



Commission de
la santé mentale
du Canada

Mental Health
Commission
of Canada

Table ronde: Exploration des considérations relatives aux politiques afin d'améliorer l'accès aux services de counseling, de psychothérapie et de psychologie au Canada

Rapport sommaire

Commission de la santé mentale du Canada
Juin 2017

*Table ronde de la Commission de la santé mentale du Canada
Exploration des considérations relatives aux politiques afin d'améliorer l'accès aux services de counseling,
de psychothérapie et de psychologie au Canada*

Le mardi 21 mars 2017
Hôtels Delta par Marriott Ottawa City Centre
101, rue Lyon Nord
Ottawa (Ontario)

Commission de la santé mentale du Canada

Le présent rapport a été préparé par Ascribe Marketing Communications Inc., et se veut un résumé journalistique du déroulement de la table ronde et ne prétend, d'aucune manière détaillée ou substantielle, faire la synthèse ou l'analyse des conversations qui y ont été tenues dans le but d'en tirer des recommandations ou des messages précis. Les résultats et l'analyse contenus dans la présente publication ne reflètent pas nécessairement les opinions ou les points de vue des organismes mentionnés ou de la Commission de la santé mentale du Canada.

En consultation avec ses partenaires clés sur le terrain, la CSMC travaillera à donner suite aux conversations, aux principes et aux recommandations résumés dans ce rapport au cours des prochains mois.

This document is also available in English.
Ce document est accessible au www.commissionsantementale.ca.

La production de ce document a été rendue possible grâce à la contribution financière de Santé Canada.

Table des matières

Résumé	3
Principaux points à retenir	4
Première partie: Définir le contexte	6
Accueil et mot d’ouverture	6
Aperçu des considérations	7
Deuxième partie : Façons d’améliorer d’access	11
Un examen approfondi du système	11
Les secteurs où des progrès peuvent être réalisés	12
Les discussions en détail	12
Troisième partie: Modèles de financement	17
Évaluation des modèles – 1 ^{re} partie	17
Les discussions en détail	18
Évaluation des modèles – 2 ^e partie	19
Quatrième partie: Autres considérations politiques	21
L’importance de voir le portrait d’ensemble	21
Les discussions en détail	21
Cinquième partie : Conclusion de la table ronde	25
Conclusion et prochaines étapes	25
ANNEXE A : Ordre du jour	27
ANNEXE B : Liste des participants	28

Résumé

Faire en sorte que la population canadienne ait accès à des services de santé mentale appropriés à l'endroit et au moment où elle en a besoin est essentiel pour améliorer le bien-être mental de tous d'une manière équitable et efficace. La Commission de la santé mentale du Canada (CSMC) a réuni des décideurs, des praticiens et d'autres parties prenantes du secteur pour une discussion animée d'une journée sur la meilleure manière d'améliorer l'accès à ces services et de surmonter les obstacles qui s'y opposent actuellement. Les objectifs de la séance étaient les suivants:

1. Mieux comprendre les points de vue des différents intervenants
2. Cerner les principaux enjeux et considérations dans le contexte politique actuel
3. Discuter des approches à privilégier pour améliorer l'accès aux services de counseling, de psychothérapie et de psychologie au Canada
4. Explorer les prochaines étapes communes

Description du contexte

Howard Chodos, Ph. D., a présenté des travaux de recherche sur les avantages et les inconvénients de deux grands modèles de financement public dans l'optique d'améliorer l'accès aux services de counseling, de psychothérapie et de psychologie : le financement du régime d'assurance et le financement sous forme de subvention. Il a indiqué que le modèle approprié pour le Canada devrait répondre aux critères suivants : coût, durabilité, capacité à satisfaire les besoins prioritaires, rentabilité, nombre de personnes obtenant accès aux services, faisabilité sur le plan politique (les deux modèles nécessitent la mobilisation de plusieurs paliers du gouvernement), facilité et rapidité de la mise en œuvre. M. Chodos a également énuméré certaines questions additionnelles : Comment déterminer qui aurait accès au financement public? Devrait-on offrir une couverture complète ou imposer une franchise? Il a ajouté que tout modèle pour l'amélioration de l'accès constituerait une occasion de recueillir des données et de mesurer les résultats obtenus.

Façons d'améliorer l'accès

En petits groupes, les participants ont discuté de questions fondamentales liées aux obstacles freinant l'amélioration de l'accès et aux façons de les surmonter. Dans l'ensemble, les participants ont adopté une perspective globale et ont discuté de positions philosophiques globales, de la mauvaise connaissance de la capacité du système, de la qualité des données et de la territorialité des acteurs concernés. Divers projets actuels ayant contourné certains de ces obstacles ont été cités en exemple.

En réfléchissant aux solutions possibles pour accroître l'accès, outre le financement, les participants reconnaissaient généralement que les paradigmes dominants devaient être remis en question et qu'il fallait faire preuve de volonté pour « sortir des sentiers battus ».

Modèles de financement

Après examen des avantages relatifs du financement sous forme de subvention, certains participants ont prévenu du risque de générer des conséquences involontaires et ont souligné que les deux approches comportaient des inconvénients, par exemple en matière de promotion de l'équité, de mesure des résultats et d'évaluation de la qualité. Les groupes ont par ailleurs indiqué que pour déterminer la faisabilité d'autres approches, il faudrait d'abord répondre à certaines questions additionnelles sur la définition des diagnostics et des cheminements cliniques, la navigation dans le système et l'évaluation des capacités.

Autres considérations politiques

Sur la question des politiques, les participants ont encore une fois adopté une vision très large. Ils ont défini des changements systémiques susceptibles d'engendrer des améliorations significatives, par exemple de rendre le système plus intelligent, de préparer des dossiers d'analyse ou d'approfondir des analyses existantes pour étayer la prise de décisions, d'établir une stratégie intégrée en matière de données à l'échelle du pays et de cibler les secteurs où les investissements en santé mentale sont les plus urgents (même si la définition des besoins « les plus urgents » a fait l'objet de quelques débats). Enfin, les participants ont convenu que la clé était de se mettre en marche et de tenter quelque chose pour résoudre la problématique de l'accès.

Conclusion de la table ronde

Pour clore la journée, les participants ont échangé quelques réflexions sur la séance. La plupart d'entre eux avaient trouvé la journée productive, inspirante et remplie d'occasions de nouer des liens professionnels. Plusieurs personnes ont mentionné des directives à suivre pour les prochaines étapes.

Principaux points à retenir

La table ronde a dégagé les mesures suivantes, susceptibles d'améliorer l'accès aux services de counseling, de psychothérapie et de psychologie :

- **Mettre l'accent sur les résultats** : Les décisions sur les changements à apporter au système de santé mentale pour accroître l'accès devraient se fonder sur une vision claire des résultats escomptés et être prises en fonction de cet objectif, qui constituera la référence pour les mesures futures.
- **Le choix du modèle de financement ne doit pas se limiter à l'une des deux approches** : Même si les discussions étaient orientées vers le choix d'un des deux modèles potentiels de financement des soins de santé mentale (subvention ou régime d'assurance), la bonne réponse pourrait être un amalgame des deux ou un modèle intégrant d'autres approches.
- **Connaître la capacité** : Pour choisir judicieusement le modèle de financement ou la structure de prestation de services, une meilleure compréhension des besoins et des capacités en matière de ressources humaines est requise d'un bout à l'autre du continuum des soins. La connaissance de la capacité du système à offrir des services de counseling, de psychothérapie et de psychologie



constitue une importante première étape dans l'évaluation de la faisabilité et de la durabilité des approches d'amélioration de l'accès.

