

**Les études de coûts-efficacité des traitements pharmacologiques et psychologiques des troubles anxieux : une recension des écrits**

**Studies of cost/effectiveness of pharmacological and psychological treatment of anxiety disorders: a literature review**

**Los estudios de costo-eficacia de los tratamientos farmacológicos y psicológicos de los trastornos de ansiedad: una recensión de textos**

**Recensão da literatura sobre os estudos de custo-eficácia dos tratamentos farmacológicos e psicológicos dos transtornos de ansiedade**

Joannie Poirier-Bisson, Pasquale Roberge, André Marchand and Rachel Grégoire

Volume 35, Number 1, Spring 2010

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/044801ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/044801ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (print)

1708-3923 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Poirier-Bisson, J., Roberge, P., Marchand, A. & Grégoire, R. (2010). Les études de coûts-efficacité des traitements pharmacologiques et psychologiques des troubles anxieux : une recension des écrits. *Santé mentale au Québec*, 35(1), 129–152. <https://doi.org/10.7202/044801ar>

Article abstract

This article reviews the literature on economic studies of evidence-based cognitive-behavioral treatment and pharmacotherapy for anxiety disorders. Articles were identified through electronic search of medical and psychological databases between 1980 and 2008. Seven studies were identified and included panic disorder, generalized anxiety disorder, specific phobia and social phobia. Results show that evidence-based cognitive-behavior therapy and pharmacotherapy are cost-effective, usually more than usual care. Although the evidence base needs to be strengthened, it appears beneficial in increasing access to evidence-based treatments for anxiety disorders from a societal perspective.



## Les études de coûts-efficacité des traitements pharmacologiques et psychologiques des troubles anxieux : une recension des écrits

Joannie Poirier-Bisson\*

Pasquale Roberge\*\*

André Marchand\*\*\*

Rachel Grégoire\*\*\*\*

Cet article porte sur une recension des écrits sur l'évaluation économique des traitements éprouvés cognitivo-comportementaux et pharmacologiques des troubles anxieux. La recherche des articles pertinents s'échelonne de 1980 à 2008, à partir des bases de données électroniques du milieu médical et psychologique. Sept études sont recensées et portent sur le trouble panique, le trouble d'anxiété généralisée, la phobie spécifique et la phobie sociale. Les traitements pharmacologiques et la psychothérapie cognitive-comportementale présentent un rapport coûts-efficacité avantageux, particulièrement lorsque comparés aux soins usuels. Les auteurs concluent que malgré le besoin de renforcer l'état des connaissances sur le rapport coûts-efficacité des interventions, il semble avantageux pour la société d'accroître l'accès aux traitements éprouvés des troubles anxieux.

**S**elon des enquêtes épidémiologiques réalisées dans divers pays, la prévalence des troubles anxieux se situe autour de 10,6 % sur une période de 12 mois et de 16,6 % à vie (Somers et al., 2006). Ils constituent une source importante de détresse ainsi que d'incapacités fonctionnelles, sociales et physiques (Leon et al., 1995 ; OMS, 2001). Parmi les individus qui consultent pour des raisons de santé mentale, environ une personne sur trois obtient un traitement minimalement en adéquation avec les recommandations des guides de pratique clinique (Stein et al., 2004 ; Wang et al., 2000 ; Young et al., 2001). L'Association des psychiatres du Canada a publié en 2006 un guide de pratique

\* Étudiante au doctorat en psychologie, Ph.D. (c), Université du Québec à Montréal.

\*\* Ph.D., Université de Montréal, Institut national de santé publique du Québec, CRCHUM.

\*\*\* Ph.D., Université du Québec à Montréal et Centre de recherche Fernand-Séguin de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine.

\*\*\*\* Étudiante au doctorat en psychologie, Ph.D. (c), Université du Québec à Montréal.

clinique sur le traitement des troubles anxieux (APC, 2006). Le comité d'experts canadiens propose des recommandations fondées sur des données probantes concernant le diagnostic et le traitement des troubles anxieux. Les traitements de choix pour les troubles anxieux comprennent la psychothérapie cognitive-comportementale ainsi que des traitements pharmacologiques. Alors que l'efficacité clinique des traitements pour les troubles anxieux est bien établie, peu d'études se sont intéressées au rapport entre les coûts associés à ces traitements et leur efficacité.

### Évaluations économiques

Les évaluations économiques s'avèrent de plus en plus sollicitées en santé mentale, particulièrement en raison du nombre limité de ressources disponibles, du souci d'amélioration de la qualité des soins et du fait que les troubles mentaux représentent des coûts sociaux et économiques considérables pour la société (Dupont et al., 1996 ; Greenberg et al., 1999). Il existe trois principaux types d'évaluation économique qui peuvent contribuer à la prise de décision éclairée des décideurs, gestionnaires et cliniciens. L'analyse coûts-efficacité constitue le type d'évaluation économique le plus courant en santé mentale (Murray et al., 2000). Elle permet de comparer des interventions ayant des objectifs similaires, à partir d'unités cliniques dites « naturelles » comme la fréquence des symptômes d'un trouble spécifique, le nombre de journées d'absentéisme, le fonctionnement psychosocial ou la qualité de vie (Drummond et al., 1997 ; Hoch et Smith, 2006). Une des méthodes les plus employées dans ce type d'étude est l'analyse coûts-efficacité incrémentale (ICER), ce qui implique le calcul des coûts incrémentaux (traitement — soins usuels) et de l'efficacité incrémentale (traitement — soins usuels). Cette méthode met en évidence les coûts additionnels d'une intervention sur une autre en comparant ses effets, ses bénéfices et son utilité additionnels (Drummond et al., 1997). Les résultats peuvent être représentés sur un plan en deux dimensions (*cost-effectiveness plane*) qui permet d'observer si l'intervention est dominante, soit à la fois plus efficace et moins coûteuse que l'intervention avec laquelle elle est comparée. Une procédure non paramétrique (poids de réplifications Bootstrap) permet d'estimer cette probabilité. L'analyse coûts-bénéfices, le deuxième type d'évaluation économique, implique une mesure des effets en termes monétaires. Par exemple, les années de vie gagnées suite à une intervention peuvent être transposées en un équivalent monétaire qui exprime la valeur accordée à chaque année de survie. Finalement, l'analyse coûts-utilité mesure les effets sous la forme d'une durée de vie espérée, pondérée pour tenir compte du niveau

de préférence qu'elle suscite dans la société ou pour des groupes particuliers. La mesure la plus utilisée en santé mentale dans les analyses coûts-utilité est le nombre d'années de vie gagnées pondérées par la qualité, l'équivalent de l'expression anglaise *Quality-Adjusted Life Years* (QALYs), qui tient compte à la fois de la durée et de la qualité de vie des participants dans l'évaluation de sa mesure d'utilité (Hoch et Smith, 2006). Les résultats de ce type d'analyse représentent donc le nombre d'années en santé qu'un programme spécifique permet d'acquérir (Drummond et al., 1997). Dans les trois types d'évaluation économique, les résultats doivent être interprétés en fonction de la perspective d'analyse (Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé, 2006). La perspective sociétale est préconisée dans les évaluations d'interventions en santé puisqu'elle vise à englober l'ensemble des coûts directs (soins et services de santé), indirects (par exemple, baisse de productivité au travail) et intangibles (par exemple, la douleur ou souffrance) associés à une intervention (Roy et Madhavan, 2008). Lorsqu'une perspective particulière est adoptée, telle que celle des patients, d'un employeur ou du système de soins public, les coûts et les effets mesurés se limitent aux intérêts particuliers de ce groupe. Par exemple, l'évaluation des coûts selon la perspective d'un assureur privé pourrait se limiter aux coûts d'un médicament plutôt qu'à l'ensemble de l'utilisation de services de santé associée à un problème de santé (hospitalisation, consultations médicales) et aux coûts défrayés par le patient (absentéisme au travail).

