



Commission de  
la santé mentale  
du Canada

Mental Health  
Commission  
of Canada

---

## Avant de commencer :

L'audio est fourni en mode diffusion via les **haut-parleurs de votre ordinateur.**

Si vous rencontrez des difficultés techniques, contactez Adobe Connect au 1-800-422-3623.



Commission de  
la santé mentale  
du Canada

Mental Health  
Commission  
of Canada

## Notes d'entretien

- L'audio est fournie en mode diffusion via les haut-parleurs **de votre ordinateur.**
- Ce webinaire est enregistré
- Si vous rencontrez des difficultés techniques, contactez Adobe Connect au 1-800-422-3623.

Draft- CCSA-Workplace Presentation-MHCC (ID 19654).pptx

Draw Stop Sharing

Webinar Slides and Resources

Name	Size
Download_Slides.pdf	86 KB

Download File(s)

Q & A

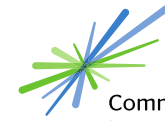
Mental Health Commission of Canada / Commission de la santé mentale du Canada

**Before we begin:**

Audio is provided in broadcast mode through your computer speakers.

If you experience technical difficulties, contact Adobe Connect at 1-800-422-3623.

Please respond to the poll in the top right hand corner of your screen to indicate the number of attendees from your organization (in addition to you) participating in this webinar.

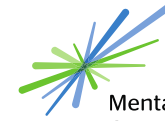


Commission de  
la santé mentale  
du Canada

Mental Health  
Commission  
of Canada

# Améliorer l'accès aux services de psychothérapie : Relier les leçons apprises de l'Australie et du Royaume-Uni au contexte canadien

Le mercredi 5 septembre, 2018



Mental Health  
Commission  
of Canada

Commission de  
la santé mentale  
du Canada

## Conférenciers:



**Howard Chodos, Ph. D., chercheur indépendant ancien directeur de la Stratégie en matière de santé mentale, Commission de la santé mentale du Canada**

**Améliorer l'accès aux services de  
psychothérapie : Relier les leçons apprises  
de l'Australie et du Royaume-Uni au contexte  
canadien**

Mary Bartram, Ph. D

Howard Chodos, Ph. D

# Pourquoi cette analyse est-elle importante?

- L'exclusion de longue date des services paramédicaux professionnels de santé mentale des régimes d'assurance-maladie provinciaux et territoriaux a contribué :
  - à la hausse des taux de besoins non satisfaits pour les services de psychothérapie\*
  - à la création d'obstacles financiers plus importants pour les 12 millions de Canadiens qui ne bénéficient d'aucun régime de prestations pour services de psychothérapie offert par l'employeur
  - au sous-financement accru des services en santé mentale (représentant seulement 5 à 7 % des dépenses publiques totales en santé au Canada)
- Faisant face à des difficultés semblables, l'Australie et le Royaume-Uni, ont réussi à adopter des réformes majeures
- Le nouveau transfert fédéral ciblé de 5 milliards de dollars visant à améliorer l'accès aux services de santé mentale offre une excellente occasion de mettre en œuvre des réformes semblables au Canada

\*Par psychothérapie, on entend tout service de counseling en santé mentale, de même que les diverses formes de psychothérapies et les services de psychologie.

# Quel est l'objectif de cette analyse?

- Favoriser un dialogue continu et une prise de décision fondée sur des données probantes en ce qui concerne l'amélioration de l'accès aux services de psychothérapie au Canada ...
- ... par adapter les leçons apprises à l'échelle mondiale au contexte canadien.
- Sources:
  - Document d'information/table ronde 2017 de la CSMC, littérature universitaire et stratégique, experts du R.-U. et de l'Australie, hauts fonctionnaires provinciaux et territoriaux du Canada