- **Toujours mettre à l'essai** : Pour éliminer le risque de subir des conséquences imprévues, toute nouvelle approche devrait d'abord être mise à l'essai et évaluée.
- **Assurer l'équité** : Les populations marginalisées doivent être mieux desservies par le système, et tout changement opéré devrait aller en ce sens, en tenant compte des particularités juridictionnelles, puisque les différents territoires et provinces ne disposent pas tous de la même infrastructure à l'heure actuelle.
- **Assurer la pleine participation des personnes aux prises avec la maladie mentale et de leurs proches** : Le système devrait être changé non pas pour les personnes qui y travaillent, mais pour celles qu'il dessert. La participation des personnes ayant vécu la maladie mentale et de leur famille à la transformation du système assurera qu'ils sont au cœur des changements.
- **Continuer à travailler de concert** : Pour offrir un accès équitable aux services de counseling, de psychothérapie et de psychologie, il est essentiel de partager les pratiques exemplaires et les nouvelles données probantes et de collaborer en vue d'assurer l'uniformité des services d'un territoire de compétence à l'autre.
- **Passer à l'action** : Les débats sur les approches possibles font naître des idées et des possibilités nouvelles, mais pour générer un changement, des mesures concrètes doivent être prises.



« D'autres pays ont amélioré l'accès à leur manière. Ce que nous cherchons à faire aujourd'hui, c'est de déterminer la façon d'y arriver au Canada. »

– Ed Mantler

Première partie: Définir le contexte

Accueil et mot d'ouverture

Faire en sorte que la population canadienne ait accès à des services de santé mentale appropriés – qu'il s'agisse de services de counseling, de psychothérapie ou de psychologie – à l'endroit et au moment où elle en a besoin est essentiel pour améliorer son bien-être mental d'une manière équitable et efficace.

La CSMC a réuni des décideurs, des praticiens et d'autres parties prenantes du secteur pour une discussion guidée d'une journée sur la meilleure manière d'améliorer l'accès à ces services et de surmonter les obstacles qui s'y opposent actuellement.

Ed Mantler a défini le contexte dans lequel s'inscrit cet événement, soulignant que de nombreux intervenants œuvrent depuis des années à aplanir les obstacles limitant l'accès aux services de counseling, de psychothérapie et de psychologie. La CSMC a convoqué la table ronde pour poursuivre ce travail en tenant compte du contexte actuel du financement accru de la santé mentale en rassemblant des décideurs et des intervenants de partout au pays pour stimuler le dialogue et étudier la possibilité de développer et d'étendre les initiatives existantes.

M. Mantler a reconnu que l'accès aux services est actuellement insuffisant pour répondre aux besoins de la population du Canada, où chaque année, une personne sur cinq est aux prises avec une maladie ou un problème associés à la santé mentale. Il a mentionné que si l'atténuation de la stigmatisation marque un progrès bienvenu, elle a cependant contribué à aggraver le problème, puisque de plus en plus de Canadiens demandent désormais l'aide d'un fournisseur de soins qualifié.

À la lumière de données fiables sur l'efficacité des services de santé mentale fondés sur des faits et de données probantes démontrant que les investissements dans l'amélioration de l'accès génèrent des retombées considérables, M. Mantler a conclu : « Il ne fait aucun doute que l'amélioration de l'accès est la chose à faire. »

L'animateur de la table ronde a ensuite énoncé les objectifs de la séance :

1. Mieux comprendre les points de vue des différents intervenants
2. Cerner les principaux enjeux et considérations dans le contexte politique actuel
3. Discuter des approches à privilégier pour améliorer l'accès aux services de counseling, de psychothérapie et de psychologie au Canada
4. Explorer les prochaines étapes communes

CONFÉRENCIERS

Ed Mantler

Vice-président, Programmes et Priorités,
Commission de la santé mentale du Canada

Hugh MacPhie

Associé principal, MacPhie



Il a mentionné que le but des discussions n'était pas d'atteindre une conclusion ou un consensus explicite, mais plutôt d'échanger et de comprendre les différents points de vue, d'engager une réflexion collective dont les participants pourront se servir pour faire avancer leur propre travail et d'explorer les possibles prochaines étapes communes.

« Si nous traitons les gens comme il se doit, d'une façon que nous savons efficace, nous réaliserons des économies plus tard. Mais la possibilité de réaliser des économies plus tard ne suffit pas toujours à motiver les gouvernements à investir aujourd'hui. »

– Howard Chodos, Ph.D.

Aperçu des considérations

Selon M. Chodos, il existe deux approches à l'égard de l'utilisation de fonds publics pour améliorer l'accès aux services de counseling, de psychothérapie et de psychologie au Canada. Il a exposé sa position aux participants pour poser les bases des discussions du jour.

CONFÉRENCIER

Howard Chodos, Ph.D.
Conseiller, Commission de la santé mentale du Canada

Examiner les données probantes

Pour faire écho à la déclaration de M. Mantler sur la nécessité d'améliorer l'accès aux services, M. Chodos a entamé sa présentation sur une citation de Robert Salois, ancien commissaire à santé et au bien-être du Québec :

... la question à laquelle sont confrontés les décideurs publics du Canada n'est maintenant plus de savoir s'il faut rehausser l'accès à la psychothérapie, puisque les arguments en sa faveur sont trop nombreux, mais plutôt d'envisager quelle est la meilleure approche pour fournir un accès élargi et plus équitable aux services de psychothérapie.

Déterminer la « meilleure approche » ne sera toutefois pas facile, a ajouté M. Chodos. Malgré les preuves solides démontrant que les services de counseling, de psychothérapie et de psychologie fonctionnent et que de nombreux patients les préfèrent à la médication, le système de santé canadien y restreint l'accès, entre autres en finançant uniquement les services dits « médicalement nécessaires » en vertu de la Loi canadienne sur la santé.

Des services limités de counseling, de psychothérapie et de psychologie financés par l'État sont disponibles dans des hôpitaux et des centres de santé communautaires dans la plupart des territoires de compétence, mais aucun d'eux n'offre une couverture adéquate pour ces services. Les régimes d'assurance privés permettent l'accès à leurs titulaires, mais dans bien des cas, le nombre de séances couvertes est inférieur au nombre jugé efficace selon les recherches.

Façons d'améliorer l'accès

En signalant que les façons d'améliorer l'accès sont limitées dans le contexte canadien, M. Chodos a présenté trois options et les inconvénients qu'elles comportent. La première solution, consistant à élargir la protection offerte par les régimes privés d'assurance collective, pourrait avoir des retombées limitées, en couvrant au mieux 60 p. 100 des personnes bénéficiant de tels régimes par l'entremise de leur

employeur. Ensuite, l'augmentation du nombre de services de counseling, de psychothérapie et de psychologie fournis par les médecins forcerait les médecins de famille à suivre des formations additionnelles (ce qui réduirait le temps disponible pour offrir ces services) et obligerait les psychiatres, déjà trop peu nombreux, à revoir leurs priorités.

Selon M. Chodos, la solution la plus prometteuse est la troisième : l'utilisation des fonds publics pour payer les services prodigués par les nombreux fournisseurs qui ne sont pas couverts par le régime d'assurance-maladie actuellement. Cette option nécessiterait des investissements publics accrus et une réflexion en vue de déterminer la meilleure façon de structurer le système pour maximiser les retombées.

