# Avis sur l'accès équitable aux services de psychothérapie

Volet II – Analyse des modalités et des conditions d'accès aux services de psychothérapie pour le traitement des adultes atteints de troubles dépressifs et anxieux

**Juin 2015**

Une production de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux

*Rapport rédigé par*
**Alvine Fansi et Cédric Jehanno**

Institut national d'excellence en santé et en services sociaux
Québec

Le présent rapport a été soumis au Comité scientifique permanent de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) lors de sa réunion du 26 septembre 2014.

Le contenu de cette publication a été rédigé et édité par l'INESSS.

Ce document et ses annexes sont accessibles en ligne dans la section *Publications* de notre site Web.


## Équipe de projet

**Auteurs**

Alvine K. Fansi, M.D., Ph. D.
Cédric Jehanno, B. Sc., MBA

**Collaborateur**

Dr Martin Drapeau, Ph.D.

**Direction scientifique**

Sylvie Bouchard, B. Pharm, D.P.H., M. Sc., MBA

**Conseiller scientifique**

Micheline Lapalme, Ph. D.

**Recherche d'information scientifique**

Lysane St-Amour, MBSI

**Soutien documentaire**

Micheline Paquin, *tech. doc.*

## Édition

**Responsable**

Renée Latulippe

**Coordination**

Véronique Baril

**Révision linguistique**

Madeleine Fex

**Traduction**

Jocelyne Lauzière

**Mise en page**

Ginette Petit

**Vérification bibliographique**

Denis Santerre

## Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2015
Bibliothèque et Archives Canada, 2015
ISSN 1915-3104 INESSS (PDF) ISBN 978-2-550-73465-9 (PDF)



© Gouvernement du Québec, 2015

La reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée à condition que la source soit mentionnée.



Pour citer ce document : Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Avis sur l'accès équitable aux services de psychothérapie. Volet II – Analyse des modalités et des conditions d'accès aux services de psychothérapie pour le traitement des adultes atteints de troubles dépressifs et anxieux. Rapport rédigé par Alvine Fansi et Cédric Jehanno. Québec, Qc : INESSS;2015. 33 p.

L'INESSS remercie les membres de son personnel qui ont contribué à l'élaboration de ce document.

## Membres du comité consultatif

**Marie-Josée Bleau,** directrice générale de Réinsertion sociale du Soleil Levant - Volet Clinique communautaire de psychothérapie pour le Regroupement québécois des organismes communautaires en psychothérapie (RQOCP), Sainte-Thérèse, Laurentides

**Claude DiStasio**, vice-présidente, Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes (ACCAP), Montréal

**Lyne Desrosiers**, Ph.D., Ergothérapeute, Psychothérapeute, Professeure, Université de Québec à Trois-rivières (UQTR)

**Fréderic D'Outrelepont**, Psychologue, D.Ps. – Professeur au département des sciences infirmières – Université de Québec à Outaouais (UQO), Saint-Jérôme

**D^r^ Martin Drapeau**, Ph.D., psychologue, professeur de psychologie du counselling et de psychiatrie à l'Université McGill, et Directeur du Groupe de Recherche sur les Processus Psychothérapiques de McGill (*McGill Pyschotherapy Process Research Grou*p), Montréal

**Nathalie Fortin**, Présidente, Centre de relation d'aide Le Levier, pour le Regroupement québécois des organismes communautaires en psychothérapie (RQOCP), Montréal

**Ginette Henri**, M.A., Infirmière en gérontologie à la retraite, Orford, Estrie

**Jean-Luc Lacroix**, Travailleur social et thérapeute conjugal, Montréal

**D^r^ Alain Lesage**, psychiatre chercheur, Hôpital Louis-H. Lafontaine, centre de recherche Fernand-Seguin et centre de recherche de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal, professeur titulaire, département de psychiatrie, Université de Montréal, Montréal

**Anne Rebecca Maugille**, Psychoéducatrice, CSSS Pierre-Boucher, Longueuil

**Claude Montmarquette**, Économiste, président-directeur général du Centre interuniversitaire de recherche en analyse des organisations (CIRANO), Montréal

**D^re^ Yvette Palardy**, Ph.D., Psychologue, Joliette

**D^re^ Suzanne Pelchat**, M.D., Médecin de famille, Québec

**Bruno Rainville**, Directeur des affaires professionnelles, Régie d'assurance maladie du Québec (RAMQ), Québec

**Patrice St-Amand**, Psychologue, CSSS Lucille-Teasdale, Montréal

**Alain St-Pierre,** Conseiller d'orientation et psychothérapeute, Québec

## Lecture externe

La lecture externe est l'un des mécanismes importants utilisés par l'INESSS pour assurer la qualité de ses travaux. Les lecteurs externes valident les aspects méthodologiques de l'évaluation de même que l'exactitude du contenu, en fonction de leurs domaines d'expertise respectifs.

Les lecteurs externes du présent rapport sont :

**D^r^ Alain Lesage**, psychiatre chercheur, Hôpital Louis-H. Lafontaine, Centre de recherche Fernand-Seguin et Centre de recherche de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal, professeur titulaire, Département de psychiatrie, Université de Montréal, Montréal

**D^re^ Helen-Maria Vasiliadis**, professeure agrégée et chercheuse, Centre de recherche – Hôpital Charles-Le Moyne (CR-HCLM), Centre de santé et des services sociaux (CSSS) Champlain–Charles-Le Moyne, Département des sciences de la santé communautaire, Université de Sherbrooke, Sherbrooke.

## Autre contribution

Outre les lecteurs externes, l'INESSS tient à remercier le **D^r^ Pierre Dagenais**, M.D., Ph. D., FRCP(C), directeur du soutien à la qualité et à la méthode, qui a contribué à la rédaction de ce rapport en fournissant du soutien, de l'information et des conseils clés.

## Déclaration d'intérêts

**D^r^ Martin Drapeau** a déclaré avoir reçu des versements sous forme de per diem à titre de membre du conseil d'administration de l'Ordre des psychologues du Québec jusqu'en décembre 2013 et un versement d'honoraire à titre de rédacteur en chef des Cahiers de la Recherche / Science & Practice, revue publiée par l'Ordre jusqu'en décembre 2013. Il déclare également avoir reçu jusqu'en 2013 une rémunération à titre de consultant de la part de l'Ordre des psychologues du Québec.

**Patrice St-Amand** a déclaré avoir reçu une rémunération à titre de consultant ou d'expert de la part de l'Ordre des psychologues du Québec en 2011.

**D^re^ Helen-Maria Vasiliadis** a déclaré avoir reçu au cours des cinq dernières années une subvention de recherche de la part des Instituts de recherche en santé du Canada.

**D^r^ Alain Lesage** a déclaré avoir reçu au cours des deux dernières années une subvention de recherche de la part des Instituts de recherche en santé du Canada.

## Responsabilité

L'INESSS assume l'entière responsabilité de la forme et du contenu définitifs de ce document. Les conclusions et les recommandations ne reflètent pas forcément les opinions des lecteurs externes ou des autres personnes consultées aux fins de cette production.

# COMITÉ SCIENTIFIQUE PERMANENT EN SANTÉ ET EN SERVICES SOCIAUX

## Membres

**M. Pierre Dostie**
- Directeur des clientèles en Dépendances (CSSS et Centre de réadaptation en dépendances), Santé mentale, Enfance, jeunesse et famille, et Santé publique au CSSS de Jonquière
- Chargé de cours en travail social, Université du Québec à Chicoutimi

**M. Hubert Doucet**
- Consultant en bioéthique
- Professeur associé, Faculté de théologie et de sciences des religions, Université de Montréal

**M. Serge Dumont**
- Directeur scientifique, CSSS de la Vieille-Capitale
- Directeur du Réseau de collaboration sur les pratiques interprofessionnelles en santé
- Professeur titulaire, École de service social, Université Laval
- Chercheur, Centre de recherche en cancérologie, Hôtel-Dieu de Québec

**M^me^ Isabelle Ganache**
- Consultante en éthique, Commissaire à la santé et au bien-être
- Professeure adjointe de clinique, Programmes de bioéthique, Département de médecine sociale et préventive, Faculté de médecine, Université de Montréal

**M. Jude Goulet**
- Pharmacien, chef du Département de pharmacie, Hôpital Maisonneuve-Rosemont

**M^me^ Marjolaine Landry**
- Conseillère cadre clinicienne au programme-clientèle santé mentale, Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke

**M^me^ Claudine Laurier**
- Pharmacienne
- Professeure titulaire, Faculté de pharmacie, Université de Montréal

**M^me^ Louise Lavergne**
- Directrice générale, Institut de réadaptation en déficience physique de Québec

**M^me^ Esther Leclerc (présidente)**
- Infirmière
- Ex-directrice générale adjointe, Centre hospitalier de l'Université de Montréal

**D^r^ Michaël Malus**
- Médecin de famille,
- Chef du département de médecine familiale et responsable du Centre Réseau Intégré Universitaire (CRIU) Herzl de l'Hôpital général juif – Sir Mortimer B. Davis
- Professeur associé, Département de médecine familiale, Université McGill

**D^r^ Maurice St-Laurent**
- Gériatre
- Professeur agrégé de clinique, Faculté de médecine, Université Laval

**M. Jean Toupin (vice-président)**
- Professeur titulaire, Département de psychoéducation, Université de Sherbrooke
- Chercheur, Institut universitaire en santé mentale de Montréal

## Membres citoyens

**M. Marc Bélanger**
- Psychoéducateur à la retraite
- Professionnel expert de l'intervention des autorités publiques et de l'organisation des services en interdisciplinarité et intersectorialité (santé et services sociaux, justice, éducation) auprès des personnes éprouvant des difficultés d'adaptation psychosociale

**M^me^ Jeannine Tellier-Cormier**
- Professeure en soins infirmiers à la retraite, Cégep de Trois-Rivières

## Membres experts invités

**M. Éric A. Latimer**
- Économiste et professeur titulaire, Département de psychiatrie, Faculté de médecine, Université McGill
- Chercheur, Institut universitaire en santé mentale Douglas

**M. Aimé Robert LeBlanc**
- Ingénieur, professeur émérite, Institut de génie biomédical, Département de physiologie, Faculté de médecine, Université de Montréal
- Directeur adjoint à la recherche et au développement, Centre de recherche de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal

**D^r^ Réginald Nadeau**
- Cardiologue et chercheur, Centre de recherche de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal
- Professeur émérite, Faculté de médecine, Université de Montréal

**D^r^ Raghu Rajan**
- Hématologie et oncologue médical, Centre universitaire de santé McGill
- Professeur associé, Université McGill
- Membre du Comité de l'évolution des pratiques en oncologie (CEPO) et du programme de gestion thérapeutique des médicaments

## Membre observateur MSSS

**D^re^ Brigitte Bernard**
- Pédiatre
- Adjointe exécutive, Bureau du sous-ministre adjoint, Direction générale de la planification, de la performance et de la qualité, ministère de la Santé et des Services sociaux

# TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ ..... i
SUMMARY ..... iii
SIGLES ET ABRÉVIATIONS ..... v
INTRODUCTION ..... 1
1 MÉTHODOLOGIE ..... 3
1.1 Questions d'évaluation spécifiques du volet II portant sur les conditions et les modalités d'accès aux services de psychothérapie dans d'autres pays et au Québec ..... 3
1.2 Méthodes de recherche et d'analyse ..... 3
1.2.1 Types d'évaluation et stratégies de recherche d'information scientifique ..... 3
1.2.2 Extraction des données ..... 4
2 ANALYSE DESCRIPTIVE DES CONDITIONS ET DES MODALITÉS DE PRATIQUE ET DE REMBOURSEMENT DE LA PSYCHOTHÉRAPIE DANS DIFFÉRENTS PAYS SOIT LE ROYAUME-UNI, L'AUSTRALIE ET LE CANADA ..... 5
2.1 Guides de pratique clinique ..... 5
2.2 Analyse descriptive du programme d'accès aux soins et aux services psychologiques du Royaume-Uni intitulé *Improving Access to Psychological Therapies* (IAPT) ..... 6
2.3 Analyse descriptive des deux programmes d'accès aux soins et aux services psychologiques en Australie : le programme Better Access to Psychiatrists, Psychologists and General Practitioners through the Medicare Benefits Schedule initiative (Better Access) et le programme Access to Allied Psychological Services (ATAPS) ..... 10
2.4 Analyse descriptive de l'accès aux traitements psychologiques au Canada ..... 14
3 ANALYSE DESCRIPTIVE DES CONDITIONS ET DES MODALITÉS DE PRATIQUE ET DE COUVERTURE DE LA PSYCHOTHÉRAPIE AU QUÉBEC ..... 18
3.1 Protocole de soins de première ligne pour la dépression ..... 18
3.2 Nouvelle loi et nouvelles conditions de pratique de la psychothérapie ..... 19
3.3 Conditions d'accès aux traitements psychologiques au Québec ..... 19
DISCUSSION ..... 23
CONCLUSION ..... 25
RÉFÉRENCES ..... 26

# LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 Taille d'effet clinique obtenue après l'introduction du programme d'accès à la psychothérapie IAPT au Royaume-Uni et dans des séries d'essais cliniques randomisées (d de Cohen*) ..... 9
Tableau 2 Mesures de l'importance de l'effet clinique obtenues ou taille d'effet après l'implantation des programmes d'accès aux traitements psychologiques Better Access et ATAPS, en Australie et dans des séries d'essais cliniques (*d* de Cohen*) ..... 14
Tableau 3 Utilisation des codes d'acte spécifique de la psychothérapie par les médecins de famille, du 1er avril 2012 au 31 mars 2013 ..... 20
Tableau 4 Portrait sommaire de l'utilisation des services de santé mentale en première ligne dans les établissements de santé et de services sociaux en 2011-2012 ..... 21

# RÉSUMÉ


## Introduction

Au Québec, les troubles mentaux touchent une personne sur cinq au cours de sa vie. Les troubles anxieux et dépressifs constituent les principaux troubles mentaux dits courants et modérés. Ils affectent à la fois la personne qui en souffre et son entourage et ont un impact économique substantiel.

Les médicaments psychotropes constituent l'option thérapeutique la plus souvent proposée aux patients qui présentent des troubles mentaux modérés. La psychothérapie représente pourtant un traitement qu'il conviendrait de considérer.

## Contexte

L'accessibilité physique et financière à la psychothérapie reste limitée. Au Québec, seulement le tiers des professionnels habilités à offrir de la psychothérapie pratiquent dans le secteur public et la politique de couverture et de remboursement de ce service est très restreinte. Cela fait en sorte que ce sont majoritairement les personnes qui ont les moyens financiers de débourser le coût des séances ou qui ont une assurance privée qui profitent de ce service, lequel est largement disponible dans le secteur privé. En 2012, le Commissaire à la santé et au bien-être a recommandé au gouvernement du Québec de diversifier le panier de services assurés dans le secteur de la santé mentale et d'offrir un accès équitable aux services de psychothérapie. La Direction de la santé mentale du Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a donc confié à l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) le mandat d'effectuer une analyse descriptive des modalités et des conditions d'accès aux services de psychothérapie dans différents pays, tant sur le plan international (principalement au Royaume-Uni et en Australie) que sur le plan national (au Canada) et provincial (au Québec). Cette analyse servira de base à l'élaboration d'un modèle ou des modèles adéquats d'introduction de la psychothérapie dans l'arsenal thérapeutique du Québec en vue d'augmenter l'accessibilité à la psychothérapie.

