérapie sont maintenus plus longtemps après la fin du traitement que ceux des médicaments. La psychothérapie offre donc une meilleure protection contre la rechute. Par ailleurs, la combinaison de la psychothérapie et de la pharmacothérapie présente une efficacité supérieure à celle de la psychothérapie seule dans les cas chroniques ou graves.

MOTS CLÉS efficacité, psychothérapie, pharmacothérapie, troubles anxieux et dépressifs

Effectiveness of psychotherapy compared to pharmacotherapy for the treatment of anxiety and depressive disorders in adults: a literature review

ABSTRACT Introduction In Quebec, mental disorders affect one in five people in their lifetime. Anxiety and depressive disorders are the main common or moderate mental health disorders. They affect both the individuals with the disorder and the people around them and have substantial economic impact. Psychotropic drugs are the treatment option most often proposed to patients presenting with moderate mental health disorders. Psychotherapy is nevertheless a treatment that should be given consideration.

Physical and financial access to psychotherapy remains limited because only one third of professionals qualified to offer it practise in the public sector, and the coverage and reimbursement policy for this service is very restricted. In order to improve such coverage, the Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) mandated the Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) to assess the evidence on the effectiveness of psychotherapy compared with those of pharmacotherapy for the treatment of adults with anxiety and depressive disorders.

Methods An update of a review of recent and good quality literature was conducted through a review of systematic reviews dealing with psychotherapy compared to pharmacotherapy in the treatment of anxiety and depression in adults. The period covered included 2009 to 2013. The literature search strategy, modelled on that of the reference review, was applied to Medline, Cochrane Library, CINAHL, Web of Science and health technology assessment agencies. Exploration of the grey literature focused on information available on the websites of various health assessment organizations.

Results The level of scientific evidence overall was judged to be of moderate to high quality. In general, the data showed no significant difference between psychotherapy and pharmacotherapy in terms of symptoms reduction in patients with moderate anxiety or depressive disorders, indicating comparable effectiveness of these two modes of treatment. However, the benefits of psychotherapy lasted longer after the end of treatment than those of medication. Psychotherapy therefore offers better protection against relapse. Furthermore, the combination of psychotherapy and pharmacotherapy is more effective than psychotherapy alone in severe or chronic cases.

Conclusion Psychotherapy appears to be as effective as pharmacotherapy in the treatment of adult patients with moderate anxiety and/or depressive disorders. Moreover, the beneficial effects of psychotherapy last longer after the end of treatment with a lower likelihood of relapse.

KEYWORDS effectiveness, psychotherapy, pharmacotherapy, anxiety and depressive disorders

Les troubles mentaux constituent la principale cause d'invalidité et entraînent des coûts importants notamment en termes de perte de productivité. En 2010, les données d'enquêtes de l'Institut de la statistique du Québec (ISQ) indiquaient que près de 1 personne sur 5 serait atteinte d'un trouble mental au cours de sa vie (ISQ, 2010). En 2012, un rapport de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) estimait que la prévalence annuelle des troubles mentaux au Québec se situait autour de 12 %. Les troubles anxieux et dépressifs représentent près de 65 % de l'ensemble des troubles mentaux (INSPQ, 2012).

Les médicaments psychotropes demeurent l'option thérapeutique la plus souvent proposée aux patients qui présentent des troubles mentaux modérés (Fleury & Grenier, 2012). En effet, la prévalence de l'usage des antidépresseurs chez l'adulte assurés par le régime public d'assurance médicaments est passée de 8,1 % en 1999 à 14,4 % en 2009 (Fleury & Grenier, 2012). La psychothérapie représente pourtant un traitement qu'il conviendrait de considérer et ce d'autant plus que la plupart des guides de pratique clinique recommandent la psychothérapie pour le traitement de différents troubles mentaux modérés (AIHW, 2010; CANMAT, 2009; NICE, 2004; NICE, 2005a; NICE, 2005b; NICE, 2009; NICE, 2011). Celle-ci est ainsi considérée comme un traitement indépendant ou un complément efficace à la médication (APA, August, 2012). Elle constitue également l'option thérapeutique

préférée par les patients dans une proportion de 0,75 (95 % CI, 0,69-0,80 (McHugh, Whitton, Peckham, Welge, & Otto, 2013).

Dans le but d'améliorer l'accès à ces services, le Ministère de la Santé et des Services sociaux a confié à l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux le mandat d'évaluer l'efficacité de la psychothérapie. L'objectif de cette étude est donc d'analyser les données probantes portant sur l'efficacité de la psychothérapie comparativement à ceux de la pharmacothérapie dans le traitement des adultes souffrant de troubles anxieux et dépressifs.

Méthodologie

Un premier recensement des revues de littérature traitant de la psychothérapie comparée à la pharmacothérapie dans le traitement des adultes souffrant de troubles mentaux a d'abord été effectué. Une de ces revues (APS, 2010), par ailleurs la plus récente, fut évaluée avec l'outil d'évaluation *Assessment of Multiple Systematic Reviews* (AMSTAR) (Shea *et al.*, 2007) et fut jugée de bonne qualité; elle a donc été choisie comme revue de base ou de référence, c'est-à-dire comme point de départ aux fins d'analyse. Celle-ci fut ensuite mise à jour en effectuant une revue des revues systématiques qui ont été publiées entre 2009 et 2013. La stratégie de recherche documentaire (voir Figure 1), inspirée de celle de la revue de référence de l'*Association for Psychological Science* (APS) (2010), a été appliquée aux bases de données *Medline* (par l'interface *PubMed*), *Cochrane Library*, *CINAHL*, *Web of Science* et des agences d'évaluation des technologies de la santé ou *Health technology assessment – HTA* (administrée par le *Centre for Reviews and Dissemination*). L'exploration de la littérature grise a été centrée sur l'information disponible sur les sites Web du *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE), de la *Haute Autorité de Santé* (HAS) (France), du *Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health* (CADTH), et de l'*American Psychological Association* (APA). Seuls les documents publiés en anglais ou en français ont été retenus. De plus, une catégorisation des niveaux de la qualité de l'ensemble de la preuve scientifique établie en fonction des plans d'étude de même qu'en fonction de la nature des données recueillies a été effectuée.

Critères de sélection des études

La sélection des études a été faite par un des auteurs, C. Jehanno (CJ), et validée par un deuxième, A. K. Fansi (AKF); les divergences ont été

réglées par consensus. Le test de concordance *Kappa* mesurant l'accord interjuges a été utilisé (Landis & Koch, 1977). Les critères d'inclusion étaient les suivants : le type des études était les études de synthèse telles que les revues systématiques, les méta-analyses et les rapports d'évaluation des technologies en santé (ÉTS) ; la population incluait les adultes souffrant de troubles anxieux ou dépressifs ; les interventions concernaient tous les types de psychothérapies ; les comparateurs étaient essentiellement la pharmacothérapie ou la combinaison de la psychothérapie et de la pharmacothérapie ; les résultats illustrant l'efficacité étaient essentiellement la réduction des symptômes d'anxiété et de dépression ; la durée du suivi devait être de soit court, moyen ou long termes ; les milieux hospitaliers, les soins ambulatoires et les consultations externes étaient pris en considération.

Les types de publications qui ont été exclus de l'analyse étaient les études primaires¹ incluant les essais cliniques randomisés ou non, les études observationnelles (études de cohortes, études cas témoins) ; et les études de cas, les enquêtes, les éditoriaux, les lettres, les résumés et rapports de conférence ; et enfin les études sur des personnes souffrant d'autres troubles de santé mentale tels que la dysthymie², le trouble bipolaire, la démence, la schizophrénie, le trouble de la personnalité, le trouble de l'alimentation, la toxicomanie, etc.

Analyse de la qualité des études retenues

L'analyse de la qualité méthodologique des études a été effectuée en double et de façon indépendante par deux auteurs (AKF, CJ). La grille d'évaluation AMSTAR a été utilisée pour l'évaluation des revues systématiques avec ou sans méta-analyse (Shea, *et al.*, 2007).

Catégorisation de la qualité de la preuve

La catégorisation de la qualité de la preuve a été effectuée par un auteur et validée par le deuxième ; les divergences ont été réglées par consensus. Cette catégorisation tenait compte du devis des études incluses dans les revues de synthèse retenues, mais aussi la nature des données recueillies (quantitatives ou qualitatives) et l'échelle proposée par le groupe de travail de l'American College of Chest Physicians (Guyatt et

-
1. Les études primaires sont exclues parce qu'elles sont déjà incluses dans les études de synthèse recherchées.
 2. Ce trouble n'a pas été inclus dans la revue bien qu'il soit considéré comme un trouble dépressif.

coll., 2006). Ce système distingue les catégories suivantes pour juger de la qualité de la preuve scientifique fondée sur les données probantes : – élevée: si la preuve est soutenue par les résultats d’essais cliniques randomisés (ECR) sans limites méthodologiques importantes ou études observationnelles comportant de forts éléments de preuve ; – modérée: si cette preuve est fondée sur des ECR ayant des limites importantes (résultats contradictoires, failles méthodologiques et preuve indirecte ou imprécise) ou études observationnelles comportant de très forts éléments de preuve ; – faible: si la preuve est fondée sur des études observationnelles ou des séries de cas.

