

**EFFICACITÉ EN TERMES
DE COÛTS DES
INTERVENTIONS
EN PSYCHOLOGIE**

Société canadienne de psychologie
151, rue Slater, bureau 205
Ottawa (Ontario) K1P 5H3

ISBN 1896538703
Mai 2002

Le présent rapport a été préparé par Dr John Hunsley, École de psychologie, Université d'Ottawa.
La préparation du présent rapport a été commandée par la Société canadienne de psychologie.

RÉSUMÉ

- Les interventions psychologiques peuvent traiter de façon efficace une vaste gamme de problèmes de santé chez l'enfant et l'adulte, notamment la dépression, le trouble d'anxiété généralisée (TAG), le trouble panique, le trouble de stress post-traumatique, les troubles de l'alimentation, l'abus de substances psychoactives et la douleur chronique. De plus, tout porte à croire qu'il y a aussi des traitements psychologiques efficaces contre des maladies et des troubles qu'on rencontre régulièrement dans les pratiques médicales de soins primaires, mais qui sont le plus souvent difficiles à gérer d'un point de vue médical, notamment le diabète de type 1, les céphalées de tension chroniques, l'arthrite rhumatoïde, la lombalgie chronique, le syndrome de fatigue chronique et toute une gamme de symptômes physiques inexpliqués par la médecine.
- Comme l'ont souligné la Société canadienne de psychologie, l'Ordre des psychologues du Québec, la Manitoba Psychological Society et la Saskatchewan Psychological Association à l'occasion de présentations récentes à des ministères et des commissions des gouvernements fédéral et provinciaux, les services de psychologie devraient faire partie intégrante du système de soins de santé canadien. Non seulement les interventions psychologiques peuvent elles être efficaces à juste titre, mais elle ont la possibilité manifeste de réduire réellement les coûts des soins de santé.
- Une estimation en 1993 indiquait que le coût annuel global de la maladie pour la société canadienne s'élevait à presque 130 milliards de dollars. Le fardeau des troubles mentaux et des maladies du système nerveux sur la santé – des conditions pour lesquelles les psychologues assurent continuellement des services – représentait 13,4 % de ces coûts. D'un point de vue économique les maladies cardiovasculaires et les atteintes musculosquelettiques ont été les conditions les plus coûteuses et il se trouve des services de psychologie, tant préventifs que thérapeutiques, qui ont fait leurs preuves dans le traitement de ces maladies.
- Les estimations les plus récentes suggèrent que i) en 1998 le fardeau des coûts de la santé au Canada associés à la dépression et à la détresse psychologique en général, seules, s'est élevé à plus de 14 milliards de dollars et ii) les coûts annuels par habitant engendrés par les problèmes de santé et d'incapacité liés à la dépression sont plus élevés que ceux liés à l'hypertension et comparables à ceux liés aux maladies cardiaques, au diabète et aux maux de dos.
- Preuves récentes à l'appui, les interventions psychologiques peuvent être plus efficaces en termes de coûts que les meilleurs traitements aux médicaments des conditions comme le trouble panique et la dépression. Par exemple, même si des preuves empiriques sur le trouble panique indiquent que la thérapie cognitivo-comportementale et les traitements pharmacologiques ont une efficacité comparable, on estime que l'intervention psychologique coûte de 10 à 50 pour cent moins cher que les traitements aux médicaments. Dans le traitement de la dépression, des méta-analyses révèlent que l'intervention psychologique (particulièrement la thérapie cognitivo-comportementale) peut produire des résultats comparables ou supérieurs aux médicaments et que la pharmacothérapie compte un taux d'abandon substantiellement plus élevé que l'intervention psychologique. En outre, une étude récente montre que, sur une période de deux ans, le traitement pharmacologique coûtera vraisemblablement 30 pour cent plus cher que la thérapie cognitivo-comportementale.
- Au cours des trois dernières décennies, des douzaines d'études ont conclu que, suiv-

ant des interventions psychologiques efficaces, les coûts habituels pour le système de santé sont réduits ou évités, d'où une compensation des coûts de la médecine. De telles compensations des coûts ont été réalisées pour un grand nombre de conditions et de maladies notamment les maladies du cœur, l'hypertension, le diabète, le cancer et la douleur chronique.

- Dans deux études canadiennes, i) de brèves interventions psychologiques effectuées dans un centre de médecine familiale ont donné lieu à des améliorations du fonctionnement psychologique et une réduction de 50 pour cent des visites chez le médecin et ii) de brèves interventions auprès de groupes de femmes qui avaient achevé le traitement médical du cancer du sein au stade 0, I ou II a permis de voir une amélioration dans l'adaptation et la qualité de vie des patientes et une réduction de 23 pour cent des coûts de soins de santé pour les deux années suivant l'intervention.
- Une récente méta-analyse de 91 études de recherche parues entre 1967 et 1997 a révélé que les économies de coûts moyennes pour les soins de santé découlant de l'intervention psychologique étaient de l'ordre de 20 à 30 pour cent dans toutes les études. Or, 90 pour cent de ces études attestent d'une compensation de coûts. Parmi les études qui présentent une estimation des économies de coûts, seules 7 pour cent d'entre elles affirment que les coûts du traitement psychologiques dépassaient les économies réalisées à cause de l'intervention. Ainsi donc, non seulement la plupart des interventions psychologiques ont permis une réduction des coûts des soins de santé, mais ces réductions étaient le plus souvent suffisamment importantes pour couvrir les coûts des interventions psychologiques proprement dites.
- Pour conclure, il y a des preuves claires et convaincantes que les interventions psychologiques peuvent traiter efficacement une vaste gamme de problèmes de santé chez l'enfant et l'adulte. Les traitements psychologiques peuvent aussi représenter des formes de traitement très efficaces en termes de coûts et pourraient même l'être davantage que les interventions pharmacologiques les plus utilisées. Les interventions psychologiques ont aussi le potentiel de réduire les coûts des soins de santé, étant donné que les patients dont la thérapie réussie ont le plus souvent moins recours aux autres services de soins de santé. Dans certains cas, la réduction des coûts pour le système de soins de santé peut être en réalité plus grande que le coût du service psychologique, ce qui produit une compensation du coût global pour le système.

EFFICACITÉ EN TERMES DE COÛTS DES INTERVENTIONS PSYCHOLOGIQUES

Si on se fie à des décennies de recherche sur les effets des interventions psychologiques, il apparaît clairement et de façon convaincante que certaines interventions psychologiques peuvent traiter efficacement une vaste gamme de problèmes de santé chez l'enfant et l'adulte, notamment la dépression, le trouble d'anxiété généralisée (TAG), le trouble panique, le trouble de stress post-traumatique, les troubles de l'alimentation, l'abus de substances psychoactives et la douleur chronique. (Nathan & Gorman, 1998; Chambless & Ollendick, 2001; Roth & Fonagy, 1996; U. K. Department of Health, 2001). À mesure que progresse la recherche, on trouve aussi de plus en plus de preuves qu'il y a des traitements tout aussi efficaces contre des maladies et des troubles qu'on rencontre régulièrement dans les pratiques médicales de soins primaires, mais qui sont le plus souvent difficiles à gérer d'un point de vue médical, notamment le diabète de type 1 (Hampson et coll., 2000), les céphalées de tension chroniques (Holroyd et coll., 2001), l'arthrite rhumatoïde (Sharpe et coll., 2001), la lombalgie chronique (van Tulder et coll., 2000), le syndrome de fatigue chronique (Whiting et coll., 2001) et toute une gamme de symptômes physiques inexplicables par la médecine (Nezu, Nezu, & Lombardo, 2001).