# Approche australienne – Better Access

- Better Access to Psychiatrists, Psychologists and General Practitioners through the Medicare Benefits Schedule, lancé en 2006:
  - En réponse aux préoccupations quant aux faibles taux d'utilisation des services parmi les Australiens atteints de troubles mentaux communs
  - Basée sur l'assurance qui élargit l'assurance publique universelle (offerte par le biais du régime d'assurance-maladie) de manière à couvrir les services de psychothérapie fournis par les psychologues, les travailleurs sociaux et les ergothérapeutes.
  - À Better Access s'ajoutent des fonds fédéraux moins importants pour deux autres types de services
  - La qualité de la main-d'œuvre est assurée par des associations professionnelles réglementées
  - L'évaluation de 2011 est le principal instrument de surveillance du rendement
  - Les services de télésanté sont actuellement élargis pour améliorer la couverture des régions rurales



# Approche du Royaume-Uni - IAPT

- Improving Access to Psychotherapies, lancé en 2008 en Angleterre:
  - En réponse aux directives de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux pour le traitement de la dépression et de l'anxiété
  - Basé sur les subventions, administré de façon centralisée par National Health Services (NHS) Angleterre
  - Suit un modèle de soins par paliers bien défini
  - Disposant d'un personnel et de normes distincts
  - Cibles claires appuyées par une étroite surveillance du rendement
  - Actuellement en phase d'expansion afin d'inclure un service pour les enfants et les jeunes, aux personnes souffrant de dépression et d'anxiété concomitantes et de problèmes de santé physique chroniques, aux personnes souffrant de troubles mentaux plus graves

# Contraste avec le contexte canadien

- Une structure gouvernementale hautement décentralisée
  - Compétence provinciale/territoriale sur la santé et l'assurance-maladie, par opposition au régime d'assurance-maladie fédéral australien
  - Le gouvernement fédéral couvre 23 % des dépenses publiques totales en santé au Canada, contre 61 % en Australie
- Une protection profonde mais étroite par l'assurance-maladie
  - Couverture au premier dollar, mais seulement pour les services offerts par un médecin ou dans un hôpital
  - Iniquité inhérente au système à deux vitesses pour les fournisseurs non médecins
- Une cohabitation du modèle basé sur les subventions publiques et de celui basé sur les assurances
  - Centres communautaires de santé mentale, soins collaboratifs, malgré les temps d'attente généralement longs
- Un financement fédéral direct pour certaines populations sous juridiction fédérale
  - Premières Nations, Inuits, les réfugiés, le personnel militaire et les anciens combattants
  - Fait encore l'objet de critiques en ce qui concerne la disponibilité, la sécurité culturelle, la fragmentation
- Les deux tiers de la population sont couverts par une assurance en milieu de travail
  - En comparaison avec 1 personne sur 5 jouissant d'une assurance privée en Australie (et 1 sur 10 au R.-U.)

# Adapter les leçons apprises

Planification

Financement

Prestation  
de services

Équité et  
portée

Surveillance

Durabilité

# Leçons en matière de planification

## Utiliser tous les leviers politiques

- Le modèle basé sur les subventions d'IAPT s'accorde avec le contrôle centralisé exercé au R.-U.; le modèle basé sur l'assurance de Better Access cadre avec la juridiction fédérale sur l'assurance-maladie en Australie.
- Les gouvernements provinciaux et territoriaux canadiens ont compétence autant sur les subventions que sur l'assurance-maladie publique; leur marge de manœuvre fiscale est réduite, mais ils peuvent compter sur un transfert fédéral de 5 milliards de dollars.

## Augmenter l'offre

- IAPT a bâti une toute nouvelle main-d'œuvre; Better Access a misé sur l'augmentation des capacités de la main-d'œuvre paramédicale de la santé mentale.
- Un plan d'accroissement des capacités (incluant les données de référence) est requis de toute urgence au Canada pour éviter que les nouveaux fonds publics aient pour seul effet de transférer les fournisseurs associés aux programmes existants sans améliorer l'accès global.