Extraction des données

L’extraction des données a été faite de façon indépendante par les deux auteurs. Une grille d’extraction a été établie afin de documenter les caractéristiques des études [plan, taille de l’échantillon et de la population recrutée (âge, sexe et diagnostic), les interventions, la durée des suivis, les résultats et les conclusions]. L’efficacité de la psychothérapie a été évaluée à partir de la taille de l’effet des résultats sur le degré de réduction des symptômes, mesuré à l’aide de différentes échelles de dépression ou d’anxiété telles que le *Beck Depression Inventory* (BDI), le *Beck Hopelessness Scale*, le *Hamilton Depression Rating Scale* (HDRS), le *Generalised Anxiety Disorder Assessment* (GAD-7), le *Panic Disorder Severity Scale* (PDSS) et le *Clinical Global Impression of Severity* (CGI).

Résultats

La recherche documentaire et l’application de critères d’inclusion et d’exclusion prédéfinis ont permis de retenir des 804 articles répertoriés, 1 revue systématique de littérature de référence et 12 revues systématiques (Figure 2). Ces revues ont été jugées de bonne qualité selon les grilles AMSTAR (voir Tableau 1). Le coefficient *Kappa* était de 0,70, stipulant un accord fort entre les juges lors de la sélection des revues systématiques incluses (Landis & Koch, 1977). Le niveau de l’ensemble de la preuve scientifique a été jugé de qualité modérée à élevée.

Caractéristiques des études incluses

La revue de la littérature de référence, c’est-à-dire utilisée comme point de départ, est celle publiée par l’Australian Psychological Society (APS, 2010). Elle est fondée sur les données de 9 études de synthèse relativement récentes dont, pour les troubles dépressifs, 3 revues

systematiques comptant 107 études primaires (De Mello, De Jesus Mari, Bacaltchuk, Verdeil, & Neugebauer, 2005) (Oei & Dingle, 2008) (NICE, 2009) et 1 ECR portant sur 40 adultes (Laidlaw *et al.*, 2008); et les troubles anxieux, 3 revues systematiques comptant au moins 124 études primaires (Mitte, 2005; NICE, 2004), 1 ECR indépendant portant sur 150 participants (Van Apeldoorn *et al.*, 2008) et 1 EC non randomisé portant sur 87 adultes (Ferrero *et al.*, 2007). Les paramètres de résultats examinés ne sont pas présentés de façon détaillée et n'ont pas fait l'objet d'une méta-analyse.

Les résultats de la mise à jour réalisée afin de compléter la revue australienne de référence incluaient 12 revues systematiques, y compris les méta-analyses, dont :

- 2 revues systematiques qui traitent à la fois des troubles dépressifs et des troubles anxieux (Cuijpers *et al.*, 2013; Roshanaei-Moghaddam *et al.*, 2011) avec pour Cuijpers et ses collaborateurs 67 ECR (40 sur les troubles dépressifs et 27 sur les troubles anxieux) totalisant 5 993 patients, et pour Roshanaei-Moghaddam et ses collaborateurs, 42 études (21 sur les troubles dépressifs et 21 sur les troubles anxieux) totalisant 3 293 patients;
- 9 revues systematiques qui portent uniquement sur les troubles dépressifs (Bell & D'Zurilla, 2009; Cuijpers, Andersson, Donker, & Van Straten, 2011; Cuijpers *et al.*, 2011; Cuijpers, Reynolds, *et al.*, 2012; Cuijpers, Van Straten, Warmerdam, & Andersson, 2009; Gould, Coulson, & Howard, 2012; Khan, Faucett, Lichtenberg, Kirsch, & Brown, 2012; Spielmans, Berman, & Usitalo, 2011; Van Hees, Rotter, Ellermann, & Evers, 2013) incluant environ 138 études avec 18 707 patients;
- et 1 revue systematique qui porte uniquement sur les troubles anxieux (Canton, Scott, & Glue, 2012) incluant 9 ECR totalisant environ 922 patients.

La liste des études retenues avec leurs principales caractéristiques est présentée dans le Tableau 2. La mesure des paramètres de résultats, tels que la diminution des symptômes, a été effectuée à l'aide d'échelles validées dans la littérature scientifique. La durée de suivi post-traitement varie de 3 à 24 mois permettant la mesure de l'effet de la psychothérapie.

Résultats sur l'efficacité

Pour les troubles dépressifs

Dans la revue de la littérature de l'APS (basée sur 3 revues systématiques et 1 ECR), l'efficacité de la psychothérapie, et particulièrement de la thérapie cognitivo-comportementale (TCC), s'est avérée comparable à celle des antidépresseurs, lors de l'évaluation post-traitement, sur le plan de l'amélioration des symptômes cliniques (NICE, 2009) (Laidlaw, *et al.*, 2008). Cependant, la TCC s'est avérée plus efficace que les antidépresseurs au suivi de 6 à 12 mois et présentait un taux de rechutes moindre (NICE, 2009) (Laidlaw, *et al.*, 2008). La TCC s'est avérée aussi efficace lorsqu'elle était administrée en format de groupe ou individuel (Oei & Dingle, 2008).

Par ailleurs, aucune différence statistiquement significative n'a été décelée entre la thérapie interpersonnelle (TIP) et les antidépresseurs (De Mello, *et al.*, 2005) (NICE, 2009). Les résultats sont toutefois moins unanimes en ce qui concerne la thérapie psychodynamique (TPD). En effet, une étude de la revue systématique réalisée par le NICE (2009) indique que ce type de thérapie présente une efficacité similaire à celle de la pharmacothérapie alors qu'une autre indique que l'efficacité de la pharmacothérapie est supérieure à celle de ce type de thérapie (NICE, 2009).

Les nouvelles revues de synthèse corroborent, dans la plupart des cas, les résultats de la revue de littérature de référence et indiquent que l'efficacité de la psychothérapie est similaire à celle de la pharmacothérapie chez les adultes atteints de troubles dépressifs (Tableau 3). Ce constat est relevé par les deux revues systématiques traitant à la fois des troubles dépressifs et des troubles anxieux (Cuijpers, *et al.*, 2013; Roshanaei-Moghaddam, *et al.*, 2011) et les revues systématiques traitant seulement des troubles dépressifs. Ainsi, outre la TCC, l'efficacité de la TIP individuelle est similaire à celle de la pharmacothérapie (Van Hees, *et al.*, 2013) et ce, auprès de diverses populations adultes que cela soit les adultes avec des troubles dépressifs, les personnes âgées souffrant de dépression (3 études, nombre moyen de patients = 62), les patients dépressifs avec un problème de santé physique, les patients dépressifs hospitalisés, suivis en première ligne (21 études, nombre moyen de patients = 149) ainsi que les patients atteints de dépression mineure (2 études, nombre moyen de patients = 39) et de dépression chronique (1 étude, nombre de patients = 218) (Cuijpers, Reynolds, *et al.*, 2012). Cependant, dans des circonstances spécifiques, ces mêmes

auteurs ont trouvé que la pharmacothérapie était plus efficace que la psychothérapie notamment chez les patientes souffrant de dépression post-partum ($g = -0,48$, IC à 95 %: $-0,75$, $-0,22$) ainsi que chez les femmes ayant des problèmes d'infertilité ($g = -0,94$, IC à 95 %: $-1,47$, $-0,41$). Ces derniers résultats doivent toutefois être interprétés avec prudence, puisqu'ils ne reposent que sur une seule étude comptant respectivement 109 et 30 patientes.

La revue systématique de Khan et ses collaborateurs (2012), quant à elle, ne montre aucune différence entre la psychothérapie (TCC et TIP) et les antidépresseurs (Khan, *et al.*, 2012). Dans leur revue systématique de 2011, Cuijpers et ses collaborateurs mentionnent que l'efficacité de la psychothérapie dans le traitement de la dépression légère et modérée est similaire à celle de la pharmacothérapie. De même, Spielmans et ses collaborateurs (2011) ont montré que l'efficacité d'une psychothérapie *bona fide*³ et spécifiquement la TCC, n'était pas, sur l'échelle de dépression, statistiquement significativement différente de celle des antidépresseurs de deuxième génération, à court terme. Cependant, les effets bénéfiques de la psychothérapie étaient légèrement supérieurs à ceux des antidépresseurs au suivi allant jusqu'à 40 semaines ($d = -0,26$, $p = 0,003$, $I^2 = 7,88\%$).

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

En ce qui a trait à la comparaison entre la psychothérapie seule et la psychothérapie combinée à la pharmacothérapie, les données tendent à montrer une efficacité supérieure du traitement combiné chez certains patients souffrant de troubles dépressifs. Ainsi, en 2012, Cuijpers

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

et ses collaborateurs ont montré que la combinaison de traitements pharmacologique et psychologique était significativement plus efficace que la psychothérapie seule chez les patients souffrant de dépression chronique (1 étude, $g = 0,54$, IC à 95 % : 0,35, 0,73), nombre moyen de patients = 221, $p < .001$) ainsi que chez les patients dépressifs ayant des troubles mentaux concomitants qui reçoivent des soins ambulatoires (9 études, $g = 0,40$, IC à 95 % : 0,13-0,67, nombre moyen de patients = 44, $p < .01$, coefficient d'hétérogénéité significative et modérément élevée) (Cuijpers, Reynolds, *et al.*, 2012). De même, la revue systématique de Khan et ses collaborateurs (2012) montre que la combinaison des antidépresseurs et de la psychothérapie contribue à une plus grande réduction des symptômes dépressifs et peut procurer un léger avantage par rapport à la psychothérapie seule ($p = .022$). Dans leur revue systématique de 2011 et 2009, Cuijpers et ses collaborateurs mentionnent également que la combinaison de traitements est plus efficace que la psychothérapie seule dans le traitement des troubles dépressifs (Cuijpers, Clignet, *et al.*, 2011; Cuijpers, *et al.*, 2009). La taille de l'effet moyenne concernant la combinaison de la psychothérapie et de la pharmacothérapie est faible ($g = 0,35$, IC à 95 % : 0,24-0,45; $p < .001$). Les analyses de sous-groupes ont montré que cette différence était significativement plus faible dans les études où la TCC était examinée; elle avait tendance à être plus grande dans les études portant sur des populations spécifiques (sujets âgés, VIH, dépression chronique) plutôt que dans les études sur les adultes et les études où les antidépresseurs tricycliques (ATC) et les inhibiteurs sélectifs du recaptage de la sérotonine (ISRS) étaient comparés aux médicaments prévus dans le protocole ou à d'autres antidépresseurs. Aucune différence n'a été relevée au cours du suivi.