Considérant qu'il existe des traitements efficaces pour les troubles anxieux, l'évaluation de ces coûts en regard du niveau d'efficacité des traitements permet d'identifier les interventions qui offrent le rapport coûts-efficacité le plus avantageux. La présente recension des écrits vise à rapporter les évaluations économiques d'interventions cognitives-comportementales ainsi que pharmacologiques des troubles anxieux et à proposer les traitements présentant les meilleurs rapports coûts-efficacité pour cette problématique.

## **Méthodologie**

### ***Sélection des études, critères de sélection***

Cette recension des écrits porte sur l'évaluation économique de traitements fondés sur des données probantes pour les troubles anxieux. L'inclusion des études relève de quatre critères. Le premier repose sur l'évaluation d'un traitement dont l'efficacité est reconnue pour les troubles anxieux, c'est-à-dire la thérapie cognitive-comportementale (TCC) ou la pharmacothérapie (APC, 2006). Le deuxième critère

nécessite que les études évaluent les coûts réels des traitements, que ce soit les coûts directs et/ou indirects. Troisièmement, les études doivent être réalisées à partir de protocoles de recherches exigeant certains contrôles méthodologiques. Les devis privilégiés se composent d'études contrôlées randomisées, de protocoles quasi-expérimentaux avec pré-test et post-test et de protocoles à cas unique expérimentaux. Finalement, les études doivent porter sur l'étude d'un trouble anxieux, chez des patients âgés de 18 ans et plus.

### ***Recherches dans la littérature***

L'identification des études provient de recherches effectuées à partir des banques de données *PubMed*, *PsycINFO*, *Sage Collection*, *Cochrane Controlled Trials Register* ainsi que *The Cochrane Library*, entre janvier 1980 et juillet 2009. Deux types de mots-clés sont utilisés pour repérer les études pertinentes en français et en anglais. Les mots clés « coût » et « cost » sont associés à chacun des troubles anxieux (trouble panique/panic disorder, agoraphobie/agoraphobia, trouble d'anxiété généralisée/generalized anxiety disorder, trouble de stress post-traumatique/posttraumatic stress disorder, phobie sociale/social phobia, trouble obsessionnel-compulsif/obsessive-compulsive disorder). Ses mots-clés furent employés afin de couvrir l'ensemble des études pouvant avoir trait aux coûts et aux troubles anxieux. La sélection a par la suite été affinée afin d'inclure seulement les études qui comparent les coûts et l'efficacité d'un traitement cognitivo-comportemental ou pharmacologique. La recherche a été élargie par une analyse manuelle des études citées dans les articles répertoriées. Deux évaluateurs ont jugé indépendamment l'éligibilité des 2768 études ainsi ressorties en se basant sur le titre et le résumé de l'article. La lecture complète fut nécessaire dans le cas de 46 articles pour lesquels le titre et le résumé n'étaient pas suffisants pour déterminer leur correspondance aux critères d'inclusion. Sept études ont finalement été retenues et analysées puisqu'elles correspondaient aux critères d'inclusion.

Les études sélectionnées sont analysées à partir d'une grille d'analyse qui contient entre autres les informations suivantes : le type d'étude, le type d'intervention, la durée de l'intervention, l'évaluation objective du patient, la taille de l'échantillon, la durée des suivis, les principaux résultats et les méthodes de calculs des coûts et des rapports coûts-efficacité. La qualité méthodologique des études retenues s'évalue à partir de sept critères tirés des normes méthodologiques d'évaluation de *Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Review Group* (EPOC) (2002) : le calcul de la puissance, l'assignation aléatoire,

l'évaluation prétraitement, la protection contre la contamination, la proportion de sujets éligibles assignés aux groupes à l'étude, la proportion de sujets ayant complété l'intervention et l'évaluation objective de l'état des participants. Une procédure d'accord inter-juge fut utilisée dans l'évaluation méthodologique de chacune des études.

## **Résultats**

### ***Description des études***

Le tableau I présente les principales caractéristiques de chacune des sept études sélectionnées. Quatre de ces études portent sur le trouble panique (TP), 1 sur le trouble d'anxiété généralisée (TAG), 1 sur le TP et la phobie spécifique et 1 sur le TP, la phobie sociale et le TAG. Quatre d'entre elles ont été effectuées aux États-Unis, une au Canada, 1 en Angleterre et 2 autres aux Pays-Bas. Les traitements psychologiques comprennent la TCC conventionnelle ( $N = 5$ ), la TCC brève ( $N = 2$ ), la TCC par ordinateur ( $N = 1$ ) et la TCC auto-gérée ( $N = 1$ ). Les traitements pharmacologiques comprennent des inhibiteurs sélectifs de recapture de la sérotonine (ISRS) et sont combinées à la TCC dans certaines études. Ces traitements éprouvés sont comparés aux soins usuels, à d'autres modalités de traitements pharmacologiques ou de TCC ainsi qu'à la thérapie brève. Seulement 3 études rapportent clairement leur perspective d'analyse économique (Roberge et al., 2008 ; Stant et al., 2008 ; van Roijen et al., 2006).

La qualité méthodologique des études est, dans l'ensemble, modérée à élevée. Six études utilisent des protocoles expérimentaux et la septième un protocole quasi-expérimental (Otto et al., 2000). Une seule étude (McCrone et al., 2004) rapporte la puissance des calculs statistiques comme étant significative, les autres n'en font pas mention. Six des études ont procédé à une assignation aléatoire des sujets, une seule étude n'a pas précisé la méthode d'assignation (Otto et al., 2000). Pour ce qui est de l'évaluation pré-traitement, dans 6 des 7 articles, l'état du patient était évalué avant toute intervention et il n'y avait aucune différence importante entre les conditions. La protection contre la contamination semble bonne pour les 7 études, c'est-à-dire qu'il y a très peu de chance que les participants de la condition contrôle n'aient reçu l'intervention. La taille de l'échantillon est satisfaisante pour toutes les études. Le nombre de patients ayant complété l'intervention à chaque suivi n'est pas toujours spécifié. Deux études rapportent que moins de 80 % de leurs sujets ont complété le suivi (Katon et al., 2006 ; van Roijen et al., 2006) et seulement 4 études ont plus de 80 % de leurs sujets qui ont complété les évaluations. Finalement, toutes les études ont

