Minerva - Analyse - 20/11/2023

Les thérapies cognitivo-comportementales sont-elles plus efficaces que les autres traitements de la dépression ?

Référence
Cuijpers P, Miguel C, Harrer M, et al. Cognitive behavior therapy vs. control conditions, other psychotherapies, pharmacotherapies and combined treatment for depression: a comprehensive meta-analysis including 409 trials with 52,702 patients. World Psychiatry 2023;22:105-15. DOI: 10.1002/wps.21069

Analyse de
François Léonard, Benoit Léonard et Nancy Durieux, Université de Liège, Faculté de Psychologie, Logopédie et des Sciences de l'Education.
Absence de conflits d'intérêt avec le sujet.

Question clinique

Les TCC (quelles que soient les modalités de prise en charge) sont-elles plus efficaces (à court et à long terme) que les autres prises en charge considérées (autres psychothérapies, pharmacothérapies ou combinaison des deux) ou encore par rapport à des conditions contrôles (placebo, soins usuels) pour le traitement de la dépression, quels que soient l'âge et le contexte (ambulatoire ou hospitalier) ?

Contexte

Les maladies mentales affectent 13% de la population mondiale (1). Les dépressions concernent 28,9% des personnes souffrant de maladies mentales (1). En Belgique, la proportion de personnes souffrant de dépression est passée de 10% en 2018 à 25% en mars 2022, avec une augmentation observée pendant la pandémie de covid-19 en fonction des vagues de contamination et des mesures sanitaires (2). Différents modèles d'interventions cliniques sont disponibles pour traiter les dépressions : psychothérapies, pharmacothérapies, ou combinaison des deux (3). Les thérapies cognitivo-comportementales (TCC) se sont montrées plus efficaces que d'autres psychothérapies, pharmacothérapies, combinaison des deux, soins habituels ou placebo pour traiter la dépression (4). Les effets des TCC comparés aux autres possibilités de traitements dans divers contextes de prise en charge, pour différentes populations et pour différentes durées ont été moins étudiés.

Résumé

Méthodologie

Revue systématique avec méta-analyses (5).

Sources consultées

- les études sont référencées dans une base de données mise à jour régulièrement par les auteurs de l'étude originale (metapsy : https://www.metapsy.org)
- les sources consultées sont PubMed, PsycINFO, Embase et Cochrane Library
- les références bibliographiques de méta-analyses précédentes sur les traitements psychologiques de la dépression
- les essais contrôlés randomisés inclus sont publiés entre 1966 et le premier janvier 2022.

Études sélectionnées

- critères d'inclusion **:**
  - essais contrôlés randomisés sur la dépression et les psychothérapies

    - intervention : toute intervention de TCC (toute modalité de prise en charge, par exemple : individuelle, en groupe)
    - comparaison :
        - groupe contrôle (soins usuels, liste d'attente, placebo)
        - autres interventions : autres psychothérapies, médicaments antidépresseurs, traitements combinés
- au total, 409 essais contrôlés randomisés ont été inclus
- concernant le contexte de prise en charge, 181 (44,3%) essais se sont déroulés en ambulatoire, 106 (25,9%) en milieux hospitaliers et 122 (29,6%) dans d'autres contextes ; un tiers des essais se sont déroulés en Europe et au Royaume-Uni ; un autre tiers des essais se sont déroulés aux Etats-Unis ; ceux du dernier tiers se sont déroulés dans le reste du monde
- la majorité des essais ont été publiés avant 2011 (60,8%)
- critères d'exclusion : ils ne sont pas précisés dans l'article.

Population étudiée

- personnes souffrant de dépression quel que soit l'âge
- un total de 52702 sujets (âge moyen 40,1 ans avec un écart-type de 14,98 ans), comprenant 69% de femmes
- les groupes cibles sont : les adultes (dans 160 essais, soit 39,1%), les enfants et adolescents (dans 37 essais, soit 9% essais), les personnes âgées (dans 26 essais, soit 6,4%), les femmes avec une dépression périnatale (dans 41 essais, soit 10%), tout patient avec comorbidités (dans 70 essais, soit 17,1%), et enfin 75 (18,3%) des essais se concentraient sur d'autres groupes cibles.