Les preuves des conséquences positives du traitement psychologique sont importantes, mais dans le contexte actuel de responsabilisation et de limitation des coûts, elles sont, en elles-mêmes insuffisantes (Mash & Hunsley, 1993). En ce sens, la Société canadienne de psychologie et certaines associations provinciales ont fait récemment des présentations à des ministères gouvernementaux et des commissions qui mettaient en lumière les économies que le système de soins de santé pourraient réaliser en prévoyant un plus grand accès aux services psychologiques appropriés (la Société canadienne de psychologie, 2001; l'Ordre des psychologues du Québec, 2000; la Manitoba Psychological Society, 2001; la Saskatchewan Psychological Association, 2001).

Le présent article vise principalement à mettre en évidence l'efficacité en termes de coûts des interventions psychologiques. On débute par un examen de la situation financière actuelle du pays en ce qui touche les coûts des soins de santé en général et les services de psychologie en particulier. Ensuite, un survol des concepts de la valorisation et des stratégies d'analyse pour évaluer les coûts des soins de santé est présenté. Les deux autres parties qui suivent portent tout particulièrement sur les preuves d'économies de coûts qui découleront vraisemblablement du traitement psychologique. Les preuves de l'efficacité en termes de coûts de l'intervention psychologique par opposition à l'intervention pharmacologique sont présentées pour le traitement de deux troubles psychologiques courants : le trouble panique et la dépression. Puis, les preuves que l'intervention psychologique efficace engendre des économies de coûts pour le système de soins de santé (c.-à-d. une compensation des coûts de la médecine) sont résumées. En dernier lieu, les conséquences de ces conclusions sur la prestation des services de psychologie au Canada sont décrites.

LES COÛTS DES SOINS DE SANTÉ AU CANADA

Avant de passer aux preuves de l'efficacité en termes de coûts et de la compensation des services de psychologie, il faut, en arrière-plan, avoir une bonne idée des dépenses en soins de santé au Canada. L'Institut canadien d'information sur la santé estime qu'en 2001 les dépenses en soins de santé ont dépassé les 102 milliards de dollars, dont environ 73 pour cent attribuables au financement du secteur public (Institut

canadien d'information sur la santé, 2001b, 2001c). De plus, depuis de nombreuses années, de toutes les dépenses des programmes provinciaux, environ le tiers de ces dépenses étaient consacrées aux soins de santé. Compte tenu de l'organisation des données sur les services de santé des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux du Canada, il est difficile de déterminer les dépenses réelles pour les interventions psychologiques. Par exemple, même si 20 pour cent de toutes les dépenses en services de santé mentale en Ontario se font en psychothérapie, on ne peut pas déterminer dans quelle mesure elle comprennent la gamme complète des interventions de soins de santé comportementaux (c.-à-d. le traitement psychologique de toutes les maladies et de tous les troubles, non pas juste les services pour les conditions perçues habituellement comme des problèmes de santé mentale) (Sadavoy & Perry, 1999). Par surcroît, comme il a été estimé que la majorité des consultations avec les psychologues ont lieu à l'extérieur des établissements financés publiquement (Stephens & Joubert, 2001), même les données sur les services de santé publics sous-estimeraient énormément les vrais coûts des services de psychologie au Canada.

Il est intéressant de mettre en rapport cet état de chose avec les récentes estimations prudentes des coûts de la maladie et des problèmes de santé pour l'économie canadienne. Une estimation en 1993 indiquait que le coût annuel global de la maladie et des problèmes de santé pour la société canadienne s'élevait à presque 130 milliards de dollars, ce qui équivaut à près de 15 pour cent du PIB du Canada. Le fardeau de la santé (y compris les coûts directs des services de soins de santé et les coûts indirects causés par la perte de productivité et la mort) des troubles mentaux et des maladies du système nerveux – des conditions pour lesquelles les psychologues assurent régulièrement des services – représentaient 13,4 pour cent de ces coûts. En comparaison, les conditions les plus « coûteuses » étaient les maladies cardiovasculaires et les atteintes musculosquelettiques qui représentaient respectivement 15,2 pour cent et 13,8 pour cent des conditions. Il est important de comprendre qu'il existe des services de psychologie, tant préventifs que thérapeutiques, qui ont fait leurs preuves dans le traitement de ces maladies.

Une estimation plus récente et exhaustive suggère qu'en 1998 les coûts (directs et indirects) liés à la dépression et à la détresse psychologique générale, seules, s'élevaient à plus de 14 milliards de dollars (Stephens & Joubert, 2001). En ce qui concerne le fardeau financier de la dépression, ces données canadiennes sont compatibles avec les données américaines qui suggèrent les coûts annuels par habitant engendrés par les problèmes de santé et d'incapacité liés à la dépression sont plus élevés que ceux liés à l'hypertension et comparables à ceux liés aux maladies cardiaques, au diabète et aux maux de dos (Druss, Rosenheck, & Sledge, 2000). De plus, des estimations américaines récentes des coûts pour la société des troubles d'anxiété – conditions qui n'ont pas fait l'objet d'une analyse dans l'étude de Stephens et Joubert (2001) – sont qu'en 1990 le coût annuel des troubles d'anxiété s'élevaient à 42,3 milliards de dollars É.-U. (Greenberg et coll. 1999). Selon les estimations de Stephens et Joubert (2001), des 6 milliards de dollars dépensés pour le traitement de la dépression et de la détresse psychologique générale au Canada, moins de 150 millions de dollars sont dépensés pour des services offerts directement par les psychologues. À la lumière de i) la constatation générale dans les études que l'intervention psychologique appropriée pour traiter la dépression (particulièrement les méthodes cognitivo-comportementales) a des effets comparables ou supérieurs aux antidépresseurs (DeRubeis, Gelfand, Tang, & Simons, 1999) et ii) des indications d'une plus grande efficacité en termes de coûts de tels traitements par rapport aux antidépresseurs (Antonucci et coll., 1997), de telles estimations ne peuvent qu'être interprétées comme une sous-utilisation grave et coûteuse des services de psychologie pour le traitement de la dépression au sein du système de soins de santé du Canada.

CONCEPTS DE LA VALORISATION

Le survol suivant des concepts de la valorisation s'appuie sur des études effectuées par Hargreaves, Shumway et Hu (1999) et Knapp et Healey (1999). Pour une analyse plus poussée de ces questions par rapports aux services de psychologie, on trouvera de l'information détaillée dans Hargreaves, Shumway, Hu et Cuffel, (1998), Miller et Magruder (1999), Spiegel (1999) et Yates (1996).