Tableau I  
Synthèse des études

Étude	Trouble, Population, Type de clinique et Lieu	Traitements	Évaluation de l'efficacité	Calcul des Coûts (année de référence, sources d'information)	Calcul du coût-efficacité
<p><b>Katon et al. (2006); Roy-Byrne et al. (2005)</b></p>	<p>Trouble panique (<math>N = 232</math>)</p> <p>TCC et pharmacothérapie <math>n = 119</math> (68 % femmes; moyenne de 40,6 ans)</p> <p>Soins usuels <math>n = 113</math> (66 % femmes; moyenne de 41,9 ans)</p> <p>Cliniques de première ligne avec affiliation universitaire</p> <p>Seattle, Los Angeles et San Diego, USA</p>	<p>La TCC comprend 6 rencontres individuelles (maximum) avec un psychologue sur une période de 3 mois et 6 appels téléphoniques de suivi au cours des 9 mois suivants.</p> <p>La pharmacothérapie comprend un ISRS pour un minimum de 6 semaines (à moins de contre-indication).</p> <p>Les soins usuels correspondent au traitement offert par un médecin généraliste de première ligne. Ce médecin est informé du diagnostic de TP du patient au début de l'étude.</p>	<p>AFDs basé sur l'ASI et les QALYs dérivés du SF-12</p>	<p>2004</p> <p>Dossiers médicaux</p> <p>Medicare</p> <p>Red Book</p>	<p>ICER à partir des AFDs et des QALYs</p>

Étude	Trouble, Population, Type de clinique et Lieu	Traitements	Évaluation de l'efficacité	Calcul des Coûts (année de référence, sources d'information)	Calcul du coût-efficacité
<p><b>McCrone, et al. (2004) ; Proudfoot et al. (2004)</b></p>	<p>Dépression, anxiété et dépression ; anxiété (phobies et panique) (<i>N</i> = 274)</p> <p>Soins usuels <i>n</i> = 123 (74 % femmes ; moyenne de 43,7 ans). 55 % diagnostic anxiété et dépression comorbides ; 5 % trouble panique ; 6 % phobie sociale ; 4 % agoraphobie ; 3 % phobie spécifique.</p> <p>TCC par ordinateur <i>n</i> = 138 (73 % femmes ; moyenne de 43.6 ans). 49 % anxiété et dépression comorbides ; 6 % trouble panique ; 3 % phobie sociale ; 2 % agoraphobie ; 1 % phobie spécifique.</p> <p>Cliniques de première ligne</p> <p>Londres et le sud-est de l'Angleterre.</p>	<p>Le traitement par ordinateur consiste en l'utilisation d'un logiciel, Beating the Blues, comprenant huit séances de 50 minutes de TCC. Des médecins généralistes ainsi que des infirmières sont tenus au courant des progrès des participants par des rapports acheminés par l'ordinateur régulièrement.</p> <p>Les soins usuels correspondent au traitement prescrit par le médecin généraliste de la clinique, sans interférence ou suggestion de la part de l'équipe de recherche.</p>	<p>Beck Depression Inventory (BDI) et les QALYs</p>	<p>2001</p> <p>Dossiers médicaux</p>	<p>L'approche du bénéfice net est utilisée pour calculer le c/e.</p> <p>Bénéfice net = (diminution de l sur BDI x efficacité) – coût du service.</p>



Étude	Trouble, Population, Type de clinique et Lieu	Traitements	Évaluation de l'efficacité	Calcul des Coûts (année de référence, sources d'information)	Calcul du coût-efficacité
<p><b>McHugh et al. (2007); Barlow et al. (2000)</b></p>	<p>Trouble panique (<math>N = 312</math>)</p> <p>TCC <math>n = 77</math> (63,2 % femmes ; moyenne de 37.5 ans)</p> <p>Imipramine <math>n = 83</math> (60,2 % femmes ; moyenne de 35.5 ans)</p> <p>Paroxétine <math>n = 24</math> (75,0 % femmes ; moyenne de 34.2 ans)</p> <p>TCC + Imipramine <math>n = 65</math> (64,1 % femmes ; moyenne de 34.1 ans)</p> <p>TCC + Paroxétine <math>n = 63</math> (58,1 % femmes ; moyenne de 37.8 ans)</p> <p>Cliniques spécialisées en anxiété Boston, USA</p>	<p>La TCC correspond à un maximum de 17 rencontres de 50 minutes avec un clinicien de niveau doctoral.</p> <p>Pour ce qui est des traitements pharmacologiques, un psychiatre est responsable du suivi de la médication.</p>	<p>Panic Disorder Severity Scale (PDSS)</p>	<p>2006</p> <p>Dossiers médicaux</p> <p>Medicare, Medicaid et Drug Topics Red book</p>	<p>Les rapports coûts-efficacité représentent le coût pour une unité d'amélioration sur l'échelle PDSS.</p>

Étude	Trouble, Population, Type de clinique et Lieu	Traitements	Évaluation de l'efficacité	Calcul des Coûts (année de référence, sources d'information)	Calcul du coût-efficacité
<p><b>Otto et al. (2000)</b></p>	<p>Trouble panique (<i>N</i> = 80)</p> <p>TCC avec médication au départ <i>n</i> = 20</p> <p>TCC sans médication au départ <i>n</i> = 20</p> <p>Pharmacothérapie avec médication au départ <i>n</i> = 20</p> <p>Pharmacothérapie sans médication au départ <i>n</i> = 20</p> <p>Cliniques spécialisées en anxiété (3<sup>e</sup> ligne) Massachusetts, USA</p>	<p>La TCC de groupe et individuelle est administrée en 12 séances, par des psychologues.</p> <p>Pour la pharmacothérapie, dans l'étude 40 % des patients ont reçu des ISRS seuls, 10 % des benzodiazépines seul et 50 % ont reçu une combinaison des deux.</p>	<p>Clinician Global Impression of Severity Scale (CGI)</p>	<p>1997</p> <p>Dossiers médicaux</p> <p>Red book</p>	<p>Les coûts de chaque traitement sur une période d'un an sont divisés par l'efficacité du traitement.</p>

Étude	Trouble, Population, Type de clinique et Lieu	Traitements	Évaluation de l'efficacité	Calcul des Coûts (année de référence, sources d'information)	Calcul du coût-efficacité
<p><b>Roberge et al. (2008); Marchand et al. (2004)</b></p>	<p>Trouble panique (<math>N = 100</math>)</p> <p>TCC <math>n = 33</math> (73 % femmes; moyenne de 36.4 ans)</p> <p>TCC de groupe <math>n = 35</math> (81 % femmes; moyenne de 40.3 ans)</p> <p>TCC brève <math>n = 32</math> (83 % femmes; moyenne de 42.0 ans)</p> <p>Cliniques spécialisées de santé mentale Montréal, Canada</p>	<p>La TCC conventionnelle comprend 14 sessions d'une heure; La TCC de groupe comprend 14 sessions de trois heures.</p> <p>La TCC brève comprend 7 sessions, avec le même contenu que la TCC conventionnelle et de groupe, à l'exception de la participation des psychologues aux exercices d'exposition in vivo.</p>	<p>Index de fonctionnement global; Inventaire de mobilité pour l'agoraphobie; QPP; QSP; Échelle globale de sévérité des symptômes, présence d'attaque de panique et IDB.</p>	<p>2000</p> <p>Entrevue semi structurée</p> <p>RAMQ (médicaments et coûts unitaires des consultations médicales)</p> <p>OPQ (psychothérapeutes)</p>	<p>ICER</p> <p>Les rapports de coûts-efficacité sont calculés à partir de l'Index de fonctionnement global et les coûts de chaque traitement. Chaque point de changement à l'Index de fonctionnement global est mis en relation avec les coûts directs et indirects.</p>