Mesure des résultats

- différences standardisées entre les mesures d'intensité des symptômes de dépression entre les deux groupes au post-test (g de Hedges)
- taux de réponse (une diminution de 50% de l'intensité des symptômes de dépression par rapport au début du traitement)
- taux de rémission (un score plus petit ou égal à 7 à *l'Hamilton Rating Scale for Depression*).

Résultats

- le **tableau 1** reprend les résultats principaux pour les différences d'intensité des symptômes de dépression, après traitement, entre les patients traités avec une TCC et ceux traités avec une autre intervention.

Tableau 1. Synthèse des résultats pour les différences d'intensité des symptômes dépressifs après traitement. N = nombre d'essais ; g = différence entre les moyennes standardisées (g de Hedges) avec son intervalle de confiance à 95% ; I^2 = hétérogénéité entre les études avec son intervalle de confiance à 95%. D'après Cuijpers et al. (2023).

Comparaison	Analyse globale	Sans les valeurs extrêmes	Seulement les études à faible risque de biais	Correction pour le biais de publication (Trim-&-Fill)
TCC versus contrôle	N = 271 g = 0,79 [0,70 à 0,89] I^2 = 85% [83 à 86]	N = 194 g = 0,70 [0,65 à 0,74] I^2 = 26% [11 à 39]	N = 90 g = 0,60 [0,49 à 0,71] I^2 = 77% [72 à 81]	N = 349 g = 0,47 [0,35 à 0,59] I^2 = 90% [89 à 91]
TCC versus autres psychothérapies	N = 87 g = 0,06 [0,00 à 0,12] I^2 = 31% [10 à 47]	N = 81 g = 0,04 [-0,01 à 0,09] I^2 = 1% [0 à 27]	N = 24 g = 0,02 [-0,05 à 0,09] I^2 = 0% [0 à 45]	N = 92 g = 0,04 [-0,03 à 0,11] I^2 = 44% [28 à 56]

TCC versus pharmacothérapies	N = 38 g = 0,08 [-0,07 à 0,24] I^2 = 66% [52 à 76]	N = 32 g = -0,03 [-0,13 à 0,07] I^2 = 34% [0 à 57]	N = 8 g = -0,06 [-0,38 à 0,27] I^2 = 66% [29 à 84]	N = 44 g = -0,05 [-0,25 à 0,15] I^2 = 76% [68 à 82]
Traitements combinés versus TCC	N = 15 g = 0,19 [-0,11 à 0,50] I^2 = 68% [45 à 81]	N = 13 g = 0,19 [-0,01 à 0,39] I^2 = 18% [0 à 56]	N = 2 g = -0,24 [-12,73 à 12,25] I^2 = 94% [82 à 98]	N = 18 g = 0,37 [0,03 à 0,72] I^2 = 77% [63 à 85]

  - pour la comparaison entre les TCC et les conditions contrôles, les tailles d'effets standardisées sont significatives et leur ampleur varie de moyenne à grande selon la classification de Cohen
  - pour la comparaison entre les TCC et les autres psychothérapies, l'effet est significatif, mais de taille négligeable dans l'analyse globale en faveur des TCC ; lors des analyses de la robustesse de l'effet, il est toujours négligeable, mais non-significatif
  - pour la comparaison entre les TCC et les pharmacothérapies, l'effet est non significatif et négligeable quelle que soit l'analyse effectuée
  - enfin, les traitements combinés ne sont pas significativement plus efficaces que les TCC seules ; la taille d'effet est petite en faveur des traitements combinés, mais non-significative dans l'analyse globale ; l'effet reste petit et non significatif lorsque les effets extrêmes sont exclus ; lorsque seuls les effets avec un faible risque de biais sont conservés, un petit effet non-significatif est observé en faveur des TCC.