## Méthodologie

Une revue narrative de la littérature a été effectuée. Elle était accompagnée d'une étude comparative de l'organisation des services dans divers pays, au Canada et au Québec. Elle a pris la forme d'une exploration des bases de données, tant de la littérature scientifique (MEDLINE (PubMed), PsycINFO, CINAHL, Cochrane Central Register of Controlled Trial, Cochrane Database of Systematic Reviews, Database of Abstracts of Review of Effects) que de la littérature grise (sites Web des associations et des sociétés axées sur la recherche et la pratique de la psychothérapie, sites des ordres professionnels et revues professionnelles publiées au Québec, sites Web des différents organismes impliqués dans le remboursement de la psychothérapie au Québec (compagnies d'assurance, Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ), sites Web des ministères de la Santé du Québec et des autres provinces canadiennes et de diverses instances gouvernementales de l'Australie et du Royaume-Uni). Seuls les documents publiés en anglais ou en français ont été retenus.

## Conclusion

Les guides de pratique clinique, y compris ceux produits par le Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) et par le National Institute for Health and Care Excellence (NICE)

font état de la nécessité d'avoir accès à un professionnel compétent ayant l'expertise et la formation appropriées pour le traitement de patients souffrant de troubles dépressifs et anxieux, de choisir un traitement approprié et fondé sur des données scientifiques, d'établir une bonne relation avec le patient et de tenir compte des préférences de ce dernier quant au choix du traitement. Ces guides insistent sur l'importance d'effectuer le traitement par étapes (3 ou 4) ou par phases (aiguës ou de consolidation), selon la symptomatologie et le degré de gravité des troubles mentaux. Le type de soignants et de thérapies est spécifique à chaque étape. En moyenne, de 10 à 12 séances de psychothérapie sont couvertes et remboursées par la plupart des régimes d'assurance publique des programmes internationaux que nous avons étudiés.

Au Québec, la pratique de la psychothérapie est encadrée par la Loi modifiant le Code des professions ainsi que d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines[1]. Cette loi spécifie, entre autres, les professionnels ayant le droit d'exercice de la psychothérapie ainsi que les conditions à remplir pour acquérir et maintenir ce droit. Les services de psychothérapie couverts par la RAMQ sont accessibles dans le réseau public et dispensés préférablement dans un modèle de soins en collaboration faisant appel à différents professionnels de la santé. Certains organismes communautaires offrent aussi des services de psychothérapie aux personnes à faible revenu. Des programmes spéciaux sont également offerts aux victimes d'accidents de la route par la Société d'assurance automobile du Québec (SAAQ), aux victimes d'accidents de travail par la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST), aux victimes d'actes criminels par la Direction de l'indemnisation des victimes d'actes criminels (IVAC), qui relève de la CSST, ou encore à certains Autochtones via le programme des Services de santé non assurés de Santé Canada. À l'exception de ces programmes, les services de psychothérapie dispensés dans le secteur privé ne sont pas couverts par la RAMQ.

[1] Ordre des psychologues du Québec – projet de loi 21. Disponible à : https://www.ordrepsy.qc.ca/fr/public/projet-de-loi-21/index.sn (voir aussi annexe G du document)

# SUMMARY

## Evidence brief on equitable access to psychotherapy services Part 2: Analysis of the terms and conditions for access to psychotherapy services for the treatment of adults with anxiety and depressive disorders


### Introduction

In Québec, mental health disorders affect one in five people in their lifetime. Depressive and anxiety disorders are the main common or moderate mental health disorders. They affect both the individuals with the disorder and the people around them and have substantial economic impact.

Psychotropic drugs are the treatment option most often proposed to patients presenting with mental health disorders. Psychotherapy is nevertheless a treatment option that should be given consideration.

### Background

Physical and financial access to psychotherapy remains limited. In Québec, only one third of professionals qualified to offer psychotherapy practise in the public sector, and the coverage and reimbursement policy for this service is very restricted. This means that it is mostly people with the financial means or with private insurance who benefit from this service, which is largely available in the private sector. In 2012, the Commissaire à la santé et au bien-être recommended that the Québec government should diversify the basket of insured services in the mental health sector and offer equitable access to psychotherapy services. The Direction de la santé mentale at the Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) thus mandated the Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) to perform a descriptive analysis of the terms and conditions for access to psychotherapy services in different countries, on an international level (mainly in the United Kingdom and Australia), as well as on national (in Canada) and provincial levels (in Québec). This analysis will serve as the basis for developing one or more appropriate models for introducing psychotherapy into Québec's treatment arsenal with a view to increasing access to psychotherapy.

### Methodology

A narrative literature review was performed, accompanied by a comparative analysis of the organization of services in various countries, in Canada and in Québec. This involved exploring databases of scientific literature (MEDLINE (PubMed), PsycINFO, CINAHL, Cochrane Central Register of Controlled Trial, Cochrane Database of Systematic Reviews, Database of Abstracts of Review of Effects) and the grey literature (websites of associations and societies dedicated to psychotherapy research and practice; of professional orders and professional journals published in Québec; of different agencies involved in reimbursing psychotherapy in Québec [insurance companies, Régie de l'assurance maladie du Québec, RAMQ]; and of the Ministries of Health of Québec and of the other Canadian provinces and of various government bodies in Australia and the United Kingdom). Only articles published in English or French were selected.

## Conclusion

Clinical practice guidelines, including those produced by the Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) and by the National Institute for Health and Care Excellence (NICE), establish the need to have access to a competent professional with the appropriate expertise and training to treat patients with depressive or anxiety disorders, to choose an appropriate, evidence-based treatment, to build a good relationship with the patient, and to take patient preferences regarding the choice of treatment into account. These guidelines highlight the importance of stepped care treatment (in 3 or 4 steps) or treatment by phase (acute or maintenance), according to the symptoms and level of severity of the mental health disorder. The type of care provider and therapy is specific to each stage or phase. On average, between 10 and 12 psychotherapy sessions are covered and reimbursed by most of the public insurance plans in the international programs that we studied.

In Québec, the practice of psychotherapy is governed by a law that specifies, among other aspects, the professionals entitled to practise psychotherapy and the conditions they must meet in order to acquire and maintain this right. The psychotherapy services covered by the RAMQ are available in the public system and are preferably delivered according to a collaborative care model involving various health professionals. Some community organizations also offer psychotherapy services to people with low income. Special programs are also offered to road accident victims by the Société d'assurance automobile du Québec (SAAQ), to work accident victims by the Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST), to victims of crime by the Direction de l'indemnisation des victimes d'actes criminels (IVAC), which is under the CSST, or to Aboriginal peoples through Health Canada's Non-Insured Health Benefits Program. Except for these programs, psychotherapy services delivered in the private sector are not covered by RAMQ.

# SIGLES ET ABRÉVIATIONS

| | |
|---|---|
| AASW | Australian Association of Social Workers |
| AGDHA | Australian Government – Department of Health and Ageing |
| AGREE | Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation |
| AHRQ | Agency for Healthcare Research and Quality |
| AIHW | Australian Institute of Health and Welfare |
| APA | American Psychological Association |
| APIGQ | Association professionnelle des ingénieurs du gouvernement du Québec |
| ATAPS | Access to Allied Psychological Services |
| AUD | dollar australien |
| AVAQ | Année de vie ajustée en fonction de la qualité |
| BPtK | BundesPsychotherapeuten Kammer |
| CADTH | Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health |
| CANMAT | Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments |
| CBT | *Cognitive behavioural therapy* |
| CCI | Classification canadienne des interventions en santé |
| CIM | Classification internationale des maladies |
| CINAHL | Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature |
| CLSC | Centre local de services communautaires |
| COAG | Council of Australian Governments |
| CMQ | Conseil du médicament (Québec) |
| CSBE | Commissaire à la santé au bien-être |
| CSQ | Centrale des syndicats du Québec |
| CSSS | Centre de santé et de services sociaux |
| CSST | Commission de la santé et de la sécurité du travail |
| DoH | Department of Health (Royaume-Uni) |
| DSM | Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders |
| ECR | Essai clinique randomisé |
| ENHEED | European Network of Health Economic Evaluation Databases |
| FPS | *Focused Psychological Strategies* |
| FTQ | Fédération des travailleurs du Québec |
| GAD | *Generalized anxiety disorders* |

| | |
|---|---|
| GIN | Guidelines International Network |
| GPC | Guide de pratique clinique |
| HAS | Haute Autorité de Santé (France) |
| HDRS | Hamilton Depression Rating Scale |
| HEED | Health Economic Evaluations Database |
| IA | Industrielle Alliance |
| IAPT | Improving Access to Psychological Therapies |
| IC | Intervalle de confiance |
| ICIS | Institut canadien d'information sur la santé |
| ICSI | Institute for Clinical Systems Improvement (États-Unis) |
| INAHTA | International Network of Agencies for Health Technology Assessment |
| INESSS | Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (Québec) |
| INSPQ | Institut national de santé publique du Québec |
| IPT | *Interpersonal therapy* |
| IVAC | Indemnisation des victimes d'actes criminels |
| MSSS | Ministère de la Santé et des Services sociaux (Québec) |
| NHMRC | National Health and Medical Research Council |
| NHS | National Health Service (Royaume-Uni) |
| NICE | National Institute for Health and Care Excellence (Royaume-Uni) |
| OMS | Organisation mondiale de la Santé |
| OPQ | Ordre des psychologues du Québec |
| PAE | Programme d'aide aux employés |
| PWP | *Psychological well-being practitioner* |
| QALY | *Quality adjusted life year* |
| RAMQ | Régie de l'assurance maladie du Québec |
| RANZCP | Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists |
| SAAQ | Société d'assurance automobile du Québec |
| SBU | Swedish Council on Technology Assessment in Health Care |
| SPT | Stress post-traumatique |
| TAG | Troubles anxieux généralisés |
| TCC | Thérapie cognitivo-comportementale |
| TIP | Thérapie interpersonnelle |
| TOC | Trouble obsessionnel-compulsif |

# INTRODUCTION

Les troubles mentaux touchent une personne sur cinq au cours de sa vie [CSBE, 2012]. En 2012, un rapport de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) estimait que la prévalence annuelle des troubles mentaux traités au Québec se situait autour de 12 %. Les troubles anxieux et dépressifs représenteraient près de 65 % de l'ensemble des troubles mentaux [INSPQ, 2012]. Ils constituent les principaux troubles mentaux dits courants ou modérés[2]. Ces troubles affectent à des degrés divers non seulement la personne atteinte, mais aussi son entourage et ils ont un impact majeur sur les coûts en soins de santé et en perte de productivité.

La prise en charge thérapeutique des personnes atteintes de troubles mentaux passe, entre autres, par la prise de médicaments psychotropes et par le traitement psychologique. Or, au Québec, les médicaments psychotropes constituent souvent la seule option thérapeutique proposée par les omnipraticiens aux usagers qui présentent des problèmes de santé mentale [Fleury et Grenier, 2012]. Ainsi, en 2010, chez les assurés du régime public, près de un sur sept s'est vu prescrire un antidépresseur [Conseil du médicament, 2011]. Pourtant, la psychothérapie, comme a pu le démontrer le volet I du présent avis, représente une solution de rechange ou un complément à la médication qu'il conviendrait de considérer. En effet, plusieurs études ont démontré que diverses formes de psychothérapie sont efficaces dans le traitement des troubles mentaux [APA, 2012].

Malheureusement, l'accessibilité physique et financière à la psychothérapie reste limitée en raison de la politique de couverture et de remboursement de ce service. Au Québec, les services de psychothérapie peuvent être offerts par des psychologues, des médecins de famille et les membres de certains ordres professionnels ayant un permis pour l'exercice de la psychothérapie, notamment les travailleurs sociaux, les conseillers d'orientation, les infirmières et infirmiers, les psychoéducateurs, les thérapeutes conjugaux et familiaux ainsi que les ergothérapeutes. Au chapitre des effectifs, 50 % des psychologues canadiens pratiquent au Québec. Malgré le nombre important de professionnels ayant la possibilité d'offrir des services de psychothérapie, les données actuelles de l'Ordre des psychologues du Québec (OPQ) indiquent qu'un tiers d'entre eux pratique dans le secteur public, où ces services sont couverts par le régime québécois d'assurance maladie. Le réseau public étant déjà fort sollicité, cette situation entraîne une longue liste d'attente, où les délais peuvent aller jusqu'à plusieurs mois, voire des années. Les services de psychothérapie dispensés dans le secteur privé ne sont pas couverts par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) et leur accès s'en trouve dès lors limité aux personnes qui ont les moyens financiers de défrayer le coût des séances ou une assurance collective ou privée, ou encore qui y ont accès grâce à des programmes spéciaux, dont ceux offerts aux victimes d'accidents de la route par la Société d'assurance automobile du Québec (SAAQ), aux victimes d'accidents de travail par la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST), aux victimes d'actes criminels par la Direction de l'indemnisation des victimes d'actes criminels

[2] Selon le Plan d'action en santé mentale 2005-2010 – La force des liens [MSSS, 2005], les troubles sont dits modérés « s'ils répondent à certains critères de diagnostic, suffisamment importants pour entraver le fonctionnement habituel d'un individu, et nécessitent un traitement, selon les standards professionnels largement reconnus ». Les troubles mentaux sont dits graves « lorsqu'ils sont associés à un niveau d'incapacité qui interfère de façon significative dans les relations interpersonnelles, les compétences sociales de base et la capacité fonctionnelle dans la production d'un travail. Une incapacité (suivie, prolongée ou durable) dans au moins l'un de ces trois domaines majeurs de la vie constitue un indice pour reconnaître ce que nous entendons par troubles mentaux graves ».

(IVAC), qui relève de la CSST, ou encore à certains Autochtones via le programme fédéral des services de santé non assurés.

Dans son rapport portant sur l'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux, le Commissaire à la santé et au bien-être a recommandé au gouvernement du Québec de diversifier le panier de services assurés dans le secteur de la santé mentale et d'offrir un accès équitable aux services de psychothérapie [CSBE, 2012]. C'est dans ce contexte que le ministre de la Santé et des Services sociaux a sollicité la collaboration de l'INESSS afin d'obtenir un avis fondé sur une analyse plus approfondie des impacts socioéconomiques, au Québec, de la mise en œuvre de cette recommandation.