Étude	Trouble, Population, Type de clinique et Lieu	Traitements	Évaluation de l'efficacité	Calcul des Coûts (année de référence, sources d'information)	Calcul du coût-efficacité
<p><b>van Roijen et al. (2006)</b></p>	<p>Dépression majeure, trouble dysthymique, trouble panique, phobie sociale et anxiété généralisée (<math>N = 702</math>) (41 % trouble de l'humeur et anxiété; 47 % trouble de l'humeur; 12 % anxiété)</p> <p>Soins usuels <math>n = 266</math> (65 % femmes; moyenne de 36 ans)</p> <p>TCC <math>n = 232</math> (60 % femmes; moyenne de 36 ans)</p> <p>Thérapie brève <math>n = 204</math> (57 % femmes; moyenne de 37 ans)</p> <p>Cliniques spécialisées en santé mentale Pays-Bas</p>	<p>La thérapie brève est une approche à court terme qui se centre sur le présent et sur la capacité de l'individu.</p> <p>La TCC est centrée sur les cognitions erronées et leur remise en question. De la même façon que la thérapie brève, une approche stepped-care a été adoptée pour la TCC suivant laquelle tous les participants ont reçu initialement un traitement de première ligne et n'ont été référés pour une autre thérapie que si la première thérapie s'avérait inadéquate.</p>	<p>Euro Qol Questionnaire (EQ-5D), un instrument validé afin de mesurer la qualité de vie, à l'aide de 5 items.</p>	<p>2002</p> <p>Trimbos and iMTA Questionnaire on Costs Associated with Psychiatric Illness (TiC-P), instrument qui mesure l'utilisation des services de santé et la baisse de productivité.</p>	<p>Les rapports coûts-utilité sont calculés à partir de la différence entre les coûts médicaux directs et indirects pour les patients qui reçoivent soit la thérapie brève, ou une condition contrôle (TCC ou soins usuels) et la différence dans le nombre de QALYs gagné.</p>

Étude	Trouble, Population, Type de clinique et Lieu	Traitements	Évaluation de l'efficacité	Calcul des Coûts (année de référence, sources d'information)	Calcul du coût-efficacité
<p><b>Stant et al. (2008); Den Boer et al. (2007)</b></p>	<p>Dépression et trouble d'anxiété généralisée (<math>N = 151</math>)</p> <p>Soins usuels <math>n = 59</math> (63 % femmes; moyenne de 41.9 ans)</p> <p>Thérapie cognitive auto-gérée <math>n = 61</math> (69 % femmes; moyenne de 40.7 ans)</p> <p>Cliniques externes Pays-Bas</p>	<p>La thérapie autogérée correspond à une TCC dans laquelle le patient reçoit un manuel expliquant les principes du traitement et le but est qu'il puisse devenir un professionnel paramédical pour ses pairs. Le programme est composé de la phase préparatoire, incluant 3 rencontres d'orientation de 45 minutes, pour voir si le patient peut prendre en main son traitement et s'il le veut. Dans la phase 2, les patients se regroupent ensemble 3 fois, pour pratiquer les exercices. À la phase 3, les patients reçoivent un cours de 5 jours afin d'apprendre à gérer une session de thérapie. Finalement, dans la phase 4, les patients qui ont su gérer adéquatement une séance de thérapie avec leurs pairs vont une fois par semaine diriger les séances de thérapie autogérée à l'aide du manuel fourni.</p> <p>Les soins usuels consistent à 10 à 20 sessions avec un psychologue, un travailleur social ou une infirmière psychiatrique.</p>	<p>Symptom Checklist 90 (SCL-90), un instrument composé de 9 sous-échelles qui permettent d'identifier la présence de problèmes psychologiques et des symptômes de psychopathologie.</p>	<p>2003</p> <p>Dossiers médicaux</p> <p>Questionnaires auto rapportés</p>	<p>ICER à partir du SCL-90</p>

QALYs: Quality adjusted life years; AFDs: Anxiety Free Days; ICER: Incremental cost-effectiveness ratio; ASI: Anxiety sensitivity index; RAMQ: Régie de l'assurance-maladie du Québec; OPQ: Ordre des psychologues du Québec

évalué les variables principales à l'aide d'outils et d'instruments objectifs et validés.

### **Analyse des études recensées**

La première étude (Katon et al., 2006; Roy-Byrne et al., 2005) examine le rapport coûts-efficacité d'une thérapie cognitive comportementale (TCC) combinée à un traitement pharmacologique de type ISRS et ceux des soins usuels de première ligne pour le TP. Les mesures principales d'efficacité du traitement comprennent un indicateur du nombre de journées sans anxiété (*Anxiety Free Days* (AFDs)), dérivé de l'Index de sensibilité à l'anxiété (ISA), ainsi que des QALYs. Les données sur l'utilisation des services de soins de santé et les médicaments sont basées sur les dossiers de l'étude clinique, d'une entrevue structurée sur l'utilisation de services de santé ainsi que des bases de données administratives. Les coûts directs incluent les coûts des services médicaux et les coûts d'administration du traitement sur une durée d'un an. L'évaluation des coûts est réalisée en fonction des coûts unitaires de 2004 fournis par *Medicare*, un système d'assurance de santé géré par le gouvernement américain et le logiciel *Redbook* pour le coût des médicaments, un ouvrage contenant le nom et le prix générique des médicaments prescrits aux États-Unis. La méthode d'analyse ICER fut utilisée afin de comparer le traitement combiné aux soins usuels. Les résultats montrent que la TCC combinée à la pharmacothérapie est plus efficace que les soins usuels, les patients dans la condition intervention présentent plus de journées sans anxiété (60,4 %) sur une période de 12 mois que ceux des soins usuels. Lorsque l'ensemble des coûts sont pris en considération, à l'exception des hospitalisations, la condition intervention engendre des coûts supplémentaires d'environ 492\$ par comparaison aux soins usuels.