M. Chodos a présenté deux stratégies pour l'affectation des ressources publiques :

1. **Le financement du régime d'assurance**, où un régime d'assurance public permettrait aux fournisseurs de services de counseling, de psychothérapie et de psychologie de facturer le gouvernement pour ces services.
2. **Le financement sous forme de subvention**, où des fonds publics seraient octroyés aux hôpitaux, aux centres de santé communautaires et à d'autres organisations de soins de santé et de services sociaux pour rémunérer les fournisseurs de services de counseling, de psychothérapie et de psychologie.

M. Chodos a précisé que ces deux modèles comportent des avantages, qu'ils sont déjà employés au Canada et qu'ils forment la double fondation des soins de santé financés par l'État au pays. Par exemple, les médecins rémunérés à l'acte sont payés par l'entremise du régime d'assurance, et de nombreux hôpitaux reçoivent une subvention globale qu'ils sont libres de distribuer à leur guise. Chacun des modèles a également permis d'améliorer l'accès aux services de santé mentale dans d'autres pays : l'Australie et le Royaume-Uni, par exemple, ont utilisé le financement gouvernemental initial conjugué à une évaluation rigoureuse de la façon d'adapter respectivement le financement du régime d'assurance et le financement sous forme de subvention aux systèmes de prestation de soins de santé publics et aux régimes d'assurance de leur pays.

Les critères définissant le modèle le plus approprié pour le Canada sont le coût, la durabilité, la capacité à répondre aux besoins prioritaires, la rentabilité, le nombre de personnes obtenant accès aux services, la faisabilité sur le plan politique (les deux modèles nécessitent la mobilisation de plusieurs paliers du gouvernement), la facilité et la rapidité de la mise en œuvre.

M. Chodos a dressé la liste de ce qu'il estime être les forces et les faiblesses de chacun des modèles (voir Tableaux 1 et 2).

Tableau 1 : Financement du régime d'assurance

FORCES	FAIBLESSES
<ul style="list-style-type: none"> • Pourrait offrir une couverture universelle ou encore cibler des populations précises • Pourrait permettre l'accès à une vaste gamme de fournisseurs • Pourrait être fondé sur le régime privé d'assurance existant • Permettrait la présence de fournisseurs dans la plupart des communautés • Pourrait devenir un régime uniformisé pancanadien • Pourrait être administré par un seul ou par plusieurs paliers du gouvernement • Il pourrait être très difficile, pour le bailleur de fonds, d'annuler le programme une fois la mise en œuvre enclenchée 	<ul style="list-style-type: none"> • Il pourrait être difficile pour le gouvernement de limiter les coûts • Exigerait la modification des régimes de réglementation et d'agrément • Nécessiterait probablement des mécanismes spécifiques pour favoriser la coordination et l'intégration des services • Exigerait la négociation des frais d'utilisation entre les organisations professionnelles et les bailleurs de fonds • Exigerait probablement la réglementation des régimes privés d'assurance et des négociations avec les assureurs privés afin de garantir la complémentarité

Tableau 2 : Financement sous forme de subvention

FORCES	FAIBLESSES
<ul style="list-style-type: none"> • Pourrait être intégré aux soins primaires et aux services communautaires de santé mentale existants • Pourrait être utilisé avec une vaste gamme de fournisseurs • Pourrait être structuré de façon à fournir des soins échelonnés • Pourrait cibler des populations précises • Permettrait une application flexible en fonction du territoire de compétence • Permettrait de limiter les coûts 	<ul style="list-style-type: none"> • Pourrait nécessiter la formation de nouvelles catégories de fournisseurs • Devrait fonctionner presque à sa capacité afin d'être rentable • Possibilité de diminution des services par les bailleurs de fonds en cas de contraintes financières • Exigerait une entité structurée ou un cabinet afin d'embaucher les fournisseurs, de façon permanente ou contractuelle

Prochaines étapes

Outre le choix du modèle de financement public le plus approprié pour le Canada, M. Chodos a abordé plusieurs autres questions qui devront être résolues pour qu'une décision puisse être prise, par exemple concernant la façon de déterminer qui aurait accès aux fonds publics, puisque tous les fournisseurs offrant des formes de services de counseling et d'autres services connexes ne sont pas réglementés à l'heure actuelle. Il a ensuite demandé s'il était souhaitable de fournir la couverture au premier dollar ou plutôt d'exiger une franchise de la part des patients, comme c'est actuellement le cas dans le régime québécois d'assurance-médicaments. M. Chodos a aussi indiqué que la mise en place de l'un ou l'autre modèle représenterait une occasion de recueillir des données et de mesurer les résultats, même s'il faudrait conclure une entente sur les résultats à mesurer au préalable.

Faits saillants de la période de questions

Au terme de la présentation de M. Chodos, un participant a mis en garde contre le fait de placer la notion de « fondé sur les données probantes » au premier rang des priorités. Les fournisseurs sont appelés à traiter des cas complexes et à offrir des services adaptés aux besoins individuels des patients, ce qui ne peut pas toujours être accompli dans le nombre de séances que les études ont établi comme efficace.

Un autre participant s'est demandé quels effets l'expansion de la protection offerte par le régime d'assurance pour des services de counseling, de psychothérapie et de psychologie aurait sur les tarifs d'assurance. M. Chodos a répondu que ses recherches n'avaient pas porté sur ces conséquences, mais que l'expansion des régimes privés d'assurance apparaissait comme une solution potentielle pour améliorer l'accès aux services. Il a fait référence aux conclusions du rapport De l'ombre à la lumière : La transformation des services concernant la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie au Canada, qui a révélé que pour de nombreuses personnes au Canada, les régimes d'assurance offerts en milieu de travail étaient insuffisants.



« Pourquoi pressons-nous autant le médecin à aiguiller les patients? »

– Un participant

Deuxieme partie : Facons d'ameliorer d'access

Qualifiant la première séance de travail du jour de « discussion créatrice », l'animateur a posé quatre questions fondamentales aux participants réunis en petits groupes dans le but de recueillir une vaste gamme de points de vue sur les obstacles à l'accès, les projets en cours pour surmonter ces obstacles et les solutions possibles pour améliorer l'accès aux services de counseling, de psychothérapie et de psychologie.

