

# La psychothérapie est rentable



Par  
Mario Poirier, Ph. D.

**L'**ÉTUDE attentive des interventions typiques d'un omnipraticien révèle que de 30 à 70 % de sa pratique relève des soins psychologiques (Allon et Service, 1999; VandenBos et DeLeon, 1988) : pathologies directement reliées au stress, maux chroniques sans genèse organique évidente, travail d'adaptation à la maladie ou d'acceptation des traitements, problèmes de santé mentale. Jencks (1985) estime la prévalence typique de problèmes importants de santé mentale dans la clientèle d'un omnipraticien à un minimum de 15 % mais pouvant dans certains milieux excéder les 40 %. Selon Eisenberg (1992), de 11 à 36 % de toutes les visites à des omnipraticiens sont effectuées par des personnes ayant un problème de santé mentale. Alors que la rareté des effectifs médicaux perturbe sérieusement l'offre publique de soins, on doit se demander s'il est toujours pertinent de traiter en médecine générale des personnes qui pourraient parfois recevoir des services adéquats dans un autre contexte, en allégeant le fardeau des médecins et en réduisant les coûts d'opération.

## L'importance du diagnostic

La recherche a par ailleurs bien documenté le fait que les omnipraticiens ont tendance à sous-diagnostiquer les problèmes de santé mentale. Jones et collaborateurs (1987) ont démontré que les médecins n'avaient pu détecter 80 % des problèmes de santé mentale qui leur furent présentés. Une étude assez récente indique que les généralistes ne diagnostiquaient que 44 % des cas évidents de dépression (selon les critères du DSM) (Docherty, 1999). Selon une étude de Kessler *et al.* (1994) seulement 42 % des patients ayant un problème important de santé mentale ou un problème majeur de toxicomanie ont été correctement évalués et ont reçu le traitement professionnel approprié. L'omnipraticien fait certainement de son mieux, à la lumière de ses connaissances cliniques, de son expérience et du bon sens pratique. Toutefois, le généraliste a dans les faits une formation plutôt sommaire en santé mentale et n'a souvent aucune formation spécifique en évaluation psychologique ou en psychothérapie : dans bien des cas, une expertise plus proprement psychologique pourrait faire une différence significative.

Les personnes souffrant de problèmes de santé mentale sont de grandes consommatrices de soins. À défaut d'être bien orientées, elles vont fréquemment consulter en médecine générale (Borquist *et al.*, 1993). Si la condition psychopathologique n'est pas adéquatement traitée, le recours constant aux services médicaux risque de devenir très onéreux pour le système (Hankin *et al.*, 1983; Kessler *et al.*, 1982). Ainsi, selon Borus *et al.* (1985), qui ont étudié les parcours d'utilisation des patients, les personnes souffrant d'une psychopathologie fréquentent deux fois plus les omnipraticiens que les personnes sans troubles mentaux. Dans des analyses modélisées de Sturm et Wells (1995), on a pu démontrer que les patients qui ne reçoivent pas rapidement le bon diagnostic en santé mentale sont souvent vus à répétition par des omnipraticiens et les risques de ne pas recevoir les traitements appropriés – médication et/ou psychothérapie – sont très élevés.

Aux États-Unis, on a démontré que quand les services de santé mentale sont offerts par des professionnels de la santé mentale plutôt que par des omnipraticiens, des économies moyennes annuelles de 877 \$ (US) par patient sont réalisées (Zhang *et al.*, 1999). Avec des données provenant de la Croix Bleue et de programmes fédéraux américains d'assurance, Mumford *et al.* (1984) ont effectué des méta-analyses intégrant 58 recherches portant sur l'utilisation des services médicaux à la suite d'un traitement de santé mentale. Quarante-cinq pour cent de ces études démontrent une diminution dans l'utilisation des services médicaux à la suite des services psychologiques. Schlesinger *et al.*, (1980), examinant 11 études, constatent que les sujets ayant fait une psychothérapie diminuaient leur recours à des services médicaux de 25 % à la suite de ces interventions. Jameson *et al.* (1978) rapportent une baisse de 30 % d'utilisation des services médicaux à la suite d'une psychothérapie.