McCrone et al. (2004) évaluent les rapports coûts-efficacité et coûts-utilité d'une TCC dispensée par ordinateur comparé à des soins usuels pour traiter l'anxiété et la dépression dans des services de première ligne. L'efficacité des traitements au niveau de l'anxiété est évaluée à l'aide de l'Inventaire d'anxiété de Beck (IAB), du *Work and Social Adjustment scale* (WSA) et des QALYs, bien que la mesure principale qui sert à calculer l'efficacité du traitement soit l'Inventaire de dépression de Beck (IDB). Les données sur l'utilisation des services sont recueillies à l'aide des informations contenues dans les dossiers médicaux. Les coûts unitaires de la médication sont établis à partir du *British National Formulary* (2001), un ouvrage contenant le prix générique des médicaments en Grande-Bretagne et le coût des services

médicaux (personnel médical, hospitalisation, etc.) est obtenu à l'aide d'une source nationale (Netten et Curtis, 2000). Les rapports de coûts-efficacité sont calculés selon une approche de bénéfice net (Briggs, 2001), qui vise à déterminer la moyenne des différences entre le bénéfice net de l'intervention et celui des soins usuels. Les résultats montrent que le traitement TCC est plus efficace et plus dispendieux de £40 que les soins usuels, sur une période de 8 mois, bien que la différence entre les conditions soit significative seulement au niveau de l'efficacité. Au niveau des analyses de coûts-efficacité, comme l'intervention est plus efficace, mais également plus dispendieuse, on ne peut conclure qu'elle est plus avantageuse que les soins usuels. Pour ce qui est des rapports coûts-utilité, l'intervention présente un coût par QALYs très compétitif par rapport aux autres types d'interventions recommandées par la *National Health Service* (NHS), soit le système de santé publique du Royaume-Uni.

McHugh et al. (2007) comparent les rapports coûts-efficacité relatifs des traitements éprouvés pharmacologiques, psychologiques et combinés pour le TP. Les auteurs confrontent cinq modalités de traitement, soit la TCC, une pharmacothérapie avec l'imipramine, une pharmacothérapie avec la paroxétine, un traitement combinant la TCC et l'imipramine et finalement la combinaison de la TCC avec la paroxétine. L'efficacité des différents traitements est évaluée à l'aide du *Panic Disorder Severity Scale* (PDSS), une échelle de sévérité de 7 points. Les coûts inclus dans les analyses correspondent seulement aux coûts directs associés aux cinq modalités de traitement. Les prix des médicaments sont évalués selon les normes du *Drug Topics Red Book* (2006). Les échelles de *Medicare* et *Medicaid*, des compagnies d'assurances médicales importantes aux États-Unis, sont utilisées pour établir le coût des interventions. Les données sur l'utilisation des services et des médicaments sont recueillies à partir des dossiers médicaux des patients. Les rapports coûts-efficacité sont calculés pour chaque modalité de traitement à partir du ratio du coût moyen du traitement par le changement moyen au score composite du PDSS. Chaque rapport obtenu représente le coût par unité d'amélioration au PDSS. Au niveau de l'efficacité, les traitements pharmacologiques et TCC présentent une meilleure efficacité qu'un traitement placebo et la TCC est plus efficace à long terme que l'imipramine (Barlow et al., 2000). Le rapport coûts-efficacité des traitements en phase aiguë correspond à 972 \$ pour l'imipramine, à 1 213 \$ pour la paroxétine, à 1 369 \$ pour la TCC, à 1 856 \$ pour le traitement combiné TCC + imipramine et finalement à 2 068 \$ pour le traitement combiné TCC + paroxétine. Donc, les traitements TCC et pharmacologiques offerts en

monothérapie présentent de meilleurs rapports coûts-efficacité que les traitements combinant les deux types d'intervention. Les deux traitements pharmacologiques seuls présentent un meilleur rapport coûts-efficacité que la TCC seule à court terme. Par contre, cette dernière présente un meilleur rapport lors des suivis à long terme (3-15 mois) avec un rapport coûts-efficacité de 1 227 \$ comparativement à 1596\$ pour l'imipramine et 2 308 \$ pour la paroxétine.

Otto et al. (2000) examinent le rapport coûts/efficacité d'une pharmacothérapie et d'une TCC de groupe et individuelle, en tenant compte de la prise de médication avant le début du traitement. L'efficacité des traitements pour le TP est évaluée à l'aide de l'échelle *Clinical Global Impression of Severity Scale* (CGI). Les informations sur les coûts directs des traitements sont recueillies à partir des dossiers médicaux des patients et les coûts estimés pour chaque traitement sont de 68 \$ pour la pharmacothérapie, 114 \$ pour la TCC individuelle et 48 \$ pour la TCC de groupe et ce, par visite. Les prix des médicaments sont évalués en fonction des montants suggérés dans le *Drug Topics Red Book* (1997) et des normes établies à la clinique spécialisée où est effectuée l'étude pour les interventions psychologiques. Les rapports de coûts-efficacité sont obtenus en divisant le coût de chaque traitement sur une période d'un an par son efficacité. Au niveau de l'efficacité du traitement, que les patients prennent une médication avant ou non, la TCC a des effets à court terme équivalents ou supérieurs à la pharmacothérapie. Pour ce qui est des coûts, lorsque le coût des visites et des traitements alternatifs et de la médication sont pris en compte, la TCC de groupe est le traitement le moins coûteux (523 \$), suivi de la TCC en individuel (1 357 \$) et de la pharmacothérapie (2 305 \$), pour une période d'un an. Les rapports coûts-efficacité pour leur part montrent que la TCC de groupe est la plus avantageuse (246 \$), suivi de la pharmacothérapie (447 \$) et de la TCC en individuelle (565 \$).

Roberge et al. (2008) ont comparé trois modalités de traitement TCC pour le TP, soit la TCC conventionnelle, la TCC de groupe et la TCC brève. L'efficacité des traitements est évaluée à l'aide d'un index de fonctionnement global, qui est un score composite obtenu à l'aide des résultats provenant de l'Inventaire de mobilité pour l'agoraphobie, du Questionnaire sur les pensées phobiques (QPP), du Questionnaire sur les sensations physiques (QSP), de l'Échelle globale de sévérité des symptômes, de la présence ou non d'attaque de panique et de l'Inventaire de dépression de Beck (BDI). Les coûts directs incluent les coûts de la TCC et l'estimation des honoraires des professionnels provient des tarifs en vigueur suggérés par l'Ordre des psychologues du



Québec (1999). Les informations sur l'utilisation de services de santé et les coûts indirects (absentéisme, transport, etc.) sont recueillies à l'aide d'une entrevue semi-structurée et les coûts associés aux consultations médicales sont calculés en fonction des montants établis par la Régie de l'assurance maladie du Québec (2000). Les rapports coûts-efficacité sont obtenus en mettant en relation le coût pour chaque modalité de traitement avec les valeurs obtenues à l'Index de fonctionnement global. Lorsque les coûts directs et indirects sont pris en compte, l'estimation des coûts correspond à 1 412 \$ pour la TCC conventionnelle, 1 263 \$ pour la TCC de groupe et 691 \$ pour la TCC brève. Pour chaque point d'amélioration à l'échelle de fonctionnement global, les coûts totaux associés à la santé mentale correspondent à 376 \$ pour la TCC conventionnelle, à 249 \$ pour la TCC de groupe et à 154 \$ pour la TCC brève. Par comparaison à la TCC conventionnelle, les modalités de traitement bref et de groupe offrent un rapport coûts-efficacité avantageux. Dans des analyses complémentaires, la même équipe (Marchand et al., 2004) a comparé les rapports coûts-efficacité des participants qui prenaient une médication avant le début du traitement par rapport à ceux qui n'en prenaient pas. Les résultats démontrent que les gains thérapeutiques sont plus élevés chez les individus qui ne prenaient pas de médication avant le début du traitement, et ce, même après deux ans. Pour ce qui est des coûts reliés au traitement des participants prenant une médication préalable (qui maintiennent leur médication stable durant le traitement), la condition avec médication coûte en moyenne 1 059 \$ alors que la condition sans médication est de 976 \$. Finalement, la condition sans médication présente un meilleur rapport coûts-efficacité à tous les temps de mesure en comparaison à la condition avec médication.