- des analyses en sous-groupes ont été réalisées pour l'intensité des symptômes de la dépression ; les résultats principaux sont les suivants :
  - les TCC auto-administrées ont montré un effet statistiquement significatif, d'une ampleur petite à moyenne selon la classification de Cohen (6), par rapport aux conditions contrôles dans l'analyse globale (g = 0,45 avec IC à 95% de 0,31 à 0,60), dans l'analyse sans les effets extrêmes (g = 0,43 avec IC à 95% de 0,34 à 0,52) et dans l'analyse conservant uniquement les essais avec un faible risque de biais (g = 0,40 avec IC à 95% de 0,27 à 0,52) ; lorsque la correction pour le biais de publication est appliquée à l'analyse globale, l'effet (g = 0,25 avec IC à 95% de 0,07 à 0,43) d'une ampleur petite à moyenne reste statistiquement significatif, mais est presque réduit de moitié
  - les TCC pratiquées en institution (instituts psychiatriques (5 essais), maisons de retraite (4 essais) et un essai ne précisant pas le type d'institution) comparées aux conditions contrôles montrent, dans l'analyse globale, un effet statistiquement significatif, d'une ampleur moyenne à grande (g = 0,65 avec IC à 95% de 0,21 à 1,08) ; sans les effets extrêmes, l'effet a une ampleur petite à moyenne et reste statistiquement significatif (g = 0,49 avec IC à 95% de 0,15 ; 0,83) ; la correction pour le biais de publication appliquée à l'analyse globale rend l'effet, d'une ampleur petite à moyenne (g = 0,41 avec IC à 95% de -0,14 à 0,96), statistiquement non-significatif
- chez les enfants et adolescent, les TCC comparées aux conditions contrôles ont montré des effets statistiquement significatifs, d'une ampleur petite à moyenne, dans l'analyse globale (g = 0,41 avec IC à 95% de 0,25 à 0,57) et dans l'analyse sans les effets extrêmes (g = 0,33 avec IC à 95% de 0,23 à 0,43). Dans l'analyse conservant uniquement les effets avec un faible risque de biais, l'effet obtenu est d'une ampleur petite (g = 0,17 avec IC à 95% de -0,10 à 0,45) et n'est plus statistiquement significatif ; la correction pour le biais de publication appliquée à l'analyse globale rend l'effet, d'une ampleur petite (g = 0,10 avec IC à 95% de -0,09 à 0,30), statistiquement non-significatif.

- le **Tableau 2** reprend les résultats principaux pour les taux de réponse et de rémission des TCC par rapport aux conditions contrôles.

Tableau 2. Synthèse des résultats pour les taux de réponse et de rémission (risques relatifs) quand les TCC sont comparée aux conditions contrôles. N = nombre d'effets inclus ; RR = risque relatif et son intervalle de confiance à 95% ; I^2 = hétérogénéité entre les études avec son intervalle de confiance à 95%. D'après Cuijpers et al (2023).

Variable	Analyse globale	Sans les valeurs extrêmes	Seulement les études à faible risque de biais	Correction pour le biais de publication (Trim-&-Fill)
Taux de réponse	N = 238 RR = 2,13 [1,96 à 2,32] I^2 = 47% [38 à 54]	N = 162 RR = 2,25 [2,07 à 2,44] I^2 = 10% [0 à 25]	N = 78 RR = 1,84 [1,64 à 2,07] I^2 = 40% [21 à 54]	N = 259 RR = 1,66 [1,48 à 1,85] I^2 = 59% [54 à 64]
Taux de rémission	N = 69 RR = 2,45 [2,06 à 2,92] I^2 = 26% [0 à 45]	N = 49 RR = 2,47 [2,08 à 2,93] I^2 = 10% [0 à 34]	N = 14 RR = 2,17 [1,57 à 2,99] I^2 = 30% [0 à 63]	N = 80 RR = 1,83 [1,44 à 2,31] I^2 = 41% [24 à 54]