Le mandat spécifique reçu par l'INESSS est le suivant :

- examiner les données scientifiques sur l'efficacité et l'innocuité comparée de la psychothérapie et des médicaments psychotropes et le rapport coût-efficacité de la psychothérapie par rapport aux médicaments psychotropes (volet I);
- répertorier et analyser différents modèles organisationnels permettant l'accessibilité à la psychothérapie pour toute personne ayant un trouble mental qui requiert une psychothérapie (volet II);
- évaluer l'impact financier découlant de la couverture plus étendue des services de psychothérapie dans le panier de services assurés (volet III).

Le présent document porte sur le volet II de l'avis et a pour objet de répertorier et d'analyser les conditions et les modalités d'accès aux services de psychothérapie dans divers pays, tant sur le plan international (principalement au Royaume-Uni et en Australie) que sur le plan national (au Canada) et provincial (au Québec). Il met l'accent, entre autres, sur les divers programmes d'accès particuliers mis en place dans ces pays.

# 1 MÉTHODOLOGIE

## 1.1 Questions d'évaluation spécifiques du volet II portant sur les conditions et les modalités d'accès aux services de psychothérapie dans d'autres pays et au Québec

- Quelles sont les conditions et les modalités de pratique et de couverture de la psychothérapie dans les autres pays sur le plan national (au Canada en général) et international (exemple du Royaume-Uni et de l'Australie)?
- Quelles sont les conditions et les modalités actuelles de pratique et de couverture de la psychothérapie au Québec?

## 1.2 Méthodes de recherche et d'analyse

### 1.2.1 Types d'évaluation et stratégies de recherche d'information scientifique

L'analyse des données relatives aux conditions et aux modalités de pratique et de couverture de la psychothérapie au Québec et dans d'autres pays a été réalisée sous la forme d'une revue narrative accompagnée d'une étude comparative de l'organisation des services dans divers pays et provinces canadiennes. Sur le plan international, la recherche a porté principalement sur le Royaume-Uni et l'Australie, parce que ces deux pays ont tous deux mis en place un programme d'accès à la psychothérapie depuis plusieurs années. De plus, ces programmes ont fait l'objet de nombreuses études et évaluations qui sont très bien documentées dans la littérature.

Les banques de données suivantes ont été consultées : MEDLINE (PubMed), PsycINFO, CINAHL, Cochrane Central Register of Controlled Trial, Cochrane Database of Systematic Reviews et Database of Abstracts of Review of Effects. Les sites répertoriant des guides de pratique, dont le réseau GIN (Guidelines International Network) et le centre d'échange d'information National Guideline Clearinghouse de l'AHRQ (Agency for Healthcare Research and Quality) ont aussi été consultés. Précisons que seules les publications de langue française ou anglaise ont été retenues.

Concernant la littérature grise, les sites Web des agences d'évaluation des technologies et des associations suivantes ont été consultés : AHRQ, European Network of Health Economic Evaluation Databases (ENHEED), International Network for Agencies for Health Technology Assessment (INAHTA), National Health and Medical Research Council (NHMRC), National Institute for Health and Care Excellence (NICE), Haute Autorité de Santé (HAS), Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health (CADTH), Swedish Council on Technology Assessment in Health Care (SBU), American Psychological Association (APA) de même que les sites Web des associations et des sociétés sur la recherche et la pratique de la psychothérapie (voir l'annexe A), des ordres professionnels et des revues professionnelles publiées au Québec, des différents organismes impliqués dans la couverture ou le remboursement de ces soins au Québec (compagnies d'assurance, RAMQ), des ministères de la Santé du Québec et des autres provinces canadiennes ainsi que les sites Web de diverses instances gouvernementales de l'Australie et du Royaume-Uni. Ces deux pays ont un système de santé « beveridgien », c'est-à-dire qu'il repose

sur des principes d'universalité et d'uniformité des soins couverts par le régime public, comme celui du Québec.

### 1.2.2 Extraction des données

L'extraction des données a été réalisée par les deux auteurs. Une grille d'extraction a été établie afin de documenter les caractéristiques des différents modèles d'accès à des services de psychothérapie analysés dans les différents pays. Lorsqu'elles étaient disponibles, les données relatives aux sujets suivants ont été extraites : troubles mentaux pris en charge par les différents modèles analysés, type de traitement psychologique offert, nombre et durée des séances, professionnels de la santé concernés, organisation des soins, conditions d'accès aux services de psychothérapie, modalités et conditions de remboursement (taux de remboursement, montant maximal annuel remboursable, etc.). De plus, des experts, dans le cas présent les lecteurs externes, ont été consultés afin de vérifier et de compléter les données collectées.

# 2 ANALYSE DESCRIPTIVE DES CONDITIONS ET DES MODALITÉS DE PRATIQUE ET DE REMBOURSEMENT DE LA PSYCHOTHÉRAPIE DANS DIFFÉRENTS PAYS SOIT LE ROYAUME-UNI, L'AUSTRALIE ET LE CANADA

## 2.1 Guides de pratique clinique

Plusieurs guides de pratique clinique (GPC) ont été produits au Royaume-Uni par le National Institute for Health and Care Excellence (NICE) sur le traitement de la dépression [2009] et des troubles anxieux [NICE, 2011; NICE, 2005b; NICE, 2005a] chez l'adulte. Fondés sur les meilleures preuves disponibles de niveau élevé (grade A selon le système AGREE), ces guides font état de l'efficacité de la psychothérapie dans le traitement de ces troubles mentaux. Il en est de même du guide produit en Australie par le Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists (RANZCP) sur le traitement de la dépression [2004]. Au Canada, un guide de pratique sur le traitement des troubles dépressifs et anxieux a été produit par le Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) [2009]. Ces guides recommandent, entre autres, que :

- le professionnel responsable du patient soit bien formé et possède l'expertise adéquate et appropriée pour assurer le traitement et le suivi de ce dernier;
- le professionnel établisse une relation de confiance avec son patient en lui procurant l'information sur son état, la logique de son traitement, la probabilité d'une réponse positive et le délai prévu pour obtenir cette réponse;
- le choix du traitement soit établi à partir des préférences du patient et des compétences du professionnel (ce choix doit également tenir compte de l'état du patient sur le plan de ses forces, du degré de stress auquel il est exposé et du type de soutien que lui apporte son entourage);
- le traitement soit effectué par étapes (voir la figure B-1 et la figure B-2 de l'annexe B) ou par phases (voir la figure B-3 de l'annexe B), selon la symptomatologie et le degré de gravité des troubles mentaux (le tableau B-1 décrit succinctement le nombre de séances et le type de psychothérapie généralement recommandés dans les GPC du NICE).

Un programme a été mis en place au Royaume-Uni pour faciliter et étendre l'accessibilité à la psychothérapie. Ce programme, intitulé « Improving Access to Psychological Therapies » (IAPT) est fondé sur les différentes recommandations des GPC du NICE. Il en est de même en Australie, où un programme intitulé « Better Access to Psychiatrists, Psychologists and General Practitioners through the Medicare Benefit Schedule initiative » (appelé Better Access dans le reste du document) a été instauré pour améliorer l'accès à la psychothérapie des patients souffrant de troubles mentaux. Au Canada, divers programmes et initiatives ont également été entrepris afin d'étendre l'accessibilité aux soins en santé mentale. Les conditions de mise en place de ces programmes et leur mode de fonctionnement sont décrits en détail dans les sections qui suivent. Les éléments complémentaires sont présentés en annexe.

## 2.2 Analyse descriptive du programme d'accès aux soins et aux services psychologiques du Royaume-Uni intitulé *Improving Access to Psychological Therapies* (IAPT)

### Origine et objectif du programme IAPT

Le NICE a effectué une série de revues systématiques qui ont conduit à la formulation de recommandations sur l'utilisation efficace de la psychothérapie dans le traitement de divers troubles mentaux. Bien que son efficacité soit reconnue, le recours à la psychothérapie demeurait limité par le manque de disponibilité et le nombre insuffisant de professionnels formés pour dispenser ces soins et par la politique de couverture inadéquate de ces soins dans le régime public. En 2005, le ministère anglais des services de santé, le National Health Service (NHS) a sollicité l'équipe du Pr Richard Layard pour l'éclairer sur l'impact financier des coûts évitables résultant de l'adoption d'une politique de couverture et de remboursement plus large des traitements psychologiques et de la mise en pratique des recommandations du NICE. Les résultats de cette investigation montraient que le coût des traitements psychologiques pour les troubles mentaux courants équivalait aux investissements pour réduire les troubles de dépression et d'anxiété, pour favoriser le retour à l'emploi et pour réduire les prestations d'aide sociale.

En 2007, faisant suite à ces résultats, le programme IAPT a été créé. Son objectif principal était de promouvoir la psychothérapie auprès des patients souffrant de troubles mentaux courants, tels que les troubles dépressifs et anxieux, et de leur en faciliter l'accès. Ce programme devait donc permettre de réduire les dépenses en santé mentale, notamment grâce aux coûts sociaux indirects (productivité et incapacité) évités.

### Travaux de Lord Layard

Layard et ses collaborateurs ont d'abord effectué une étude exploratoire afin de savoir quelles étaient les conditions d'expansion nécessaire du régime public pour se conformer aux exigences et aux recommandations des lignes directrices du NICE sur la dépression et l'anxiété et de quelle manière ce déploiement devait être organisé [Layard, 2006]. Il ressortait de ces lignes directrices que la plupart des patients souffrant de troubles dépressifs et anxieux devraient se voir offrir des traitements psychologiques fondés sur les preuves scientifiques. Ces traitements procuraient des avantages économiques qui dépassaient leur coût. Le gouvernement n'avait aucun coût net à assumer en raison des gains sur les prestations financières associées à l'incapacité et sur les autres coûts assurés par le NHS. Afin que toutes les parties prenantes soient engagées, une déclaration intitulée « The New Savoy Declaration » a été signée, en 2007, par l'ensemble des partenaires[3]. Cette déclaration, renouvelée en 2012, engage tous les signataires à travailler de concert dans l'implantation des recommandations des lignes directrices formulées par le NICE ainsi que la mise en place du nouveau système d'accès à la psychothérapie, le programme IAPT. L'implantation des lignes directrices requérait 10 000 thérapeutes de plus, dont la formation était réalisable sur une période de 7 ans. Ces thérapeutes auraient à travailler en équipe dans les locaux des centres urbains et dans des sites satellites, tels que les centres de pratique généraux ou les centres d'emploi. Certains de ces 250 centres de traitement psychologique devraient être mis en place au cours des 7 années suivantes. Les centres de soins primaires pouvant accueillir le programme IAPT sont des unités de soins ambulatoires en milieu hospitalier, des centres

[3] New Savoy Partnership. The New Savoy Declaration [site Web], disponible à : http://www.newsavoypartnership.org/declaration.htm.

communautaires spécialisés en santé mentale et des regroupements de médecins de première ligne.

Plus spécifiquement, l'analyse coût-/bénéfice effectuée par le même groupe [Layard *et al.*, 2007; Layard *et al.*, 2006] a montré que le coût, pour le gouvernement, serait entièrement couvert par les gains sur les bénéfices associés à une réduction de l'incapacité – et donc à une diminution des prestations sociales dues à l'incapacité – et à la perception de taxes et d'impôts additionnelles résultant de l'augmentation de la productivité de ces personnes. Le plan Layard de 2006 avait permis d'estimer que les coûts d'investissement devraient être récupérés dans les 2 ans et, de façon plus importante, dans les 5 ans suivant l'implantation du programme. Les bénéfices économiques globaux devraient être alors encore plus grands, du fait du faible coût de la thérapie (750 £ au total, soit 1 444 $ CA[4]), au taux élevé (50 %) de rémission ou de récupération des patients et aux économies de coûts résultant de la réduction de l'incapacité et de la baisse des prestations sociales dues à l'incapacité. Cette nouvelle étude venait étayer les résultats de l'étude exploratoire précédente en précisant que l'implantation des lignes directrices du NICE requérait 8 000 thérapeutes additionnels dans le système (NHS), et ce, dans les 6 années suivantes.

## Description et mode de fonctionnement du programme IAPT

Le tableau C-1 de l'annexe C présente les principales caractéristiques du programme IAPT. Pour accéder aux services de psychothérapie, une personne peut être référée par son médecin de famille à un centre de soins participant au programme. Elle peut aussi s'auto-référer en s'adressant directement à l'un de ces centres. Le modèle d'accès prôné par le programme IAPT est d'offrir un traitement en fonction du type de trouble et de son degré de gravité. La figure B-1 de l'annexe B présente plus en détail les différentes étapes de ce modèle, à savoir l'étape de reconnaissance ou de l'identification du trouble mental (étape 1), la prise en charge de troubles légers à modérés par une thérapie dite « de faible intensité » (étape 2) et une prise en charge des personnes souffrant de troubles modérés à graves, par une thérapie dite « de haute intensité» (étape 3). Les thérapies de haute intensité incluent, sans s'y limiter, les interventions suivantes : thérapie cognitivo-comportementale (TCC), thérapie interpersonnelle (TIP), counseling et thérapie de couple. Seuls les psychologues cliniciens sont autorisés à offrir ces traitements. Les thérapies de faible intensité incluent, sans s'y limiter, la TCC assistée par ordinateur, l'auto-assistance pure et guidée, l'activation comportementale, l'exercice structuré et la psychoéducation de groupe. Ces traitements sont dispensés par des conseillers, certains types de thérapeutes et des professionnels en bien être psychologique, appelés *psychological well-being practitioners* (PWP), par exemple des infirmières.

Devant l'insuffisance du nombre de professionnels habilités à offrir des traitements psychologiques, le programme IAPT a, dans un premier temps, subventionné des programmes de formation en intervention psychologique (ciblée sur la TCC particulièrement). De 2008 à 2015, la formation de 6 000 thérapeutes était prévue par le programme, dont 60 % en thérapie de haute intensité et 40 % en thérapie de faible intensité.

Le coût d'une séance de thérapie varie selon le type de thérapie offert et selon le professionnel qui fournit le service.

[4] Toutes les conversions de livre sterling (£) en dollar canadien ($ CA) ont été effectuées selon la parité de pouvoir d'achat (PPA) de l'année considérée (Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), 4. PPA et taux de change [site Web], disponible à : http://stats.oecd.org/Index.aspx?datasetcode=SNA_TABLE4).

## Couverture et remboursement

Le NHS couvre gratuitement, pour les résidents britanniques, un certain nombre de traitements psychologiques en première, deuxième et troisième ligne. Ces soins couverts par le NHS sont dispensés dans les cabinets de médecins de famille, dans les équipes de santé mentale, en milieu hospitalier, soit en consultation externe ou lors d'une hospitalisation, par des équipes spécialisées [BPtK, 2011]. Dans le programme IAPT, les frais sont remboursés entièrement par le NHS.

Par ailleurs, la pratique de la psychothérapie se fait aussi dans le secteur privé, selon une formule de rémunération libre n'offrant cependant pas un remboursement complet par l'assurance maladie privée. Enfin, un secteur bénévole et sans but lucratif offre également une série de services, notamment le counseling relationnel, le counseling aux personnes en deuil et les thérapies pour les femmes victimes de violence.