## Des économies substantielles

Rosens et Wiens (1979) ont effectué une étude auprès de 247 enfants et 221 adultes référés en clinique de santé pour une première fois. Les patients furent répartis aléatoirement en groupes, dont certains recevaient un traitement psychologique. Le contenu des dossiers médicaux fut analysé pour l'année qui précédait et l'année qui suivait le traitement à la clinique. Les résultats démontrent que l'utilisation de services médicaux fut réduite de façon significative pour les groupes ayant eu recours à l'intervention psychologique. Dans une étude canadienne dans un centre de médecine familiale en Ontario,



Golden (1997) observe que les visites aux omnipraticiens diminuaient de 49 % quand les patients faisaient une psychothérapie (durée moyenne de 12 heures). Les dossiers indiquent que la fréquence des rendez-vous avec le médecin de famille diminue tant durant le traitement qu'après le traitement. Les coûts médicaux économisés dépassaient largement les coûts de psychothérapie.

Les études en milieu naturel, les études cliniques longitudinales, les études fondées sur les fichiers des grandes compagnies d'assurances convergent toutes en ce sens : le traitement psychologique permet de réduire les autres frais de santé pour un nombre important de patients. Ainsi, l'étude des dossiers de 10 000 bénéficiaires de l'Aetna aux États-Unis a démontré que les coûts médicaux des bénéficiaires ont baissé graduellement et constamment durant les 36 mois suivant le recours aux traitements de santé mentale (Holder et Blose, 1987).

Quand la firme américaine Kennecott Copper Corporation (Utah) a accepté le remboursement des services d'intervention en santé mentale pour ses employés, les frais de remboursement des coûts hospitaliers et chirurgicaux ont décliné de 48,9 %. Pour chaque dollar dépensé en santé mentale, la firme a économisé 5,78 \$ (Lechnyr, 1992, 1993). De même, dans les études avec la Kaiser Permanente aux États-Unis, on a observé que les patients qui avaient recours aux services professionnels en santé mentale généraient une baisse importante de services et de coûts : réduction de 77,9 % dans la durée totale des hospitalisations, de 48,6 % dans le nombre de prescriptions effectuées, de 47,1 % dans la fréquence des visites à un médecin et de 45,3 % pour la fréquence du recours à l'urgence hospitalière (Lechnyr, 1992, 1993).

Ainsi, les traitements psychologiques ne sont pas qu'efficaces : ils sont rentables puisqu'ils permettent de réduire nettement l'ensemble des coûts de santé. Donabedian (1976) a démontré que cette rentabilité peut résulter de plusieurs facteurs : a) la psychothérapie contribue à améliorer l'ensemble de l'efficacité du traitement, les patients devenant plus réceptifs et susceptibles de bénéficier des autres traitements médicaux (*treatment productivity effect*) ; b) la psychothérapie contribue à faire respecter les indications de prescription, là où la médication est nécessaire (*compliance effect*) ; c) la psychothérapie contribue à l'amélioration de la santé mentale, laquelle contribue à l'amélioration directe de la santé physique (*health effect*) ; d) les interventions psychothérapeutiques peuvent permettre de remplacer d'autres interventions médicales, notamment les nombreuses visites aux omnipraticiens pour des raisons de santé mentale ou de maux chroniques (*substitution*

*effect*). Selon Cummings, un pionnier de ce domaine de recherche, cet effet de rentabilité globale serait particulièrement prononcé quand les interventions psychologiques sont : a) offertes dans un cadre bien organisé de soins ; b) centrées sur les problèmes spécifiques qui font l'objet de la consultation du client ; c) offerts en collaboration avec l'ensemble des services de santé (Cummings *et al.*, 1990).

### Moins coûteuse que les autres traitements

Par ailleurs, on postule souvent que l'intervention psychologique est coûteuse en comparaison avec d'autres services en santé mentale. Ce n'est pourtant nullement le cas : la recherche démontre au contraire depuis de nombreuses années que l'intervention psychologique est souvent plus efficiente économiquement que les autres traitements disponibles. Ainsi, on pense souvent à tort que la pharmacothérapie coûte beaucoup moins cher que la psychothérapie : c'est oublier le coût à long terme de ces médicaments, le coût des tests cliniques nécessaires pour le suivi, ainsi que les coûts des honoraires médicaux pour prescrire et superviser les effets de la médication. À titre d'exemple, pour le traitement de la dépression, Antonuccio *et al.* (1997) ont fait une analyse poussée pour déterminer les coûts exacts reliés aux diverses modalités de traitement. Ils ont trouvé que la psychothérapie (20 séances sur une période de deux ans) se révélait être un traitement nettement moins coûteux (33 % de moins en deux ans) que la prise de fluoxetine (Prozac). De leur côté, Linehan et Heard (1999) ont évalué les coûts spécifiques des traitements disponibles pour les patients *borderline*. Ils ont observé que si la psychothérapie intensive coûtait un peu plus cher que les traitements hospitaliers usuels (3 885 \$ par rapport à 2 915 \$), la psychothérapie faisait décroître considérablement la fréquence des hospitalisations pour ces patients et donc les coûts qui y sont associés (2 611 \$ par rapport à 12 079 \$).