- ces risques relatifs sont tous significativement en faveur des TCC comparées à une condition contrôle ; leur ampleur varie de modérées à grandes ; les risques relatifs modérés ont été obtenus avec les analyses conservant uniquement les études avec un risque de biais faible ou appliquant une correction pour le biais de publication
- lorsque les effets à court et à long terme des comparaisons précédentes sont examinés, les TCC sont tout aussi efficaces que les pharmacothérapies à court-terme ; cependant, sur le long-terme (plus de 6 mois) les TCC se révèlent plus efficaces que les pharmacothérapies (g de 0,34 avec IC à 95% de 0,09 à 0,58) ; en ce qui concerne les traitements combinés, ils se sont avérés plus efficaces à court et à long terme que les pharmacothérapies utilisées seules.

Conclusion des auteurs
Les auteurs concluent que « l'efficacité des TCC dans la dépression est documentée à travers différents formats, âges, groupes cibles et contextes ». Cependant, « la supériorité des TCC sur les autres psychothérapies de la dépression ne ressort pas clairement de cette méta-analyse. Les TCC semblent être aussi efficaces que les pharmacothérapies à court terme, mais plus efficaces à long terme ».

Financement de l'étude
Non spécifié.

Conflit d'intérêts des auteurs
Non spécifié.

Discussion

Évaluation de la méthodologie
Cette revue systématique avec méta-analyses, avec protocole enregistré sur OSF (http://osf.io/a6p3w) et ses données publiées (https://www.metapsy.org/), évalue l'intérêt de la TCC pour traiter la dépression. La question se veut relativement large : elle compare la TCC (dans diverses modalités de prise en charge) à tout autre type de prise en charge ou de conditions contrôles, quels que soient l'âge et le contexte. Les critères de jugement permettant de considérer l'efficacité des interventions n'ont pas été clairement définis. La section méthodologie n'a, par ailleurs, pas été rédigée selon les critères de rédaction recommandés dans PRISMA (7). Les essais contrôlés randomisés inclus dans cette revue ont été identifiés dans une base de données développée par ses auteurs et régulièrement mise à jour. Cette base

de données contient des références d'essais contrôlés randomisés sur l'utilisation des psychothérapies pour traiter la dépression. Une stratégie spécifique à la question posée n'a pas été conçue pour cette revue, ce qui explique le nombre élevé de références évaluées pour leur éligibilité. Aussi, les stratégies utilisées dans les différentes ressources pour alimenter la base de données des auteurs se veulent exhaustives, mais elles pourraient être simplifiées et améliorées en utilisant plus adéquatement les langages documentaires et de commande de chaque ressource. De même, utiliser le filtre de chaque ressource permettant d'identifier les essais contrôlés randomisés n'est pas suffisant pour atteindre l'exhaustivité. Les étapes de sélection des publications, d'évaluation des études et d'extraction des données ont été réalisées par deux personnes de manière indépendante et en utilisant des méthodes conventionnelles pour ce type de revue. Les désaccords ont été résolus par discussion. La qualité des études a été évaluée par l'outil RoB (8). Les méta-analyses ont été réalisées minutieusement et ont regroupé un vaste éventail d'études pour offrir une synthèse globale des études disponibles. Les auteurs ont vérifié la robustesse de leurs résultats en tenant compte du biais de publication, de la non-indépendance de certains effets et en conservant uniquement les études à faible risque de biais. Cependant, quelques limitations doivent être prises en compte. Tout d'abord, les auteurs ont considéré différentes échelles de dépression comme équivalentes, ce qui peut influencer la comparabilité des études incluses et affecter la sensibilité des mesures. Deuxièmement, l'hétérogénéité des résultats n'a pas pu être entièrement expliquée malgré les analyses en sous-groupes et méta-régressions. Enfin, une majorité des études est considérée à haut risque de biais, ce qui remet en question la qualité des études dans ce domaine. Malgré ces limites, les analyses de robustesse montrent que l'efficacité des TCC reste établie dans un vaste éventail de contextes.