## Modalités, conditions de financement et coût du programme IAPT

Le programme IAPT est financé par le NHS depuis sa mise en place en 2007. Le déploiement du programme IAPT s'est fait progressivement dans tout le Royaume-Uni à la suite du succès des deux projets pilotes. Avant leur mise en place le coût d'une psychothérapie de 11 séances avait été évalué, en 2006, à 750 £ (1 444 $ CA) par personne, incluant les frais de structure auxquels il faudrait ajouter les frais de formation des thérapeutes, soit 20 £ (39 $ CA) [Layard, 2006; Layard *et al.*, 2006]. Les résultats des deux projets pilotes ont finalement permis d'estimer les frais d'une thérapie de haute intensité à 754 £ (1 339 $ CA) pour une moyenne de 13 séances et de 136 £ (242 $ CA) pour une thérapie de faible intensité dont le suivi est de 4 ou 5 séances [DoH, 2011]. Ces coûts incluaient les frais de structure mais non les frais de formation. Le coût pour les deux premières années du programme IAPT était estimé d'abord à 600 M£ (ou 1 156 M$ CA) pour 800 000 patients (soit 8,4 % de la population active). Comme le montre le tableau E-1 de l'annexe E, le financement alloué à ce programme par le gouvernement anglais a été, dans les faits, de 309 M£ en 3 ans (2009-2011), soit environ 549 M$ CA ou encore 183 M$ CA par an. Sachant qu'en 2009, soit lors de la deuxième année d'implantation du programme, 399 460 personnes avaient reçu des services (1 % de la population britannique), il apparaît que le coût moyen annuel de l'IAPT par personne traitée est de 458 $ CA. Le gouvernement anglais a annoncé, en février 2011, qu'il prolongeait le programme IAPT en y investissant 400 M£ (710 M$ CA) au cours des 4 années suivantes, soit jusqu'en 2015 [Thornicroft, 2011].

## Évaluation du programme IAPT

Les indicateurs de performance utilisés témoignent de la réussite du programme dès la fin de sa deuxième année d'existence. Ainsi 95 % des centres de soins primaires ont implanté les services offerts par le programme IAPT. De plus, les cibles relatives au nombre de personnes vues par année (399 460, comparativement à la prévision de 400 000), au nombre de personnes ne recevant plus d'indemnités pour incapacité (13 962, comparativement à la prévision de 11 100) ou le taux de recouvrement en santé mentale (40 %, comparativement à la prévision de 50 %) ont été presque toutes atteintes [Clark, 2011]. Le site Web de l'IAPT rapporte que de 2008 à 2011, des 600 000 patients ayant commencé leur traitement, 350 000 l'ont terminé, 120 000 ont recouvré leur santé psychique et 23 000 ont arrêté de percevoir des indemnités de maladie[5]. Le nombre moyen de séances par participant était de 5,15 [Richards et Suckling, 2009]. Malgré tout cela, il a été estimé que seulement 60 % de la population avait effectivement accès à ces

[5] Improving Access to Psychological Therapies (IAPT). About Us [site Web]. Disponible à : http://www.iapt.nhs.uk/about-iapt/ (consulté le 9 décembre 2013).

services, signe qu'un important travail restait à faire pour étendre les services du programme à l'avenir.

Une évaluation portant sur les taux de rétablissement après 1 an, dans 31 villes du Royaume-Uni, a fourni des données sur plus de 19 000 participants au programme IAPT [Gyani *et al.*, 2011]. L'étude a conclu à une amélioration des symptômes cliniques et des taux de rétablissement relatifs à la dépression et aux troubles anxieux, selon les résultats obtenus à l'aide du questionnaire sur la santé du patient (PHQ-9) et à l'échelle du TAG (GAD-7), concernant 27 % à 58 % des participants, la médiane se situant à 42 %. Les patients dont les résultats au PHQ-9 et à l'échelle GAD-7 indiquaient des symptômes plus graves étaient moins susceptibles de s'être rétablis. Toutefois, l'amélioration de leurs symptômes était plus marquée que chez les participants dont les symptômes étaient modérés. D'autres études d'efficacité du programme IAPT ont été menées au Royaume-Uni [Richards et Suckling, 2009]. Ainsi, les tailles d'effet présentées dans le tableau 1 montrent que l'effet des traitements psychologiques fournis dans le cadre du programme IAPT (calculés à partir des résultats prétraitement et post-traitement au PHQ-9) est important, tant chez les personnes souffrant d'anxiété (*d* = 1,41) que chez les personnes souffrant de dépression (*d* = 1,38). Ces valeurs sont d'ailleurs comparables aux tailles d'effet rapportées dans les études cliniques randomisées sur la psychothérapie.

**Tableau 1 Taille d'effet clinique obtenue après l'introduction du programme d'accès à la psychothérapie IAPT au Royaume-Uni et dans des séries d'essais cliniques randomisées (d de Cohen*)**

| | Anxiété | Dépression |
|---|---|---|
| Programme IAPT ([Richards et Suckling, 2009], n = 869, ayant terminé) | 1,41 | 1,38 |
| TCC autoguidée [Gellatly *et al.*, 2007] | s. o. | 0.80 |
| TCC par des psychologues (5 études, [Pilling et Burbeck, 2006]) | s. o. | 1.46 |
| TCC par des psychologues (12 études, [Clark, 2006]) | 2,1 | s. o. |

* Le *d* de Cohen est un indice de taille d'effet permettant de mesurer la magnitude d'un effet dans une population donnée, où une valeur *d* de 0,2 correspond souvent à un faible effet, une valeur *d* de 0,5, à un effet moyen et une valeur *d* de 0,8, à un effet fort.
s. o. : sans objet

Suivant le succès éprouvé du programme IAPT et le prolongement de son financement jusqu'en 2015, le gouvernement anglais a décidé de l'étendre de manière à inclure les enfants, les adolescents, les personnes âgées et leurs soignants, les malades chroniques ainsi que les patients atteints de troubles mentaux graves [Thornicroft, 2011].

Par ailleurs, les données récentes montrent que de 2012 à 2013, 884 000 références correspondant à 762 000 personnes (dont 62 % de femmes et 71 % de personnes âgées de 20 à 49 ans) ont eu recours aux services du programme IAPT. De ces 884 000 références, 434 000 participants ont été traités, dont 63 % ont obtenu une première séance de traitement dans un délai maximal de 28 jours suivant la référence et 92 %, dans un délai maximal de 90 jours; 535 000 personnes ont arrêté leur traitement, dont 260 000 ayant décliné ou abandonné le traitement et 144 000 (27 %) ayant obtenu au moins 2 séances de traitement, ce qui a permis d'observer une amélioration dans 57 % des cas. De ces 535 000 cas, 54 000 ont présenté une rémission à la suite du traitement complet[6]. Par ailleurs, 47 % des patients traités ont conservé

[6] Health and Social Care Information Centre (HSCIC). Access to psychological therapies: First annual report published [site Web]. Disponible à : http://www.hscic.gov.uk/article/3857/Access-to-psychological-therapies-first-annual-report-published (consulté le 5 février 2014).

leur emploi, 10 % sont sortis de la prestation sociale ou ont trouvé un emploi et 15 % restent dans le processus de recherche d'emploi. Les employeurs ont objectivé une diminution du nombre de jours de congé maladie chez ces patients. Il a été constaté une baisse de la consommation des soins en santé pour les personnes qui ont recouvré leur santé mentale. Cette baisse a été estimée à environ 483 M$ d'ici 2016 / 2017 et ce, notamment en termes de diminution du nombre des prescriptions d'antidépresseurs, des hospitalisations et des procédures et consultations des professionnels en santé.

## 2.3 Analyse descriptive des deux programmes d'accès aux soins et aux services psychologiques en Australie : le programme Better Access to Psychiatrists, Psychologists and General Practitioners through the Medicare Benefits Schedule initiative (Better Access) et le programme Access to Allied Psychological Services (ATAPS)

### Origine et objectif des deux programmes

En Australie, au cours des années qui ont suivi la désinstitutionnalisation des soins de santé mentale, il y a eu une reconnaissance croissante de lacunes importantes dans les programmes de soutien communautaire qui laissaient de nombreuses personnes dans une situation où les soins et le soutien étaient insuffisants [Van Gool, 2006]. Cette situation, combinée à d'autres facteurs politiques, a incité le gouvernement australien à élaborer un plan d'action national sur la santé mentale. Ce plan d'action, publié en 2006, comportait cinq axes d'intervention, dont celui traitant de l'intégration et de l'amélioration du système de santé, lequel présentait la structure du programme Better Access [COAG, 2006]. Le programme ATAPS est, quant à lui, une composante essentielle de l'initiative intitulée *Better Outcomes in Mental Health Care*, mise en œuvre par le gouvernement australien en 2001 en réponse au faible taux de traitement des troubles mentaux courants [Fletcher *et al.*, 2012]. Il a été déployé en deux phases; la première visait à accroitre de manière générale l'accès à des soins de santé mentale et la deuxième visait à s'occuper spécifiquement de certaines populations particulières (dépression périnatale, services spécialisés en matière de suicide, etc.). La présente analyse porte principalement sur la première phase du programme ATAPS.

Ces programmes ont tous deux pour objectif principal d'améliorer le traitement et la prise en charge de la maladie mentale, d'accroître l'accès de la population à des services professionnels et à des équipes de soins en santé mentale ainsi que d'offrir des soins plus abordables. Comme il sera décrit plus bas, ces deux programmes sont complémentaires, bien qu'ils diffèrent dans leur mode de rémunération des professionnels dont les services sont couverts et dans leur financement.

### Description et mode de fonctionnement des deux programmes

Les principales caractéristiques du programme Better Access et du programme ATAPS sont présentées dans le tableau C-1 de l'annexe C. L'accès gratuit aux services psychologiques passe, dans un premier temps, par une consultation chez un médecin de famille, lequel déterminera s'il y a lieu ou non de faire appel à un professionnel spécialisé. Le médecin commencera par déterminer, au moyen d'une évaluation, si la personne est atteinte d'un trouble mental et si l'élaboration d'un plan de traitement s'avère nécessaire compte tenu des besoins et des circonstances l'ayant menée à la consultation. Ce plan, dont les principaux éléments constitutifs

sont présentés dans l'annexe D, est obligatoire pour que les services prévus par le programme Better Access ou le programme ATAPS puissent être fournis. Si une personne reçoit un diagnostic de trouble mental, son médecin de famille peut soit rédiger lui-même un plan de traitement, soit la référer, dans le cas du programme Better Access, à un psychiatre qui pourra élaborer pour lui un plan d'évaluation et de prise en charge. Dans ce contexte, le médecin de famille peut aussi référer directement la personne à un psychiatre ou à un pédiatre, qui, une fois l'évaluation et le diagnostic confirmés, pourra la recommander directement à un professionnel de la santé mentale habilité à fournir des traitements psychologiques. Lorsqu'une personne est recommandée une première fois à un professionnel, ce dernier doit, à la fin du traitement, rédiger un rapport à l'intention du médecin, du psychiatre ou du pédiatre ayant fait la référence. Après la réévaluation de la personne, si le professionnel qui a fait la référence juge que de nouveaux traitements sont requis, alors la personne pourra obtenir une nouvelle référence pour un nombre de séances ne dépassant pas la limite autorisée au cours d'une même année civile.

Les professionnels habilités à dispenser des traitements psychologiques sont les psychologues (cliniciens ou non), les médecins de famille (seulement dans le cadre du programme Better Access), les travailleurs sociaux et les ergothérapeutes. Le programme ATAPS permet également à des infirmières et infirmiers spécialisés en santé mentale de dispenser ces services. Concernant les médecins de famille qui dispensent des traitements psychologiques, le programme les invite à référer aux psychologues cliniciens, les patients qui présentent des troubles mentaux complexes ou qui présentent d'importantes comorbidités. Tous les professionnels, à l'exception des psychologues, doivent suivre une formation continue dans le domaine de la santé mentale afin de continuer à être autorisés à fournir ce type de service.

## Couverture et remboursement

Les traitements psychologiques couverts par le régime public australien d'assurance maladie, Medicare, sont de deux types : les stratégies psychologiques spécifiques, appelées *Focussed Psychological Strategies* (FPS) et la psychothérapie. Seuls les psychologues cliniciens sont autorisés à fournir les services de psychothérapie. Ces services sont offerts par l'entremise de fournisseurs de soins privés, plutôt que par l'attribution d'une enveloppe budgétaire. Les traitements psychologiques remboursables par Medicare sont limités à 10 séances par année civile.

Comme le montre le tableau C-1 de l'annexe C, les honoraires relatifs aux actes médicaux posés en vertu du programme Better Access varient en fonction de la durée des séances et du type de professionnel qui fournit le service. Cependant, un montant maximal remboursable est établi pour chacun de ces actes, tout excédent étant entièrement assumé par le patient. Medicare rembourse généralement de 85 % à 100 % du montant des frais fixés pour chacun des actes médicaux prévus dans le programme. Au-delà d'un certain montant déboursé annuellement, un programme spécifique, intitulé Medicare Safety Net, permet d'aider les patients à assumer ces coûts additionnels.

## Modalités, conditions de financement et coût des programmes Better Access et ATAPS

Les modalités et les conditions de financement ainsi que le mode de rémunération des fournisseurs de services du programme ATAPS diffèrent de ceux du programme Better Access. Ainsi, dans le cas du premier, le financement est plafonné par l'État. Ce sont les structures locales de Medicare qui reçoivent une enveloppe budgétaire annuelle et qui sont responsables

d'administrer ces montants pour mener les projets du programme et pour payer les fournisseurs de services. Dans le cas du deuxième, il n'y a pas d'enveloppe budgétaire fixée à proprement parler, parce que les fournisseurs sont rémunérés à l'acte selon des règles d'indemnités qui ont été déterminées au préalable. Dans les deux cas, une contribution financière peut être demandée à l'usager par les fournisseurs de services [Pirkis et Vasiliadis, 2013].

Les tableaux E-2 et E-3 de l'annexe E présentent l'information budgétaire relative à ces deux programmes. Le coût du programme Better Access a été de 939 M$ CA (dollars de 2010[7]) sur 3 ans (2007-2008 à 2009-2010), soit environ 313 M$ CA par année. Durant ces 3 ans, 2 016 495 personnes (3,1 % de la population australienne de 15 à 64 ans) par année ont bénéficié des services de ce programme, représentant un coût annuel moyen par personne traitée de 466 $ CA. La première phase du programme ATAPS a bénéficié à 200 898 personnes en 8,5 ans (juillet 2003 à décembre 2011); l'enveloppe budgétaire annuelle était d'environ 22,2 M$ CA, soit un coût annuel moyen par personne traitée de 937 $ CA.