L'étude de van Roijen et al. (2006) s'intéresse au rapport coûts-utilité de la thérapie brève par comparaison à la TCC (maximum de 15 sessions) et aux soins usuels dans le traitement de l'anxiété et la dépression. L'efficacité des traitements est évaluée à l'aide du *EuroQol Questionnaire (EQ-5D)*, un instrument de mesure qui permet de calculer les QALYs. Les coûts directs (l'utilisation de ressources médicales) et les coûts indirects (la baisse de productivité) sont évalués à l'aide du *Trimbos and iMTA Questionnaire on Costs Associated with Psychiatric Illness (TiC-P)* et les coûts unitaires pour les consultations médicales sont établis à l'aide des normes du *College for Health Insurance* (2002). Les rapports coûts-utilité sont calculés à partir de la différence entre les coûts médicaux directs et indirects pour les patients qui reçoivent la thérapie brève ou la condition contrôle (TCC ou soins usuels) sur la différence dans le nombre de QALYs. L'étude montre qu'au niveau de

l'efficacité des traitements, les trois modalités permettent d'améliorer la qualité de vie de façon significative et qu'il n'y a pas de différence significative entre elles. Pour ce qui est des coûts moyens totaux (coûts directs et indirects), les coûts sont estimés à 9 511 € pour les soins usuels, à 9 748 € pour la TCC et à 10 216 € pour la thérapie brève pour une période de 18 mois, ce qui ne représente pas une différence significative entre les conditions.

Finalement, Stant et al. (2007) comparent une TCC autogérée avec les soins usuels pour le trouble d'anxiété généralisée ou la dépression. L'efficacité de l'intervention est évaluée à partir du *Symptom Checklist 90* (SCL-90). Les coûts directs (formation des intervenants, salaires des intervenants, suivis et formation des patients, etc.) et indirects (temps de déplacement, temps investi pour le traitement, baisse de productivité, etc.) sont obtenus principalement à l'aide d'un questionnaire. Les valeurs monétaires sont basées sur l'année de référence 2003. Au niveau de l'efficacité des traitements, aucune différence significative n'est observée entre les deux modalités de traitements à tous les temps de mesure (0, 6, 12 et 18 mois). Les coûts totaux pour la TCC autogérée sont de 4 364 \$ comparativement à 5 241 \$ pour les soins usuels, pour une période de 18 mois. Les rapports de coûts-efficacité incrémentaux sont calculés à partir des résultats obtenus à l'aide du SCL-90 et indiquent une probabilité de 83 % que la TCC présente un meilleur rapport coûts-efficacité que les soins usuels.

## **Discussion**

La présente recension permet d'observer que les traitements éprouvés des troubles anxieux, soit la TCC et la pharmacothérapie, semblent présenter une efficacité et des rapports coûts-efficacité avantageux. La TCC paraît être une option intéressante sous diverses modalités, soit brève (Roberge et al., 2007 ; van Roijen et al., 2006), autogérée (Stant et al., 2008), de groupe (Roberge et al., 2007) ou informatisée (McCrone et al., 2004). Plusieurs auteurs présentent des résultats intéressants en ce qui a trait aux modalités de traitement émergentes de la TCC. Il semble que la TCC par ordinateur soit prometteuse puisqu'elle est bien acceptée par les patients et que certaines études rapportent une efficacité comparable à celle de la TCC individuelle en face à face (Cavanagh et Shapiro, 2004 ; Kaltenthaler et al., 2002). La pharmacothérapie quant à elle présente une efficacité comparable à la TCC, particulièrement à court terme et elle semble plus efficace que les soins usuels selon une des études (Katon et al., 2006). Ces soins usuels comptent souvent eux-mêmes un traitement pharmacologique, mais on peut se demander si le type de médicaments,

la posologie et le suivi sont optimaux puisque son efficacité semble limitée en comparaison aux traitements pharmacologiques examinés dans les études recensées.

Un nombre croissant d'études examine les interventions professionnelles et organisationnelles qui permettent d'améliorer le dépistage des troubles anxieux et l'amélioration de la qualité des soins offerts par les professionnels de la santé, tels que les activités éducatives, la gestion de cas et les soins en collaboration (Smolders et al., 2008). Certains auteurs comme Baldwin et al. (2005) ont publié des guides de pratique se basant sur les données probantes et les recommandations de cliniciens experts afin d'aider les médecins en première et deuxième ligne à administrer un traitement efficace pour les troubles anxieux. Au niveau des pratiques cliniques, ces interventions professionnelles et organisationnelles d'amélioration de la qualité se centrent généralement sur les traitements pharmacologiques et les traitements autogérés. Les résultats de la présente recension soutiennent une utilisation accrue des modalités de TCC émergentes dans ces interventions pour améliorer la qualité des soins pour les troubles anxieux. Les modalités de TCC autogérées pourraient également présenter un rapport coûts-efficacité intéressant pour certains patients mais l'état des connaissances ne permet pas d'évaluer avec exactitude l'estimation des coûts et de l'efficacité de ce type d'intervention (Bower et al., 2001).

Certaines études ont tenté de faire des projections populationnelles, des modélisations permettant de calculer le rapport coûts-efficacité des traitements fondés sur des données probantes pour différents troubles anxieux, et ce, sans procéder à des études cliniques. Les données utilisées dans le cadre de ces études proviennent généralement d'enquêtes épidémiologiques, de banques de données administratives et de données cliniques d'efficacité issues de la littérature scientifique. Issakidis et al. (2004) décrivent des rapports de coûts-efficacité basés sur des données épidémiologiques pour quatre troubles anxieux soit le TP, la phobie sociale (PS), le trouble d'anxiété généralisée (TAG) et le trouble de stress post-traumatique (TSPT). Les auteurs comparent les traitements obtenus en 2004 pour un trouble anxieux, selon les données du *National Survey of Mental Health and Wellbeing*, aux traitements dit optimaux qu'ils auraient du recevoir selon les recommandations des guides de pratiques cliniques. Les analyses montrent que près de 40 % des gens avec un TP, un TAG ou un TSPT reçoivent un traitement basé sur les données probantes, la médication étant le traitement privilégié, suivi d'une combinaison de médication et

de TCC. En comparaison aux soins usuels, les traitements optimaux auraient une plus grande efficacité, à un coût comparable et donc présenteraient un meilleur rapport coûts-efficacité selon ces projections populationnelles.