Pour les troubles anxieux

Les données tendent à montrer une efficacité similaire ou une absence de différence statistiquement significative lorsque l'on compare la psychothérapie à la pharmacothérapie chez les patients souffrant de troubles anxieux. En effet, dans la revue de la littérature de l'APS (basée sur 3 revues systématiques, 1 ECR et 1 essai clinique ou EC non randomisé), aucune différence statistiquement significative n'a été démontrée dans les paramètres de résultats entre la thérapie psychodynamique (TPD) et la pharmacothérapie. Un EC non randomisé d'une durée de 12 mois sur des patients souffrant d'un trouble d'anxiété généralisée (TAG) a permis de montrer les bénéfices de la psychothérapie en termes

de soulagement de symptômes (Ferrero, *et al.*, 2007). En ce qui a trait au trouble panique, aucune différence statistiquement significative n'a été établie concernant l'efficacité de la TCC comparée à celle de la pharmacothérapie, y compris les ATC et les ISRS (NICE, 2004) (Mitte, 2005; Van Apeldoorn, *et al.*, 2008).

Les nouvelles revues de synthèse issues de la mise à jour de la revue de la littérature de référence montrent que les observations vont dans le même sens que celles précédemment répertoriées (Tableau 4). Ainsi, les données tendent à montrer une efficacité similaire lorsque l'on compare la psychothérapie à la pharmacothérapie chez les patients souffrant de troubles anxieux. Ce constat est relevé par les deux revues systématiques traitant à la fois des troubles dépressifs et des troubles anxieux (Cuijpers, *et al.*, 2013; Roshanaei-Moghaddam, *et al.*, 2011). Malgré la grande hétérogénéité des 30 études considérées dans la revue systématique de Cuijpers et ses collaborateurs, celle-ci indique une légère supériorité de la psychothérapie, surtout la TCC, comparative-ment à la pharmacothérapie dans le traitement des patients atteints de troubles anxieux en général ($g = 0,10$; IC à 95 % : $-0,05, 0,25$, $P = 71\%$; IC à 95 % : 59 à 80). De façon spécifique, la psychothérapie s'est avérée plus efficace (effet moyen) que la pharmacothérapie dans le traitement des patients ayant un trouble obsessionnel-compulsif (TOC) ($g = 0,64$; IC à 95 % : $0,20$ à $1,08$; $P = 72\%$; IC à 95 % : 36 à 88), mais cet effet n'était que faiblement significatif. Dans la revue systématique effectuée par Roshanaei-Moghaddam et ses collaborateurs (2011), l'efficacité de la psychothérapie, spécifiquement la TCC, était similaire à celle de la pharmacothérapie ($d = 0,25$; IC à 95 % : $-0,02$ à $0,55$). L'effet de la TCC sur le trouble panique était statistiquement supérieur à celui de l'effet de la médication ($d = 0,50$, IC à 95 % : $0,02$ à $0,98$). Un effet similaire a été observé sur les TOC ($d = 0,49$; IC à 95 % : $-0,11, 1,09$). Aucune différence significative n'a été relevée entre la pharmacothérapie et la psychothérapie concernant l'effet sur la phobie sociale ($d = -0,22$, IC à 95 % = $-0,50, 0,06$).

En outre, dans la revue systématique de Canton et ses collaborateurs (2012), les conclusions sont les mêmes que les précédentes allant dans le sens d'une efficacité similaire entre la psychothérapie et la pharmacothérapie chez les patients souffrant de troubles anxieux. Ainsi, aucune différence statistiquement significative n'a été établie, sur le plan de l'efficacité, entre les ISRS et les traitements psychologiques (Canton, *et al.*, 2012) et entre les inhibiteurs de la monoamine oxydase (IMAO) et les traitements psychologiques. Comme dans le cas

des troubles dépressifs, les traitements psychologiques ont montré un meilleur maintien des gains thérapeutiques à long terme et une protection accrue contre la rechute comparativement à ceux des traitements pharmacologiques.

En ce qui a trait à la comparaison entre la psychothérapie et la combinaison de la psychothérapie et de la pharmacothérapie, les données tendent à montrer une efficacité supérieure de la combinaison chez les patients souffrant de troubles anxieux. Ainsi, dans la revue de la littérature de référence, soit celle de l'APS, la combinaison de la TCC et de la pharmacothérapie était légèrement plus efficace que la TCC seule pour traiter les symptômes du trouble panique (Mitte, 2005; Van Apeldoorn, *et al.*, 2008). Canton et ses collaborateurs (2012) tendent également à montrer une efficacité supérieure de la combinaison pharmacothérapie à l'aide des IMAO et traitement psychologique comparée au traitement psychologique seul. Cependant, ce constat était fondé sur des études où les échantillons étaient de petite taille et, par conséquent, avaient un pouvoir statistique limité.

Discussion

Les données montrent une efficacité similaire de la psychothérapie et de la pharmacothérapie chez les patients souffrant de troubles dépressifs ou de troubles anxieux. Cependant, les bénéfices tirés de la psychothérapie se maintiennent plus longtemps après la fin du traitement que ceux des médicaments. Ainsi, la psychothérapie permet une meilleure prévention de la rechute.

Par ailleurs, la psychothérapie combinée à la pharmacothérapie est plus efficace que la psychothérapie seule dans le traitement de certains patients souffrant de troubles anxieux ou dépressifs, notamment chez les patients souffrant de dépression chronique sévère. Même si aucune différence n'a été relevée au cours du suivi entre la psychothérapie seule et la combinaison, selon certaines études, la combinaison contribuerait à une diminution plus substantielle des symptômes dépressifs.

La qualité de la preuve scientifique de ces études considérées est qualifiée de modérée à élevée. Les revues systématiques d'ECR ont été prises en compte et certaines limites méthodologiques ont été relevées dans ces ECR. Celles-ci ont trait, entre autres, à l'utilisation préalable ou concomitante de médicaments ou de la psychothérapie chez les participants, au transfert de patients dans l'autre groupe de traitement en l'absence de réponse au traitement initial, à l'augmentation de la

dose ou au changement du type d'antidépresseur en cours de traitement, alors que ce type d'ajustement n'est pas possible dans le cas de la psychothérapie, et à l'exclusion des patients qui ne répondent pas à une thérapie lors du prétest (Spielmans, *et al.*, 2011).

Ne faire qu'une revue des revues de synthèse mène au fait que l'évaluation de l'efficacité porte principalement sur un paramètre de résultat, notamment l'amélioration des symptômes mesurée par différentes échelles standardisées. Cela limite l'exploration approfondie de certains autres paramètres de résultats, tels que l'amélioration de la qualité de vie et le retour au travail. En outre, ces revues de synthèse n'ont pas traité spécifiquement des effets néfastes de la psychothérapie (par exemple l'aggravation des symptômes ou l'absence d'amélioration) ni des effets secondaires associés aux médicaments. L'analyse des études primaires aurait sans doute permis d'obtenir plus d'information sur ces éléments. Le type exact de psychothérapie ou de médicament utilisé n'est pas toujours précisé dans les publications. Bien que la revue systématique de Spielmans et ses collaborateurs (2011) ne rapporte aucun impact du mode psychothérapeutique privilégié par l'auteur sur les résultats obtenus en faveur de certaines psychothérapies, de nombreuses méta-analyses ont rapporté de façon constante une corrélation notable entre le type de psychothérapie privilégié par l'auteur et l'efficacité de la psychothérapie (Cuijpers, Driessen, *et al.*, 2012; Cuijpers, *et al.*, 2013; Luborsky *et al.*, 1999). Par ailleurs, les résultats sur l'efficacité de certaines psychothérapies, notamment la thérapie d'orientation psychodynamique (TPD), n'ont pas été explorés en profondeur.

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

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

dans le traitement des autres troubles dépressifs et anxieux. La revue des revues de synthèse n'a pas non plus tenu compte de la gravité, de la chronicité et des affections concomitantes associées aux troubles anxieux ou dépressifs. Plusieurs ECR portent sur des médicaments de moins en moins utilisés, par exemple les ATC et les IMAO; les résultats obtenus pourraient donc être différents dans le contexte actuel.

En conclusion, la psychothérapie semble être aussi efficace que la pharmacothérapie chez les patients adultes souffrant de troubles dépressifs ou de troubles anxieux modérés. Les bénéfices tirés de la psychothérapie se maintiennent plus longtemps après la fin du traitement que ceux des médicaments. Cependant, au regard de quelques limites méthodologiques, d'autres études plus approfondies sont nécessaires.