Un examen approfondi du système

Lors du partage des réponses en plénière, plusieurs groupes ont évoqué les mêmes obstacles ou des obstacles semblables, en se concentrant majoritairement sur les difficultés au niveau du système :

- Les obstacles politiques et philosophiques généraux
- La compréhension des besoins en matière de ressources humaines et des capacités du système
- Les goulots d'étranglement chez les contrôleurs
- La connaissance du système
- L'optimisation des ressources
- La responsabilité
- La qualité des données
- L'équité
- La territorialité
- La stigmatisation systémique

QUESTIONS DE DISCUSSION

1. **Quels obstacles freinent l'amélioration de l'accès aux services de counseling, de psychothérapie et de psychologie?**
2. **Quelles mesures pertinentes sont en place pour éliminer ces obstacles et améliorer l'accès?**

À la question sur les mesures mises en place pour surmonter ces obstacles et améliorer l'accès, les participants ont fourni les réponses suivantes :

- La collecte d'ensembles de données; par exemple, Statistique Canada et l'Université McMaster étudient l'utilisation des services de santé mentale par les enfants.
- La stratégie ontarienne sur les données pour soutenir la transformation du système
- La stratégie ontarienne de mobilisation des jeunes
- Les modèles de soins par paliers
- Les services intégrés pour la santé mentale des jeunes et des adultes émergents
- La certification en soutien aux pairs



- Les initiatives de lutte à la stigmatisation (la CSMC, la campagne Bell cause pour la cause, la santé mentale sur les campus)
- La collaboration pour la santé mentale des enfants, à Ottawa
- La stratégie ontarienne globale de santé mentale et de lutte contre les dépendances (regroupant 14 ministères)
- Les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) Réseau de la SRAP (Stratégie de recherche axée sur le patient)
- Les solutions technologiques comme la télésanté mentale et la cybersanté mentale
- L'enquête ontarienne sur la santé des enfants (Mégadonnées)
- Le projet Pathways of care
- La prise de position ferme des gouvernements provinciaux et fédéral
- Les transferts fédéraux attribués à la santé mentale
- Le renforcement général de la collaboration et des initiatives pangouvernementales

Les secteurs où des progrès peuvent être réalisés

En réfléchissant aux possibilités pour accroître l'accès, outre le financement, la plupart des participants reconnaissaient que les paradigmes dominants devaient être remis en question et qu'il fallait faire preuve de volonté pour « sortir des sentiers battus ». Les questions posées étaient les suivantes:

- De réduire la demande en aval grâce à la prévention et à la promotion du bien-être
- Adopter une approche axée sur la personne
- Augmenter la littératie en matière de santé mentale
- Améliorer les systèmes et les voies d'accès aux soins
- Abolir les cloisonnements au moyen de partenariats public-privé
- La technologie
- L'innovation et la flexibilité

QUESTIONS DE DISCUSSION

3. **Outre le financement, quelles solutions devrait-on explorer pour améliorer l'accès aux services?**
4. **Qu'est-ce qui rend ces solutions attrayantes et pourquoi méritent-elles d'être explorées?**

Les discussions en détail

En réponse aux deux premières questions, les participants ont fait valoir les points suivants:

Les obstacles politiques et philosophiques généraux

Un écart philosophique sépare les approches de la santé physique et de la santé mentale; cette dernière reçoit par ailleurs moins de financement. La santé mentale doit recevoir un traitement égal, et les décideurs et les bailleurs de fonds doivent traiter la maladie mentale comme un problème de santé. Un modèle de services de santé mentale purement médical peut toutefois constituer un obstacle.

La compréhension des besoins en matière de ressources humaines et le renforcement des capacités du système

Compte tenu de la faible connaissance commune des compétences disponibles, des champs d'exercice des diverses professions et même des différentes définitions de termes aussi élémentaires que « psychothérapie », nous devons améliorer notre compréhension de la capacité en services. Est-ce qu'un nombre suffisant de professionnels formés est présent pour appliquer la formule « le bon fournisseur de soins, au bon endroit, au bon moment »? Nous aurions intérêt à accepter d'attribuer des rôles distincts en fonction du niveau de formation (travailleurs de soutien aux pairs, diplômés universitaires, différents types de thérapeutes) et offrir un service d'accompagnement (en prenant exemple sur l'Institut des familles solides¹). Toutes ces mesures permettraient d'améliorer la planification et l'arrimage des compétences aux besoins.

Les goulots d'étranglement chez les contrôleurs

Les fournisseurs de soins primaires agissent souvent comme les contrôleurs qui aiguillent les patients vers d'autres professionnels, mais ignorent parfois quels services sont disponibles. Il faudrait une collaboration renforcée – une approche par équipe – ainsi que de nouveaux points d'accès aux services, comme dans le modèle de soins par paliers.

La connaissance du système

Les utilisateurs ne savent pas toujours où trouver les services dont ils ont besoin. Quelles sont les attentes raisonnables en matière de connaissance des services et du système? Qu'est-ce que les patients doivent connaître de leurs responsabilités lorsqu'ils reçoivent des services de psychothérapie?

L'optimisation des ressources

Les ressources ne sont pas toujours utilisées aussi efficacement que possible. Le système public, par exemple, donne la priorité au traitement des cas graves, même si les maladies mentales persistantes ne représentent qu'environ 2 % de la demande totale.

La responsabilité

Les services offerts sont-ils uniformes? En Australie, on suppose que la formation entraîne obligatoirement la responsabilité, mais aucun suivi n'est effectué. Comment la responsabilité devrait-elle être mesurée et assurée?

La qualité des données

Nous devons préciser les besoins en matière de services de santé mentale et clarifier la manière d'y répondre en fonction des capacités actuelles, ce qui commence par une entente sur la définition des « besoins primordiaux ». Est-ce que ce sont les problèmes qui ont les effets les plus prononcés ou ceux qui sont les plus répandus? De plus, si les données de qualité sont trop rares, même les données existantes ne sont pas toujours prises en compte parce que les gouvernements, les partenaires et les

¹ Pour plus d'informations sur L'institut des familles solides, veuillez visiter : <http://famillessolides.com/>

membres de la communauté ne connaissent pas leur existence ou ignorent comment les utiliser. Les données doivent être clairement retraçables, et ce, des fournisseurs de soins jusqu'aux plus hauts échelons de l'appareil gouvernemental en passant par les planificateurs des services.

L'équité

Le fait que certains programmes ciblent des populations en particulier (p. ex. les enfants et les adolescents) pourrait-il être discriminatoire? À l'inverse, le modèle actuel néglige-t-il certains groupes, p. ex. ceux qui perdent l'accès aux services lors de la transition entre l'adolescence et l'âge adulte?

La territorialité

Le cloisonnement est présent à tous les niveaux du système, des gouvernements aux hôpitaux en passant par les fournisseurs de services communautaires, de même qu'entre fournisseurs publics et privés. La communication entre ces entités est faible ou absente. Une approche holistique est requise pour faire tomber ces barrières, clarifier les structures de reddition de compte et intégrer la santé mentale au paradigme de la santé et du bien-être.

La stigmatisation systémique

La stigmatisation et notamment le manque de foi dans le rétablissement continuent d'influencer les attitudes des fournisseurs de service à l'intérieur du système. Un système axé sur le rétablissement doit être mis en place de concert avec le gouvernement, en tenant compte de tout l'éventail de besoins et de réalités, sans se limiter aux environnements urbains, plus voyants.

Au sujet des deux questions suivantes, qui portaient sur les solutions autres que le financement pouvant améliorer l'accès et sur les caractéristiques rendant ces solutions intéressantes, les participants ont émis les points de vue suivants :

Réduire la demande en aval grâce à la prévention et à la promotion du bien-être

Nous devons établir et mettre en place un engagement stratégique et explicite à l'égard de la promotion du bien-être dans tout l'éventail de services. L'intervention hâtive et particulièrement la prévention doivent être renforcées, p. ex. la promotion de la santé mentale fondée sur des faits dans les classes de jeunes enfants. Nous devons aussi tenir compte de nos connaissances sur les déterminants sociaux de la santé et combler toute lacune dans ce domaine.