Évaluation des résultats

Cette étude met en évidence l'efficacité des interventions psychologiques contre la dépression, sans en préciser les principes actifs. Elle est complémentaire de deux études antérieures de Cuijpers et collaborateurs, l'une qui énumère les difficultés de la recherche sur les ingrédients actifs des psychothérapies (9), et l'autre qui constate peu de différences entre les TCC et les autres psychothérapies (10). Ce dernier constat ne doit pas trop étonner, d'abord parce que les TCC partagent de nombreux ingrédients avec d'autres psychothérapies, et ensuite parce que les psychologues cliniciens ne peuvent pas se limiter aux techniques liées à un seul cadre théorique, fut-il reconnu officiellement. Ils doivent aussi respecter des critères de qualité qui ne dépendent pas du type de psychothérapie mais qui sont essentiels au maintien de la relation (11-14). De plus, ils sont tenus de s'informer des meilleures techniques et d'en faire bénéficier leurs patients (11). On peut rêver d'interventions standardisées pour chaque profil de patient (10,15). Ce rêve suppose l'existence de tels profils, ce qui ne semble ni très réaliste (9,12), ni très commode car « les préférences du patient et la disponibilité de chaque type de traitement pourraient jouer un rôle plus important dans le choix de la psychothérapie » (10). Ce rêve s'oppose aussi aux principes de l'evidence-based practice (13), qui veulent qu'on adapte continuellement le traitement en fonction de l'évolution du patient (12), et non qu'on lui applique des protocoles conçus par des chercheurs en vue d'optimiser les comparaisons intergroupes (12).

On pourrait aussi vouloir limiter les traitements à leurs seuls principes actifs. Mais, il est souvent préférable, en psychologie clinique, de proposer une gamme d'interventions plutôt qu'un traitement unique, et de faire confiance au patient pour choisir celles qui correspondent le mieux à ses possibilités et à ses valeurs (11-13). Cela peut réduire les coûts, améliorer la compliance et constituer un facteur d'efficacité crucial en imposant une véritable collaboration psychothérapeutique (12,16).

Que disent les guides de pratique clinique ?

Les recommandations belges produite par Domus Medica (17) conseillent en cas de dépressions légères à modérées, de réaliser dans un premier temps des thérapies non médicamenteuses, comme une TCC. Pour cette intensité de dépression, l'utilisation d'antidépresseurs n'est pas recommandée. En ce qui concerne les dépressions modérées à sévères, il est recommandé d'instaurer un traitement par antidépresseurs et de référer le patient à un psychologue. Dans ce cas, les TCC restent également recommandées. L'American Psychological Association (APA) émet des recommandations concernant le traitement de la dépression (3). Selon ces directives, deux options sont privilégiées : une monothérapie (psychothérapie ou antidépresseur de seconde génération) ou une thérapie combinée comprenant à la fois une psychothérapie et des antidépresseurs de seconde génération. Si le patient opte pour une

monothérapie sous forme de psychothérapie, l'APA précise que « son panel d'experts a constaté que les études d'efficacité montrent des effets similaires d'une psychothérapie à l'autre ». En ce qui concerne la thérapie combinée, les TCC sont recommandées.

Conclusion de Minerva

Cette revue systématique avec méta-analyses présente une bonne qualité méthodologique. Elle présente aussi des limites, comme son incapacité à estimer précisément l'efficacité des psychothérapies. Elle montre cependant que les thérapies cognitivo-comportementales (TCC) sont efficaces pour le traitement de la dépression dans un grand nombre de contextes, et même plus efficaces à long terme que les traitements pharmacologiques. Retenons que la supériorité des psychothérapies sur les traitements médicamenteux reste significative lorsqu'on corrige pour le biais de publication et lorsqu'on ne retient que les études les plus fiables. Retenons aussi que les différences de résultats entre les TCC et les autres psychothérapies considérées ne sont pas statistiquement significatives.