FIGURE 1

Stratégies de recherche d'information scientifique

Efficacité

Dates de la recherche : 11-17 juillet 2013

Limites : 2009-2013 ; anglais et français

MEDLINE (PubMed)

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

- report*[tw] OR case study[tw] OR case studies[tw] OR consensus[tw] OR guideline*[tw]
- #8 #5 AND #6 AND #7
- #9 #4 OR #8
- #10 pharmacotherap*[tw] OR placebo[tw] OR antidepress*[tw] OR medicat*[tw] OR drug[tw] OR drugs[tw]
- #11 #9 AND #10
- #12 sexual[tiab] OR earthquake*[tiab] OR disaster*[tiab] OR war[tiab] OR combat disorder*[tiab] OR veteran*[tiab] OR militar*[tiab]
- #13 #11 NOT #12

PsycINFO (OvidSP)

- #1 exp *psychotherapy/
- #2 *mental disorders/ OR *anxiety disorders/ OR *death anxiety/ OR *generalized anxiety disorder/ OR *obsessive compulsive disorder/ OR *panic disorder/ OR exp *phobias/ OR *posttraumatic stress disorder/
- #3 #1 AND #2
- #4 limit #3 to ("0451 prospective study" OR "0800 literature review" OR "0830 systematic review" OR 1200 meta analysis OR 1600 qualitative study OR "2000 treatment outcome/clinical trial")
- #5 ([psychotherap* OR (psychosocial* OR psycholog* OR cognitive)] ADJ5 [intervention* OR treatment* OR treating OR approach* OR therapy OR therapies OR therapeut* OR mode OR model OR models OR program* OR approach* OR initiative* OR policy OR policies]).ti.
- #6 (mental* OR depression* OR depressive OR anxiety OR agoraphobi* OR panic OR phobic OR phobia OR post-traumatic OR ptsd OR obsessive-compulsive).ti. **NOT (dysthymic OR seasonal affective OR bipolar OR cyclothymic).tw.**
- #7 (clinical trial OR clinical trials OR comparative study OR comparative studies OR evaluation study OR evaluation studies OR ((sing)* OR doubl* OR treb)* OR tripl*) ADJ3 (mask* OR blind*) OR placebo OR random* OR control group* OR prospective* OR retrospective* OR meta-analy* OR metaanaly* OR cohort OR case report* OR case study OR case studies OR consensus OR guideline*).ti,ab.
- #8 #5 AND #6 AND #7
- #9 #4 OR #8
- #10 (sexual OR earthquake* OR disaster* OR war OR combat disorder* OR veteran* OR militar*).tw.
- #11 #9 NOT #10
- #12 (pharmacotherap* OR placebo OR antidepress* OR medicat* OR drug OR drugs).tw.
- #13 #11 AND #12

EBM Reviews (OvidSP) : Cochrane Database of Systematic Reviews

- #1 ([psychotherap* OR (psychosocial* OR psycholog* OR cognitive)] ADJ5 [intervention* OR treatment* OR treating OR approach* OR therapy OR therapies OR therapeut* OR mode OR model OR models OR program* OR approach* OR initiative* OR policy OR policies]).ti.

#2 (mental* OR depression* OR depressive OR anxiety OR agoraphobi* OR panic OR phobic OR phobia OR post-traumatic OR ptsd OR obsessive-compulsive).ti. NOT (dysthymic OR seasonal affective OR bipolar OR cyclothymic).tw.

#3 #1 AND #2

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

#1 ([psychotherap* OR (psychosocial* OR psycholog* OR cognitive)] ADJ5 [intervention* OR treatment* OR treating OR approach* OR therapy OR therapies OR therapeut* OR mode OR model OR models OR program* OR approach* OR initiative* OR policy OR policies]).ti.

#2 (mental* OR depression* OR depressive OR anxiety OR agoraphobi* OR panic OR phobic OR phobia OR post-traumatic OR ptsd OR obsessive-compulsive).ti. NOT (dysthymic OR seasonal affective OR bipolar OR cyclothymic).tw.

#3 (pharmacotherap* OR placebo OR antidepress* OR medicat* OR drug OR drugs).tw.

#4 #1 AND #2 AND #3

#5 (sexual OR earthquake* OR disaster* OR war OR combat disorder* OR veteran* OR militar*).tw.

#6 #4 NOT #5

CINAHL Plus with Full Text (EBSCO)

#1 TI ([psychotherap* OR (psychosocial* OR psycholog* OR cognitive)] N5 [intervention* OR treatment* OR treating OR approach* OR therapy OR therapies OR therapeut* OR mode OR model OR models OR program* OR approach* OR initiative* OR policy OR policies])

#2 TI (mental* OR depression* OR depressive OR anxiety OR agoraphobi* OR panic OR phobic OR phobia OR post-traumatic OR ptsd OR obsessive-compulsive)

#3 TX (dysthymic OR seasonal affective OR bipolar OR cyclothymic)

#4 TX (sexual OR earthquake* OR disaster* OR war OR combat disorder* OR veteran* OR militar*)

#5 (#1 AND (#2 NOT #3)) NOT #4

#6 TX ([clinical trial OR clinical trials OR comparative study OR comparative studies OR evaluation study OR evaluation studies OR ((sing)* OR doubl* OR trebl* OR tripl*) N3 (mask* OR blind*)] OR placebo OR random* OR control group* OR prospective* OR retrospective* OR meta-analy* OR metaanaly* OR cohort OR case report* OR case study OR case studies OR consensus OR guideline*)

#7 TX (pharmacotherap* OR placebo OR antidepress* OR medicat* OR drug OR drugs)

#8 #5 AND #6 AND #7

Current Contents (Thomson Reuters)

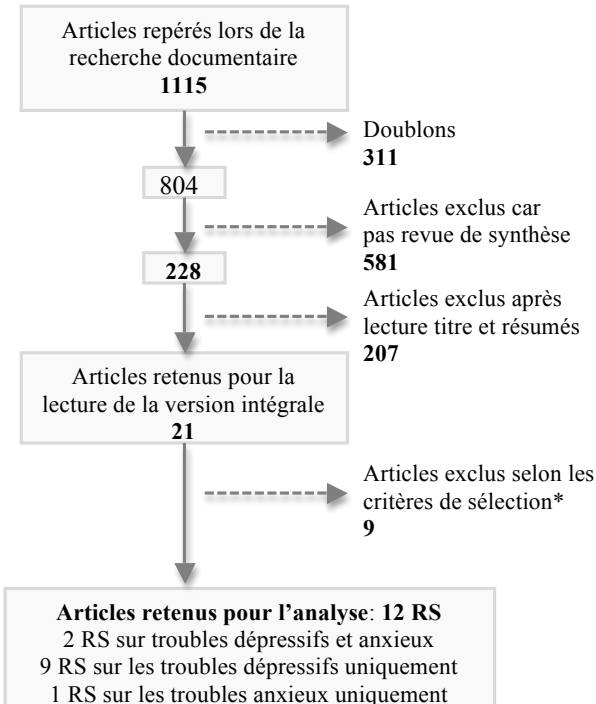
#1 TI=(psychotherap* OR [psychosocial* OR psycholog* OR cognitive] N/5 [intervention* OR treatment* OR treating OR approach* OR therapy OR therapies OR therapeut* OR mode OR model OR models OR program* OR approach* OR initiative* OR policy OR policies])

#2 TI=(mental* OR depression* OR depressive OR anxiety OR agoraphobi* OR panic OR phobic OR phobia OR post-traumatic OR ptsd OR obsessive-compulsive) NOT TS=(dysthymic OR seasonal affective OR bipolar OR cyclothymic)

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

FIGURE 2

Diagramme de sélection des études sur l'efficacité de la psychothérapie comparativement à la pharmacothérapie pour les troubles anxieux et dépressifs



* Il s'agit ici essentiellement des articles avec les études où il y avait une absence de comparaison directe entre la psychothérapie et la pharmacothérapie

TABLEAU 1

Évaluation des revues systématiques à partir de la grille AMSTAR

ITEM	CRITÈRES	The Australian, 2010	Van Hees et al., 2013	Cuijpers et al., 2013	Cuijpers et al., 2012b	Canton et al., 2012	Gould et al., 2012	Khan et al., 2012	Cuijpers et al., 2011a	Cuijpers et al., 2011b	Spielmans et al., 2011	Roshanaei-Moghadam et al., 2011	Bell et al., 2009	Cuijpers et al., 2009
1	Un plan de recherche établi a priori est-il fourni ?	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI
2	La sélection des études et l'extraction des données ont-elles été faites par au moins deux personnes ?	S.O.*	S.O.*	S.O.*	OUI	S.O.*	OUI	S.O.*	S.O.*	S.O.*	OUI	S.O.*	S.O.*	OUI
3	La recherche documentaire était-elle exhaustive ?	S.O.*	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI
4	La nature de la publication (littérature grise, par exemple) était-elle un critère d'inclusion ?	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	S.O.*	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI
5	Une liste des études (incluses et exclues) est-elle fournie ?	NON	OUI	S.O.*	OUI	NON	S.O.*	OUI	OUI	NON	OUI	OUI	OUI	OUI
6	Les caractéristiques des études incluses sont-elles indiquées ?	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI
7	La qualité scientifique des études incluses a-t-elle été évaluée et consignée ?	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	S.O.*	OUI	OUI	OUI	S.O.*	OUI	OUI
8	La qualité scientifique des études incluses dans la revue a-t-elle été utilisée adéquatement dans la formulation des conclusions ?	OUI	NON	S.O.*	OUI	OUI	S.O.*	NON	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI
9	Les méthodes utilisées pour combiner les résultats des études sont-elles appropriées ?	Sans objet	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI
10	La probabilité d'un biais de publication a-t-elle été évaluée ?	NON	NON	OUI	OUI	NON	OUI	NON	OUI	OUI	OUI	OUI	NON	OUI
11	Les conflits d'intérêts ont-ils été déclarés ?	NON	OUI	NON	OUI	OUI	OUI	OUI	NON	OUI	NON	NON	NON	NON