Adopter une approche axée sur la personne

Cette approche commence par la participation de personnes ayant vécu la maladie mentale à la prise de décisions, et ce, dès la phase de recherche afin de connaître leurs besoins dans le système de soins de santé mentale. Ce faisant, ces personnes fourniront aux praticiens l'orientation nécessaire pour fournir des services avec efficacité. Adopter une approche axée sur la personne signifie également mettre en place des mesures de soutien dans les communautés où les gens vivent, avec les mots qu'ils utilisent pour décrire leurs besoins (p. ex. un service de prévention du suicide offert à Waterloo a découvert grâce à Google Analytics que les utilisateurs se servaient du mot « stress » plutôt que de « suicide »), en tenant compte de leur emplacement géographique (p. ex. les unités

mobiles de sensibilisation du Réseau Télémédecine Ontario). Nous devons emprunter des voies moins fréquentées.

Augmenter la littératie en matière de santé mentale

Lorsque les gens sont mieux renseignés au sujet du système et des services disponibles, ils sont en mesure de faire de meilleurs choix. C'est vrai autant pour les utilisateurs que pour les praticiens; il faut aider le public à découvrir l'offre de services et mieux outiller les intervenants afin qu'ils puissent fournir aux clients l'aide dont ils ont besoin. Si nous parvenons à éduquer efficacement les parties prenantes, aurons-nous encore besoin de contrôleurs, ou les gens auront-ils les habiletés nécessaires pour s'autoévaluer, décrire leurs besoins et trouver les soins ou aider leurs pairs à obtenir des soins?

Améliorer les systèmes et les voies d'accès aux soins

Nous devons envisager la santé mentale comme un « sport d'équipe » qui offre plusieurs voies vers le rétablissement et où les fournisseurs et les utilisateurs de services participent également à la création des soins. Le modèle de soins par paliers convient parfaitement à cette approche, puisqu'il établit des liens entre fournisseurs et entre les fournisseurs et la communauté (systèmes collaboratifs) et qu'il offre un éventail de solutions, allant des services génériques universels aux soins conçus sur mesure, tous dotés de leurs propres points d'accès, ce qui permet aux utilisateurs de services de se déplacer le long du continuum pour obtenir le niveau de soins dont ils ont besoin. Le gouvernement et les organismes de réglementation doivent assurer que cette flexibilité est offerte – que les utilisateurs trouvent toujours une porte ouverte; les employeurs, quant à eux, peuvent devenir de grands alliés dans la mission d'obtenir la collaboration des assureurs.

Abolir les cloisonnements au moyen de partenariats public-privé

La mobilisation des entreprises privées, comme Bell avec sa campagne Cause pour la cause, est essentielle pour répandre la philosophie du bien-être mental. Nous devons mettre en place une initiative du type ParticipACTION en santé mentale et faire participer non seulement des entreprises, mais aussi des organisations comme les associations de personnes âgées, les Repaires jeunesse et les bibliothèques pour diffuser de l'information et aider le public à s'orienter dans le système. Nous devons également élaborer des approches de déjudiciarisation de concert avec les tribunaux.

La technologie

La technologie, qu'il s'agisse de services de télésanté mentale, d'applications et de services de cybersanté mentale ou autres, peut contribuer à améliorer l'accès aux services en réduisant le nombre de consultations et de thérapies en personne requises. Des professionnels formés peuvent agir comme guides pour inciter les utilisateurs à profiter de ces solutions (plutôt que d'avoir recours aux services de spécialistes, qui peuvent alors se concentrer sur les patients qui ont le plus besoin de leurs compétences particulières). La technologie est toutefois une arme à double tranchant : aussitôt que des fonds sont disponibles, les concepteurs de technologies se bousculent pour les obtenir, mais il peut être difficile de déterminer les solutions émergentes qui méritent un financement.



L'innovation et la flexibilité

Nous devons mettre fin aux initiatives qui ne fonctionnent pas, démarrer de nouveaux projets potentiellement meilleurs et maintenir ceux que nous savons efficaces. Souvent, les communautés qui offrent des programmes non fondés sur des données probantes maintiennent ceux-ci en raison de leur faible coût, même s'ils ne fonctionnent pas nécessairement. Posons-nous les bonnes questions de recherche, ou posons-nous toujours les mêmes questions? Il faut explorer de nouveaux modèles. Nous devons nous fonder davantage sur les faits, mesurer les succès récoltés et créer une culture de la qualité et de la responsabilité afin que chaque initiative puisse être mesurable et soutenue par un financement constant et durable.



« Nous devons créer un modèle de financement pour alimenter le système que nous voulons, et non le système que nous avons. »

– Un participant

Troisième partie: Modèles de financement

La deuxième séance de travail du jour consistait à examiner les avantages et les inconvénients des modèles de financement du régime d'assurance et sous forme de subvention et à explorer d'autres approches possibles. L'animateur a brièvement résumé les forces et les faiblesses des deux modèles de financement présentés par M. Chodos, puis a guidé les participants dans une discussion structurée sur chacune d'elles.

Évaluation des modèles – 1^{re} partie

Après examen des avantages relatifs du financement du régime d'assurance et sous forme de subvention, plusieurs groupes ont mentionné l'importance des mesures suivantes :

- Déterminer les responsabilités
- Promouvoir l'équité
- Gérer le changement
- Mesurer les résultats
- Assurer la qualité
- Favoriser l'autonomie des patients
- Éviter les cloisonnements
- Alimenter le système que nous voulons, et non le système que nous avons

QUESTIONS DE DISCUSSION

1. **Les principaux avantages et inconvénients de chacun des modèles de financement sont-ils décrits correctement dans les tableaux?**
2. **Les deux modèles de financements ont-ils d'autres avantages et inconvénients?**
3. **Quels sont les obstacles et les effets probables associés à une hausse du financement au moyen de chacun des deux modèles?**

Les groupes ont ensuite débattu de la faisabilité de ces solutions. Lors de leur compte rendu en plénière, ils ont souligné d'importantes considérations :

- Déterminer les diagnostics et les cheminements cliniques
- Mettre en place une fonction d'orientation dans le système
- Tenir compte du contexte
- Attirer des professionnels de la santé mentale dans la pratique publique
- Évaluer les capacités professionnelles

Les discussions en détail

Les discussions en groupes restreints sur les trois premières questions ont généré les réponses suivantes :

Déterminer les responsabilités

Déterminer les responsabilités et assurer l'équité représenterait un défi dans les deux modèles de financement. Étant donné le système de soins de santé fragmenté du Canada, il n'est pas clairement établi qui serait à la tête du système, qui déciderait de l'octroi de fonds dans le modèle de financement sous forme de subvention ou quelles professions seraient admissibles au financement gouvernemental dans le modèle de financement du régime d'assurance.

Promouvoir l'équité

Le modèle de financement sous forme de subvention est plus propice à assurer l'équité puisqu'il permettrait de rejoindre les communautés mal desservies; toutefois, l'offre de services dans les régions éloignées coûte plus cher, et il est souvent difficile d'y attirer et d'y maintenir des praticiens.

Gérer le changement

Quel que soit le modèle de financement retenu, une stratégie de gestion du changement sera requise pour favoriser l'adhésion du public, des associations professionnelles et des gouvernements provinciaux au nouveau système. Par exemple, si des sommes additionnelles sont simplement injectées dans des initiatives existantes, les gouvernements continueront d'agir comme ils l'ont toujours fait au lieu d'opérer les changements que nous souhaitons. Il n'est pas clairement établi qui serait responsable d'administrer la stratégie de gestion du changement.

Mesurer les résultats

Pour l'un ou l'autre des modèles, il serait essentiel de trouver des façons de produire des données de qualité et des résultats quantifiables et mesurables. Il faudrait mettre en place un moyen d'évaluer le modèle choisi afin de repérer les mesures qui fonctionnent et les pratiques exemplaires pouvant être étendues à d'autres secteurs.