Le programme Better Access a connu deux grandes réformes lors du budget fédéral 2011-2012, afin notamment de contenir le coût, jugé prohibitif en regard de son efficacité dans les populations vulnérables, soit les populations autochtones, les personnes habitant en région et les personnes à faible revenu [Parliament of Australia, 2011]. Premièrement, une rationalisation du remboursement des services fournis par les médecins de famille dans le cadre du programme a été mise en place. Les nouveaux tarifs servant à calculer le montant remboursé par Medicare ont été diminués. De plus, concernant la mise en place d'un plan de traitement en santé mentale, la réforme a introduit un tarif différentiel en fonction du temps consacré à le réaliser (auparavant, il y avait un tarif unique, quel que soit le temps consacré). Deuxièmement, le nombre maximal de séances de traitement remboursable par Medicare a été diminué à 10, et ce, quelle que soit la gravité du cas. Auparavant, le programme permettait le remboursement de 12 séances de soins par année (individuelles et de groupe) et de 6 séances additionnelles dans certains cas d'exception.

Lors de ce même budget, le programme ATAPS (les deux phases) a vu son enveloppe budgétaire doublée grâce à une augmentation de 206 M$ AU sur 5 ans (environ 169 M$ CA en dollars de 2011 selon la PPA) [Russell, 2011]. Cette augmentation du budget visait à étendre les services du programme aux enfants et à leur famille, à certaines minorités, telles que les aborigènes, et aux personnes vivant dans des régions socioéconomiques défavorisées ou difficiles d'accès.

## Évaluation du programme Better Access et ATAPS

Un cadre d'évaluation du programme Better Access a été élaboré dès son instauration en 2006. Ce cadre a été conçu à partir des trois questions d'évaluation suivantes :

- Le programme Better Access a-t-il amélioré l'accès à des services de professionnels en santé mentale?
- Le programme Better Access est-il un modèle efficace et rentable pour dispenser ce type de services?
- Le programme Better Access a-t-il eu un impact sur le profil et le fonctionnement des professionnels australiens en santé mentale?

[7] Toutes les conversions du dollar australien ($ AU) en dollar canadien ($ CA) sont effectuées selon la parité de pouvoir d'achat (PPA) (Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), 4. PPA et taux de change [site Web], disponible à : http://stats.oecd.org/Index.aspx?datasetcode=SNA_TABLE4).

L'évaluation, réalisée en 2011 [Pirkis *et al.*, 2011b], a montré une amélioration générale de l'accès à des traitements psychologiques. Ainsi, pour les années 2007 à 2009 inclusivement, soit les trois premières années ayant suivi l'implantation du programme Better Access, 2 016 495 personnes différentes ont bénéficié de soins du programme, dont plus de 58 % n'avaient jamais bénéficié de soins de santé mentale auparavant. Une thérapie cognitivo-comportementale a été offerte à 90 % d'entre elles [Pirkis *et al.*, 2011a; 2011b]. L'étude de Pirkis [2011a] a aussi montré que plus de 90 % des participants au programme avaient reçu un diagnostic de dépression ou d'anxiété, et que 80 % d'entre eux présentaient un degré de détresse psychologique élevé ou très élevé (comparativement à 10 % dans la population générale). Seulement 13 % des participants, soit 262 144 personnes, ont eu droit à plus de 10 séances de traitement. Le nombre de séances de traitement dispensées par des psychologues était en moyenne de 5 par participant et par année [Pirkis *et al.*, 2011a]. L'accès à ces services dans certaines populations vulnérables, dont les aborigènes, a été cependant plus faible en comparaison de celui des autres catégories d'utilisateurs. Les conclusions de nombreuses études sur le traitement et les résultats cliniques indiquaient une amélioration statistiquement significative sur l'échelle de Kessler-10 (K-10), qui mesure la détresse psychologique en général, et l'échelle DASS 21 (de l'anglais Depression Anxiety Stress Scales)[8], qui mesure la dépression, l'anxiété et le stress. Une analyse préliminaire de ces résultats et des coûts du programme Better Access pour les patients ayant consulté un psychologue laisse croire que le programme offre un bon rapport coût-efficacité pour ces professionnels [Pirkis *et al.*, 2011b]. Si des inquiétudes subsistaient quant à la possibilité qu'un nombre important de professionnels en santé mentale aient pu se tourner vers la pratique privée à la suite de l'implantation de ce programme, les auteurs de l'étude ont montré qu'un nombre toujours croissant de professionnels en santé mentale pratiquent dans le secteur public.

Concernant le programme ATAPS, du 1er janvier 2006 au 30 juin 2010, 113 107 personnes différentes ont bénéficié des services du programme, soit approximativement 25 135 personnes par année [Pirkis et Vasiliadis, 2013], dont environ 82 % avaient bénéficié d'au plus 6 séances de traitement. De plus, près de 45 % de ces bénéficiaires n'avaient jamais reçu de soins de santé mentale. Cependant, 72 % d'entre eux avaient déjà reçu un diagnostic de dépression ou d'anxiété. Dans 69 % des cas, les patients ont suivi une TCC. Les résultats cliniques indiquaient une amélioration statistiquement significative sur les échelles K-10 et DASS-21 à la suite du traitement. Plus spécifiquement, les utilisateurs de ces services qui présentaient des degrés de détresse psychologique élevé et très élevé ont vu leur état s'améliorer, présentant des scores de détresse modérés sur l'échelle K-10. Les patients présentant des niveaux de dépression, d'anxiété et de stress modérés et élevés avant l'intervention ont présenté des niveaux normaux ou modérés sur l'échelle DASS-21 en post-traitement.

Des études d'efficacité des programmes Better Access et ATAPS ont aussi été menées en Australie [Fletcher *et al.*, 2012; Pirkis *et al.*, 2011a]. Ainsi, les données présentées dans le tableau 2 montrent que la taille d'effet des traitements psychologiques offerts par le programme Better Access est importante tant chez les personnes souffrant d'anxiété ($d$ = 0,85) que chez les

[8] L'échelle de Kessler-10, K-10, comprend 10 questions permettant de mesurer la détresse psychologique (Kessler Psychological Distress Scale (K10), disponible à : https://www.tac.vic.gov.au/files-to-move/media/upload/k10_english.pdf (consulté le 3 janvier 2013)).
L'échelle ÉDAS, ou DASS-21, est une mesure quantitative de détresse suivant les 3 axes de dépression, d'anxiété et de stress. Les scores sont variables selon le degré d'atteinte et en fonction des différents axes : concernant la dépression, l'état normal correspond à un score variant de 0 à 4, une atteinte légère correspond à un score variant de 5 à 6, modérée, de 7 à 10, grave, de 11 à 13 et extrêmement grave ou aiguë, à un score supérieur à 14; concernant l'anxiété, ces scores sont de 0 à 3 : état normal, de 4 à 5 : atteinte légère, de 6 à 7 : atteinte modérée, de 8 à 9 : atteinte grave et de plus de 10 : atteinte extrêmement grave; concernant le stress, l'état normal correspond à un score variant de 0 à 7, une atteinte légère correspond à un score variant de 8 à 9, modérée, de 10 à 12, grave, de 13 à 16, et extrêmement grave, à un score supérieur à 17 (DASS 21, disponible à : http://www.blackdoginstitute.org.au/docs/3.DASS21withscoringinfo.pdf (consulté le 3 janvier 2013)).

personnes souffrant de dépression (*d* = 1,1). Concernant le programme ATAPS, la taille d'effet observée est jugée importante dans le cas des personnes souffrant de dépression (*d* = 0,81) et moyenne (*d* = 0,67) dans le cas des personnes souffrant d'anxiété.

**Tableau 2 Mesures de l'importance de l'effet clinique obtenues ou taille d'effet après l'implantation des programmes d'accès aux traitements psychologiques Better Access et ATAPS, en Australie et dans des séries d'essais cliniques (*d* de Cohen*)**

| | Anxiété | Dépression |
|---|---|---|
| Programme Better Access ([Pirkis *et al.*, 2011a], n=205) | 0,85 | 1,1 |
| Programme ATAPS [Fletcher *et al.*, 2012] | 0,67 (n = 8 061) | 0,81 (n = 8 142) |
| CBT autoguidée [Gellatly *et al.*, 2007] | s. o. | 0,80 |
| CBT par des psychologues (5 études, [Pilling et Burbeck, 2006]) | s. o. | 1,46 |
| CBT par des psychologues (12 études, [Clark, 2006]) | 2,1 | s. o. |

* Le *d* de Cohen est un indice de taille d'effet permettant de mesurer la magnitude d'un effet dans une population donnée, où une valeur *d* de 0,2 correspond souvent à un faible effet, une valeur *d* de 0,5, à un effet moyen et une valeur *d* de 0,8, à un effet fort.
s. o. : sans objet

Selon Pirkis et Vasiliadis [2013] le programme ATAPS est généralement considéré comme étant plus apte que le programme Better Access à répondre aux besoins des groupes à risque (tels que les aborigènes, les personnes demeurant en milieu rural, etc.). Cependant, le programme Better Access a une portée globale bien plus grande que le programme ATAPS, comme en témoigne le nombre de personnes ayant bénéficié des services offerts en vertu de ce programme, de 2006 à 2009.

## 2.4 Analyse descriptive de l'accès aux traitements psychologiques au Canada

Chaque année, approximativement 20 % de la population canadienne est au prise avec des problèmes de santé mentale nécessitant des soins. De ce pourcentage, seulement un tiers des personnes reçoivent un traitement au cours de l'année. En 2012, 1 Canadien sur 6, âgé de 15 ans ou plus, a déclaré avoir eu besoin de soins de santé mentale au cours des 12 mois précédents. Plus de 12 % des Canadiens percevaient un besoin de consultation ou de psychothérapie et 10 %, un besoin de médicaments. Les besoins étaient largement comblés dans au moins les deux tiers des cas. Plus spécifiquement, les besoins de médicaments étaient comblés dans près de 91 % des cas et ceux de consultation ou de psychothérapie étaient comblés dans les deux tiers des cas. Dans près de 4 % de la population adulte, au moins un de ces besoins n'était toujours pas comblé [Sunderland et Findlay, 2013]. Les troubles mentaux sont à l'origine de 30 % des demandes d'invalidité auprès des assureurs (privés ou publics). Le coût associé aux maladies mentales atteignait presque 60 milliards de dollars en 2012, soit 3,4 % du produit intérieur brut.

Au Canada, le service public dans le domaine de la santé mentale s'articule essentiellement autour des médecins et des services offerts dans le milieu hospitalier et n'inclut pas les services de psychologues ou d'autres professionnels pratiquant en cabinet privé. Les listes d'attentes sont donc souvent longues et les patients ont tendance à se diriger, à leur frais, vers le secteur privé. De nombreuses initiatives, présentées dans l'annexe F, ont été menées afin d'améliorer l'accessibilité à des soins gratuits de santé mentale au Canada [Peachey *et al.*, 2013].

## Couverture et remboursement

Historiquement, au Canada, le financement public des soins de santé est prévu par la *Loi canadienne sur la santé*. Cette loi définit, entre autres, ce que doivent couvrir les régimes d'assurance de soins de santé provinciaux. Ainsi, dans le domaine de la santé mentale, la Loi permet aux provinces de couvrir les services fournis par des psychologues ou par d'autres membres de professions réglementées. Cependant, comme le montre le tableau C-2 de l'annexe C, aucune province ou territoire n'a inclus le remboursement de ces frais en dehors du système public.

## Description et mode d'accès à la psychothérapie

Si le gouvernement fédéral ne contrôle pas, à proprement parler, la prestation des soins dans les différents territoires et provinces du Canada, il a cependant certaines prérogatives concernant des populations vulnérables. Ainsi, un programme fédéral a été mis en place afin de permettre l'accès de certains Autochtones aux traitements psychologiques.

Le tableau C-2 de l'annexe C dresse le portrait de l'accès aux soins et aux services de psychothérapie dans les différentes provinces et territoires du Canada. Plusieurs éléments sont communs à ces régions, à savoir :

- L'accès à des services fournis par des psychologues est très encadré et il est financé et administré de manière restreinte par plusieurs programmes similaires entre les différents territoires et provinces.
- L'accès est limité, soit par des contraintes financières (plafond annuel ou par séance), soit par des contraintes de volumes (nombre maximal de séances par année).
- L'accès à ces services reste insuffisant, puisque certains besoins demeurent encore insatisfaits.
- Les psychologues sont peu intégrés aux équipes de soins multidisciplinaires.

Le Canada ne dispose, à l'heure actuelle, d'aucun modèle établi permettant à des personnes atteintes d'un trouble mental d'accéder rapidement et sans frais à des soins et à des services de santé mentale en dehors du régime public. Dans le régime public canadien et québécois, on privilégie l'accès à des soins fournis par des professionnels de santé mentale dans un modèle de soins en collaboration. Il apparait, à la lecture de l'annexe F, que **le modèle de prestations de soins de santé mentale en collaboration** soit le modèle privilégié à l'échelle canadienne et dans les différents territoires et provinces. Ainsi, l'énoncé de principes sur les soins de santé mentale en collaboration par l'Association des psychiatres du Canada et le Collège des médecins de famille du Canada présente les principales caractéristiques de ce modèle [Kates *et al.*, 2011]. Bien que cet article concerne principalement les activités des médecins de famille et des psychiatres, les énoncés s'appliquent à tous les soins de première ligne et aux différents professionnels de soins de santé mentale. Le concept des soins en collaboration est défini comme des soins dispensés par des professionnels de spécialités, de disciplines ou de secteurs différents, qui travaillent ensemble à offrir des services complémentaires et un soutien mutuel. Ce modèle se caractérise généralement par une planification des soins et un processus décisionnel partagés entre les différents acteurs concernés, la consignation des renseignements dans un dossier médical commun, des activités en collaboration et des soins qui sont partagés en fonction de la compétence respective et de la disponibilité des participants, tout cela afin que les personnes ayant un trouble mental aient non seulement accès aux services essentiels, mais qu'elles y aient aussi accès en temps opportun. Ce modèle de prestation de services permet aux

médecins de famille, qui sont le premier « point de contact » pour la plupart des Canadiennes et des Canadiens atteints d'un trouble mental, d'améliorer les soins qu'ils peuvent prodiguer. Toujours selon les mêmes auteurs, « il n'y a pas de modèle de collaboration ou de style de pratique unique. Toute activité qui permet aux professionnels de soins de santé mentale et de toxicomanie et de soins de première ligne de travailler ensemble plus efficacement pour améliorer les soins qu'ils dispensent peut se faire en collaboration ». Cependant, ce modèle comprend généralement :

- une communication efficace entre les professionnels de santé eux-mêmes et envers les usagers;
- une consultation ayant habituellement lieu de deux façons, à savoir :
  - les psychiatres et les autres professionnels de la santé mentale offrent un soutien aux professionnels de soins de première ligne et partagent la responsabilité continue des soins,
  - les médecins de famille prodiguent des conseils sur la prise en charge des troubles médicaux des personnes atteintes de problèmes de santé mentale ou de toxicomanie;
- une coordination des plans de soins permettant ainsi aux professionnels de la santé d'éviter les chevauchements et d'utiliser les ressources disponibles plus efficacement;
- un regroupement physique des activités des psychiatres et d'autres professionnels en santé mentale et toxicomanie qui travaillent dans un milieu de soins de première ligne;
- une intégration des professionnels de soins de santé mentale et de soins de première ligne dans un seul service ou dans une seule équipe.