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

TABLEAU 2

Caractéristiques des revues systématiques retenues issues de la mise à jour relativement aux troubles dépressifs ou anxieux

	Van Hees <i>et al.</i> , 2013	Cuijpers <i>et al.</i> , 2013	Gould <i>et al.</i> , 2012	Canton <i>et al.</i> , 2012	Cuijpers <i>et al.</i> , 2012b	Khan <i>et al.</i> , 2012	Cuijpers <i>et al.</i> , 2011b	[Cuijpers <i>et al.</i> , 2011a]	Spielmanns <i>et al.</i> , 2011	Roshanaei-Moghadam <i>et al.</i> , 2011	Bell <i>et al.</i> , 2009	Cuijpers <i>et al.</i> , 2009
Objectifs	Évaluer l'efficacité et l'efficience de la TIP en la comparant avec des formes de traitement standardisées pour le traitement des patients ayant obtenu un diagnostic primaire de trouble de dépression majeure	Évaluer l'efficacité comparée de la psychothérapie et de la pharmacothérapie dans le traitement des troubles dépressifs et anxieux	Évaluer la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) dans le traitement de la dépression chez les personnes âgées de même que les facteurs associés à son efficacité	Déterminer le traitement optimal du trouble d'anxiété social (TAS) ou phobie sociale	Déterminer les caractéristiques de l'individu permettant de prévoir le résultat d'un traitement spécifique, dans le but d'obtenir une adéquation entre l'individu et le traitement reçu	Évaluer l'efficacité relative entre divers traitements de la dépression de même que les procédures de contrôle, y compris les placebo	Effectuer une revue systématique des traitements psychologiques chez les patients hospitalisés souffrant de dépression	Décrire les résultats d'une série de méta-analyses examinant la contribution de l'ensemble de la recherche à la connaissance des traitements psychologiques de la dépression	Comparer l'efficacité des antidépresseurs de deuxième génération avec celle de la psychothérapie	Déterminer l'effet relatif de la TCC comparée à la médication dans le traitement de la dépression comparativement au traitement des troubles anxieux	Évaluer si la thérapie de résolution des problèmes (TRP) est efficace sur les symptômes de dépression	Déterminer si le léger avantage de la combinaison de traitements dans le traitement des troubles dépressifs rapporté dans les méta-analyses précédentes est toujours présent lorsque le nombre d'études est augmenté.
Période couverte par la recherche documentaire	Janvier 1970 à août 2012	-	-	1950 à janvier 2012	1966 à janvier 2011	1975 à 2009	1966 à janvier 2010	1966 à janvier 2011	1966 à mai 2007	Du début à juillet 2010	-	1966 à janvier 2007

	Van Hees <i>et al.</i> , 2013	Cuijpers <i>et al.</i> , 2013	Gould <i>et al.</i> , 2012	Canton <i>et al.</i> , 2012	Cuijpers <i>et al.</i> , 2012b	Khan <i>et al.</i> , 2012	Cuijpers <i>et al.</i> , 2011b	[Cuijpers <i>et al.</i> , 2011a]	Spielmans <i>et al.</i> , 2011	Roshanaei-Moghaddam <i>et al.</i> , 2011	Bell <i>et al.</i> , 2009	Cuijpers <i>et al.</i> , 2009
Critères d'inclusion (population, langue, type d'étude)	Adultes âgés de 18 à 65 ans ayant obtenu un diagnostic primaire de trouble dépressif majeur	Adultes atteints de trouble dépressif, de trouble panique avec ou sans agoraphobie, de trouble d'anxiété généralisée (TAG), de trouble d'anxiété sociale (TAS ou phobie sociale), de trouble obsessionnel compulsif (TOC) ou d'état de stress post traumatique (ESPT)	Adultes âgés de 50 ans et plus ayant obtenu un diagnostic de trouble dépressif majeur, de dépression mineure ou de dysthymie ou qui présentent des symptômes de dépression (indiqués dans les questionnaires)	Adultes souffrant de TAS ou phobie sociale	Adultes atteints de trouble dépressif spécifique, dont la dépression chronique, la dépression post-partum et la dysthymie	Patients avec les résultats du traitement de la dépression	Adultes hospitalisés ayant obtenu un diagnostic primaire de trouble dépressif	Adultes atteints de trouble dépressif	Adultes atteints de troubles dépressifs majeurs	Adultes atteints de troubles dépressifs et anxieux	Patients qui présentent des symptômes de dépression	Adultes atteints de troubles dépressifs et anxieux
	Études publiées en anglais	Études publiées en anglais, en allemand, en espagnol et en néerlandais		Études publiées en anglais	-		Études publiées en anglais et en allemand	Aucune restriction sur la langue de publication				Études publiées en anglais, en espagnol et en allemand
	Essais cliniques randomisés (ECR)	ECR comparant directement la psychothérapie et la pharmacothérapie	ECR	ECR	ECR	ECR	ECR	ECR	ECR	ECR	ECR	ECR

	Van Hees <i>et al.</i> , 2013	Cuijpers <i>et al.</i> , 2013	Gould <i>et al.</i> , 2012	Canton <i>et al.</i> , 2012	Cuijpers <i>et al.</i> , 2012b	Khan <i>et al.</i> , 2012	Cuijpers <i>et al.</i> , 2011b	[Cuijpers <i>et al.</i> , 2011a]	Spielmans <i>et al.</i> , 2011	Roshanaei-Moghaddam <i>et al.</i> , 2011	Bell <i>et al.</i> , 2009	Cuijpers <i>et al.</i> , 2009
Interventions	Thérapie interpersonnelle (TIP) en individuel seule	TCC, TIP, thérapie de résolution des problèmes (TRP), counseling non directif de soutien (CNS), psychothérapie psychodynamique et autres	TCC	Différents types de psychothérapie (TCC principalement, thérapie d'exposition)	Psychothérapie	Traitements actifs : antidépresseurs + psychothérapie ou autres traitements ; antidépresseurs en plus d'une prise en charge clinique minimale ; psychothérapies seules jugées acceptables dans le traitement de la dépression (TCC et autres) et groupe de traitement traditionnellement accepté comme une thérapie de remplacement dans le traitement de la dépression	Psychothérapie	Traitements psychologiques	TCC	Psychothérapie	TRP	Psychothérapie
Comparateurs	Autres types de psychothérapie, traitement combiné ou pharmacothérapie	Différents types d'antidépresseurs (ISRS, TCA, IMAO, autres traitements visés par un protocole, y compris plusieurs antidépresseurs)	Contrôles actifs ou non et autres traitements (pharmacothérapie et autres types de psychothérapie)	Différents types d'antidépresseurs (ISRS, IMAO) et traitement combinant psychothérapie et pharmacothérapie	Pharmacothérapie et combinaison pharmacothérapie et psychothérapie	Traitement contrôle : placebo (médication), différentes procédures (fausse acupuncture, thérapie non spécifique de la dépression, régime thérapeutique partiel) ; traitement usuel et liste d'attente	Groupe témoin, y compris le traitement usuel et la pharmacothérapie	Groupe témoin Pharmacothérapie ; combinaison psychothérapie et pharmacothérapie	Antidépresseurs de deuxième génération	Pharmacothérapie	Autres thérapies psychologiques, médicaments, groupe témoin de soutien et liste d'attente	Combinaison psychothérapie et pharmacothérapie

	Van Hees <i>et al.</i> , 2013	Cuijpers <i>et al.</i> , 2013	Gould <i>et al.</i> , 2012	Canton <i>et al.</i> , 2012	Cuijpers <i>et al.</i> , 2012b	Khan <i>et al.</i> , 2012	Cuijpers <i>et al.</i> , 2011b	[Cuijpers <i>et al.</i> , 2011a]	Spielmans <i>et al.</i> , 2011	Roshanaei-Moghaddam <i>et al.</i> , 2011	Bell <i>et al.</i> , 2009	Cuijpers <i>et al.</i> , 2009
Milieux	Ambulatoire, première ligne		Ambulatoire, première ligne, communautaire, mixte		Ambulatoire, première ligne		Hospitalier	Tous les milieux				
Type de thérapie privilégié par l'auteur												
Paramètres mesurés	Symptômes de dépression	Symptômes de dépression		Symptômes de dépression	Symptômes de dépression	Pourcentage de réduction des symptômes	Symptôme de dépression	Symptôme de dépression	Symptôme de dépression	Symptôme de dépression	Symptôme de dépression	
Données probantes	8 ECR dont 5 ECR comportant une comparaison avec la pharmacothérapie	67 ECR (dont 40 ECR sur les troubles dépressifs et 27 ECR sur les troubles anxieux)	23 ECR (dont 1 ECR comparant la TCC à la pharmacothérapie)	9 ECR	52 ECR (dont 33 ECR comportant une comparaison directe de la psychothérapie et de la pharmacothérapie et 14 ECR, de la psychothérapie et des traitements combinés)	115 études sur l'efficacité de la psychothérapie et 67 études pivots sur les antidépresseurs	12 ECR (dont 9 ECR où les patients ont reçu la pharmacothérapie)	243 ECR	15 ECR	21 ECR sur les troubles dépressifs et 21 ECR sur les troubles anxieux	20 ECR	18 ECR