Assurer la qualité

Dans le modèle de financement du régime d'assurance, nous aurions besoin d'une façon d'assurer la qualité du service offert, ce qui pose problème étant donné que les fournisseurs de services du secteur privé appartiendraient à des organisations autrement indépendantes.

Favoriser l'autonomie des patients

Le financement doit-il nécessairement passer par les fournisseurs? Si les fonds étaient remis directement aux patients, ceux-ci auraient possiblement le pouvoir de choisir où et quand ils reçoivent les soins dont ils ont besoin. On assurerait ainsi que les deniers publics sont appliqués uniquement à l'utilisation de services.

Éviter les cloisonnements

Le modèle de financement du régime d'assurance pourrait entraver le partage d'information entre praticiens et rompre la continuité des traitements des patients. À l'inverse, le financement sous forme de subvention offrirait l'occasion d'adopter une pratique en équipe, ce qui pourrait augmenter le rendement-coût à l'échelle du système et possiblement favoriser une cueillette de données plus uniformes et comparables.

Alimenter le système que nous voulons, et non le système que nous avons

En bout de piste, il est possible que les deux approches consolident le statu quo au lieu de changer les choses. Nous devrions avoir pour objectif la création d'un mécanisme de financement visant précisément à améliorer le système. Nous devons examiner des modèles novateurs où la responsabilité du financement est partagée. L'assurance-médicaments en vigueur au Québec est l'un de ces modèles fructueux où l'assurance publique-privée est étendue à d'autres secteurs.

Au terme de la mise en commun des réponses aux trois premières questions, plusieurs participants ont émis des commentaires additionnels. L'un d'eux a averti qu'un mode de rémunération à l'acte ne suffirait pas à éliminer les obstacles qui marginalisent certaines populations, et ce, que les fonds soient octroyés directement aux fournisseurs ou qu'ils suivent les patients. Parallèlement, la rémunération à l'acte des praticiens pourrait dissuader certains d'entre eux d'offrir des services dans des environnements non structurés (p. ex. un centre de jour dans un refuge communautaire) parce qu'ils n'y trouveraient pas de garantie de rémunération.

Un autre participant a mis en doute l'adéquation du financement du régime d'assurance, puisque ce modèle ne serait pas compatible avec l'approche d'équipe qui est enseignée dans les écoles de médecine et que les médecins s'attendent à retrouver dans leur cabinet. Quelqu'un a mentionné que l'approche d'équipe pourrait être utilisée dans les cas de maladies mentales graves, tandis que les problèmes plus courants pourraient être traités individuellement par les praticiens. « Une approche d'équipe ne devrait pas être nécessaire pour prendre la simple décision de prescrire une psychothérapie à un patient. »

« Sans égard à ce qu'on recommande à une personne pour qu'elle se rétablisse et redevienne un être humain entier, est-ce que les fonds seront suffisants pour assurer ce service à tout le monde? »

– Un participant

Évaluation des modèles – 2^e partie

Cette deuxième série de questions vise à approfondir les considérations liées aux modèles de financement sous forme de subvention et du régime d'assurance et à explorer des solutions de rechange. Les discussions en petits groupes ont produit les réponses suivantes :

Déterminer les diagnostics et les cheminements cliniques

Les diagnostics et les cheminements cliniques sont souvent clairs dans le cas de maladies et de problèmes associés à la santé physique. Ce n'est pas le cas pour la santé mentale; pour corriger cette



situation, il faudrait placer les médecins au cœur de la prise de décisions dans un système axé sur les diagnostics. Il faudrait prévoir un guide de pratique clinique et des cheminements cliniques pour assurer la qualité des services et offrir des soins fondés sur des données probantes.

S'orienter dans le système

Quelle que soit l'approche choisie, une fonction facilitant l'orientation dans le système de santé serait requise pour offrir une voie claire et intégrée aux personnes tentant d'accéder au système.

Tenir compte du contexte

Aucun modèle de financement ne peut couvrir l'éventail des besoins en entier. Il serait toutefois possible de mettre en œuvre une approche qui s'adapte aux populations et aux besoins divers, par exemple en combinant des caractéristiques des modèles de financement du régime d'assurance et sous forme de subvention.

Attirer des professionnels de la santé mentale dans la pratique publique

Il pourrait être ardu de convaincre certains praticiens travaillant actuellement en pratique privée de passer au système public, particulièrement si leur rémunération ou leurs conditions de travail risquent de baisser. On pourrait envisager d'offrir un certain nombre d'années d'éducation gratuite pour les professions de santé mentale. Cette mesure pourrait inciter les étudiants à se diriger vers ce domaine et ainsi y accroître le nombre de praticiens. On pourrait en profiter pour opérer un changement de paradigme dans la formation des fournisseurs de soins de santé mentale en élargissant sa portée pour inclure une approche d'équipe.

Évaluer les capacités

Les participants ont rappelé cette idée en se demandant comment déterminer si les fonds publics suffisent pour fournir des services à toute personne qui en éprouve le besoin. Nous devons être en mesure de quantifier la capacité et les besoins actuels, puis trouver un moyen d'évaluer les deux modèles pour déterminer si l'un ou l'autre serait susceptible de répondre pleinement à ces besoins.

QUESTIONS DE DISCUSSION

4. Existe-t-il d'autres facteurs à examiner qu'aucun de ces modèles ne prend en considération?
5. Existe-t-il des moyens d'intégrer ces éléments à l'un ou l'autre des modèles?
6. Existe-t-il d'autres options à envisager, ou même une solution hybride?



« Il ne sert à rien de déterminer si les soins de santé mentale sont un service nécessaire si les gens n'ont aucun pouvoir et ne reçoivent pas les soins auxquels ils ont droit. Nous devons bâtir un système qui a du sens. »

– Un participant

Quatrième partie: Autres considérations politiques

À partir des discussions de la journée, les participants ont défini les considérations les plus importantes à envisager, au-delà du contexte actuel. Plutôt que de se diviser en petits groupes, les participants ont échangé collectivement lors de cette séance finale.

L'importance de voir le portrait d'ensemble

Les participants ont exploré des considérations politiques additionnelles en lien avec l'amélioration de l'accès aux services. Ils ont une fois de plus adopté une vision globale et énuméré des changements systémiques susceptibles d'entraîner d'importantes retombées :

- Rendre le système plus intelligent
- Constituer un dossier d'analyse ou mettre à profit les analyses existantes
- Mettre en place une stratégie intégrée en matière de données
- Cibler les secteurs de santé mentale où des investissements sont requis
- Se mettre en marche

Les discussions en détail

Les participants ont commencé par reconfirmer que cette portion de la discussion devait porter sur les questions liées à la mise en œuvre, en tenant pour acquis que la population a droit à des services psychologiques. On a ensuite tenté de déterminer si le soutien psychologique était garanti par la Loi canadienne sur la santé ou s'il était du moins considéré comme un service « médicalement nécessaire » (on s'est également demandé ce que ce terme signifiait et si cette réflexion réintroduisait le risque de confiner la santé mentale dans un modèle purement médical).