Références

1. World mental health report: Transforming mental health for all. World Health Organization. Published 2022. URL: https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338
2. Sciensano. Anxiété et dépression. Vers une Belgique en bonne santé. Publication 2023. (Site consulté le 1/03/2023.) URL: https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/etat-de-sante/sante-mentale/anxiete-et-depression
3. American Psychological Association. Clinical practice guideline for the treatment of depression across three age cohorts. 2019. DOI: 10.1037/e505892019-001
4. Cuijpers P, Berking M, Andersson G, et al. A meta-analysis of cognitive-behavioural therapy for adult depression, alone and in comparison with other treatments. Can J Psychiatry 2013;58:376-85. DOI: 10.1177/070674371305800702
5. Cuijpers P, Miguel C, Harrer M, et al. Cognitive behavior therapy vs. control conditions, other psychotherapies, pharmacotherapies and combined treatment for depression: a comprehensive meta-analysis including 409 trials with 52,702 patients. World Psychiatry 2023;22:105-15. DOI: 10.1002/wps.21069
6. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2nd ed. Lawrence Erlbaum Associates; 1988. DOI: 10.4324/9780203771587
7. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. BMJ 2021;372:n71. DOI: 10.1136/bmj.n71
8. Higgins JPT, Altman DG, Gøtzsche PC, et al. The Cochrane Collaboration's tool for assessing risk of bias in randomised trials. BMJ 2011;343:d5928. DOI: 10.1136/bmj.d5928
9. Cuijpers P, Reijnders M, Huibers MJH. The role of common factors in psychotherapy outcomes. Annu Rev Clin Psychol 2019;15:207-31. DOI: 10.1146/annurev-clinpsy-050718-095424
10. Cuijpers P, Quero S, Noma H, et al. Psychotherapies for depression: a network meta-analysis covering efficacy, acceptability and long-term outcomes of all main treatment types. World Psychiatry 2021;20:283-93. DOI: 10.1002/wps.20860
11. Moniteur Belge. Arrêté royal fixant les critères d'agrément des psychologues cliniciens, ainsi que des maîtres de stage et services de stage. 26 avril 2019. Publié le 22 mai 2019. URL: https://etaamb.openjustice.be/fr/arrete-royal-du-26-avril-2019_n2019012277.html
12. Conseil Supérieur de la Santé. DSM (5): The Use and Status of Diagnosis and Classification of Mental Health Problems. Service Publique Fédéral de la Santé Publique, de la Sécurité de la Chaîne Alimentaire et de l'Environnement; 2019:40. Avis: 9360.
13. Evidence Based Practice. SPF Santé publique. 25/01/2022. (Site consulté le 9 novembre 2023.) URL: https://www.health.belgium.be/fr/evidence-based-practice
14. Moniteur Belge. Arrêté royal fixant les règles de déontologie du psychologue. 2 avril 2014. Publié le 16 mai 2014. URL: https://etaamb.openjustice.be/fr/arrete-royal-du-02-avril-2014_n2014011259
15. He R, Wei J, Huang K, et al. Nonpharmacological interventions for subthreshold depression in adults: A systematic review and network meta-analysis. Psychiatry Res 2022;317:114897. DOI: 10.1016/j.psychres.2022.114897
16. Marteau-Chasserieau F. L'alliance thérapeutique : vers un nouveau paradigme des facteurs communs en psychothérapie. Perspectives Psy 2023;62:147-56. DOI: 10.1051/ppsy/2023622147
17. Declerq T, Callens J, Cloetens H, et al. Recommandation de bonne pratique. La dépression chez l'adulte. Service Publique Fédéral Santé Publique; 2016:104.