Il existe de nombreuses méthodes analytiques qui permettent d'obtenir des évaluations économiques des services de soins de santé, chacune ayant ses caractéristiques en propres. Les méthodes les plus couramment employées sont l'analyse des coûts-avantages, l'analyse de l'efficacité en termes de coûts et l'analyse de la justification de la dépense envisagée. Même si toutes ces méthodes débouchent sur des estimations économiques qui peuvent servir aux décideurs et aux administrateurs à orienter leurs décisions dans l'affectation des ressources, elles diffèrent de bien des façons. L'analyse des coûts-avantages détermine dans quelle mesure un traitement particulier produit un résultat souhaitable pour la société. Tous les coûts et les avantages sont exprimés en termes monétaires et, par conséquent, ils peuvent faire l'objet d'une comparaison directe. Si les avantages d'un traitement sont supérieurs à son coût, on pourrait dire qu'il y a du mérite (en termes financiers) à mettre en œuvre le traitement. Par opposition, l'analyse coût-efficacité a pour point de mire le ratio des coûts monétaires qui permet de mesurer le résultat d'un traitement (comme une réduction des symptômes ou une augmentation de la productivité au travail). L'analyse du coût-efficacité convient particulièrement à la comparaison des options de traitement. Plus particulièrement, elle peut servir à déterminer i) si deux options de traitement ont des coûts égaux, quelle est celle qui offre le plus d'avantages ou ii) si deux options de traitement offrent des avantages égaux, quelle est celle qui coûte le moins cher. En dernier lieu, l'analyse de la justification de la dépense envisagée est semblable à l'analyse du coût-efficacité, sauf que les conséquences du traitement sont mesurées et converties en une mesure de valeur étalon comme les « années-personnes de bien-être ». Cette mesure est habituellement normalisée en années-personnes sans invalidité (c.-à-d. le nombre d'années de vie où l'on s'attendrait à ce que l'individu soit entièrement libre de symptômes ou d'incapacité à la suite de l'intervention). Par exemple, le coût-efficacité de l'installation de coussins de sécurité sur le côté du conducteur automobile a été évalué à 24 000 dollars É.-U. par année-personne sans invalidité (Graham, Thompson, Goldie, Segui-Gomez, & Weinstein, 1997) et le coût-efficacité de déployer des défibrillateurs extérieures dans des avions commerciaux variait de 35 300 dollars É.-U. à 94 700 dollars É.-U. par année-personne sans invalidité (Groeneveld et coll., 2001). Pour prendre un exemple ayant trait directement à l'intervention psychologique, Toeus, Kaplan et Collkins (1984) ont examiné les retombées d'un programme cognitivo-comportemental conçu pour fournir de l'information psychopédagogique et aider à modifier les modes de vie des patients souffrant d'une maladie respiratoire obstructive chronique. Ils ont trouvé que le groupe traité, comparé au groupe témoin non traité, jouissait dans l'ensemble d'un meilleur état de santé même dix-huit mois après l'intervention. Ils ont calculé que le coût du traitement nécessaire pour produire une « année-personne de bien-être » revenait à moins de 25 000 dollars É.-U.

Toutes les méthodes d'évaluation économique ont un dénominateur commun quant à la façon de faire l'estimation du coût pour la société d'une maladie ou d'une condition. Il est crucial, si l'évaluation doit être complète, que tous les coûts engendrés par la maladie ou la condition soient évalués de façon précise et exhaustive. De manière générale, il faut tenir compte des coûts directs et indirects, ou, autrement dit, de la

valeur des ressources utilisées et de la valeur des ressources perdues. Les coûts directs peuvent comprendre des éléments comme les coûts du traitement de la condition identifiée, des coûts engendrés par l'utilisation des autres services du système de soins de santé et des coûts des autres services (p. ex. l'utilisation de services de soins de santé non traditionnels, les démêlés avec le système de justice pénale). Dans certains cas, les estimations de coûts directs peuvent aussi comprendre des éléments comme les coût du transport pour recevoir la thérapie, les coûts de perte de productivité au travail, les coûts en temps liés à l'attente pour recevoir la thérapie, les coûts administratifs (transfert) liés au traitement et les dépenses en immobilisations liés à la valeur de la propriété où le traitement est donné. Les coûts indirects, par opposition, supposent les coûts engendrés par la perte de productivité, l'absentéisme, le sous-emploi ou le chômage qui découlent de la condition même et d'une incapacité précoce possible ou de la mort causée par la condition. Comme on peut l'imaginer, fait notoire, les coûts indirects sont très difficiles à estimer entièrement.

Il y a un autre important phénomène de valorisation qui est distinct de ceux qui viennent d'être décrits. À la suite d'une intervention ou d'une amélioration de l'efficacité d'une intervention, les coûts habituels pour le système de soins de santé peuvent être réduits ou évités. Bien qu'ils soient peut être mieux conceptualisés en tant que compensation des coûts des services de soins de santé, de tels coûts sont habituellement décrits comme la compensation des soins médicaux. L'exemple le plus probant d'une compensation de coût est lorsqu'une condition qui a été écartée, mal diagnostiquée ou traitée de façon inefficace est bien reconnue et traitée. Bien qu'il y ait évidemment des coûts directs liés au traitement, il peut y avoir des économies de coûts qui découlent d'une utilisation d'autres services de soins de santé (p. ex. l'interruption d'une thérapie ou d'un médicament qui n'est plus nécessaire, une réduction du nombre de visites chez l'omnipraticien ou aux salles d'urgence). Au demeurant, si les économies de coûts réalisées à partir du traitement approprié sont au moins égales aux coûts du traitement proprement dit, un tel résultat est appelé une compensation totale.

Comme il sera décrit en détail plus loin, il y a un nombre considérable de recherches qui indiquent que les interventions psychologiques sont souvent associées à une compensation des coûts de la médecine et, même dans un grand nombre de cas, à une compensation des coûts globaux. Kashner et Rush (1999), entre autres, ont avancé que ces compensations de coûts sont vraisemblablement causées par des facteurs multiples. Par exemple, des changements apportés par l'intervention psychologique peuvent rendre le patient plus réceptif à d'autres traitements de soins de santé ou peuvent l'encourager à consentir davantage à suivre les conseils médicaux et les schémas thérapeutiques (y compris les prescriptions de médicaments et de régimes alimentaires ainsi que des recommandations relatives au mode de vie). De plus, les interventions psychologiques peuvent aider le patient à mieux prendre le dessus sur sa santé psychologique et physique d'ensemble, ce qui conduirait à une réduction de la fréquentation des services de soin de santé. En dernier lieu, il est très probable que dans de nombreux cas il y a un effet de remplacement au travail, où, en raison du traitement reçu d'un spécialiste, les visites chez l'omnipraticien qui prodiguait auparavant un service d'orientation ou de counselling sont freinées. On ne devrait pas non plus simplement supposer que la prestation de services psychologiques entraînera nécessairement des économies de coûts globaux. En effet, Kashner et Rush (1999) avertissent que les coûts des soins de santé pourraient augmenter dans certains cas en raison de l'intervention psychologique. Il pourrait arriver que l'intervention psychologique découvre d'autres maladies ou conditions qui doivent être soignées, ce qui valorise encore davantage les besoins de soins de santé et pourrait aussi accroître la longévité qui par ricochet accroîtrait les coûts des soins de santé des patients souffrants de conditions chroniques.