Il faut prendre les informations ressorties de cette recension avec une certaine réserve, car elle possède quelques limites. Tout d'abord, il y a très peu d'études portant sur le sujet et donc les conclusions que nous pouvons en tirer doivent être interprétées avec prudence. Cette recension nous a permis de remarquer le manque de consensus quant aux mesures d'efficacité et à la manière d'évaluer les coûts et les rapports coûts-efficacité par le fait même. En effet, les méthodes de calcul varient de façon importante selon les études et il importe de tenir compte de plusieurs variables, comme l'organisation du système de santé (publique vs privé) ainsi que les programmes d'assurances qui pourraient influencer les rapports coûts-efficacité des différentes modalités de traitements dans les recherches futures afin d'expliquer les variations dans le calcul des coûts et, par conséquent, des rapports coûts-efficacité. De plus, les études comportent certaines lacunes méthodologiques qui auraient pu biaiser les résultats. Ensuite, la majorité des études sélectionnées concernent le TP, ce qui peut apporter un biais dans la généralisation des résultats obtenus, bien que cela nous permette également d'avoir des conclusions intéressantes pour cette problématique. Également, deux études utilisent une population qui présente une comorbidité entre un trouble anxieux et une dépression sévère, ce qui limite aussi les généralisations. Finalement, seuls les articles en français et en anglais étaient inclus, ce qui a pu limiter l'accès à certains articles pertinents rédigés dans d'autres langues.

## **Conclusion**

Les résultats de cette analyse soulèvent des enjeux importants pour l'intervention auprès des personnes atteintes de troubles anxieux. En effet, compte tenu des ressources limitées disponibles dans le système de santé, il importe de faire les choix éclairés afin de favoriser une meilleure accessibilité à des services de qualité.

La présente recension met en lumière le peu d'études qui analysent le rapport coûts-efficacité des interventions pour les troubles anxieux. Pourtant, ce type d'études semble essentiel afin d'aider les décideurs à cibler les modalités de traitement les plus efficaces, et ce, en fonction des ressources disponibles. Dans les études futures, il serait pertinent d'élargir les sources de données, notamment pour inclure plus systématiquement les coûts sociaux reliés à l'absentéisme et à l'utilisation des

services de santé qu'engendrent les troubles anxieux, lorsqu'ils ne sont pas traités adéquatement. Par ailleurs, la standardisation des méthodes de calculs de l'efficacité, des coûts et des rapports coûts-efficacité permettrait de comparer les études entre elles et ainsi mieux généraliser les résultats.

En conclusion, puisque la TCC et la pharmacothérapie présentent des avantages certains en termes d'efficacité et de coûts-efficacité, il serait pertinent de leur faire une place plus importante dans le système de santé actuel, de les intégrer aux soins usuels afin d'en favoriser l'accès. Sensibiliser et informer le personnel des services de première ligne serait une première étape importante puisque se sont ces intervenants vers qui se tournent les gens souffrant de troubles anxieux. Au Québec, un effort particulier est déployé afin d'améliorer l'accès aux services appropriés pour les personnes souffrant des troubles mentaux, incluant les troubles anxieux (ministère de la Santé et des Services sociaux, 2005). Ce plan prévoit la formation du personnel médical ainsi qu'une réorganisation du système afin de mieux diriger les personnes souffrant de troubles anxieux. Une mesure importante vise la formation des omnipraticiens à la détection des troubles mentaux ainsi qu'au traitement de ces troubles. Cette disposition pourrait permettre que les gens reçoivent des services plus appropriés.

## Références

- AGENCE CANADIENNE DES MÉDICAMENTS ET DES TECHNOLOGIES DE LA SANTÉ, 2006, *Lignes directrices de l'évaluation économique des technologies de la santé au Canada*, 3<sup>e</sup> édition, Ottawa.
- ASSOCIATION DES PSYCHIATRES DU CANADA, 2006, Guide de pratique clinique : Traitement des troubles anxieux, *La Revue canadienne de psychiatrie*, 51, supplément 2, 1s-97s.
- BALDWIN, D. S., ANDERSON, I. M., NUTT, D. J., BANDELOW, B., BOND, A., DAVIDSON, J. R. T, DEN BOER, J. A., FINEBERG, N.A., KNAPP, M., SCOTT, J., WITTCHEN, H. U, 2005, Evidence-based guidelines for the pharmacological treatment of anxiety disorders : recommendations from the British Association for psychopharmacology, *Journal of Psychopharmacology*, 19, 6, 567-596.
- BARLOW, D. H., GORMAN, J. M., SHEAR, M. K., WOODS, S. W., 2000, Cognitive-behavioral therapy, imipramine, or their combination for panic disorder. A randomized controlled trial, *JAMA*, 283, 19, 2529-2536.
- BOWER, P., RICHARDS, D., LOVELL, K., 2001, The clinical and cost-effectiveness of self-help treatments for anxiety and depressive disorders in primary

- care : a systematic review, *British Journal of General Practice*, 51, 471, 838-845.
- BRIGGS, A. H., 2001, A Bayesian approach to stochastic cost-effectiveness analysis, *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 17, 1, 69-82.
- CAVANAGH, K., SHAPIRO, D. A., 2004, Computer treatment for common mental health problems, *Journal of Clinical Psychology*, 60, 3, 239-251.
- COCHRANE EFFECTIVE PRACTICE AND ORGANISATION OF CARE REVIEW GROUP (EPOC), 2002, <http://www.epoc.cochrane.org/en/handsearchers.html>, consulté le 24 septembre 2008.
- DRUMMOND, M. F., O'BRIEN, B., STODDART, G. L., TORRANCE, G. W., 1997, *Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes*, 2nd edition, Oxford University Press, New York.
- DUHOX, A., FOURNIER, L., NGUYEN, C., ROBERGE, P., BEVERIDGE, R., sous presse, Guideline concordance of treatment for depressive disorders in Canada, *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*.
- GREENBERG, P. E., SISITSKY, T., KESSLER, R. C., FINKELSTEIN, S. N., BERNDT, E. R., DAVIDSON, J. R., BALLENGER, J. C., FYER, A. J., 1999, The economic burden of anxiety disorders in the 1990s, *The Journal of Clinical Psychiatry*, 60, 7, 427-435.
- HOCH, J. S., SMITH, M. W., 2006, A guide to economic evaluation : methods for cost-effectiveness analysis of person-level data, *Journal of Traumatic Stress*, 19, 6, 787-797.
- ISSAKIDIS, C., ANDREWS, G., 2002, Service utilisation for anxiety in an Australian community sample, *Social Psychiatry And Psychiatric Epidemiology*, 37, 4, 153-163.
- Issakidis, C., Sanderson, K., Corry, J., Andrews, G., Lapsley, H., 2004, Modelling the population cost-effectiveness of current and evidence-based optimal treatment for anxiety disorders, *Psychological Medicine*, 34, 1, 19-35.
- KALTENTHALER, E., SHACKLEY, P., STEVENS, K., BEVERLEY, C., PARRY, G., CHILCOTT, J., 2002, A systematic review and economic evaluation of computerised cognitive behaviour therapy for depression and anxiety, *Health Technology Assessment*, 6, 22, 1-89.
- KATON, W., RUSSO, J., SHERBOURNE, C., STEIN, M. B., CRASKE, M., FAN, M.-Y., ROY-BYRNE, P., 2006, Incremental cost-effectiveness of a collaborative care intervention for panic disorder, *Psychological Medicine*, 36, 3, 353-363.