Les participants ont ciblé les enjeux suivants à prendre en considération pour l'amélioration de l'accès aux services :

Rendre le système plus intelligent

Un des problèmes que posent les soins de santé mentale est la pluralité des systèmes, même si nous parlons couramment du « système » au singulier. La diversité des systèmes fait en sorte qu'il est difficile de recueillir des données, de mesurer l'efficacité et de renforcer la responsabilité en vue d'assurer que les bons services sont fournis par les bonnes personnes au bon endroit. Nous devons nous doter d'indicateurs. Il faut adopter une perspective holistique qui tient compte des

déterminants du bien-être mental (pas seulement de l'incidence de la maladie mentale) et qui fait participer diverses communautés à la création de services et de solutions.

Constituer un dossier d'analyse ou mettre à profit les analyses existantes

Les décideurs doivent connaître les avantages et les inconvénients ainsi que la valeur ajoutée des services avant de passer à l'action. On peut par exemple supposer qu'avant d'approuver des services de santé mentale publics, un ministre provincial de la Santé devra connaître le portrait détaillé du territoire en question : qui a accès aux indemnités d'assurance et qui n'y a pas accès, qui a accès aux services privés et qui n'y a pas accès, qui est admissible à un PAE et qui ne l'est pas, etc. Nous devons connaître les lacunes à combler avant de déterminer comment nous allons les combler.

Les analyses coûts-avantages doivent également faire partie intégrante des dossiers d'analyse. Elles doivent être holistiques, puisque, par exemple, les sommes investies dans le secteur de l'éducation pour soutenir les écoliers pourraient en réalité être déjà classifiées comme «investissement en santé»; la même situation peut se produire pour des programmes de sécurité au travail, d'assurance-invalidité, etc. C'est pourquoi, dans l'intérêt collectif, les stratégies doivent être pangouvernementales et les ministères doivent arrêter de s'agripper à leurs budgets individuels.

Mettre en place une stratégie intégrée en matière de données

À l'heure actuelle, une bonne partie des données disponibles provient des hôpitaux, même si la majorité des services ne sont pas prodigués dans ces établissements. Ce n'est que récemment que les provinces et les territoires ont commencé à partager leurs données. En outre, ils ne recueillent pas tous l'information de la même manière, de sorte qu'il n'est pas toujours possible d'établir des comparaisons directes entre les données, même si les similarités sont plus nombreuses qu'on pourrait le croire. Le partage des données et la définition de certains points de repère communs sont des objectifs réalisables.

Quels indicateurs souhaitons-nous utiliser collectivement, à l'échelle nationale? Nous devrions nous appuyer sur ces indicateurs pour ériger les structures requises en vue de recueillir les données probantes, et non procéder à l'inverse. Nous ne pouvons pas nous limiter au seul nombre de personnes desservies; ce sont les résultats qui doivent primer, et non les mesures

du système. Des données sur la stigmatisation et l'accès doivent aussi être recueillies. Cependant, les parties prenantes doivent être rassurées au sujet de la cueillette de données, par exemple les

AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA

CUEILLETTE DE DONNÉES, PARTAGE DE DONNÉES

Les participants se sont rappelé qu'il y a 15 ans, l'ASPC avait accordé une subvention pour que le gouvernement du Canada puisse consolider les données des assureurs et y accéder. Un dépôt a été créé, mais les participants ignoraient l'utilisation qui en est faite aujourd'hui. En juin 2015, l'ASPC a publié son premier rapport sur les troubles anxio-dépressifs et les maladies mentales répertoriés dans le système national de surveillance des maladies chroniques du Canada, qui révélait qu'entre 10 et 15 % de la population avait été traitée pour un trouble anxio-dépressif. L'ASPC travaille actuellement sur les données concernant la mortalité et la schizophrénie. Les participants étaient d'avis que ce type d'analyse de macrodonnées devrait être accéléré et classé prioritaire.

fournisseurs, qui sont appelés à fournir des renseignements aux PAE des entreprises. La confidentialité doit toujours être respectée.

Cibler les secteurs de santé mentale où des investissements sont requis

Compte tenu de la rareté des fonds fédéraux, devrions-nous être sélectifs quant à ce que nous voulons accomplir? Le choix d'une certaine population pourrait ouvrir la voie à une stratégie de financement en particulier, étant donné que les modèles de financement seront possiblement spécifiques aux populations. Par exemple, il est sensé de recourir à des modèles de rémunération à l'acte pour les problèmes légers à modérés, tandis que le financement sous forme de subvention se prête davantage aux populations marginales et à la réduction des iniquités.

Un régime d'assurance comblant l'écart entre les personnes qui sont protégées et celles qui ne le sont pas pourrait constituer un bon point de départ. Bien qu'elle ne pourrait couvrir toute la population, cette protection serait assez large pour offrir une couverture assez « universelle » et assurer que tout le monde ait accès à certains services. Les personnes qui ne seraient pas couvertes par un régime public seraient protégées par un régime privé. Comme mentionné par Howard Chodos ce matin, 60 % de la population canadienne, soit 22,4 millions de personnes, sont pris en charge par une assurance-maladie élargie privée, qui ne couvre toutefois pas nécessairement les soins de santé mentale. L'industrie des assurances pourrait calculer quelle part des soins de santé mentale est couverte.

Invoquant l'expérience menée au Québec par le Commissaire à la santé et au bien-être, un participant a énuméré quatre questions à résoudre :

1. Modèle économique des paiements à l'acte par rapport aux paiements sous forme de subventions versées aux omnipraticiens pour les services de psychothérapie.
2. Devrions-nous privilégier un modèle d'assurance public, privé ou hybride? (évaluation actuarielle)
3. Comment le système fonctionne-t-il? (P. ex. les soins sont-ils prescrits par un médecin, un psychologue, un psychothérapeute? Quand avons-nous recours à des spécialistes? Nous devons nous doter d'une « marche à suivre ».)
4. Quel budget devrait être octroyé aux services sociaux et aux soins de santé? (varie en fonction de la population ciblée)

Comme pour la prise de mesures, nous devrions déterminer comment la mise en œuvre se fera en nous fondant sur les résultats escomptés, en répondant aux questions suivantes : que cherchons-nous à accomplir et comment pouvons-nous y réussir le mieux possible pour une population, une région ou un domaine donné?

Se mettre en marche

Malgré un certain intérêt politique à promouvoir la santé mentale, il y a un pas à franchir entre enthousiasme et mise en œuvre. L'animateur a demandé à l'assemblée : « Est-il préférable de commencer quelque part, avec quelque chose, même si tout n'est pas parfait? »

La clé sera d'en arriver à une entente sur la définition des besoins et de produire une justification claire, fondée sur les faits du point de départ choisi. L'objectif est ici de non seulement faire économiser de l'argent au système, mais également de combler les lacunes en matière de services (notamment pour certains secteurs qui n'ont pas été couverts durant la journée, dont l'amélioration des services aux travailleurs pauvres, aux immigrants, aux réfugiés, aux populations ethnoculturelles ou racialisées, aux collectivités des régions rurales et éloignées, aux Premières nations, Inuits et Métis). Encore une fois, une perspective holistique est nécessaire pour faire confiance au dossier d'analyse, et celui-ci est susceptible de différer d'une province et d'un territoire à l'autre. Chaque région aura sa propre conception du système le plus approprié à mettre en place.

« Notre conversation sur cet enjeu n'est pas la première et ne sera pas la dernière, mais un sain débat est important. »

– Un participant

Cinquième partie : Conclusion de la table ronde

Conclusion et prochaines étapes

Dans son mot de la fin, l'animateur a réitéré que l'établissement d'un consensus quant à la voie à suivre n'était pas le but de cette séance. L'objectif était plutôt de faire naître des idées pouvant servir à renforcer des initiatives existantes susceptibles de favoriser une amélioration de l'accès.