Ce modèle collaboratif entre les soins de première ligne et les services en santé mentale vise à faciliter la circulation des patients entre les différents services et à éliminer les barrières d'accès à ces soins. De plus, ce modèle permettrait à tous les secteurs d'augmenter leur capacité d'offrir des traitements psychologiques centrés sur l'usager et sur la famille [Kates *et al.*, 2011].

Ce modèle de prestation de soins en collaboration est mis de l'avant dans les différents rapports et politiques gouvernementales, notamment par l'engagement des provinces, en 2004, à permettre l'accès à des équipes de soins multidisciplinaires de première ligne dès 2011. Si, globalement, l'intégration des psychologues dans les équipes de soins multidisciplinaires, notamment dans les soins de première ligne, demeurent encore limitée, de nombreuses initiatives ont été mises en œuvre à l'échelle canadienne [Peachey *et al.*, 2013; Kates et Ackerman, 2002], dont les suivantes :

- Dans la région d'Hamilton-Wentworth en Ontario, les traitements psychologiques ont été intégrés à certaines unités de soins de première ligne. Chaque unité dispose ainsi d'un conseiller en santé mentale (infirmière, psychologue ou professionnel titulaire d'un diplôme universitaire dans le domaine du travail social ou communautaire) et d'un psychiatre.
- À Ottawa, un programme de santé mentale destiné aux patients en consultation externe a été mis en place à l'hôpital Civic Campus pour les personnes atteintes de troubles de la personnalité limite. Ce programme vise à permettre une meilleure collaboration entre les services hospitaliers offerts à ces patients et les thérapeutes communautaires.
- À Calgary, en Alberta, le programme Shared Mental Health Care a été mis en place. Ce service associe un médecin de famille à un professionnel en santé mentale (psychologue, travailleur social ou psychiatre) lors des consultations. Les soins fournis au patient sont le fruit de la collaboration entre ces deux professionnels. Les deux principaux objectifs de ce

programme sont d'améliorer la formation des médecins de famille et d'offrir directement des soins de santé mentale dans des établissements de soins de première ligne.

- À Halifax en Nouvelle-Écosse, un modèle particulier, appelé *Choice and Partnership Approach,* a été mis en place. Ce modèle instaure une approche collaborative dans la façon dont les soins de santé mentale sont fournis aux enfants et aux adolescents. Les patients et leur famille sont au centre du processus de soins. Cette approche implique également une gestion des patients qui vise à étendre les services de santé mentale en milieu communautaire.
- Au Québec, un protocole de soins intégrant ce modèle a été élaboré. Ce protocole sera abordé en détail dans la prochaine section.

Par ces approches de collaboration, la présence d'un professionnel en santé mentale dans ces équipes est un avantage incontournable, non seulement pour les patients mais aussi pour les autres professionnels de la santé. C'est ce qui ressort de toutes les initiatives mentionnées précédemment. Selon cette approche, le rôle plus spécifique du psychologue serait multiple : évaluation et diagnostic, formation des autres professionnels de l'équipe de soins ou encore prestation de soins dans les cas de comorbidité complexe et chronique portant sur la santé mentale.

# 3 ANALYSE DESCRIPTIVE DES CONDITIONS ET DES MODALITÉS DE PRATIQUE ET DE COUVERTURE DE LA PSYCHOTHÉRAPIE AU QUÉBEC

Selon un rapport de l'INSPQ, paru en 2012, la prévalence annuelle des troubles mentaux traités au Québec se situait autour de 12 % [INSPQ, 2012]. Les troubles mentaux touchent une personne sur cinq au cours de sa vie [CSBE, 2012]. Près de 65 % de ces troubles seraient des troubles anxieux et dépressifs. Selon une étude effectuée en 2001 à Montréal à partir d'un échantillon stratifié de 379 personnes (sur un total de 4 704 personnes ayant fait l'objet d'une entrevue téléphonique), près de 18 % avaient besoin de soins en santé mentale [Direction de la santé publique, 2001], dont 20 % avaient des besoins comblés de façon adéquate, 10 % avaient des besoins impossibles à combler et 70 %, des besoins qui n'étaient pas comblés de façon adéquate et surtout, un besoin en psychothérapie [Direction de la santé publique, 2001].

L'accessibilité aux soins et aux services de psychothérapie est limitée au Québec, bien que la *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines*, qui sera décrite plus bas, encadre depuis peu la pratique de la psychothérapie par les professionnels de la santé autres que les médecins et les psychologues. En dehors de l'accès par un système public faisant face à des défis importants en termes d'accessibilité, les autres modalités ne permettent très souvent qu'un accès limité, insuffisant et qui dépend de plusieurs facteurs.

Par ailleurs, aucun GPC sur le traitement de la dépression ou des troubles anxieux n'a encore été produit au Québec. Cependant, un protocole de soins québécois propose des balises claires et communes pour la prise en charge des personnes qui souffrent de dépression [Fournier *et al.*, 2012].

## 3.1 Protocole de soins de première ligne pour la dépression

Au Québec, un protocole de soins intitulé « Faire face à la dépression » [Fournier *et al.*, 2012] précise les pratiques cliniques à adopter dans le traitement des patients adultes qui souffrent de dépression. Il est fondé sur les meilleures recommandations actuellement disponibles, notamment celles provenant des GPC du NICE et du CANMAT, précédemment mentionnés. S'adressant surtout aux professionnels de première ligne (médecins de famille, psychologues, personnel infirmier et autres professionnels du secteur public, privé ou communautaire), ce protocole fait des recommandations pour dépister, évaluer, informer et traiter les personnes qui souffrent de dépression et en faire un suivi adéquat. Ainsi, il préconise un modèle de prise en charge par étapes, intégrant aussi les éléments de prestation des soins en collaboration (voir la figure B–4). La psychothérapie occupe une place importante dans cette prise en charge et les données probantes dont le niveau de preuve est élevé font état de son efficacité.

## 3.2 Nouvelle loi et nouvelles conditions de pratique de la psychothérapie

Le projet de loi n$^{o}$ 21 a été adopté en juin 2009 et la *Loi modifiant le Code des professions ainsi que d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines* est entrée en vigueur en septembre 2012. Cette loi encadre étroitement la pratique de la psychothérapie au Québec (la Loi est présentée en détail dans l'annexe G). Elle définit la psychothérapie et la distingue d'un certain nombre d'interventions qui peuvent s'y apparenter, mais qui ne sont pas de la psychothérapie au sens de la Loi. Elle précise que le titre de psychothérapeute et l'exercice de la psychothérapie sont réservés aux psychologues, aux médecins et aux membres d'ordres professionnels spécifiques qui sont titulaires d'un permis de psychothérapeute. Les ordres professionnels dont les membres peuvent obtenir un permis d'exercice de psychothérapeute sont : l'Ordre des conseillers et conseillères d'orientation du Québec, l'Ordre des ergothérapeutes du Québec, l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, l'Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec et l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec. L'obtention de ce permis se fait auprès de l'Ordre des psychologues du Québec, et certaines conditions et règles établies par l'Office des professions du Québec doivent être respectées avant de formuler une demande. La Loi redéfinit également les champs d'exercice professionnels dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines. L'annexe H décrit brièvement les activités réservées aux psychologues, aux médecins et aux membres d'ordres professionnels titulaires d'un permis de psychothérapeute.

## 3.3 Conditions d'accès aux traitements psychologiques au Québec

Au Québec, les personnes qui le désirent peuvent avoir accès à des services gratuits de psychothérapie 1) dans le réseau public de santé, 2) par certains programmes provinciaux spéciaux, 3) grâce à une assurance collective ou privée, si elles en ont une, moyennant une cotisation.

### Accès aux services de psychothérapie dans le réseau public de santé

L'accès à des services de psychothérapie dans le réseau public de santé se fait principalement par deux voies.

La première voie d'accès se trouve auprès des médecins de famille qui sont autorisés à fournir des services de psychothérapie en cabinet ou en établissement, au besoin. Depuis février 2012, quatre codes d'acte définissent spécifiquement ce service, selon la durée de la psychothérapie et le nombre de personnes qui la suivent. Le tableau 3 présente ces données pour l'année financière 2012-2013.

**Tableau 3 Utilisation des codes d'acte spécifique de la psychothérapie par les médecins de famille, du 1er avril 2012 au 31 mars 2013**

| Codes d'acte | Description | Nombre d'assurés | Nombre d'actes | Coût | Coût / assuré |
|---|---|---|---|---|---|
| 8862 | Psychothérapie individuelle - première période de 30 minutes | 55 397 | 108 993 | 6 031 895 $ | 109 $ |
| 8863 | Psychothérapie individuelle - période de 15 minutes supplémentaires | 13 141 | 34 256 | 1 690 374 $ | 129 $ |
| 8864 | Psychothérapie collective - première période de 30 minutes | 601 | 1 003 | 53 107 $ | 88 $ |
| 8865 | Psychothérapie collective - période de 15 minutes supplémentaires | 559 | 872 | 118 669 $ | 212 $ |
| **Total psychothérapie** | | **56 053** | **145 124** | **7 894 045 $** | **141 $** |

Source : RAMQ.

Au cours de l'année financière 2012-2013, un peu plus de 56 000 personnes ont reçu des services de psychothérapie par un médecin de famille, dont le coût total s'élève à environ 8 millions de dollars. Le nombre de personnes ayant reçu des services de psychothérapie par des médecins de famille est sous-estimé, parce que l'utilisation des codes d'acte spécifiques de la psychothérapie ne rend pas compte des activités de counseling et de thérapie de soutien offertes par les médecins de famille.

La deuxième voie d'accès se trouve au niveau du réseau de la santé et des services sociaux (centres hospitaliers, centres de santé et de services sociaux (CSSS) et centres de réadaptation). L'analyse des volumes d'activités en CLSC concernant la santé mentale et des coûts des programmes de services ambulatoires de santé mentale en première ligne (voir le tableau 4) montre qu'en 2011-2012, environ 76 000 personnes ont reçu des services de première ligne en santé mentale en CLSC. Le coût des programmes de services de santé mentale de première ligne des établissements du réseau de la santé et des services sociaux s'est élevé à 146 millions de dollars en 2011-2012, soit un coût de 18 dollars par personne en considérant l'ensemble de la population.

**Tableau 4 Portrait sommaire de l'utilisation des services de santé mentale en première ligne dans les établissements de santé et de services sociaux en 2011-2012**

| | Québec<br>CSSS-CLSC |
|---|---|
| Population total au Québec (juillet 2011) | 7 979 663 |
| Population 15-64 ans au Québec (juillet 2011) | 5 484 413 |
| **Utilisation des services en santé mentale - CLSC** | |
| Usagers | 109 225 |
| Interventions | 991 272 |
| Ratio Intervention / Usagers | 9,1 |
| % Usagers sur population 15-64 ans | 2,0% |
| **Utilisation des services de santé mentale de 1ère ligne en CSSS** | |
| Usagers ayant des troubles mentaux | 76 195 |
| **Coûts programmes en santé mentale, 1ère ligne** | 146 415 936 $ |
| Services ambulatoires de santé mentale en première ligne | 105 279 453 $ |
| Intervention et suivi de crise | 6 487 315 $ |
| Soutien d'intensité variable | 34 649 168 $ |
| Coût par capita, population totale | 18,3 $ |

Source : Données sur les dépenses et les activités, disponibles sur le site Web *Espace Informationnel* du ministère de la Santé et des Services sociaux à : http://www.informa.msss.rtss.qc.ca/accueil.aspx. Les données sur la population proviennent de l'Institut de la statistique du Québec [ISQ, 2011].

Malgré le déploiement de plusieurs services suite à la mise en place du Plan d'action en santé mentale 2005-2010, l'accès à des traitements psychologiques dans les institutions publiques de santé demeurent toujours limité en termes d'accessibilité et sujet à des délais d'attente, pouvant varier selon les endroits, ce qui ne permet pas un accès adéquat à ce type de services. Plusieurs raisons expliquent cet état de fait, dont le manque de personnel habilité à rendre ces services, le nombre limité de psychologues pratiquant dans le secteur public (en raison des conditions de pratique et de rémunération moins attrayantes qu'au privé) ou encore le manque de ressources investies dans ce domaine d'intervention [CSBE, 2012].

Enfin, certains organismes communautaires proposent aussi des traitements psychologiques auprès des populations à faible revenu. Ces organismes seront abordés dans le troisième volet de l'avis, lorsque les conditions de remboursement et d'application sur le terrain seront analysées.

## Accès aux services de psychothérapie par certains programmes spéciaux

La Direction de l'Indemnisation des victimes d'actes criminels (IVAC), la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST) et la Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ) permettent d'accéder gratuitement, par le biais de programmes comportant certaines conditions, à des services de psychothérapie pour leurs clientèles qui en ont besoin. Ainsi, les programmes offerts par ces trois organismes permettent respectivement aux victimes d'un acte

criminel, aux travailleurs qui sont victimes d'un accident de travail ou qui souffrent d'une maladie professionnelle et aux victimes d'un accident de la route d'avoir accès à des services de psychothérapie s'ils en ont fait la demande. Les conditions détaillées d'accès à ces services, de même que les conditions de couverture de ces programmes, sont présentées dans le tableau C-3 de l'annexe C.

À la lecture de ce tableau synthèse, il ressort que ces trois programmes présentent des conditions d'accès et de couverture similaires. En effet, et à l'exception de l'IVAC, une personne désirant avoir accès à des services de psychothérapie par un de ces programmes doit avoir consulté un médecin de famille au préalable, et s'être vue prescrire des séances de psychothérapie. Concernant l'IVAC, l'évaluation de la nécessité de recevoir des services professionnels d'intervention psychosociale, incluant la psychothérapie, est évaluée par un conseiller en réadaptation. Ces trois programmes ne comportent pas de restrictions particulières quant aux types de troubles mentaux pris en charge. L'unique condition est que ces troubles soient associés directement à un accident de travail ou à une maladie professionnelle, à un acte criminel ou à un accident de la route. Les services de psychothérapie sont pris en charge pour une durée déterminée, qui varie selon le programme et le mode de dispensation (individuelle ou en groupe). Ainsi, les frais engagés pour des services de psychothérapie sont remboursables jusqu'à concurrence de 15 heures par personne dans le cas de la SAAQ et de 52 séances d'une heure dans le cas de l'IVAC. Une nouvelle ordonnance du médecin responsable de la personne sera nécessaire dans le cas de la SAAQ si des séances de psychothérapie additionnelles s'avéraient nécessaires. Dans le cas de la CSST, il n'y a pas de limites à proprement parler, cependant le professionnel concerné doit fournir un rapport d'évolution à la fin de chaque période de 10 heures d'intervention. Le tarif horaire maximal remboursé par ces trois programmes est de 86,60 $ pour des services de psychothérapie individuelle.