## Mobiliser les fournisseurs et les utilisateurs

- IAPT et Better Access se sont assurés du soutien de toute la gamme de fournisseurs (incluant les omnipraticiens) grâce à des efforts de mobilisation, à la présence de champions et à des mesures incitatives.
- Un fort soutien de principe au Canada (p. ex. avec l'ACMMSM, les soins collaboratifs) et un engagement continu seront requis pour certains points précis.
- Le Canada a l'occasion de jouer un rôle de chef de file dans la mobilisation des utilisateurs de services et dans l'intégration de l'accès au soutien par les pairs.

## Planifier à l'avance

- IAPT a été bâti étape par étape au moyen de continues améliorations de la qualité; la mise en œuvre rapide de Better Access a entraîné des dépassements de coûts et une dégradation de la qualité de l'assurance.
- Le Canada possède des données probantes sur la prévalence, les besoins non satisfaits, les coûts, le rendement du capital investi; en toute logique, la création de projets de démonstration et la planification de la main-d'œuvre pourraient constituer les prochaines étapes.

*Le gouvernement du Commonwealth voulait que quelque chose soit fait, et rapidement. Il fallait trouver quels leviers actionner. Les leviers comme les services d'ATAPS étaient plus complexes et imposaient beaucoup d'autres responsabilités : élaborer, planifier et proposer un certain modèle de soins par paliers; trier et gérer en réalité 100 petits systèmes de soins de santé mentale différents, un pour chaque division. Au lieu de cela, pour obtenir le financement par l'entremise du régime d'assurance-maladie, il faut créer un certain barème de prestations dans le cadre du régime d'assurance-maladie et un processus qui permet aux gens d'y avoir recours, et les voilà partis. Le secteur privé s'occupe du reste.*

*(16 : chercheur australien)*

\*Bartram, M. « Government Structure and Equity in Access to Psychotherapy ». Dissertation : Université Carleton, 2017.

# Leçons en matière de financement

## Couverture au premier dollar ou quote-part?

- Conformément aux systèmes de santé britannique et australien, respectivement, IAPT est gratuit et Better Access permet aux fournisseurs d'exiger des quotes-parts.
- Au Canada, les services couverts au premier dollar s'harmoniseraient avec les services publics (qu'ils soient basés sur l'assurance ou sur les subventions), mais l'imposition de quotes-parts pourrait prévenir le transfert des coûts depuis les assurances offertes en milieu de travail.

## Subventions ou assurances?

- L'approche basée sur les subventions d'IAPT procure un contrôle accru des coûts et assure une meilleure fidélité aux traitements, mais son administration requiert des ressources considérables; pour Better Access, on s'est contenté d'élargir le régime d'assurance-maladie, ce qui a toutefois causé des problèmes de dépassement des coûts et d'assurance de la qualité.
- Les gouvernements provinciaux et territoriaux peuvent tirer des leçons de ces démarches, évaluer les compromis et éviter les écueils prévisibles.

## Évaluer les transferts des coûts

- Les quotes-parts exigées dans Better Access sont inférieures à celles des assurances privées en Australie; de plus, les réclamations privées faites en Australie ont non seulement chuté de moitié, mais elles ont été éclipsées par la forte adhésion à la nouvelle assurance publique.
- Les résidents du Canada sont aussi plus susceptibles d'opter pour le programme le moins cher, mais les répercussions de ce phénomène pourraient prendre une toute autre allure avec une assurance basée sur le milieu de travail et d'autres différences dans la prestation des services; une surveillance s'impose.

# Leçons en matière de prestation de services

## Large gamme de fournisseurs

- IAPT fait appel à des thérapies de faible intensité, d'intensité élevée et avec supervision offertes par des thérapeutes ayant suivi une formation approuvée par l'IAPT; Better Access a ajouté des psychologues, des travailleurs sociaux et des ergothérapeutes appartenant à une organisation professionnelle à son système d'assurance-maladie.
- Les provinces et les territoires canadiens pourraient d'abord se tourner vers des professionnels paramédicaux réglementés de la santé mentale (psychologues, travailleurs sociaux, ergothérapeutes et certains psychothérapeutes) et s'inspirer des certifications existantes dans les domaines du soutien par les pairs, du counseling en toxicomanie et de la réadaptation psychosociale.