COÛT-EFFICACITÉ DES INTERVENTIONS PSYCHOLOGIQUES

Même si la recherche sur l'efficacité en termes de coûts et les coûts-avantages de l'intervention psychologique est relativement récente, il y a de plus en plus de preuves qui viennent à l'appui de l'efficacité en termes de coûts des interventions psychologiques, par exemple, la thérapie multisystémique des jeunes en détresse (Schoenwald, Ward, Henggeler, & Rowland, 2000) et la psychothérapie conjugale en supplément au traitement ambulatoire de l'acoolisme (O'Farrell et coll., 1996). Il y a aussi des indications que, comparativement aux interventions médicales pour la même maladie ou le même trouble, les interventions psychologiques peuvent avoir un rapport coût-efficacité comparable ou supérieur (Miller & Magruder, 1999). Évidemment, dans l'interprétation de telles conclusions il est important de se rappeler que, par habitant, il y a beaucoup moins de psychologues disponibles pour dispenser les services qu'il y a de praticiens disponibles pour prescrire les services médicaux appropriés. Bien qu'il y ait trois fois plus de psychologues qui assurent la prestation de soins de santé que de psychiatres au Canada (Société canadienne de psychologie, 1999), pour chaque tranche de 100 000 Canadiens on compte 185 médecins et seulement 40 psychologues (pour fins de comparaison, il y a 54 dentistes, 49 physiothérapeutes et 16 chiropraticiens par tranche de 100 000 Canadiens; Institut canadien d'information sur la santé, 2001a).

Afin d'illustrer la nature et les résultats des récentes analyses de l'efficacité en termes de coûts, nous présenterons un exemple portant sur le traitement de troubles d'anxiété et un autre, du traitement de la dépression. Les analyses de l'efficacité en termes de coûts de ces troubles sont particulièrement importantes, compte tenu que les coûts des soins de santé liés à la dépression et aux troubles d'anxiété sont substantiels à cause du taux d'utilisation élevé des services médicaux par les personnes souffrant de ces troubles. En effet, les estimations américaines révèlent que 15 pour cent des patients qui visitent des établissements de soins primaires souffrent de ces troubles et que les coûts de soins de santé moyens pour ces patients sur une période de six mois sont de 2 390 dollars É.-U., comparativement à 1 397 dollars pour les patients qui ne souffrent pas de ces troubles (Simon, Ormel, Van Korff, & Barlow, 1995; voir aussi Candilis & Pollack, 1997 et Greenberg et coll., 1999). Même si cette différence est importante, moins de 10 pour cent des coûts globaux étaient en réalité imputables aux traitements de santé mentale. D'autres estimations américaines suggèrent que les coûts indirects de la dépression pour la société (y compris la perte de productivité et l'absentéisme) sont d'au moins trois fois plus importants que les coûts de traitement directs associés à la condition (Zhang, Rost, & Fortney, 1999) et sont aussi importants, sinon plus importants que les coûts indirects pour la société liés aux conditions médicales chroniques usuelles (Druss et coll., 2000).

Gould, Otto et Pollack (1995) ont examiné les coûts du traitement du trouble panique sur une période de deux ans en comparant la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) aux médicaments couramment prescrits (les antidépresseurs et les benzodiazépines à haute activité). À la première étape des analyses de l'efficacité en termes de coûts, il faut des preuves quant à l'efficacité des options de traitement envisagées. Ainsi, Gould et coll. ont mené une méta-analyse visant à comparer l'importance de l'effet d'ensemble de la pharmacothérapie par opposition à la TCC. Ils ont utilisé les données de 43 études publiées entre 1974 et 1994 dans lesquelles on se servait d'essais contrôlés randomisés. En général, ils ont trouvé que l'importance de l'effet de la TCC et des interventions pharmacologiques étaient très semblables : l'importance de l'effet du traitement médicamenteux sur la fréquence des crises de panique était de 0,53 et de

0,55 pour la TCC. De plus, ils n'ont trouvé aucune différence significative lorsque les effets des antidépresseurs et des benzodiazépines étaient comparés et aucune preuve que la combinaison de TCC et de la médication ne produisait un meilleur traitement comparativement à l'un ou l'autre traitement par lui-même.

Ensuite, Gould et coll. ont estimé les coûts d'un cours typique sur la TCC ou la médication. En ce qui a trait aux services de TCC, les coûts ont été évalués à 90 dollars É.-U. par séance individuelle, de 40 dollars É.-U. par séance en groupe et de 60 dollars É.-U. par séance individuelle de suivi ou de rappel. En comparaison, les taux du traitement pharmacologique ont été évalués à 60 dollars É.-U. pour une séance de gestion pharmacologique, 0,60 dollars É.-U. pour 1 mg d'alprazolam générique, 0,09 dollars É.-U. pour 50 mg d'imipramine générique et 1,93 dollars É.-U. pour 20 mg de fluoxétine de marque (Prozac). On a supposé que la psychothérapie et le traitement médicamenteux commençaient tous deux par une seule séance d'évaluation de coûts égaux. Les coûts de la TCC ont été calculés en fonction de 15 séances, puis d'une séance additionnelle au cours de la première année de traitement et de 4 autres séances au cours de la deuxième année. Les coûts du traitement pharmacologique ont été calculés en fonction de 2 séances au cours du premier mois, de séances mensuelles au cours des 3 mois suivants, de 3 séances additionnelles au cours de la première année et 4 autres séances additionnelles au cours de la deuxième année. La posologie des médicaments a été choisie de manière à refléter des doses typiques dans des essais cliniques. Aucune estimation n'a été faite pour les coûts de transport, les coûts liés à la perte de productivité pour assister aux séances de traitement ou les coûts d'administration.

À partir de cette estimation des éléments du traitement, Gould et coll. ont calculé qu'un cours individuel de TCC coûtait 1 650 dollars É.-U. sur deux ans; le coût global de la thérapie comparable en groupe était de 840 dollars É.-U. Par opposition, le traitement à l'alprazolam coûtait de 1 800 dollars É.-U. à 3 312 dollars É.-U., selon la posologie administrée, le traitement à l'imipramine coûtait 912 dollars É.-U. et le traitement de fluoxétine coûtait 3 504 dollars É.-U. Cette information, lorsqu'elle est mise en rapport avec les résultats d'efficacité décrits précédemment, indiquent que les interventions de TCC sont d'une efficacité comparable à la médication couramment administrée, mais qu'elle est beaucoup moins coûteuse que la plupart des options pharmacologiques sur le marché. Bien que cette analyse de l'efficacité en termes de coûts soit éclairante, il est important de noter qu'elle est incomplète, étant donné que seuls les coûts directs des traitements ont été pris en compte.

Une analyse plus complète de l'efficacité en termes de coûts a été effectuée par Antonuccio, Thomas et Danton (1997) dans leur étude des traitements de la dépression. Comme ils l'ont noté, un grand nombre d'études méta analytiques publiées aussi bien dans des revues de psychiatrie que de psychologie ont révélé que i) l'intervention psychologique (particulièrement la TCC) peut produire des résultats comparables ou supérieurs aux médicaments dans le traitement de la dépression, ii) la combinaison de thérapie et de la médication ne produit pas un meilleur traitement comparativement à l'un ou l'autre traitement par lui-même et iii) la pharmacothérapie montre des taux d'abandon plus élevés de façon importante que ne le fait l'intervention psychologique. D'après ces évaluations méta analytiques, il est évident que la TCC est au moins aussi efficace que les médicaments anti-dépresseurs.