### Accès aux services de psychothérapie grâce aux assurances collectives et aux programmes d'aide aux employés (PAE)

Les assurances collectives fournissent, à toutes les personnes qui ont les moyens financiers d'y souscrire par l'intermédiaire de leur employeur, un accès à des services de psychothérapie, pour peu qu'ils aient choisi le plan qui l'inclut. Cet accès est cependant restreint et varie énormément, selon les assureurs et les plans proposés, en matière de pourcentage ou de taux de remboursement, de montant maximal annuel remboursé et de nombre maximal annuel de séances. Les PAE sont des programmes de soutien psychologique que certaines entreprises offrent à leurs employés en complément de ce qui est couvert par l'assurance collective. Le tableau C-4 de l'annexe 4 présente des exemples de conditions de remboursement et de couverture de services de psychothérapie d'assurances collectives accessibles sur Internet.

Plusieurs constats peuvent être faits à la lecture du tableau. D'abord, sauf quelques exceptions, en grande majorité, les assurances collectives analysées permettent l'accès à des services de psychothérapie sans qu'un médecin ait à les prescrire au préalable. L'accès à ces services est restreint, et ce, dans tous les exemples à l'étude. Les restrictions concernent soit le nombre de séances couvertes et le taux de remboursement, soit le montant maximal remboursé par année. Les conditions de couverture varient donc énormément en fonction de l'assurance collective et du régime auquel souscrit l'assuré. Ainsi, les taux de remboursement varient de 50 % à 100 % des frais résultant de services de psychothérapie. De plus, les montants maximaux annuels remboursables varient aussi de manière importante, allant de 350 $ à plus de 1000 $ dans les régimes les plus généreux.

# DISCUSSION

L'Australie et le Royaume-Uni sont les deux principaux pays à proposer un modèle d'accès gratuit et financé par l'État à des traitements psychologiques dont la psychothérapie. L'analyse comparative de ces deux programmes montre que tant le programme britannique (IAPT) que les programmes australiens (Better Access et ATAPS) ont permis de combler les besoins de ces populations quant à l'accès à des soins primaires de santé mentale. Une analyse différentielle de ces programmes montrerait cependant que l'Australie a étendu l'accès à la psychothérapie à une plus grande partie de sa population (3,2 % de sa population par année par Better Access et ATAPS en comparaison de 0,8 % par IAPT), mais avec un financement de l'accès à la psychothérapie plus élevé (335 millions de dollars par année pour les deux programmes comparativement à 183 millions pour l'IAPT). Les études d'efficacité ayant mesuré l'importance de l'effet de ces différents programmes sur les personnes atteintes de troubles mentaux montrent que ces programmes ont été efficaces et ont ainsi permis de réduire les symptômes de dépression et d'anxiété de manière importante.

Dans une perspective plus large, les différentes données ont permis de conclure que les services de psychothérapie fournis dans le contexte de ces différents programmes sont accessibles à la population, qu'ils sont efficaces si les thérapeutes autorisés à les fournir sont mis à contribution, qu'ils répondent à un besoin, mais que leurs coûts par personne pourraient être moindres, notamment dans le cas du programme Better Access, et que certaines populations particulières demandent une attention spécifique. Ainsi, l'accès aux services par les personnes en région ou à faible revenu est un défi important pour toute société. Il ne faut pas perdre de vue que les besoins insatisfaits touchent l'ensemble de la population et en ce sens, l'Australie, par la mise en place du programme ATAPS, plus adapté à ces populations, semble avoir répondu plus adéquatement à ces besoins.

Malgré une organisation différente de l'accès à la psychothérapie (modèle par étapes dans le cas du Royaume-Uni et modèle de paiement à l'acte exigeant la référence par un médecin dans le cas de l'Australie), on observe que, peu importe le programme, les patients traités ont eu recours en moyenne à 5 ou 6 séances de traitement, sur une possibilité de 12 concernant l'IAPT, de 10 concernant Better Access et de 12 concernant ATAPS (18, dans certains cas d'exception). Ces données donnent force à l'affirmation selon laquelle ces programmes ont permis de répondre aux besoins non comblés des populations britannique et australienne quant à l'accès à des services de soins en santé mentale. De façon intéressante, ces données confirment aussi les résultats d'études sur les psychothérapies qui montrent qu'effectivement, si des changements surviennent, ils n'ont nécessité en moyenne que 6 séances, voire 2 séances de traitement [Lambert, 2013].

Le programme britannique propose cependant des traitements psychologiques à un coût annuel par personne traitée inférieur aux deux programmes australiens (458 $ concernant IAPT comparativement à respectivement 466 $ et 937 $ concernant Better Access et ATAPS). Cet écart pourrait s'expliquer de plusieurs façons : des services de psychothérapie centrés principalement sur la thérapie cognitivo-comportementale ou encore un encadrement serré de l'accès et du suivi des thérapeutes alors qu'en Australie, il n'y a aucune exigence précise quant aux types de psychothérapie ou d'encadrement, autre que la prescription par un médecin et un nombre limité de séances initiales par un psychothérapeute reconnu. De plus, l'Australie, par le mode de

rémunération à l'acte des professionnels du programme, a consenti des honoraires particuliers aux médecins de famille et aux psychologues qui fournissent ces services. Toutefois, les coûts rapportés ici concernant le Royaume-Uni peuvent exclure les dépenses d'immobilisation et de soutien administratif alors que ceux rapportés concernant l'Australie incluent des frais connexes.

Le modèle de soins en collaboration, appliqué à l'échelle canadienne par les différents programmes et initiatives entrepris, se compare aisément avec la réalité québécoise, notamment avec l'exemple du protocole de soins de première ligne pour la dépression. De plus, le MSSS situe en première ligne, auprès des groupes de médecins de famille, les soins des maladies chroniques, en collaboration avec l'infirmière et le pharmacien. Le modèle québécois s'articule donc très bien avec des protocoles précis de collaboration et d'intervention, par exemple pour la dépression et pour d'autres maladies courantes. Cette information incite à favoriser une adaptation du cadre conceptuel et pratique des programmes britannique et australien au Québec, puisque ces derniers situent au niveau du médecin de famille dans une grande majorité des cas, l'identification des troubles mentaux, la prescription de traitements efficaces (dont la psychothérapie) fournis par des professionnels de la santé reconnus ainsi qu'un suivi continu. Cependant, la situation de l'accès à un médecin de famille au Québec ainsi que l'engorgement du réseau public témoignent déjà des limites que pourrait avoir l'adoption d'un tel modèle. De plus, en vertu de la *Loi modifiant le Code des professions ainsi que d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines*, le Québec permet une pratique encadrée de la psychothérapie à des professionnels de la santé autres que les psychologues ou les médecins, permettant donc à un nombre élevé de professionnels formés de fournir des services de psychothérapie.

# CONCLUSION

Les GPC font état de la nécessité d'avoir accès à un professionnel compétent ayant l'expertise et la formation appropriées pour le traitement des patients souffrant de troubles dépressifs et anxieux, d'établir une bonne relation avec le patient et de tenir compte des préférences de ce dernier quant au choix de son traitement. Ces guides insistent sur l'importance d'effectuer le traitement par étapes (3 ou 4) ou par phases (aiguë ou de consolidation), selon la symptomatologie et le degré de gravité des troubles mentaux. Divers types de psychothérapie propres à chaque étape ou phase ainsi que le nombre de séances nécessaires sont alors préconisés. Au Québec, le protocole de soins de traitement des patients souffrant de troubles dépressifs est essentiellement fondé sur les GPC et les programmes ou les modèles de traitement ayant cours au Canada.

Divers programmes ou initiatives de prise en charge des patients atteints de troubles mentaux ont été mis en place en vue d'améliorer l'accessibilité aux soins et aux services de psychothérapie dans les différents pays. Ces programmes ou initiatives tiennent compte des recommandations formulées dans les GPC. Ainsi, l'organisation des soins et des services se fait souvent par étapes. Le type de soignants et de thérapies est propre à chaque étape. Une moyenne de 10 à 12 séances de psychothérapie est couverte et remboursée par la plupart des régimes d'assurance publique des programmes internationaux à l'étude. Au Québec, les services de psychothérapie couverts par la RAMQ sont accessibles dans le réseau public et par l'entremise de programmes spéciaux, tels que ceux offerts aux victimes d'accidents de la route par la SAAQ, aux victimes d'accidents de travail par la CSST, aux victimes d'actes criminels par la Direction de l'IVAC, qui relève de la CSST, ou encore à certains Autochtones par le programme fédéral des services de santé non assurés. Les services de psychothérapie dispensés dans le secteur privé ne sont pas couverts par la RAMQ. Les personnes qui y ont accès ont, en général, une assurance privée qui couvre ces services. L'analyse des programmes instaurés en Australie et au Royaume-Uni montre qu'il serait avantageux pour le Québec d'étendre l'accès aux services de psychothérapie dans son régime public.

# RÉFÉRENCES


American Psychological Association (APA). Recognition of psychotherapy effectiveness – Approved August 2012 [site Web]. Washington, DC : APA; 2012. Disponible à : http://www.apa.org/about/policy/resolution-psychotherapy.aspx.

Association des pompiers de Montréal. Régime d'assurance collective à l'intention des membres actifs de l'Association des pompiers de Montréal inc. [Industrielle Alliance, contrat 21047]. Montréal, Qc : 2011. Disponible à : www.adpm.qc.ca/document/8-regime-d-assurance-collective-a-l-intention-des-membres-actifs.html (consulté en décembre 2013).

Australian Association of Social Workers (AASW). Practice standards for mental health social workers. 2e éd. Canberra, Australie : AASW; 2008. Disponible à : http://www.aasw.asn.au/document/item/17 (consulté le 14 juin 2013).

Australian Bureau of Statistics. Australian Demographic Statistics [Tableau 1 et 59]. Canberra, Australie : 2013. Disponible à : http://www.abs.gov.au/AUSSTATS/abs@.nsf/DetailsPage/3101.0Jun%202013?OpenDocument (consulté le 14 février 2014).

Australian Government Department of Health. GP mental health treatment plan sample template - Better Access program [site Web]. Canberra, Australie : 2013. Disponible à : http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/mental-ba-gpsamp.

Australian Government Department of Health and Ageing (AGDHA). Medicare Benefits Schedule: Allied Health Services. Canberra, Australie : AGDHA; 2013. Disponible à : http://www.mbsonline.gov.au/internet/mbsonline/publishing.nsf/Content/Downloads-201305 (consulté le 14 juin 2013).

Australian Government Department of Health and Ageing (AGDHA). Better Access to mental health care: Fact sheet for patients [site Web]. Canberra, Australie : AGDHA; 2012. Disponible à : http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/content/mental-ba-fact-pat (consulté le 17 juin 2013).

Australian Government Department of Health and Ageing (AGDHA). Utilisation of mental health Medicare Items. Canberra, Australie : AGDHA; 2008. Disponible à : http://www.gpqld.com.au/content/Document/3%20Programs/06_Mental_Health_2/COAG/1%2520UTILISATION%2520OF%2520MENTAL%2520HEALTH%2520ITEMS%2520-%2520APRIL%25202008.pdf (consulté le 21 juin 2013).

Australian Institute of Health and Welfare (AIHW). Australian Government expenditure on mental health-related subsidised prescriptions [Tableau 14.16 et 14.28]. Canberra, Australie : AIHW; 2012. Disponible à : http://mhsa.aihw.gov.au/resources/expenditure/aus-govt-mh-prescriptions/ (consulté le 27 juin 2013).

Beaulieu S. Les tiers payants et la tarification des services psychologiques. Psychologie Québec 2013;30(02):9.

BundesPsychotherapeuten Kammer (BPtK). Psychotherapy in Europe – Disease management strategies for depression: National concepts of psychotherapeutic care. Berlin, Allemagne : BPtK; 2011. Disponible à : http://www.bptk.de/fileadmin/user_upload/Themen/PT_in_Europa/20110223_national-concepts-of-psychoth-care.pdf.

Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) Clinical guidelines for the management of major depressive disorder in adults. J Affect Disord 2009;117(Suppl 1):S1-S64.

Carrière N. La CSST et les lésions psychologiques : comment y voir clair. Le Médecin du Québec 2007;42(7):51-4.

Clark DM. Implementing NICE guidelines for the psychological treatment of depression and anxiety disorders: The IAPT experience. Int Rev Psychiatry 2011;23(4):318-27.

Clark DM. Effective psychological treatments for anxiety disorders: A report for the Department of Health in support of the submission to the Comprehensive Spending Review. Londres, Angleterre : Institute of Psychiatry, Kings College; 2006. Disponible à : http://www.andrewsamuels.com/files/cbt-info/ClarkCSRAnxietyReport.doc.

Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE). Rapport d'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux 2012 – Pour plus d'équité et de résultats en santé mentale au Québec. Montréal, Qc : CSBE; 2012. Disponible à : http://www.bibliotheque.assnat.qc.ca/DepotNumerique_v2/AffichageFichier.aspx?idf=71519.

Conseil du médicament. Portrait de l'usage des antidépresseurs chez les adultes assurés par le régime public d'assurances-médicaments du Québec. Québec, Qc : Conseil du médicament; 2011. Disponible à : https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/CDM/Etudes/CdM-Portrait-antidepresseurs-201101.pdf.

Council of Australian Governments (COAG). National action plan on mental health 2006-2011. Canberra, Australie : COAG; 2006. Disponible à : http://archive.coag.gov.au/coag_meeting_outcomes/2006-07-14/docs/nap_mental_health.pdf (consulté le 17 juillet 2013).

Department of Health (DoH). Impact assessment of the expansion of talking therapies services as set out in the Mental Health Strategy. Londres, Angleterre : DoH; 2011. Disponible à : https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/215787/dh_123997.pdf.

Desjardins Sécurité financière. Votre régime d'assurance collective – Personnel syndiqué du gouvernement du Québec rattaché aux groupes suivants de la fonction publique : SFPQ, SPEQ, SPMGQ, APCDGQ, FCCRQ, SAPSCQ, APGCGQ, SCSGQ et SACFQ. Contrat n$^{o}$ 30 000. Lévis, Qc : Desjardins Sécurité financière; 2009. Disponible à : www.sapfq.qc.ca/gestion/acces_securise/2013_05_27.pdf (consulté en décembre 2013).

Dezetter A. Analyses épidémiologiques et socioéconomiques de la situation des psychothérapies en France, en vue de propositions sur les politiques de remboursement des psychothérapies [thèse]. Paris, France : Université Paris Descartes – Sorbonne Paris Cité; 2012. Disponible à : https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-00676243v3/document.