Gabbard *et al.* (1997) – une équipe formée de quatre chercheurs, tous médecins – ont effectué une étude de la rentabilité de la psychothérapie particulièrement soignée au plan méthodologique. Après une recherche dans MEDLINE leur ayant permis d'identifier 686 articles portant sur l'évaluation de la psychothérapie, les auteurs ont choisi les seules études correspondant aux critères suivants : groupe contrôle, accent sur le volet santé mentale, résultats précisant la réduction exacte de coûts. Deux chercheurs ont indépendamment évalué chaque article pour déterminer la validité des données. L'analyse indique que plus de 80 % des études bien construites établissent clairement que la psychothérapie réduit les coûts et a un impact bénéfique.

Jacobs (1987) indique que les programmes de santé en milieu hospitalier dirigés par des psychologues (comme la gestion du stress) peuvent produire des réductions allant jusqu'à 72 % dans l'utilisation des services hospitaliers internes de réadaptation et de 63 % dans les services externes. Au suivi d'un an, les chercheurs ont constaté une diminution dans l'utilisation des services internes de plus de 80 % et de 23 à 41 % pour les services externes. Trois ans plus tard, les sujets avaient toujours moins recours aux services internes (47 %). Les sommes économisées dans une seule institution furent chiffrées à plusieurs millions de dollars.

Dans une méta-analyse majeure assez récente intégrant 91 études portant sur la rentabilité des interventions psychologiques, Chiles *et al.* (1999) démontrent clairement un effet positif de rentabilité globale (*total offset*) des interventions psychologiques, c'est-à-dire que ces interventions sont rentables *même* quand on soustrait des coûts de santé économisés par l'intervention psychologique les coûts directement liés aux traitements. En fait, les économies de coûts sont de l'ordre de 20 à 30 % dans toutes les études et dans 90 % des études on observe une compensation complète des coûts pour les traitements psychologiques.

## Une réputation à revoir

La psychothérapie a souvent la réputation d'être une intervention dispendieuse, réservée à une élite et sans utilité économique pour le système de santé. Or, la recherche semble indiquer que la psychothérapie peut être une intervention fort rentable au plan des investissements, même en comparaison avec les autres interventions thérapeutiques, y compris la médication, si on tient compte de l'ensemble des facteurs.