## Renvoi par un omnipraticien et accès direct

- Le renvoi par un omnipraticien et les exigences liées aux plans de traitement raffermissent la continuité des soins et le contrôle des coûts sous Better Access, tandis qu'admettre à la fois l'accès direct et sur référence d'un médecin, dans IAPT, a permis d'élargir la portée pour rejoindre des groupes sous-représentés.
- Une combinaison des deux voies d'accès est justifiée au Canada, où l'accès direct aux services communautaires de santé mentale et l'accès sur renvoi d'un omnipraticien aux services assurés et aux soins collaboratifs sont déjà des pratiques établies et où la pénurie de médecins est plus problématique qu'au R.-U. et en Australie.

## Soins par paliers/ soins intégrés harmonieusement

- IAPT a mis en place de solides soins par paliers *à l'intérieur même* du programme, mais demeure un peu à l'écart du reste du système de services; l'Australie commence à chercher des moyens d'adopter une approche de soins par paliers pour la santé mentale (à partir de Better Access, certains services en ligne, services publics, soins primaires, etc.).
- Une solide gestion du changement devra être effectuée pour créer un modèle de soins par paliers dans les systèmes de santé mentale fragmentés des provinces et des territoires canadiens.
- L'intégration harmonieuse des services financés par le gouvernement fédéral (pour les Premières Nations, les Inuits, les anciens combattants, les réfugiés et les personnes aux prises avec le système de justice pénale) exigera une attention supplémentaire dans le contexte canadien.

*Je crois qu'on pense souvent, à tort, qu'il suffit d'annoncer une politique, de fixer des objectifs et de débloquer quelques fonds pour faire bouger les choses. Quand on met en œuvre quelque chose de vraiment novateur – pas quand on peaufine simplement quelque chose qui existe – il faut instaurer des mesures de soutien au niveau local... Il ne s'agit pas de dire aux gens quoi faire, mais de faciliter l'apprentissage entre les différentes composantes de NHS et les divers organismes.*

*(16 : décideur britannique)\**

\*Bartram, M. « Government Structure and Equity in Access to Psychotherapy ». Dissertation : Université Carleton, 2017.



# Leçons en matière de prestation de services

## Soutenir la mise en œuvre

- Tandis que le soutien à la mise en œuvre de Better Access se limitait à quelques formations et communications initiales, le soutien direct à la mise en œuvre a constitué un facteur de succès déterminant pour IAPT.
- Les ressources canadiennes disponibles pour la mise en œuvre sont la FCASS, la CSMC, le CCDUS, l'ACMTS, Agrément Canada, les conseils provinciaux de la qualité des services de santé, les hôpitaux spécialisés et plusieurs organismes subventionnaires de la recherche (publiques et philanthropiques).

## Éventail de thérapies

- IAPT couvre la TCC, mais aussi plus d'une douzaine d'autres thérapies approuvées pour l'institut NICE; Better Access repose en grande partie sur l'autoréglementation professionnelle pour l'assurance de la qualité.
- Les réformes canadiennes devraient à tout le moins débiter avec le plein éventail de thérapies approuvées par IAPT, plutôt que de se limiter à la TCC.

## Plafonds flexibles

- Afin de contrôler les dépassements de coûts, Better Access a réduit les plafonds de 6+12 à 6+4 (sujet à la révision d'un omnipraticien), et IAPT offre une certaine flexibilité en suivant les données probantes liées aux différentes approches; le nombre *moyen* de séances est de 5 à 6, mais ce nombre varie considérablement.
- Un plafond relativement flexible doté d'un processus de révision intégré est justifié au Canada, en tenant compte des prestations d'assurances offertes en milieu de travail.