Direction de l'indemnisation des victimes d'actes criminels (IVAC). Manuel des politiques IVAC. Montréal, Qc : IVAC; 2013. Disponible à : http://www.ivac.qc.ca/PDF/politiques_.pdf (consulté le 30 septembre 2013).

Direction de la santé publique. Garder notre monde en santé, un nouvel éclairage sur la santé mentale des adultes montréalais. Rapport annuel 2001 sur la santé de la population. Montréal, Qc : Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre; 2001. Disponible à : http://publications.santemontreal.qc.ca/uploads/tx_asssmpublications/2-89494-325-3.pdf.

Fletcher J, King K, Bassilios B, Reifels L, Blashki G, Burgess P, Pirkis J. Evaluating the Access to Allied Psychological Services (ATAPS) program: Nineteenth interim evaluation report. Melbourne, Australie : Centre for Health Policy, Programs and Economics; 2012. Disponible à : https://ataps-mds.com/site/assets/files/1019/19th_interim_evaluation_report.pdf.

Fleury M-J et Grenier G. État de situation sur la santé mentale au Québec et réponse du système de santé et de services sociaux. Montréal, Qc : Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE); 2012. Disponible à : http://www.bibliotheque.assnat.qc.ca/DepotNumerique_v2/AffichageFichier.aspx?idf=71970.

Ford L, Dorries V, Fossey B, do Rozario L, Mullavey-O'Byrne C, Shuey H, et al. Australian competency standards for occupational therapists in mental health. Fitzroy, Australie : Australian Association of Occupational Therapists (OT Australia); 1999. Disponible à : http://www.otaus.com.au/sitebuilder/aboutus/knowledge/asset/files/16/australian_competency_standards_for_occupational_therapists_in_mental_health.pdf (consulté le 14 juin 2013).

Fournier L, Roberge P, Brouillet H. Faire face à la dépression au Québec. Protocole de soins à l'intention des intervenants de première ligne. Montréal, Qc : Centre de recherche du CHUM; 2012. Disponible à : http://www.qualaxia.org/ms/jalons.

Gellatly J, Bower P, Hennessy S, Richards D, Gilbody S, Lovell K. What makes self-help interventions effective in the management of depressive symptoms? Meta-analysis and meta-regression. Psychol Med 2007;37(9):1217-28.

Gouvernement du Québec. *Loi sur l'assurance automobile* (RLRQ, chapitre A-25). Québec, Qc : Éditeur officiel du Québec; 2013a. Disponible à : http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/A_25/A25.html (consulté en juin 2013).

Gouvernement du Québec. *Loi sur l'assurance automobile – Règlement sur le remboursement de certains frais* (RLRQ, chapitre A-25, r. 14). Québec, Qc : Éditeur officiel du Québec; 2013b. Disponible à : http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=//A_25/A25R14.htm (consulté en juin 2013).

Gouvernement du Québec. *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles – Règlement sur l'assistance médicale* (RLRQ, chapitre A-3.001, r. 1). Québec, Qc : Éditeur officiel du Québec; 2013c. Disponible à : http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=//A_3_001/A3_001R1.htm (consulté en juin 2013).

Gouvernement du Québec. *Loi sur l'indemnisation des victimes d'actes criminels* (RLRQ, chapitre I-6). Québec, Qc : Éditeur officiel du Québec; 2013d. Disponible à : http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/I_6/I6.html (consulté en juin 2013).

Gyani A, Shafran R, Layard R, Clark DM. Enhancing recovery rates in IAPT services: Lessons from analysis of the Year One data. Londres, Angleterre : National Health Service (NHS); 2011. Disponible à : http://www.iapt.nhs.uk/silo/files/enhancing-recovery-rates--iapt-year-one-report.pdf.

Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc. Régime d'assurance collective – L'Association provinciale des enseignantes et enseignants du Québec. Québec, Qc : Industrielle Alliance; 2012a. Disponible à : http://www.rtu-ser.ca/Documents/assurance_membres_actifs_2012-01-23.pdf (consulté en juin 2013).

Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc. Régime d'assurance collective – Professionnelles et professionnels de recherche de l'Université Laval. Québec, Qc : Industrielle Alliance; 2012b. Disponible à : https://www.rh.ulaval.ca/files/content/sites/rh/files/files/documents/doccommun/assurances_collectives/ac_profs_meds_dents_rfp_maitres/Brochure_24146_Juillet_2011.pdf (consulté en juin 2013).

Institut de la statistique du Québec (ISQ). Le bilan démographique du Québec. Édition 2011. Québec, Qc : ISQ; 2011. Disponible à : http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/population-demographie/bilan-demographique.html (consulté le 6 février 2014).

Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). Surveillance des troubles mentaux au Québec : prévalence, mortalité et profil d'utilisation des services. Rapport préparé par Alain Lesage et Valérie Émond. Surveillance des maladies chroniques, Numéro 6. Quebec, Qc : INSPQ; 2012. Disponible à : http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1578_SurvTroublesMentauxQc_PrevalMortaProfilUtiliServices.pdf.

Kates N et Ackerman S. Shared mental health care in Canada: A compendium of current projects. Ottawa, ON : Canadian Psychiatric Association et College of Family Physicians of Canada; 2002. Disponible à : http://www.researchgate.net/profile/Nick_Kates/publication/13813621_Shared_mental_health_care_in_Canada/links/0fcfd51105dc919666000000.pdf. (consulté le 13 janvier 2014).

Kates N, Mazowita G, Lemire F, Jayabarathan A, Bland R, Selby P, et al. L'évolution des soins de santé mentale en collaboration au Canada : une vision d'avenir partagée. Énoncé de principes. Revue canadienne de psychiatrie 2011;56(5 Encart):1-12.

La Capitale Assurances et gestion du patrimoine. Contrat 6000 – FTQ. Régime d'assurance collective. Secteur de la santé et des services sociaux. Québec, Qc : La Capitale; 2013. Disponible à : http://static.lacapitale.com/pdf/fr/collectif/comite_ftq/Brochure-Secteur_santé_et_services_sociaux.pdf (consulté en décembre 2013).

La Capitale Assurances et gestion du patrimoine. Contrat 9900 – Syndicat de professionnelles et professionnels du gouvernement du Québec. Québec, Qc : La Capitale; 2009. Disponible à : http://static.lacapitale.com/pdf/fr/collectif/9900/Brochure-explicative-Personnes-employees.pdf (consulté en juin 2013).

Lambert MJ. Outcome in psychotherapy: The past and important advances. Psychotherapy (Chic) 2013;50(1):42-51.

Layard R. The case for psychological treatment centres. BMJ 2006;332(7548):1030-2.

Layard R, Clark D, Knapp M, Mayraz G. Cost-benefit analysis of psychological therapy. National Institute Economic Review 2007;202(1):90-8.

Layard R, Clark D, Knapp M, Mayraz G. Implementing the NICE guidelines for depression and anxiety. A cost benefit analysis. Londres, Angleterre : London School of Economics; 2006. Disponible à : http://cep.lse.ac.uk/textonly/research/mentalhealth/RL446g.pdf.

McCrone P, Dhanasiri S, Patel A, Knapp M, Lawton-Smith S. Paying the price: The cost of mental health care in England to 2026. Londres, Angleterre : King's Fund; 2008. Disponible à : http://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/Paying-the-Price-the-cost-of-mental-health-care-England-2026-McCrone-Dhanasiri-Patel-Knapp-Lawton-Smith-Kings-Fund-May-2008_0.pdf.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Plan d'action en santé mentale 2005-2010 – La force des liens. Québec, Qc : MSSS; 2005. Disponible à : http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2005/05-914-01.pdf.

National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Generalised anxiety disorder and panic disorder (with or without agoraphobia) in adults: Management in primary, secondary and community care. NICE clinical guideline 113. Londres, Angleterre : NICE; 2011. Disponible à : http://www.nice.org.uk/guidance/cg113/.

National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). The treatment and management of depression in adults. NICE clinical guideline 90. Londres, Angleterre : NICE; 2009. Disponible à : https://www.nice.org.uk/guidance/CG90.

National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Post-traumatic stress disorder (PTSD): The management of PTSD in adults and children in primary and secondary care. NICE clinical guideline 26. Londres, Angleterre : NICE; 2005a. Disponible à : https://www.nice.org.uk/guidance/CG26.

National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Obsessive-compulsive disorder: Core interventions in the treatment of obsessive-compulsive disorder and body dysmorphic disorder. NICE clinical guideline 31. Londres, Angleterre : NICE; 2005b. Disponible à : https://www.nice.org.uk/guidance/cg31.

Office for National Statistics. Population Estimates: Total persons for England and Wales and regions – Mid 1971 to Mid 2012. Newport, Royaume-Uni : Office for National Statistics; 2013. Disponible à : http://www.ons.gov.uk/ons/rel/pop-estimate/population-estimates-for-uk--england-and-wales--scotland-and-northern-ireland/mid-2001-to-mid-2010-revised/rft---mid-2001-to-mid-2010-population-estimates-analysis-tool.zip (consulté le 15 janvier 2014).

Parliament of Australia. Chapter 2 – Better Access Initiative. Dans : Inquiry into Commonwealth funding and administration of mental health services / Community Affairs References Committee. Canberra, Australie : Senate Community Affairs Committee; 2011 : 11-27. Disponible à : http://www.aph.gov.au/Parliamentary_Business/Committees/Senate/Community_Affairs/Completed_inquiries/2010-13/commfundmenhlth/report/index (consulté le 22 mai 2013).

Peachey D, Hicks V, Adams O. An imperative for change: Access to psychological services for Canada. Toronto, ON : Health Intelligence Inc.; 2013. Disponible à : http://www.cpa.ca/docs/File/Position/An_Imperative_for_Change.pdf.

Pilling S et Burbeck R. Cognitive behavioural therapy and the effective treatment of depression: Report for the Department of Health in support of the submission to the Comprehensive Spending Review. Londres, Angleterre : National Collaborating Centre for Mental Health; 2006. Disponible à : http://www.andrewsamuels.com/files/cbt-info/CSRDepressionreport-revised.doc.

Pirkis J et Vasiliadis HM. Améliorer l'accès à la psychothérapie dans les services de première ligne : l'expérience australienne. Quintessence 2013;5(9).

Pirkis J, Ftanou M, Williamson M, Machlin A, Spittal MJ, Bassilios B, Harris M. Australia's Better Access initiative: An evaluation. Aust N Z J Psychiatry 2011a;45(9):726-39.

Pirkis J, Harris M, Hall W, Ftanou M. Evaluation of the Better Access to Psychiatrists, Psychologists and General Practitioners through the Medicare Benefits Schedule initiative: Summative evaluation. Final Report. Melbourne, Australie : Centre for Health Policy, Programs and Economics; 2011b. Disponible à : http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/5F330C940AFDB767CA257BF0001DE702/$File/sum.pdf.

Richards DA et Suckling R. Improving access to psychological therapies: Phase IV prospective cohort study. Br J Clin Psychol 2009;48(Pt 4):377-96.

Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists (RANZCP). Australian and New Zealand clinical practice guidelines for the treatment of depression. Aust N Z J Psychiatry 2004;38(6):389-407.

Russell L. Mental health provisions in the 2011-12 budget. Sydney, Australie : Menzies Centre for Health Policy; 2011. Disponible à : http://sydney.edu.au/medicine/public-health/menzies-health-policy/publications/11-12budgetmentalhealth230511.pdf (consulté le 15 janvier 2014).

Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ). Manuel des directives – Remboursement de certains frais. Honoraires professionnels. Québec, Qc : SAAQ; 2013. Disponible à : http://www.saaq.gouv.qc.ca/diffusion/sites/default/files/10101_0.pdf (consulté le 10 juin 2013).

SSQ Groupe financier. Votre régime d'assurance collective. Contrat MA999 – À l'intention des employés du gouvernement du Québec et des organismes affiliés membres de l'association professionnelle des ingénieurs du gouvernement du Québec (APIGQ). Québec, Qc : SSQ Groupe financier; 2012. Disponible à : http://www.cspq.gouv.qc.ca/fileadmin/Fichiers_client/Centre_documentaire/Services_aux_employes_de_l_Etat/Assurances/SSQ_MA999/SSQ_MA999_brochure_ingenieurs.pdf (consulté en décembre 2013).

SSQ Groupe financier. Votre régime d'assurance collective AT. À l'intention des personnes salariées du Secteur public de la Santé et des Services sociaux membres de syndicats affiliés à la FSSS-FP (CSN) - secteur public et à la FEESP (CSN) membres des syndicats de la Sociétés des traversiers du Québec. Québec, Qc : SSQ Groupe financier; 2011. Disponible à : http://www.sttcjm.ca/docs/STTCJM_Divers_3023.pdf (consulté en juin 2013).

SSQ Groupe financier. Régime d'assurance collective CSQ. À la disposition des membres des syndicats affiliés à la Centrale des syndicats du Québec. Québec, Qc : SSQ Groupe financier; 2010. Disponible à : www.sedlj.ca/fileadmin/user_upload/syndicats/z07/Documents/Sécurité_sociale/Assurance_SSQ/Guide_rég.2010.pdf (consulté en décembre 2013).

Sunderland A et Findlay LC. Besoins perçus de soins de santé mentale au Canada : résultats de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Santé mentale (2012). Rapports sur la santé 2013;24(9):3-11.

Thornicroft G. A new mental health strategy for England. BMJ 2011;342:d1346.

Van Gool K. National Action Plan on Mental Health. Health Policy Monitor; 2006. Disponible à : http://www.hpm.org/au/a8/1.pdf (consulté le 17 juillet 2013).

Vasiliadis HM. Une accessibilité accrue aux soins psychologiques [site Web]. Montréal, Qc : Réseau Qualaxia; 2011a. Disponible à : http://www.qualaxia.org/sante-mentale-dossiers-thematiques/acces-therapie/ (consulté le 17 mai 2013).

Vasiliadis HM. Increasing access to psychotherapy – The UK experience [présentation à Montréal dans le cadre de « sessions de réflexion sur les projets de recherche à entreprendre au Canada pour rendre plus accessible la psychothérapie » – Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC)]. 2011b.

Vidéotron. Votre régime d'assurance collective : survol de vos protections [Desjardins Assurances, contrat 888142]. Vidéotron – Salariés syndiqués de Montréal et Gatineau. Montréal, Qc : Vidéotron; 2012. Disponible à : http://sevl-scfp-2815.com/wp-content/themes/SEVL2815/documents/Survol%20de%20vos%20protections%20du%20r%C3%A9gime%20d%27assurance%20collective_Desjardins%20Assurances.pdf (consulté en juin 2013).

World Health Organization (WHO). Diagnostic and management guidelines for mental disorders in primary care: ICD-10 chapter V, primary care version. Göttingen, Allemagne : Hogrefe and Huber; 1996. Disponible à : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/41852/1/0889371482_eng.pdf?ua=1.