	Van Hees <i>et al.</i> , 2013	Cuijpers <i>et al.</i> , 2013	Gould <i>et al.</i> , 2012	Canton <i>et al.</i> , 2012	Cuijpers <i>et al.</i> , 2012b	Khan <i>et al.</i> , 2012	Cuijpers <i>et al.</i> , 2011b	[Cuijpers <i>et al.</i> , 2011a]	Spielmans <i>et al.</i> , 2011	Roshanaei-Moghadam <i>et al.</i> , 2011	Bell <i>et al.</i> , 2009	Cuijpers <i>et al.</i> , 2009
Résultats	Les résultats obtenus à l'aide de l'échelle HRSD par la TIP étaient significativement supérieurs à ceux obtenus par la PHT-CM ($t(96) = 2,26$, $p < 0,05$, $d = -0,50$). Pas de différence statistiquement significative entre la TCC et la PHT-CM ($t = -1,35$, $p = 0,37$, $d = -0,28$). Les symptômes dépressifs mesurés à l'aide des échelles HAM-D et BDI se sont améliorés significativement ($p < 0,001$) dans les 6 premiers mois chez les patients recevant la TIP ou la venlafaxine.	La taille d'effet global moyen indiquait une différence entre la psychothérapie et la pharmacothérapie au post-test relativement à toutes les comparaisons. Cette différence était de 0,02 (IC à 95 % : -0,07 à 0,10), en faveur de la psychothérapie, mais non significativement différent de zéro, avec un coefficient d'hétérogénéité variant de modéré à élevé ($I^2 = 62$; IC à 95 % : 52 à 70). La taille d'effet était significativement associée au type de trouble mental ($p < 0,05$), plus spécifiquement, la pharmacothérapie est plus efficace que la psychothérapie en cas de dysthymie (taille d'effet différentiel : $g = -0,30$; IC à 95 % : -0,60 à -0,00; $I^2 = 55$; IC à 95 % : 0 à 83).	On ne rapporte aucune différence statistiquement significative entre la TCC et les autres formes de traitement (autres psychothérapies ou pharmacothérapie).	Sur le plan de l'efficacité, on ne rapporte aucune différence statistiquement significative en termes d'efficacité entre les ISRS et les traitements psychologiques. Celle des IMAO tend à être supérieure à celle des traitements psychologiques, mais cette différence n'est pas statistiquement significative. Les traitements psychologiques ont montré un long maintien du bénéfice du traitement et une protection contre la rechute, ce qui n'est pas le cas des traitements pharmacologiques.	La pharmacothérapie est plus efficace que la psychothérapie en cas de dysthymie (taille d'effet différentiel : $g = -0,28$; IC à 95 % : -0,53 à -0,04) chez les patientes atteintes de dépression post-partum et sur la dépression chez les femmes ayant un problème d'infertilité, mais chacun de ces résultats est basé sur une seule étude. On ne rapporte aucune différence statistiquement significative entre la psychothérapie et la pharmacothérapie chez les patients ayant reçus des services ambulatoires, de première ligne, atteints de dépression chronique et les adultes.	La combinaison des antidépresseurs et de la psychothérapie contribue à une plus grande réduction des symptômes que la psychothérapie seule et peut procurer un léger avantage ($p = 0,022$). On ne rapporte aucune différence entre la psychothérapie et les antidépresseurs.	Les traitements psychologiques ont un effet additionnel faible ($g = 0,29$), mais significatif sur la dépression quand on les compare au traitement usuel et aux traitements pharmacologiques. L'hétérogénéité était de 0 et non significative dans plusieurs analyses.	L'efficacité de la psychothérapie pour traiter la dépression légère et modérée est égale à celle de la pharmacothérapie. La combinaison de traitements est plus efficace que la psychothérapie seule. La psychothérapie est efficace non seulement chez les adultes dépressifs en général, mais aussi chez les personnes âgées, les femmes souffrant de une dépression post-partum, les patients ayant des problèmes de santé physique, les patients hospitalisés, ceux des services ambulatoires ou de première ligne, les patients atteints de dépression chronique ou au seuil de la dépression.	L'efficacité de la psychothérapie bona fide sur l'échelle de dépression était, à court terme, équivalente à celle des antidépresseurs de deuxième génération mais dans le suivi, elle leur était légèrement supérieure. Aucune différence statistiquement significative n'a été observée entre les traitements relativement à la réponse au traitement et au taux de rémission.	La taille d'effet concernant les troubles dépressifs était de 0,05 (IC à 95 % : -0,09, 0,19); aucun avantage de la médication ou de la TCC n'a été établi. Par contre, la taille d'effet résultant des études sur les troubles anxieux était de 0,25 (IC à 95 % : -0,02, 0,55, $p = 0,07$). L'effet de la TCC sur le trouble panique était significativement supérieur à celui de la médication (0,50, IC à 95 % : 0,02, 0,98).	La TRP montre la même efficacité que celle des médicaments ($d = -0,13$, $p = 0,23$), sans être statistiquement plus efficace.	La thérapie combinée (psychothérapie et pharmacothérapie) est plus efficace que la psychothérapie seule dans le traitement des troubles dépressifs. La taille d'effet moyen indiquant une différence entre la psychothérapie et l'effet moyen était de 0,35 (IC à 95 % : 0,24-0,45; $p < 0,001$) avec une hétérogénéité faible. Cette différence était significativement faible dans les études où la TCC était examinée.

	Van Hees <i>et al.</i> , 2013	Cuijpers <i>et al.</i> , 2013	Gould <i>et al.</i> , 2012	Canton <i>et al.</i> , 2012	Cuijpers <i>et al.</i> , 2012b	Khan <i>et al.</i> , 2012	Cuijpers <i>et al.</i> , 2011b	[Cuijpers <i>et al.</i> , 2011a]	Spielmans <i>et al.</i> , 2011	Roshanaei-Moghaddam <i>et al.</i> , 2011	Bell <i>et al.</i> , 2009	Cuijpers <i>et al.</i> , 2009	
Résultats (suite)	Bien que le groupe recevant la venlafaxine ait montré une meilleure amélioration que celui recevant la TIP, la différence n'était pas significative après 6 semaines. Il n'existe pas de différence statistiquement significative entre la TIP et la nortriptyline, et ce, peu importe le moment.	À l'inverse, la psychothérapie était plus efficace que la pharmacothérapie en cas de TOC (taille d'effet différentiel $g = 0,64$; IC à 95 % : 0,20 à 1,08; $I^2 = 72$; IC à 95 % : 36 à 88). Le type de pharmacothérapie était significativement associé aux différentes tailles d'effet ($p < 0,05$). Le traitement par ATC était significativement moins efficace que la psychothérapie ($g = 0,21$; IC à 95 % : 0,04 à 0,39; $I^2 = 52$; IC à 95 % : 19 à 71), alors qu'il n'y avait pas de différence statistiquement significative entre les autres types de pharmacothérapie et la psychothérapie. Le CNDS était moins efficace que la pharmacothérapie ($g = -0,33$; IC à 95 % : -0,64 à -0,02; $I^2 = 69$; IC à 95 % : 27 à 87).		Concernant les ISRS, on rapporte un effet non significatif de la combinaison pharmacothérapie combinée à la psychothérapie supérieur à celui du traitement psychologique seul. Concernant les IMAO, cet effet était significatif. Ce constat découle des études où les échantillons sont de petites tailles; la puissance de test est donc limitée.	La combinaison de traitements pharmacologique et psychologique était significativement plus efficace que la psychothérapie seule chez les patients ayant reçus des services ambulatoires ($g = 0,48$; IC à 95 % : 0,34 à 0,63) dans le traitement de la dépression chronique (résultat basé sur 1 étude). Chez les patients dépressifs ayant reçus des services ambulatoires, la taille d'effet était de 0,40 (IC à 95 % : 0,13-0,67) avec une hétérogénéité significative et modérément élevée.						Un effet similaire, mais non significatif, a été observé sur les TOC (0,49, IC à 95 % : -0,11, 1,09). Concernant le TAS, la médication présentait un avantage non significatif sur la psychothérapie (-0,22, IC à 95 % = -0,50, 0,06). On observe un avantage non significatif de la TCC sur la pharmacothérapie dans le traitement des troubles anxieux comparativement au traitement des troubles dépressifs ($g = 0,14$, IC à 95 % : -0,14, 0,43)		Elle avait tendance à être plus grande dans les études sur des populations spécifiques (sujets âgés, VIH, dépression chronique) que dans les études sur des adultes et dans les études sur les ATC et les ISRS comparativement aux médicaments visés par le protocole ou d'autres antidépresseurs. Aucune différence n'a été relevée au suivi.

Abbreviations: ATC: antidépresseurs tricycliques, BDI: beck depression inventory, CNDS: counselling non directif de support, ECR: essai clinique randomisé; ESPT: état de stress post-traumatique, HDRS: hamilton depression rating scale, IC: intervalle de confiance, IMAO: inhibiteurs de la monoamine oxydase, ISRS: inhibiteurs sélectifs du recaptage de la sérotonine, TAG: trouble d'anxiété généralisée, TAS: trouble d'anxiété sociale, TCC: thérapie cognitivo-comportementale, TIP: thérapie interpersonnelle, TOC: trouble obsessionnel-compulsif, TRP: thérapie axée sur la résolution de problèmes.