Antonuccio et coll. ont mis au point un modèle exhaustif d'analyse de l'efficacité en termes de coûts qui englobe les coûts de traitement direct du patient ou du tiers payant (coûts du fournisseur de soins de santé, coûts des médicaments, salaires perdus, coûts de déplacement et coûts de comorbidité), les coûts directs pour la collectivité.

ité (effet de multiplicateur économique dû aux pertes de salaire, impôt réduit à cause des pertes de salaire et travail communautaire réduit par les patients) et coûts indirects pour la société (perte de productivité pendant le traitement, effet de multiplicateur économique dû aux pertes de salaire, impôt réduit à cause des pertes de salaire et perte de revenu en cas de suicide). Dans leur modèle, les coûts ont été estimés sur une période de deux ans et des estimés de taux de rechute, des coûts d'abandon de traitement et des coûts de traitement subséquents ont été également calculés. Même s'ils signalaient l'importance de pondérer les coûts liés aux effets secondaires du traitement, les chercheurs n'ont pas été en mesure de trouver suffisamment de données qui auraient pu être quantifiées et incluses dans leur modèle coût-efficacité. Toutes les estimations se sont fondées sur des données provenant de revues examinées par les pairs et de l'information économique provenant du Nevada (l'État d'origine des chercheurs). Compte tenu de la complexité et de la portée de leur modèle, les estimations de coûts particulières pour chaque élément de coût ne seront pas présentées ici. Nous nous penchons plutôt sur les conclusions générales lorsque leur modèle a été appliqué aux options de traitement de la dépression.

Plutôt que de présenter une gamme d'options de traitement comme Gould et coll. (1995) ont fait, Antonuccio et ses collaborateurs ont comparé les TCC de la dépression individuelles (une estimation de 20 séances sur une période de deux ans) avec le traitement de fluoxétine (supposant 40 mg de médicament par jour et des rendez-vous de gestion avec les psychiatres à toutes les six semaines). En pondérant tous les éléments de coûts décrits précédemment, ces chercheurs ont estimé que les coûts de traitement globaux pour les TCC individuelles étaient de 23 696 dollars É.-U. sur une période de deux ans (7 268 dollars É.-U. en coût de traitement directs au patient/fournisseur, 1 253 dollars É.-U. en coût directs pour la collectivité et 15 174 dollars É.-U. en coûts indirects pour la société). En comparaison, le coût global du traitement pharmacologique s'élève à 30 733 dollars É.-U. sur deux ans ou 30 pour cent de plus que la TCC individuelle. Les éléments de ce total comprennent 12 738 dollars É.-U. en coûts de traitement directs au patient/fournisseur (c.-à-d. 75 pour cent de plus que pour la même catégorie de coûts pour la TCC individuelle), 946 dollars É.-U. en coûts directs pour la collectivité et 17 049 dollars É.-U. en coûts indirects pour la société. En dernier lieu, l'option de traitement combiné a été légèrement plus coûteuse que l'option de fluoxétine seule (31 245 dollars É.-U.). La raison derrière cette légère augmentation de coût était que les chercheurs ont supposé que le psychiatre traitant posséderait les compétences pour assurer les deux traitements et que l'administration des médicaments et les interventions de TCC seraient incluses dans les mêmes séances. Bien entendu, des traitements assurés par deux praticiens indépendants (un pour la médication et un autre pour le traitement psychologique) augmenteraient les coûts du traitement combiné de façon importante. Somme toute, la TTC individuelle représentait l'option disponible pour le traitement de la dépression qui revenait la plus efficace en termes de coûts et elle était, par conséquent, recommandée par les chercheurs comme le traitement de premier choix pour guérir la dépression unipolaire.

En conclusion, à mesure que le nombre d'études d'efficacité en termes de coût de haute qualité grandira, il y aura de plus en plus d'occasions pour les analystes de politiques publiques de comparer de façon critique les avantages économiques du traitement psychologique par rapport au traitement pharmacologique. Si on regarde les preuves à ce jour, il semble certain qu'il y aura un certain nombre de maladies et de conditions pour lesquelles il sera démontré que l'intervention psychologique représentera l'une des options les plus efficaces en termes de coûts.

COMPENSATION DU COUT DE LA MÉDECINE

L'une des premières études à examiner le lien entre l'intervention psychologique et l'utilisation subséquente des soins de santé a été menée par Follette et Cummings (1967). Les dossiers médicaux de 152 adultes en quête de services psychologiques choisis au hasard par le truchement de la Kaiser Foundation Health Plan au nord de la Californie ont été examinés et des données ont été recueillies sur leur utilisation des services de santé une année avant de débiter le traitement et pendant cinq ans après le début du traitement. De ces patients, 80 pour une séance de consultation uniquement, 41 ont été vus entre 2 à 8 séances et 31 ont été vus pour 9 séances et plus ($M = 34$ séances). Un groupe témoin composé d'adultes a été constitué à partir des dossiers médicaux de patients qui n'avaient jamais eu recours à des services de psychologie, mais qui ont été appariés à l'échantillonnage du traitement quant à l'âge, au sexe, au statut socioéconomique et au taux d'utilisation des services médicaux (au cours de l'année précédent le début du traitement des patients traités). Follette et Cummings ont trouvé que, pour le groupe témoin qui n'a pas reçu de traitement, la fréquentation des services de santé avait augmenté au cours de la période couverte par l'étude. Par ailleurs, le taux d'utilisation des services de santé par les personnes traitées a connu un déclin significatif, surtout au cours de la deuxième année suivant la fin du traitement. Même les patients qui avaient reçu des traitements « à long terme » (c.-à-d. 9 séances et plus) ont connu un déclin dans la fréquentation des services de santé. Même si la fréquentation des services ambulatoires de ce groupe n'avait pas décliné, leur utilisation des services aux hospitalisés, elle, avait diminué; au début de la période d'étude, ces patients allaient en moyenne 5 jours par année à l'hôpital, mais à la fin de la période d'étude ce taux de fréquentation avait chuté à 0,7 jour par année (la moyenne du régime était de 0,8 jour à l'hôpital).

Au cours des années qui suivirent cette recherche, de nombreux autres enquêteurs ont commencé à examiner la compensation des coûts médicaux découlant d'interventions psychologiques. Une compensation des coûts de la médecine a été trouvée pour une gamme incroyablement vaste de problèmes de santé. Nous présentons dans ce qui suit un petit nombre d'exemples d'études.

Dans une étude de trois ans de patients souffrant de cardiopathie ischémique, d'hypertension, de diabète ou d'une maladie de limitation du débit de l'air, Schlesinger, Mumford, Glass, Patrick et Sharfstein (1983) ont suivi l'adaptation et l'utilisation des soins de santé de 700 patients qui ont eu recours à des interventions psychologiques et de 1 300 patients qui n'ont pas eu recours à ces services. Comparativement aux patients non traités, ceux qui ont reçu un traitement psychologique ont connu une réduction de 40 pour cent des coûts médicaux annuels (950 dollars É.-U. et 570 dollars É.-U., respectivement). Une fois que le coût de l'intervention a été pris en compte, il y a avait encore une économie nette de 5 pour cent pour le groupe qui avait été traité. Des résultats similaires ont été rapportés par Fahrion, Norris, Green et Schnar (1987) dans leur étude de l'hypertension. En utilisant des interventions de gestion du stress, les symptômes de plus de 50 pour cent des patients ont été bien contrôlés sans devoir recourir au traitement pharmacologique et les coûts médicaux globaux moyens économisés par patient sur une période de 5 ans était de plus de 1 300 dollars É.-U.