*Il est admis que le régime d'assurance-maladie assurera une large couverture, mais pour tenter réellement de répondre à des niveaux de besoins précis qui pourraient ne pas être bien satisfaits par le régime d'assurance-maladie, des programmes parallèles expressément conçus à cette fin peuvent s'avérer nécessaires. Par exemple, les réseaux de soins de santé primaires ont tous dû réaliser ces évaluations des besoins en santé mentale dans leur région. Et c'est ce qui guide les processus de mise en service.*

*(16 : chercheur australien)\**

\*Bartram, M. « Government Structure and Equity in Access to Psychotherapy ». Dissertation : Université Carleton, 2017.

# Leçons en matière d'équité et de portée

## Fixer des cibles en matière d'équité

- Les résultats d'IAPT en matière d'équité sont inégaux (par district, par désavantage, par groupe ethnique, pour les hommes, pour les personnes âgées), et l'utilisation de Better Access est beaucoup plus faible dans les régions rurales et défavorisées; ces deux services universels sont complétés par des programmes plus ciblés.
- Les programmes canadiens devraient fixer et surveiller les cibles explicites en matière d'équité dès le départ et suivre l'incidence des services universels et/ou ciblés.

## Troubles légers à modérés

- Autant IAPT que Better Access ont produit des résultats en ciblant d'abord la dépression et l'anxiété légères à modérées, ce qui les a placés dans une bonne position pour répondre à la pression d'étendre leur portée à des problèmes plus graves, des troubles se produisant tout au long de la vie, etc.
- De même, le Canada pourrait initialement mettre l'accent sur les problèmes de santé mentale (et de toxicomanie, voir ci-dessous) légers à modérés, avec l'intention explicite de procéder à une phase d'expansion par la suite.

## Inclusion de la consommation de substances

- Bien que ni IAPT ni Better Access ne mettent l'accent sur la psychothérapie pour les personnes ayant des problèmes de consommation de substances, ni l'un ni l'autre n'exclut ces personnes.
- Les provinces et les territoires canadiens pourraient innover (en harmoniser leurs efforts pour améliorer l'intégration des services de santé mentale et de lutte contre la toxicomanie) en incluant explicitement les personnes ayant des problèmes légers à modérés de consommation de substances comme bénéficiaires admissibles aux psychothérapies financées par les fonds publics.

*S'il n'y prend pas garde, un clinicien travaillant dans un service peut percevoir les données sur les résultats comme une épée de Damoclès suspendue au-dessus de sa tête en permanence. Il faut donc mettre en charge de ces services des leaders cliniques vraiment inspirants qui s'intéressent aux données, non pas pour les résultats qu'elles communiquent, mais plutôt pour l'orientation qu'elles fournissent quant à la manière d'atteindre les objectifs poursuivis auprès des patients.*

*(16 : chercheur britannique)\**

\*Bartram, M. « Government Structure and Equity in Access to Psychotherapy ». Dissertation : Université Carleton, 2017.

# Leçons en matière de surveillance et durabilité

## Données, cibles et leadership

- IAPT a connu un succès avéré par rapport à des cibles claires (étayées par une collecte de données à chaque séance et par des rapports de performance mensuels), mais doit compter sur un leadership clinique inspiré pour prévenir le risques liés au stress en milieu de travail et au jeu; Better Access a produit des résultats probants, mais seulement au moyen d'une évaluation unique.
- Les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux se sont engagés à créer des indicateurs de haut niveau; avec une volonté politique plus solide, des investissements dans les données et un bon leadership clinique, des cibles comparables à celles d'IAPT pourront être atteintes ou dépassées.

## Supervision clinique

- Better Access se fie à des exigences en matière de supervision pour régir la pratique des professionnels paramédicaux de la santé mentale admissibles; dans IAPT, les superviseurs sont tenus de suivre une formation approuvée par le programme.
- Selon l'approche retenue quant au système de service, les réformes canadiennes devraient intégrer des exigences en matière de supervision dès le départ.