TABLEAU 3

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

Étude	Durée du traitement (sem.)	Durée du suivi (sem.)	Populations (N inclus/N ayant terminé le traitement)	Interventions (N patients)	Sous-groupes (N études)	Indices de taille d'effet	I ² (%) (IC à 95 %)	P
						g* (IC à 95 %)		
Cuijpers <i>et al.</i> , 2013	Nombre de séances de traitement: de 6 à 20, le plus souvent de 12 à 18 séances	n. d.	Adultes ayant un trouble dépressif ou un trouble anxieux (panique avec ou sans agoraphobie, TAG, TAS, TOC, ou ESPT) (5 993/-)	Psychothérapie: TCC, TIP, TRP, TPD et autres (3 142) Comparateurs: différents types d'antidépresseurs (ISRS, ATC, IMAO, autres traitements ayant fait l'objet d'un protocole, y compris plusieurs antidépresseurs) (2 851)	Dépression majeure (n = 39)	0,02 (-0,10 à 0,13)	46 (22 à 63)	n. d.
Gould <i>et al.</i> , 2012	n. d.	4 à 96	Adultes de plus de 50 ans ayant un trouble dépressif (1 815/1 539)	Psychothérapie: TCC Comparateurs: autres traitements (autre psychothérapie, combinaison, pharmacothérapie, liste d'attente traitement habituel)	TCC comparée à un autre traitement (n = 8)	-0,12 (-0,51 à 0,27)	57,7	
					Combinaison TCC et autre traitement comparée à la TCC (n = 3)	-0,02 (-0,35 à 0,32)	0	
						d* (IC à 95 %)		

Étude	Durée du traitement (sem.)	Durée du suivi (sem.)	Populations (N inclus/N ayant terminé le traitement)	Interventions (N patients)	Sous-groupes (N études)	Indices de taille d'effet	I ² (%) (IC à 95 %)	P
Van Hees <i>et al.</i> , 2013	12 à 16	8 à 16	Adultes atteints de dépression majeure (1 233/854)	Psychothérapie: TIP, TCC Comparateurs: différents types de traitement (néfazodone, placebo, venlafaxine, nortriptyline, traitement usuel, pharmacothérapie)	Psychothérapie comparée à la pharmacothérapie (n = 3)	-0,28	n. d.	0,37
Cuijpers <i>et al.</i> , 2012b	Nombre de séances de traitement: de 6 à 56	n. d.	Adultes ayant obtenu un diagnostic de trouble dépressif (4 734)	Psychothérapie: traitements psychologiques (1 720) Comparateur: pharmacothérapie (1 925), combinaison (1 089)	Psychothérapie comparée à la pharmacothérapie (n = 2 – dépression mineure + trouble concomitant)	-0,09 (-0,44 à 0,26)	n. d.	n. s.
					Traitement combiné comparé à psychothérapie (n=1 –dépression chronique)	0,54 (0,35 à 0,73)	n. d.	0,001
Roshanaei-Moghaddam <i>et al.</i> , 2011	n. d.	n. d.	Adultes atteints de trouble dépressif majeur, de trouble panique avec ou sans agoraphobie, TAG, TAS, TOC ou SPT (3293/-)	Psychothérapie: TCC Comparateurs: pharmacothérapie (2 027 atteints de trouble dépressif et 1 266 atteints de trouble anxieux)	Troubles dépressifs (n = 21)	0,05 (-0,09 à 0,19)	54,9 (20,2-82,8)	n. d.
Cuijpers <i>et al.</i> , 2011b	Nombre de séances de traitement: de 6 à 47, le plus souvent de 6 à 15 séances	Jusqu'à 18 mois	Patients ayant obtenu un diagnostic de trouble dépressif	Psychothérapie: traitements psychologiques Comparateurs: autres traitements, y compris traitement usuel et pharmacothérapie	Psychothérapie comparée à la pharmacothérapie (n = 37)	-0,07 (-0,15-0,01)	21,31	n. d.
					Psychothérapie comparée au traitement combiné (n = 19)	0,35 (0,24-0,45)	0	n. d.
Spielmans <i>et al.</i> , 2011	6 à 26	0 à 40	Adultes atteints de dépression majeure (1975/-)	Interventions: traitements psychologiques (<i>bona fide</i> TCC, <i>bona fide</i> non TCC) Comparateurs: antidépresseurs	Post-traitement (n = 19)	-0,19	78,30	0,06
					Au suivi (n = 8)	0,26	7,88	0,003

Étude	Durée du traitement (sem.)	Durée du suivi (sem.)	Populations (N inclus/N ayant terminé le traitement)	Interventions (N patients)	Sous-groupes (N études)	Indices de taille d'effet	I [†] (%) (IC à 95 %)	P
Bell <i>et al.</i> , 2009	n. d.	4 à 52	Toute personne ayant des symptômes de dépression (-/1426)	Interventions: TRP Comparateurs: pharmacothérapie	Pré- et post-traitement TRP	-0,13	n. d.	0,23
Cuijpers <i>et al.</i> , 2009	Nombre de séances de traitement: de 5 à 24	1 à 24 mois	Adultes atteints de trouble dépressif (1838/-)	Interventions: traitements psychologiques Comparateurs: combinaison pharmacothérapie et psychothérapie	Toutes les études (n = 18)	0,35 (0,24-0,45)	0	< 0,001

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

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

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

TABLEAU 4

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

Étude	Durée du traitement (sem.)	Durée du suivi (sem.)	Populations (N inclus/N ayant terminé le traitement)	Intervention (N patients)	Sous-groupes (N études)	Indices de taille d'effet* (IC à 95 %)	RC (IC à 95 %)	I ² (IC à 95 %)	P
						g (IC à 95 %)			
Cuijpers <i>et al.</i> , 2013	Nombre de séances de traitement: de 6 à 20, le plus souvent de 12 à 18	n. d.	Adultes atteints de trouble dépressif, de trouble panique avec ou sans agoraphobie, TAG, TAS, TOC ou SPT (5 993/-)	Interventions: TCC, TIP, TRP, TPD et autres (3 142) Compareurs: différents types d'antidépresseurs (ISRS, ATC, IMAO, autres traitements visés par un protocole, y compris plusieurs les antidépresseurs) (2 851)	Tous les troubles anxieux (n = 30)	0,10 (-0,05 à 0,25)	n. d.	71 (59 à 80)	s.
					Trouble panique (n = 12)	0,00 (-0,28 à 0,28)	n. d.	62 (28 à 79)	s.
					TAS (n = 9)	-0,03 (-0,34 à 0,28)	n. d.	74 (50 à 87)	s.
					TOC (n = 6)	0,64 (0,20 à 1,08)	n. d.	72 (36 à 88)	s.
						d (IC à 95 %)			
Roshanaei-Moghaddam <i>et al.</i> , 2011	n. d.	n. d.	Adultes atteints de trouble dépressif majeur, de trouble panique avec ou sans agoraphobie, TAG, TAS, TOC ou SPT (3 293/-)	Interventions: Traitements psychologiques Compareurs: pharmacothérapie (2 027 atteints de trouble dépressif et 1 266 atteints de trouble anxieux)	Troubles anxieux (n = 21)	0,25 (-0,02 à 0,55)	n. d.	80,0 (69,3-91,4)	n. s.

Étude	Durée du traitement (sem.)	Durée du suivi (sem.)	Populations (N inclus/N ayant terminé le traitement)	Intervention (N patients)	Sous-groupes (N études)	Indices de taille d'effet*	RC (IC à 95%)	I ² (IC à 95%)	P
Canton <i>et al.</i> , 2012	12	52	Adultes atteints de TAS (phobie sociale)	Interventions: TCC Comparateurs: pharmacothérapie (ISRS, IMAO) et combinaison psychothérapie et pharmacothérapie (ISRS, IMAO)	Interventions: TCC (90/210) Comparateurs: ISRS (64/144)	n. d.	1,19 (0,76 à 1,84)	n. d.	n. s.
					Interventions: TCC (60/111) Comparateurs: IMAO (66/99)	n. d.	1,86 (0,94 à 3,69)	n. d.	n. s.
					Interventions: TCC (90/210) Comparateurs: ISRS + psychothérapie (72/147)	n. d.	0,71 (0,46 à 1,09)	n. d.	n. s.
					Interventions: TCC (35/58) Comparateurs: IMAO + psychothérapie (44/54)	n. d.	0,31 (0,12 à 0,79)	n. d.	s.

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

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

† Le test d'homogénéité des tailles d'effet entre les études est effectué en calculant la statistique **I²**. Une valeur de 0% signifie qu'aucune hétérogénéité n'a été observée et les valeurs plus élevées indiquent une hétérogénéité croissante. Ainsi, une valeur de 25 à 49% = faible, de 50 à 74% = modérée et > 75% = élevée [Higgins *et al.*, 2003].