Pour clore la journée, les participants ont échangé quelques réflexions sur la séance. La plupart d'entre eux avaient trouvé la journée productive, inspirante et remplie d'occasions de nouer des liens professionnels. Plusieurs personnes ont mentionné des directives à suivre pour les prochaines étapes:

Mettre l'accent sur les résultats

Nous devons mesurer les résultats afin de déterminer si le système mis en place, quel qu'il soit, améliore non seulement l'accès, mais aussi les résultats. Nous devons également viser des résultats qui ne concernent pas strictement la santé, comme les taux de personnes retournant au travail ou demeurant aux études. Bien que les résultats soient des facteurs importants, nous devons aussi gérer les attentes, puisque les changements peuvent prendre du temps. Les résultats pourraient même s'empirer avant de s'améliorer lorsque les gens qui n'avaient pas accès précédemment commenceront à se prévaloir des services offerts.

Toujours mettre à l'essai

Avant d'instaurer un changement, nous devons mettre celui-ci à l'essai pour nous assurer que l'approche fonctionne comme prévu. Une approche comme le modèle de financement du régime d'assurance proposé, par exemple, pourrait être difficile à annuler en cas de répercussions imprévues.

Assurer l'équité

Nous devons assurer que les populations marginalisées profitent de tout changement apporté au système. Il faudra également veiller à prendre en considération les particularités des différents territoires de compétence. Selon le modèle choisi, il est possible que certaines provinces ou certains territoires ne possèdent pas l'infrastructure pour y adhérer.

Assurer la pleine participation des personnes aux prises avec la maladie mentale et de leurs proches

Ultimement, ce sont les personnes que nous desservons qui comptent, pas nous. Des discussions futures devront porter sur les améliorations pouvant être apportées au système afin que les

personnes ayant vécu la maladie mentale soient incluses et en mesure d'exprimer leurs besoins et leurs priorités.

Continuer à travailler de concert

Nous devons apprendre davantage les uns des autres, partager nos pratiques, les preuves dont nous disposons et la méthode que nous avons suivie pour mettre en place et exécuter les différents programmes. Des liens de collaboration doivent être noués à l'échelon fédéral et dans les provinces et les territoires, même si les systèmes qui y sont présents diffèrent.

Ed Mantler a remercié les participants d'avoir partagé leurs connaissances et leur expertise et a qualifié d'« incroyables » les discussions, le travail et le partage des idées qui ont eu lieu. Il a ajouté que lors de la production du rapport, la CSMC sollicitera une fois de plus l'orientation et les commentaires des parties prenantes, par voie électronique ou au moyen de discussions en personne, pour prévoir les prochaines étapes à entreprendre.



ANNEXE A : Ordre du jour

L'ordre du jour a été légèrement modifié en cours de route, mais apparaît ici dans sa version originale. Le rapport reflète le déroulement réel de la journée.

9 h à 16 h 30

Point	Heure
Inscriptions	8 h 15 à 9 h
Mot de bienvenue et présentations	9 h à 9 h 30
Survole des considérations (Howard Chodos)	9 h 30 à 10 h 15
Pause	10 h 15 à 10 h 30
Façons d'améliorer l'accès	10 h 30 à 12 h
Dîner	12 h à 12 h 30
Modèles de financement	12 h 30 à 14 h
Pause	14 h à 14 h 15
Autres considérations politiques	14 h 15 à 15 h 30
Prochaines étapes	15 h 30 à 16 h
Conclusion de la table ronde	16 h à 16 h 30

ANNEXE B : Liste des participants

Nom	Titre	Organisation
Alain Lesage	Psychiatre et chercheur Professeur titulaire	Centre de recherche de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal Département de psychiatrie, Université de Montréal
Ally Campbell	Représentante du Conseil des jeunes	Commission de la santé mentale du Canada
Angela Fowler	Conseillère principale en politiques	Santé mentale pour enfants Ontario
Brian McDermid	Président	Medical Psychotherapy Association Canada
Chris Summerville	Directeur général Coprésident	Société canadienne de la schizophrénie – Alliance canadienne pour la maladie mentale et la santé mentale
Fides Coloma	Directrice, Santé mentale et lutte contre les dépendances	Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario
Fred Phelps	Directeur général	Association canadienne des travailleuses et travailleurs sociaux
Gail McVey	Directrice	Ontario Community Outreach Program for Eating Disorders
Gail Czukar	Directeur général	Dépendances et santé mentale d'Ontario
Greg Kylo	Directeur national	Association canadienne pour la santé mentale
Ian Boeckh	Président	Fondation Graham-Boeckh
Ian Manion	Directeur, Santé mentale des jeunes	Le Royal, Santé mentale – Soins et recherche
Joan Weir	Directrice, Maladie et invalidité	Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes
Karen Cohen	Directeur général	Société canadienne de psychologie
Kim Hewitt	Ergothérapeute	Association canadienne des ergothérapeutes
Lisa Crawley	Présidente sortante Coprésident	Fédération canadienne des infirmières et infirmiers en santé mentale Alliance canadienne pour la maladie mentale et la santé mentale
Lorna Martin	Présidente sortante	Association canadienne de counseling et de psychothérapie
Mary Bartram	Chercheuse et candidate au doctorat	École de politiques et d'administration publiques, Université Carleton
Phil Upshall	Directeur général national	Société pour les troubles de l'humeur du Canada



Nom	Titre	Organisation
Rebecca Shields	Directeur général	Association canadienne pour la santé mentale, régions de York et de Simcoe Sud (division de l'Ontario)
Rob Moore	Directeur général	Programme de soutien au système provincial, Centre de toxicomanie et de santé mentale (CAMH)
Shaleen Jones	Directeur général	Accréditation et certification du soutien par les pairs (Canada)
Sharlene Stayberg	Directrice, Santé mentale	Services de santé de l'Alberta
Simon Hatcher	Professeur et vice-président, Recherche	Département de psychiatrie/Institut de recherche en santé d'Ottawa, Université d'Ottawa
Stephanie Loewen	Directrice, Santé mentale et soins spirituels	Santé, Vie saine et Aînés Manitoba
Stephanie Priest	Directrice	Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada, Agence de la santé publique du Canada
Victoria Madsen	Directrice territoriale, Division de la santé mentale et de la toxicomanie	Gouvernement du Nunavut
Conférencier		
Howard Chodos	Conseiller	
CSMC		
Ed Mantler	Vice-président, Programmes et Priorités	Commission de la santé mentale du Canada
Nicholas Watters	Directeur, Centre d'échange des connaissances	Commission de la santé mentale du Canada
Christopher Canning	Gestionnaire, Politiques et recherches	Commission de la santé mentale du Canada
Lara di Tomasso	Analyste de la recherche et des politiques	Commission de la santé mentale du Canada
Lynette Schick	Analyste de la recherche et des politiques	Commission de la santé mentale du Canada
Francine Knoops	Analyste principale des politiques et Relations avec les partenaires	Commission de la santé mentale du Canada
MaryAnn Notarianni	Gestionnaire, Cybersanté mentale	Commission de la santé mentale du Canada
Animateurs		
Hugh MacPhie	Associé principal	MacPhie & Associates
Seth Warren	Associé	MacPhie & Associates