Des programmes de réhabilitation des suites de blessures et d'incapacité sont de plus en plus mis en place dans le cadre du système de soins de santé. Par conséquent, il est peu surprenant de voir que de nombreuses évaluations se sont penchées sur les coûts et les avantages de ces services. Même si les données varient selon la nature des problèmes traités et du type d'intervention, il y a des preuves constantes de compensation des coûts. Par exemple, dans une étude des coûts des soins hospitaliers avant et

après le traitement des incapacités liées au stress Gonick, Farrow, Meier, Ostmand et Frolick (1981) ont trouvé que pour chaque dollar dépensé en traitement psychologique une économie de cinq dollars était réalisée. On a également trouvé que le traitement efficace des conditions de douleur chronique permettait de réaliser des économies importantes dans le système de soins de santé. Pour illustrer ce type de constatations, Jacobs (1987, 1988) signale qu'une année après le bon traitement, l'utilisation des services aux hospitalisés avait diminué de 72 à 81 pour cent et leur utilisation des services ambulatoires avait diminué de 41 à 50 pour cent.

Certaines études de compensation des coûts ont été menées au Canada. Suivant une analyse rétrospective des dossiers médicaux des patients six mois avant d'avoir reçu un traitement psychologique, pendant le traitement et six mois après le traitement, Golden (1997) s'est penché sur la question à savoir si le traitement psychologique réduisait l'utilisation des services médicaux. Trente-trois adultes dans un centre de médecine familiale à London, en Ontario, ont reçu des traitements d'une durée médiane de 12,5 heures. Les données tirées des dossiers ont indiqué que la fréquence des rendez-vous avec le médecin de famille avait diminué tant pendant et après le traitement. En effet, comparativement avec la période antérieure au traitement, on relevait une réduction de 50 pour cent des rendez-vous médicaux suivant la brève intervention. Simpson, Carlson et Trew (2001) ont récemment donné un compte rendu de l'effet sur l'utilisation des soins de santé de brèves interventions de groupe (six séances de 90 minutes) auprès de femmes atteintes du cancer du sein. Dans cette étude menée au Tom Baker Cancer Centre de Calgary, en Alberta, 89 femmes qui avaient complétées un traitement médical du cancer du sein au stade 0, 1 ou 2, ont été assignées au hasard à recevoir ou à ne plus recevoir d'intervention (au-delà des soins psychosociaux habituellement offerts aux patients du centre) ou la thérapie de groupe structurée. Les données sur l'adaptation psychologique et les dossiers de facturation du régime de soins de santé de l'Alberta ont été obtenues pour deux ans après l'intervention psychologique. Dans l'ensemble, l'intervention a été efficace dans l'amélioration de l'adaptation et de la qualité de vie des patientes traitées comparativement au groupe qui ne l'avait pas été, et cet effet se faisait encore sentir. De plus les montants moyens facturés au régime de soins de santé provincial pendant les deux ans suivant l'intervention étaient de 23 pour cent moins élevés pour le groupe traité comparativement au groupe témoin, pour des économies moyennes de près de 150 dollars par patient. Les enquêteurs ont estimé que le coût moyen de l'intervention de groupe par patient revenait à environ 100 dollars, de sorte que l'intervention se payait entièrement (et même plus) en termes d'économies de coûts globaux pour le régime provincial.

Au cours des trois dernières décennies, on a procédé à de nombreux examens du phénomène de compensation des coûts de la médecine, qui ont toutes conclu qu'il y avait une compensation pour la plupart des interventions psychologiques.

Dans le premier examen de ces études, Jones et Vischi (1979) ont rapporté que 30 révélaient une compensation des coûts à cause des interventions de la psychologie dans des cas d'alcoolisme, d'abus de drogues et de divers problèmes de santé mentale. Groth-Marnat et Edkins (1996) ont trouvé des preuves d'économies de coûts découlant des services psychologiques pour préparer les patients à une intervention chirurgicale, améliorer l'observance du traitement curatif médical, cesser de fumer, les programmes de réadaptation, les troubles de douleur chronique, les maladies cardiovasculaires et les plaintes somatiques générales sans cause organique. Limitant leur examen aux conséquences de la prestation d'un traitement psychologique pour des troubles psychologiques sur les coûts des soins médicaux, Gabbard, Lazar, Hornberger et Spiegel (1997) ont trouvé que 80 pour cent des études publiées dans le cadre d'études sur échantillon aléatoire et contrôlé et la totalité des études publiées sans affectation ran-

domisée ont montré une compensation des coûts à cause de l'une intervention psychologique.

Dans l'étude la plus abondamment citée de toutes, Mumford, Schlesinger, Glass, Patrick et Cuerdon (1984) ont effectué deux méta-analyses, une basée sur les dossiers de réclamation auprès du régime des employés fédéraux américains Blue Cross et Blue Shield pour les années 1974-1978 et l'autre sur les résultats de 58 études contrôlées publiées. Ils ont conclu qu'en général, l'effet de compensation des coûts se faisaient sentir le plus souvent pour les interventions psychologique (dans à peu près 85 pour cent des études), mais que les effets les plus évidents se faisaient sentir dans les coûts des services aux hospitalisés (p. ex. chirurgie, hospitalisation pour des conditions chroniques comme le cancer, les maladies cardiovasculaires ou le diabète). Leurs données ont aussi révélé que la compensation des coûts était plus grande pour les patients plus âgés (plus de 55 ans) que pour les patients plus jeunes).

Une méta-analyse plus récente et exhaustive des études de la compensation des coûts a été menée par Chiles, Lambert et Hatch (1999). Leur méta-analyse se servait de données tirées de 91 études publiées entre 1967 et 1997 et englobait des groupes de patients comme ceux subissant une chirurgie, des patients ayant une historique de surutilisation du système de soins de santé et les patients recevant un traitement tout particulièrement pour soigner des troubles psychologiques (y compris des abus de substances psychoactives). De plus, Chiles et ses collaborateurs ont tenté de déterminer si l'importance de la compensation était pondérée par des facteurs comme le type d'intervention psychologique et se sont penchés sur les services aux hospitalisés par opposition aux services ambulatoires. Dans l'ensemble, les économies de coûts à cause d'une intervention psychologique étaient de 20 à 30 pour cent dans toutes les études et dans 90 pour cent des études on signalait une compensation des coûts. Parmi les études comportaient une description des estimations d'économies de coûts, seulement 7 pour cent révélaient que les coûts du traitement psychologique dépassaient les économies de coût qui découlaient de l'intervention.