RÉFÉRENCES

- American psychological association (August, 2012). Resolution on the recognition of psychotherapy effectiveness - Approved August 2012. *Washington, DC: APA*. Retrieved from <http://www.apa.org/about/policy/resolution-psychotherapy.aspx>
- Australian Institute of Health and Welfare (AIHW). (2010). Mental health services in Australia 2007-08. Mental health series no. 12. *Canberra, Australie: AIHW*. Retrieved From: <http://www.aihw.gov.au/WorkArea/DownloadAsset.aspx?id=6442457209>
- Australian Psychological Society (2010). Evidence-based psychological interventions in the treatment of mental disorders: A literature review. Third edition. *Melbourne, Australie: APS*. Retrieved From: <http://www.psychology.org.au/assets/files/evidence-based-psychological-interventions.pdf>
- Bell, A. C. et D'Zurilla, T. J. (2009). Problem-solving therapy for depression: a meta-analysis. *Clin Psychol Rev*, 29(4), 348-353. doi: 10.1016/j.cpr.2009.02.003
- Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) (2009). Clinical guidelines for the management of major depressive disorder in adults. *J Affect Disord*, 117(Suppl 1), S1-S64.
- Canton, J., Scott, K. M. et Glue, P. (2012). Optimal treatment of social phobia: Systematic review and meta-analysis. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 8, 203-215.
- Cuijpers, P., Andersson, G., Donker, T. et Van Straten, A. (2011). Psychological treatment of depression: results of a series of meta-analyses. *Nord J Psychiatry*, 65(6), 354-364. doi: 10.3109/08039488.2011.596570
- Cuijpers, P., Clignet, F., Van Meijel, B., Van Straten, A., Li, J. et Andersson, G. (2011). Psychological treatment of depression in inpatients: a systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev*, 31(3), 353-360. doi: 10.1016/j.cpr.2011.01.002
- Cuijpers, P., Driessen, E., Hollon, S. D., van Oppen, P., Barth, J. et Andersson, G. (2012). The efficacy of non-directive supportive therapy for adult depression: a meta-analysis. *Clin Psychol Rev*, 32(4), 280-291. doi: 10.1016/j.cpr.2012.01.003
- Cuijpers, P., Reynolds, C. F., 3rd, Donker, T., Li, J., Andersson, G. et Beekman, A. (2012). Personalized treatment of adult depression: medication, psychotherapy, or both? A systematic review. *Depress Anxiety*, 29(10), 855-864. doi: 10.1002/da.21985
- Cuijpers, P., Sijbrandij, M., Koole, S. L., Anderson, G., Beekman, A. T. et Reynolds III, C. F. (2013). The efficacy of psychotherapy and pharmacotherapy in treating depressive and anxiety disorders: a meta-analysis of direct comparisons. *World Psychiatry*, 12, 137-148.
- Cuijpers, P., Van Straten, A., Warmerdam, L. et Andersson, G. (2009). Psychotherapy versus the combination of psychotherapy and pharmacotherapy in the treatment of depression: a meta-analysis. *Depress Anxiety*, 26(3), 279-288. doi: 10.1002/da.20519

- De Mello, M., De Jesus Mari, J., Bacaltchuk, J., Verdeil, H. et Neugebauer, R. (2005). A systematic review of research findings on the efficacy of interpersonal therapy for depressive disorders. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 255(2), 75-82.
- Ferrero, A., Piero, A., Fassina, S., Massola, T., Lanteri, A., Abbate Daga, G. et Fassino, S. (2007). A 12-month comparison of brief psychotherapy and pharmacotherapy treatment in subjects with generalised anxiety disorders in a community setting. *European Psychiatry*, 22, 530-539.
- Fleury, M. J. et Grenier, G. (2012). État de situation sur la santé mentale au Québec et réponse du système de santé et de services sociaux. *Québec, Qc: Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE)*. Retrieved From: http://www.bibliotheque.assnat.qc.ca/DepotNumerique_v2/AffichageFichier.aspx?idf=71970.
- Gould, R. L., Coulson, M. C. et Howard, R. J. (2012). Cognitive behavioral therapy for depression in older people: a meta-analysis and meta-regression of randomized controlled trials. *J Am Geriatr Soc*, 60(10), 1817-1830. doi: 10.1111/j.1532-5415.2012.04166.x
- Guyatt, G., Gutterman, D., Baumann, M. H., Addrizzo-Harris, D., Hylek, E. M., Phillips, B., . . . Schünemann, H. (2006). Grading strength of recommendations and quality of evidence in clinical guidelines: Report from an American College of Chest Physicians task force. *Chest*, 129(1), 174-181.
- Institut de la statistique du Québec (ISQ) (2010). Étude sur la santé mentale et le bien-être des adultes québécois: une synthèse pour soutenir l'action. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (cycle 1.2). *Québec, Qc: ISQ*. Retrieved From: <http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/sante/etat-sante/mentale/sante-mentale-action.pdf>
- Institut national de santé publique du Québec (2012). Surveillance des troubles mentaux au Québec: prévalence, mortalité et profil d'utilisation des services. Rapport préparé par Lesage, A. et Émond, V. . *Surveillance des maladies chroniques, Numéro 6*. Québec, Qc: INSPQ. Retrieved From: http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1578_SurvTroublesMentauxQc_PrevalMortaProfilUtiliServices.pdf
- Khan, A., Faucett, J., Lichtenberg, P., Kirsch, I. et Brown, W. A. (2012). A systematic review of comparative efficacy of treatments and controls for depression. *PLoS One*, 7(7), e41778. doi: 10.1371/journal.pone.0041778
- Laidlaw, K., Davidson, K., Toner, H., Jackson, G., Clark, S., Law, J., . . . Cross, S. (2008). A randomised controlled trial of cognitive behaviour therapy vs treatment as usual in the treatment of mild to moderate late life depression. *Int J Geriatr Psychiatry*, 23(8), 843-850. doi: 10.1002/gps.1993
- Landis, J. R. et Koch, G. G. (1977). The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*, 33(1), 159-174.
- Luborsky, L., Diger, L., Seligman, D. A., Rosenthal, R., Krause, E. D., Johnson, S., . . . Schweizer, E. (1999). The researcher's own therapy allegiances: A "wild card" in comparisons of treatment efficacy. *Clin Psychol Sci Pract.*, 6, 95-106.

- McHugh, R. K., Whitton, S. W., Peckham, A. D., Welge, J. A. et Otto, M. W. (2013). Patient preference for psychological vs pharmacologic treatment of psychiatric disorders: a meta-analytic review. *J Clin Psychiatry*, 74(6), 595-602. doi: 10.4088/JCP.12r07757
- Mitte, K. (2005). A meta-analysis of the efficacy of psycho- and pharmacotherapy in panic disorder with and without agoraphobia. *J Affect Disord*, 88(1), 27-45. doi: S0165-0327(05)00127-8 [pii] 10.1016/j.jad.2005.05.003
- National institute for health and clinical excellence (NICE) (2004). Clinical guidelines for the management of anxiety: Panic disorder (with or without agoraphobia) and generalised anxiety disorder: Management of anxiety (panic disorder, with or without agoraphobia, and generalised anxiety disorder) in adults in primary, secondary and community care. . *Londres, Angleterre: NICE*. Retrieved From: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK45834/pdf/TOC.pdf>
- National Institute for health and Clinical Excellence (NICE) (2005a). Obsessive-compulsive disorder: core interventions in the treatment of obsessive-compulsive disorder and body dysmorphic disorder. NICE clinical guideline. *Londres, Angleterre: NICE*. Retrieved From: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg31>
- National Institute for health and Clinical Excellence (NICE) (2005b). Post-traumatic stress disorder (PTSD): the management of PTSD in adults and children in primary and secondary care. NICE clinical guideline. *Londres, Angleterre: NICE*. Retrieved From: <https://www.nice.org.uk/guidance/CG26>
- National institute for health and clinical excellence (NICE) (2009). The treatment and management of depression in adults. NICE Guideline 90. *Londres, Angleterre: NICE*. Retrieved From: <https://www.nice.org.uk/guidance/CG90>
- National Institute for health and Clinical Excellence (NICE) (2011). Generalised anxiety disorder and panic disorder (with or without agoraphobia) in adults. NICE clinical guideline. *Londres, Angleterre: NICE*. Retrieved From: <http://www.nice.org.uk/guidance/cg113/>
- Oei, T. P. et Dingle, G. (2008). The effectiveness of group cognitive behaviour therapy for unipolar depressive disorders. *J Affect Disord*, 107(1-3), 5-21. doi: S0165-0327(07)00271-6 [pii] 10.1016/j.jad.2007.07.018
- Roshanaei-Moghaddam, B., Pauly, M. C., Atkins, D. C., Baldwin, S. A., Stein, M. B. et Roy-Byrne, P. (2011). Relative effects of CBT and pharmacotherapy in depression versus anxiety: is medication somewhat better for depression, and CBT somewhat better for anxiety? *Depress Anxiety*, 28(7), 560-567. doi: 10.1002/da.20829
- Shea, B. J., Grimshaw, J. M., Wells, G. A., Boers, M., Andersson, N., Hamel, C., . . . Bouter, L. M. (2007). Development of AMSTAR: a measurement tool to assess the methodological quality of systematic reviews. *BMC Med Res Methodol*, 7, 10. doi: 1471-2288-7-10 [pii] 10.1186/1471-2288-7-10
- Spielmanns, G. I., Berman, M. I. et Usitalo, A. N. (2011). Psychotherapy versus second-generation antidepressants in the treatment of depression: a meta-analysis. *J Nerv Ment Dis*, 199(3), 142-149. doi: 10.1097/NMD.0b013e31820caefb

- Van Apeldoorn, F. J., Van Hout, W. J. P. J., Mersch, P. P. A., Huisman, M., Slaap, B. R., Hale, W. W. et Den Boer, J. A. (2008). Is a combined therapy more effective than either CBT or pharmacotherapy (SSRI) alone? Results of a multicentre trial on panic disorder with or without agoraphobia. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 117, 260-270.
- Van Hees, M. L., Rotter, T., Ellermann, T. et Evers, S. M. (2013). The effectiveness of individual interpersonal psychotherapy as a treatment for major depressive disorder in adult outpatients: a systematic review. *BMC Psychiatry*, 13, 22. doi: 10.1186/1471-244x-13-22