- LEON, A. C., PORTERA, L., WEISSMAN, M. M., 1995, The social costs of anxiety disorders, *British Journal of Psychiatry*, Supplement, 27, 19-22.
- MARCHAND, A., GERMAIN, V., REINHARZ, D., MAINGUY, N., LANDRY, P., 2004, Analyse des coûts et de l'efficacité d'une psychothérapie pour le Trouble panique avec agoraphobie versus un traitement combinant la pharmacothérapie et la psychothérapie, *Santé mentale au Québec*, 29, 2, 201-220.
- MCCRONE, P., KNAPP, M., PROUDFOOT, J., RYDEN, C., CAVANAGH, K., SHAPIRO, D.A., ILSON, S., GRAY, J. A., GOLDBERG, D., MANN, A., MARKS, I., EVERITT, B., TYLEE, A., 2004, Cost-effectiveness of computerised cognitive-behavioural therapy for anxiety and depression in primary care : randomised controlled trial, *British Journal of Psychiatry*, 185, 55-62.
- McHugh, R.K., Otto, M.W., Barlow, D.H., Gorman, J.M., Shear, M.K., Woods, S.W., 2007, Cost-efficacy of individual and combined treatments for panic disorder, *Journal Of Clinical Psychiatry*, 68, 7, 1038-1044.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS), 2005, *Plan d'action en santé mentale 2005-2010 : La force des liens*, Québec.
- MURRAY, C. J. L., EVANS, D. B., ACHARYA, A., BALTUSSEN, R. M., 2000, Development of WHO guidelines on generalized cost-effectiveness analysis, *Health Economics*, 9, 3, 235-251.
- NETTEN, A., Curtis, I., 2000, *Units Costs of Health and Social Care*, Canterbury, PSSRU.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, *Rapport sur la santé dans le monde 2001, La santé mentale, nouvelle conception, nouveaux espoirs*, Organisation mondiale de la santé.
- OTTO, M. W., POLLACK, M. H., MAKI, K. M., 2000, Empirically-supported treatments for panic disorder : costs, benefits, and stepped care, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 4, 556-563.
- ROBERGE, P. MARCHAND, A., REINHARZ, D., SAVARD, P., 2008, Cognitive-behavioral treatment for panic disorder with agoraphobia., A randomized controlled trial and cost-effectiveness analysis, *Behavior Modification*, 32, 3, 333-351.
- ROY, S., MADHAVAN, S. S., 2008, Making a case for employing a societal perspective in the evaluation of Medicaid prescription drug interventions, *Pharmacoeconomics*, 26, 4, 281-296.
- ROY-BYRNE, P. P., WAGNER, A. W., SCHRAUFNAGEL, T. J., 2005, Understanding and treating panic disorder in the primary care setting, *Journal Of Clinical Psychiatry*, 66, Suppl 4, 16-22.

- SOMERS, J. M., GOLDNER, E. M., WARAICH, P., HSU, L., 2006, Prevalence and incidence studies of anxiety disorders: a systematic review of the literature, *Canadian Journal of Psychiatry*, 51, 2, 100-113.
- STANT, A. D., TEN VERGERT, E. M., DEN BOER, P. C. A. M., WIERSMA, D., 2008, Cost-effectiveness of cognitive self-therapy in patients with depression and anxiety disorders, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 117, 1, 57-66.
- STEIN, M. B., SHERBOURNE, C. D., CRASKE, M. G., MEANS-CHRISTENSEN, A., BYSTRITSKY, A., KATON, W., SULLIVAN, G., ROY-BYRNE, P. P., 2004, Quality of care for primary care patients with anxiety disorders, *American Journal of Psychiatry*, 161, 12, 2230-2237.
- VAN ROIJEN, L.H., VAN STRATEN, A., AL, M., RUTTEN, F., DONKER, M., 2006, Cost-utility of brief psychological treatment for depression and anxiety, *British Journal of Psychiatry*, 188, 323-329.
- WANG, P. S., BERGLUND, P., KESSLER, R. C., 2000, Recent care of common mental disorders in the United States : prevalence and conformance with evidence-based recommendations, *Journal of General Internal Medicine*, 15, 5, 284-292.
- Young, A. S., Klap, R., Sherbourne, C. D., Wells, K. B., 2001, The quality of care for depressive and anxiety disorders in the United States, *Archives of General Psychiatry*, 58, 1, 55-61.

## **ABSTRACT**

### **Studies of cost/effectiveness of pharmacological and psychological treatment of anxiety disorders: a literature review**

This article reviews the literature on economic studies of evidence-based cognitive-behavioral treatment and pharmacotherapy for anxiety disorders. Articles were identified through electronic search of medical and psychological databases between 1980 and 2008. Seven studies were identified and included panic disorder, generalized anxiety disorder, specific phobia and social phobia. Results show that evidence-based cognitive-behavior therapy and pharmacotherapy are cost-effective, usually more than usual care. Although the evidence base needs to be strengthened, it appears beneficial in increasing access to evidence-based treatments for anxiety disorders from a societal perspective.



**RESUMEN****Los estudios de costo-eficacia de los tratamientos farmacológicos y psicológicos de los trastornos de ansiedad: una recensión de textos**

Este artículo trata de una recensión de los textos de la evaluación económica de los tratamientos cognitivo-comportamentales y farmacológicos de los trastornos de ansiedad probados. La búsqueda de los artículos pertinentes se extiende de 1980 a 2008, a partir de las bases de datos electrónicas del medio médico y psicológico. Se recensan siete estudios que tratan acerca del trastorno de pánico, el trastorno de ansiedad generalizada, la fobia específica y la fobia social. Los tratamientos farmacológicos y la psicoterapia cognitivo-comportamental presentan una relación costo-eficacia ventajosa, particularmente al compararlos con los cuidados usuales. Los autores concluyen que a pesar de la necesidad de aumentar el estado de los conocimientos sobre la relación costo-eficacia de las intervenciones, parece ventajoso para la sociedad incrementar el acceso a los tratamientos probados de los trastornos de ansiedad.

**RESUMO****Recensão da literatura sobre os estudos de custo-eficácia dos tratamentos farmacológicos e psicológicos dos transtornos de ansiedade**

Este artigo é uma recensão da literatura sobre a avaliação econômica dos tratamentos dos transtornos de ansiedade cognitivo-comportamentais e farmacológicos reconhecidos. A pesquisa dos artigos pertinentes se estende de 1980 a 2008, a partir dos bancos de dados eletrônicos do meio médico e psicológico. Sete estudos são recenseados e tratam sobre o transtorno do pânico, o transtorno de ansiedade generalizada, a fobia específica e a fobia social. Os tratamentos farmacológicos e a psicoterapia cognitiva-comportamental apresentam uma relação custo-eficácia vantajosa, particularmente quando comparados às atenções usuais. Os autores concluem que, apesar da necessidade de reforçar o estado dos conhecimentos sobre a relação custo-eficácia, seria vantajoso para a sociedade aumentar o acesso aos tratamentos dos transtornos de ansiedade reconhecidos.