En examinant les effets modérateurs, plusieurs modèles ont été observés. Tout d'abord, des effets plus importants ont été trouvés dans les services aux hospitalisés que dans les services ambulatoires. En conséquence, Chiles et ses collaborateurs ont suggéré que les patients qui devaient être hospitalisés (pour une chirurgie, services oncologiques, services de réadaptation des cardiaques) peuvent représenter une plus grande portion de la compensation des coûts globaux que les patients qui ont recours aux services ambulatoires (comme les visites chez l'omnipraticien pour des accident, des maladies ou des infections). Deuxièmement, des effets plus importants ont été trouvés pour des interventions psychologiques structurées particulières à la condition du patient. En dernier lieu, il y a de faibles éléments de preuve voulant i) que les patients âgés de plus de 65 ans produisent une compensation de coûts plus élevés à cause de l'intervention psychologique que les patients adultes plus jeunes et ii) la compensation est manifeste pour les jeunes patients aussi bien que les patients adultes. En somme, même si cet examen quantitatif récent et exhaustif démontre clairement la robustesse du phénomène de compensation du coût de la médecine, elle démontre aussi que certaines caractéristiques particulières de patient et de traitement sont plus vraisemblablement liées à des économies de coûts pour le système de soins de santé.

CONCLUSIONS

Comme il a été indiqué au début du présent article, il y a des preuves claires et convaincantes que les interventions psychologiques peuvent traiter efficacement une vaste gamme de problèmes de santé chez l'enfant et l'adulte. Cependant, les traitements psychologiques peuvent aussi représenter des formes de traitement très efficaces en termes de coûts et pourraient même l'être davantage que les interventions pharmacologiques les plus utilisées. Autrement, les interventions psychologiques ont aussi le potentiel de réduire les coûts des soins de santé, étant donné que les patients dont la thérapie réussie ont le plus souvent moins recours aux autres services de soins de santé. Dans certains cas, la réduction des coûts pour le système de soins de santé peut être en réalité plus grande que le coût du service psychologique, ce qui produit une compensation du coût global pour le système. Évidemment, il est à l'avantage de tous les Canadiens et les Canadiennes de tenir compte de ces conclusions fondées sur des preuves au moment de songer à des tentatives de changer notre système de soins de santé. Cela est aussi vrai pour la santé des Canadiens et des Canadiennes que pour la stabilité financière de notre système de soins de santé. Compte tenu des coûts des soins de santé de plus en plus élevés pour la société, tout service qui peut améliorer l'état de santé et la possibilité de réaliser des économies de coûts importantes mérite d'être examiné de près par les analystes des politiques et les ministères de la santé. En somme, les preuves que la recherche dévoile quant aux considérations de coûts forment une base très solide pour offrir de plus nombreuses options de financement public des services de psychologie et accroître l'accès public aux interventions psychologiques efficaces.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Antonuccio, D. O., Thomas, M., & Danton, W. G. (1997). A cost-effectiveness analysis of cognitive behavior therapy and Fluoxetine (Prozac). *Behavior Therapy*, 28, 187-210.
- Bower, P., Byford, S., Sibbald, B., Ward, E., King, M., Lloyd, M. et coll. (2000). Randomised controlled trial of non-directive counselling, cognitive-behaviour therapy, and usual general practitioner care for patients with depression. II: Cost effectiveness. *British Medical Journal*, 321, 1389-1392.
- Briggs, A. H., Gray, A. M. (1998). Sample size and power calculation for stochastic cost-effectiveness analysis. *Medical Decision Making*, 18(suppl.), 81-92.
- Candilis, P. J., & Pollack, M. H. (1997). The hidden costs of untreated anxiety disorders. *Harvard Review of Psychiatry*, 5, 40-42.
- Chambless, D. L., & Ollendick, T. H. (2001). Empirically supported psychological interventions: Controversies and evidence. *Annual Review of Psychology*, 52, 685-716.
- 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, 204-220.
- DeRubeis, R. J., Gelfand, L. A., Tang, T. Z., & Simons, A. D. (1999). Medication versus cognitive behavioral therapy for severely depressed outpatients: Mega-analysis of four randomized comparisons. *American Journal of Psychiatry*, 156, 1007-1013.
- Druss, B. G., Rosenheck, M. D., & Sledge, W. H. (2000). Health and disability costs of depressive illness in a major U. S. corporation. *American Journal of Psychiatry*, 157, 1274-1278.
- Fahrion, S., Norris, P., Green, E., & Schnar, R. (1987). Behavioral treatment of hypertension: A group outcome study. *Biofeedback and Self-Regulation*, 11, 257-278.
- Follette, W. T., & Cummings, N. A. (1967). Psychiatric services and medical utilization in a pre-paid health plan setting. *Medical Care*, 5, 25-35.
- Gabbard, G. O., Lazar, S. G., Hornberger, J., & Spiegel, D. (1997). The economic impact of psychotherapy: A review. *American Journal of Psychiatry*, 154, 147-155.
- Golden, G. A. (1997). Impact of psychotherapy: Does it affect frequency of visits to family physicians? *Canadian Family Physician*, 43, 1098-1102.
- Gonick, U., Farrow, I., Meier, M., Ostmand, G., & Frolick, L. (1981). Cost effectiveness of behavioral medicine procedures in the treatment of stress-related disorders. *American Journal of Clinical Biofeedback*, 4, 16-24.
- Gould, R. A., Otto, M. W., & Pollack, M. H. (1995). A meta-analysis of treatment outcome for panic disorder. *Clinical Psychology Review*, 15, 819-844.
- Graham, J. D., Thompson, K. M., Goldie, S. J., Segui-Gomez, M., & Weinstein, M. C. (1997). The cost-effectiveness of air bags by seating position. *Journal of the American Medical Association*, 278, 1418-1425.
- Greenberg, P. E., Sisitsky, T., Kessler, R. C., Finkelstein, S. N., Berndt, E. R., Davidson, J. R. T., Ballenger, J. C., & Fyer, A. J. (1999). The economic burden of anxiety disorders in the 1990s. *Journal of Clinical Psychiatry*, 60, 427-435.
- Groeneveld, P. W., Kwong, J. L., Liu, Y., Rodriguez, A. J., Jones, M. P., Sanders, G. D. et coll. (2001). Cost-effectiveness of automated external defibrillators on airlines. *Journal of the American Medical Association*, 286, 1482-1489.
- Groth-Marnat, G., & Edkins, G. (1996). Professional psychologists in general health care settings: A review of financial efficacy of direct treatment interventions. *Professional Psychology: Research and Practice*, 27, 161-174.
- Hampson, S. E., Skinner, T. C., Hart, J. et coll. (2000). Behavioral interventions for adolescents with type 1 diabetes: How effective are they? *Diabetes Care*, 23, 416-422.
- Hargreaves, W. A., Shumway, M., & Hu, T.-W. (1999). Measuring psychotherapy costs and effectiveness. In N. E. Miller & K. M. Magruder (Eds.), *Cost-effectiveness of psychotherapy* (pp. 85-98). New York: Oxford University Press.
- Hargreaves, W. A., Shumway, M., Hu, T.-W., & Cuffel, B. (1998). *Cost-outcome methods for mental health*. San Diego, CA: Academic Press.
- Holroyd, K. A., O'Donnell, F. J., Stensland, M., Lipchik, G. L., Cordingley, G. E., & Carlson, B. W. (2001). Management of chronic tension-type headache with tricyclic antidepressant medication,