### Bibliographie

- Allon, R., Service, J. (1999). *Rehausser l'assurance-maladie. Le rôle de la psychologie dans la santé des Canadiens et son importance à l'égard de l'établissement du régime canadien des soins de santé*. Ottawa, Société canadienne de psychologie.
- Antonuccio, D., Thoms, M., Danton, W. G. (1997). « A cost-effectiveness analysis of cognitive behavior therapy and fluoxetine (Prozac) in the treatment of depression ». *Behavior Therapy*, 28, p. 187-210.
- Borgquist, L., Hansson, L., Lindelow, G., Nettelblad, P., Nordstrom, G., (1993). « Perceived health and high consumers of care : A study of mental health problems in a Swedish health care district ». *Psychological Medicine*, 23, p. 763-770.
- Borus, J. F. *et al.* (1985). « The offset effect of mental health treatment on ambulatory medical care utilization and charges ». *Archives of General Psychiatry*, 42, p. 573-580.
- Chiles, J. A., Lambert, M. J., Hatch, A. L. (1999). « The impact of psychological interventions on medical cost offset : A Meta-analytic review ». *Clinical Psychology Science and Practice*, 6, p. 204-220.
- Cummings, N. A. *et al.* (1990). « The impact of psychological intervention on healthcare utilization and costs ». États-Unis, Biodyne Institute.
- Docherty, J. P. (1999). « Market-based health care reform and the cost-effectiveness of psychotherapy ». Dans Miller, N. E., et Magruder, K. M. (éd.). *Cost-effectiveness of psychotherapy*. New York, Oxford University Press, p. 3-13.
- Donabedian, A. (1976). *Benefits in Medical Care Programs*. Cambridge, Harvard University Press.
- Eisenberg, L. (1992). « Treating depression and anxiety in primary care ». *New England Journal of Medicine*, 326, p. 1080-1083.
- Gabbard, G., Lazar, S., Hornberger, J., Spiegel, D. (1997). « The economic impact of psychotherapy : a review ». *American Journal of Psychiatry*, 154, p. 147-155.
- Golden, G. (1997). « Impact of psychotherapy : Does it affect frequency visits to family physicians? » *Canadian Family Physician*, 43, p. 1098-1102.
- Hankin, J. R. *et al.* (1983). « A longitudinal study of offset in the use of nonpsychiatric services following specialized mental health care ». *Medical Care*, 21, p. 1099-1110.
- Holder, H. D., Blose, J. O. (1987). « Changes in health care costs and utilization associated with mental health treatment ». *Hospital and Community Psychiatry*, 38, p. 1070-1075.
- Hunsley, J. (2002). *Efficacité en termes de coûts des interventions en psychologie*. Ottawa, Société canadienne de psychologie.
- Jacobs, D. F. (1987). « Cost-effectiveness of specialized psychological programs for reducing hospital stays and outpatient visits ». *Journal of Clinical Psychology*, 43 : 6, p. 729-735.
- Jameson, J., Shuman, L., Young, W. (1978). « The effects of outpatient utilizations on the costs of providing third-party coverage ». *Medical Care*, 16, p. 383-397.
- Jencks, S. F. (1985). « Recognition of mental distress and diagnosis of mental disorders in primary care ». *Journal of the American Medical Association*, 253, p. 1903-1907.
- Jones, L. R., Badger, L. W., Ficken, R. P., Leeper, J. D., Anderson, R. L. (1987). « Inside the mental health network : Examining mental health care delivery of primary care physicians ». *General Hospital Psychiatry*, 9, p. 287-293.
- Kessler, L. G., Steinwachs, D. M., Hankin, J. R. (1982). « Episodes of psychiatric care and medical utilization ». *Medical Care*, 20, p. 1209-1221.
- Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Zhao, S., Nelson, C. B., Hughes, M., Eshelman, S., Wittchen, H. U., Kendler, K. S. (1994). « Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States : Results from the National Comorbidity Survey ». *Archives of General Psychiatry*, 51, p. 8-19.
- Lechnyr, R. (1992). « Cost savings and effectiveness of mental health services ». *Journal of the Oregon Psychological Association*, 38, p. 8-12.
- Lechnyr, R. (1993). « The cost savings of mental health services ». *EAP Digest*, 22, p. 23.
- Linehan, M., Heard, H. (1999). « Borderline personality disorder : Cost, course, and treatment outcome ». Dans Miller, N., et Magruder, K. (éd.) (1999). *Cost-effectiveness of psychotherapy. A guide for practitioners, researchers, and policy makers*. Oxford, Oxford University Press.
- Mumford, E., Schlesinger, H. J., Glass, G. V., Patrick, C., Cuedon, T. (1984). « A new look at evidence about reduced cost of medical utilization following mental health treatment ». *American Journal of Psychiatry*, 141 : 10, p. 1145-1157.
- Rosens, J. C., Wiens, A. N. (1979). « Changes in medical problems and use of medical services following psychological intervention ». *American Psychologist*, 34, p. 420-431.
- Schlesinger, H. J., Mumford, E., Glass, G. V. (1980). « Mental health services and medical utilization ». Dans VandenBos, G. (éd.). *Psychotherapy : Practice, Research and Policy*. Beverly Hills, Sage.
- Sturm, R., Wells, K. B. (1995). « How can care for depression become more cost-effective? » *Journal of the American Medical Association*, 272, p. 51-58.
- VandenBos, G. R., DeLeon, P. H. (1988). « The use of psychotherapy to improve physical health ». *Psychotherapy*, 25 : 3, p. 335-342.
- Zhang, M., Rost, K., Fortney, J. (1999). « Earnings changes for depressed individuals treated by mental health specialists ». *American Journal of Psychiatry*, 156, p. 108-114.