## Nomination de champions

- La présence de champions cliniques et politiques bipartisans a largement contribué à obtenir et à maintenir le soutien reçu, autant par IAPT que par Better Access.
- Un défenseur politique et clinique de l'amélioration de l'accès à la psychothérapie pourrait être encore plus important au Canada, où la dynamique entre les paliers fédéral et provincial/territorial offre un contexte particulièrement difficile pour les réformes.

# **MESSAGES CLÉS**

é

# Il est possible d'améliorer l'accès et l'équité

- Les améliorations considérables de l'accès aux services de psychothérapie que le Royaume-Uni et l'Australie ont réalisées peuvent être reproduites au Canada.
- L'expérience menée avec IAPT au R.-U. et avec Better Access en Australie est source d'importants apprentissages pour les gouvernements souhaitant résoudre la problématique de l'accès limité et inégal aux services de psychothérapie.

# Compromis : subventions contre l'assurance

- Grâce à un contrôle central, à une gestion rigoureuse selon les normes et les objectifs, et à de solides données, IAPT donne des résultats impressionnants
  - mais requiert un nombre substantiel de ressources humaines et administratives
- Dans le cas de Better Access, le recours plus pragmatique à l'autoréglementation professionnelle et aux données administratives de l'assurance-maladie a permis d'améliorer grandement l'accès aux services
  - mais offre une moins grande assurance de la qualité
- Tant le modèle basé sur les subventions d'IAPT que le modèle basé sur l'assurance de Better Access seraient réalisables dans le contexte moins centralisé du Canada
  - les gouvernements provinciaux et territoriaux disposent à la fois d'un ensemble de leviers politiques et d'un soutien fiscal ciblé provenant du transfert fédéral de 5 milliards de dollars



# Adaptation au contexte canadien

- Plusieurs caractéristiques uniques du modèle canadien d'assurance-maladie, approfondi mais restrictif, demandent une attention particulière :
  - la couverture au premier dollar ou des paiements de quote-part; les iniquités causées par l'absence de protection offerte par le régime d'assurance public pour les fournisseurs de services de psychothérapie qui ne sont pas médecins; le transfert possible des coûts de l'assurance de l'employeur et la coordination d'un système de soins par paliers.
- Bien que les services canadiens existants soient confrontés à la fragmentation, à des lacunes et à des iniquités, ils disposent de points forts dont peuvent tirer profit:
  - les domaines de la santé mentale communautaire, des soins axés sur la collaboration, de l'assurance de l'employeur et du soutien sur le terrain pour la mise en œuvre.
- Une intégration harmonieuse avec les services financés par le gouvernement fédéral exige une attention supplémentaire dans le contexte canadien:
  - Premières Nations, Inuits, les anciens combattants, le personnel militaire, les réfugiés et les personnes dans le système de justice pénale
- Dans le système canadien décentralisé à deux niveaux, les réformes exigeront une approche de gestion du rendement solide:
  - et des objectifs d'équité clairs dès le départ.
- La mobilisation de la main-d'œuvre, le renforcement des capacités et l'accroissement de l'offre ont été les principaux instruments de la réforme au Royaume-Uni et en Australie:
  - et le seraient peut-être plus encore au Canada, où la planification de la main-d'œuvre en santé mentale (et les données) sont relativement faibles.

# Conception et leadership

- À la lumière des leçons apprises à l'échelle internationale, qu'elles soient basées sur des subventions ou sur l'assurance, les réformes canadiennes devraient :
  - inclure un éventail de fournisseurs qualifiés et de services de psychothérapie fondée sur des données probantes;
  - permettre une certaine souplesse grâce à des mécanismes d'aiguillage et à l'établissement de limites quant au nombre de séances;
  - commencer par les problèmes de santé mentale légers à modérés avant d'élargir la portée des services.
- Le Canada a la possibilité d'être un chef de file mondial:
  - en incluant explicitement les services de psychothérapie pour la consommation de substances;
  - en mobilisant des personnes ayant vécu la maladie mentale dans la conception de la réforme des services de psychothérapie (y compris le soutien par les pairs) et leur prestation.