- stress management therapy, and their combination: A randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 285, 2208-2215.
- Institut canadien d'information sur la santé. (2001a). *Les soins de santé au Canada 2001*. Ottawa, ON: auteur.
- Institut canadien d'information sur la santé. (2001b). *Dépenses totales de santé par province/territoire et par le Canada de 1975 à 2001 – dollars d'aujourd'hui*. Récupéré le 10 janvier, 2002, du site <http://www.cihi.ca/facts/nhex/nhex2001/b.1.1.shtml>.
- Institut canadien d'information sur la santé. (2001c). *Dépenses de santé du secteur public, par province/territoire et par le Canada de 1975 à 2001 – dollars d'aujourd'hui*. Récupéré le 10 janvier, 2002, du site <http://www.cihi.ca/facts/nhex/nhex2001/b.3.1.shtml>.
- Jacobs, D. F. (1987). Cost-effectiveness of specialized psychological programs for reducing hospital stays and outpatient visits. *Journal of Clinical Psychology*, 43, 729-735.
- Jacobs, D. F. (1988). Marketing psychological services in the public sector. *Psychotherapy*, 25, 377-386.
- Jones, K., & Vischi, T. (1979). The impact of alcohol, drug abuse, and mental health treatment on medical care utilization: A review of the research literature. *Medical Care*, 17, (Suppl. 12), 43-131.
- Kashner, T. M., & Rush, A. J. (1999). Measuring medical offsets of psychotherapy. In N. E. Miller & K. M. Magruder (Eds.), *Cost-effectiveness of psychotherapy* (pp. 109-121). New York: Oxford University Press.
- Knapp, M., & Healey, A. (1999). Psychotherapy: Individual differences in costs and outcomes. In N. E. Miller & K. M. Magruder (Eds.), *Cost-effectiveness of psychotherapy* (pp. 122-133). New York: Oxford University Press.
- L'Ordre des Psychologues du Québec. (2000). *Pour une transformation optimale: Des pratiques en santé: La contribution des psychologues*. Montréal, QC: Author.
- Manitoba Psychological Society. (2001). *Position on access to psychological services in Manitoba*. Winnipeg, MN: Author.
- Mash, E. J., & Hunsley, J. (1993). Behavior therapy and managed mental health care: Integrating effectiveness and economics in mental health practice. *Behavior Therapy*, 24, 67-90.
- Miller, I. J. (1998). Response to "All that glitters is not always gold: Medical offset effects and managed behavioral health care." *Professional Psychology: Research and Practice*, 29, 622-624.
- Miller, N. E., & Magruder, K. M. (Eds.). 1999. *Cost-effectiveness of psychotherapy*. New York: Oxford University Press.
- Moran, P. W. (1999). Psychological interventions and medical cost offset: Implications for integrative health care. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 6, 242-244.
- Mumford, E., Schlesinger, H. J., Glass, G. V., Patrick, C., & Cuerdon, T. (1984). A new look at evidence about reduced cost of medical utilization following mental health treatment. *American Journal of Psychiatry*, 141, 1145-1158.
- Nathan, P. E., & Gorman, J. M. (Eds.). (1998). *A guide to treatments that work*. New York: Oxford University Press.
- Nezu, A. M., Nezu, C. M., & Lombardo, E. R. (2001). Cognitive-behavior therapy for medically unexplained symptoms: A critical review of the treatment literature. *Behavior Therapy*, 32, 537-583.
- O'Farrell, T. J., Choquette, K. A., Cutter, H. S., Floyd, F. J., Bayog, R., Brown, E. D. et coll. (1996). Cost-benefit and cost-effectiveness analyses of behavioral marital therapy as an addition to outpatient alcoholism treatment. *Journal of Substance Abuse*, 8, 145-166.
- Roth, A. D., & Fonagy, P. (1996). *What works for whom? A critical review of psychotherapy research*. New York: Guilford.
- Sadavoy, J., & Perry, J. C. (1999). Psychotherapy services and cost-effectiveness: A Canadian perspective. In N. E. Miller & K. M. Magruder (Eds.), *Cost-effectiveness of psychotherapy* (pp. 327-333). New York: Oxford University Press.
- Saskatchewan Psychological Association. (2001). *Submission to the Standing Committee on Health Care: Respecting the final report of the Saskatchewan Commission on Medicare (Fyke Report)*. Regina, SK: Author.
- Schlesinger, H. J., Mumford, E., Glass, G. V., Patrick, C., & Sharfstein, S. (1983). Mental health treatment and medical care utilization in a fee-for-service system: Outpatient mental health

- treatment following the onset of a chronic disease. *American Journal of Public Health*, 73, 422-429.
- Schoenwald, S. K., Ward, D. M., Henggeler, S. W., & Rowland, M. D. (2000). Multisystemic therapy versus hospitalization for crisis stabilization of youth: Placement outcomes four months postreferral. *Mental Health Services Research*, 2, 3-12.
- Sharpe, L., Sensky, T., Timberlake, N. et coll. (2001). A blind, randomized, controlled trial of cognitive-behavioral intervention for patients with recent onset rheumatoid arthritis: Preventing psychological and physical morbidity. *Pain*, 89, 275-283.
- Simon, G., Ormel, J., Von Korff, M., & Barlow, W. (1995). Health care costs associated with depressive and anxiety disorders in primary care. *American Journal of Psychiatry*, 152, 352-357.
- Simpson, J. S. A., Carlson, L. E., & Trew, M. E. (2001). Effect of group therapy for breast cancer on healthcare utilization. *Cancer Practice*, 9, 19-26.
- Société canadienne de psychologie. (1999). Enquête sur la répartition géographique des psychologues agréés au Canada. Ottawa, ON: auteur.
- Société canadienne de psychologie. (2001). Placer le comportement humain au cœur du système de soins de santé au Canada, ON: auteur.
- Spiegel, D. (Ed.). (1999). *Efficacy and cost-effectiveness of psychotherapy*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Stephens, T., & Joubert, N. (2001). The economic burden of mental health problems in Canada. *Chronic Diseases in Canada*, 22, 18-23.
- Toeus, C., Kaplan, R., & Atkins, C. (1984). The costs and effects of behavioral programs in chronic obstructive pulmonary disease. *Medical Care*, 22, 1088-1099.
- U. K. Department of Health. (2001). *Treatment choice in psychological therapies and counselling: Evidence based clinical practice guidelines*. London: Author.
- van Tulder, M. W., Ostelo, R., Vlaeyen, J. W. et coll. (2000). Behavioural treatment for chronic low back pain. *Cochrane Database Systemic Reviews*, CD002014 (latest version February 15, 2000).
- Von Korff, M., Katon, W., Bush, T., Lin, E. H., Simon, G. E., Saunders, K., Ludman, E., Walker, E., & Unutzer, J. (1998). Treatment costs, cost offset, and cost-effectiveness of collaborative management of depression. *Psychosomatic Medicine*, 60, 143-149.
- Whiting, P., Bagnall, A.-M., Sowden, A. J., Cornell, J. E., Mulrow, C. D., & Ramirez, G. (2001). Intervention for the treatment and management of chronic fatigue syndrome: A systematic review. *Journal of the American Medical Association*, 286, 1360-1368.
- Yates, B. T. (1996). *Analyzing costs, procedures, processes, and outcomes in human services*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Yates, B. T. (1997). From psychotherapy research to cost-outcome research: What resources are necessary to implement which therapy procedures that change what processes to yield which outcomes? *Psychotherapy Research*, 7, 345-364.
- Zhang, M., Rost, K. M., & Fortney, J. C. (1999). Earnings changes for depressed individuals treated by mental health specialists. *American Journal of Psychiatry*, 156, 108-114.