



Commission de
la santé mentale
du Canada

Mental Health
Commission
of Canada

Options pour améliorer l'accès aux services de counseling, de psychothérapie et de psychologie pour les maladies et les problèmes associés à la santé mentale

Préparé par Howard Chodos pour la
Commission de la santé mentale du Canada
Juin 2017

commissionsantementale.ca

Options pour améliorer l'accès aux services de counseling, de psychothérapie et de psychologie pour les maladies et les problèmes associés à la santé mentale

Un document d'informations préparé pour la table ronde *Exploration de possibilités pour améliorer l'accès aux services de counseling, de psychothérapie et de psychologie au Canada*. Veuillez noter que certains changements mineurs ont été apportés à la version originale à la suite de la table ronde.

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

L'analyse contenu dans la présente publication sont ceux de l'auteur. Il ne reflète pas nécessairement les points de vue de la Commission de la santé mentale du Canada.

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

Introduction	4
Combler un besoin insatisfait	4
Qui offre des services de counseling, de psychothérapie et de psychologie et qui en paie la note?	6
Contraintes actuelles en matière d'accès amélioré aux services de counseling, de psychothérapie et de psychologie.....	9
Options pour un meilleur accès aux services de counseling, de psychothérapie et de psychologie	12
L'approche FRA	15
L'approche FS	16
Quelle est l'approche à préconiser au Canada?	17
Conclusion	20
Annexe I.....	22
Annexe II.....	27
Annexe III.....	28
Références.....	29

Introduction

En 2012, le document *Changer les orientations, changer des vies : Stratégie en matière de santé mentale pour le Canada* présentait deux recommandations afin de permettre un accès étendu et plus équitable aux services de counseling, de psychothérapie et de psychologie pour les maladies et les problèmes de santé mentale.

- 3.2.4 Améliorer l'accès à la psychothérapie et au counseling clinique par des fournisseurs de soins qui sont qualifiés à mettre une approche en pratique qui est fondée sur les meilleures données probantes.
- 3.2.5 Retirer les obstacles financiers pour les enfants, les jeunes et leurs familles afin qu'ils aient accès à la psychothérapie et au counseling clinique. ⁽¹⁷⁾

Robert Salois, commissaire à la santé et au bien-être du Québec, a conclu son examen du cas pour l'amélioration de l'accès à la psychothérapie en précisant que le principal enjeu à débattre n'était plus si un accès amélioré était nécessaire, mais plutôt quelles mesures entreprendre pour réaliser cette tâche. Selon lui :

« ...la question à laquelle sont confrontés les décideurs publics du Canada n'est maintenant plus de savoir s'il faut améliorer 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. »⁽⁷⁾

La principale raison d'être du présent document est de faire progresser la discussion sur les options en vue d'améliorer l'accès aux services de counseling, de psychothérapie et de psychologie pour les maladies et les problèmes associés à la santé mentale. Il est toutefois important de commencer par un bref examen des données probantes abondantes et généralement reconnues qui justifient le besoin d'un accès amélioré à ces services.

Comblé un besoin insatisfait

La CSMC signale que près des deux tiers des adultes et trois quarts des enfants et des jeunes n'ont pas accès aux services et aux mécanismes de soutien susceptibles de les aider à traiter leurs préoccupations en matière de santé mentale⁽¹⁷⁾. D'autres données statistiques corroborent l'existence généralisée de besoins non comblés, souvent pressants. Un sondage effectué auprès de 1 300 patients des cliniques de soins de base au Québec a révélé des besoins non satisfaits chez 40 p. 100 des participants⁽¹²⁾. Au Québec, l'institut responsable de la promotion de l'excellence clinique¹ cite des données statistiques indiquant qu'au cours d'une année, seulement 40 p. 100 des Canadiens ayant déclaré avoir un problème de santé mentale ont consulté un professionnel de la santé. Il cite également une étude de 2001

¹ L'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS)



effectuée auprès des Montréalais, qui indique que seulement 20 p. 100 des besoins en santé mentale étaient satisfaits⁽⁹⁾. Selon de nouvelles données recueillies par Santé mentale pour enfants Ontario, les enfants et les jeunes ayant un besoin urgent de traitements en santé mentale attendent jusqu'à un an et demi avant de les recevoir dans certaines régions de la province⁽⁵⁾.

Les services de counseling, de psychothérapie et de psychologie sont efficaces, et nous pouvons améliorer la vie de centaines de milliers de personnes en les rendant plus accessibles. Des travaux de recherche réalisés sur plusieurs années révèlent que le traitement psychologique apporte des avantages considérables chez environ 75 à 80 p. 100 des personnes qui en bénéficient⁽⁷⁾. Contrairement à bon nombre de médicaments, services de counseling, de psychothérapie et de psychologie offerts par des professionnels compétents n'entraînent aucun effet secondaire. Les données probantes révèlent également qu'ils ont un effet durable et qu'ils se marient bien aux traitements pharmacologiques. Les services de counseling, de psychothérapie et de psychologie se sont également avérés une réussite pour traiter beaucoup de problèmes de santé mentale chez les enfants et les adolescents.

En outre, de nombreuses personnes préfèrent ce type de traitement et soutien aux traitements axés sur les médicaments. Selon l'American Psychological Association, plusieurs études révèlent que la plupart des patients qui ont consulté un omnipraticien pour des problèmes émotifs ou psychologiques ont préféré se faire proposer la psychothérapie plutôt que les antidépresseurs à titre de traitement⁽⁷⁾.

Les services de psychologie permettent également d'optimiser les ressources. Une étude réalisée en 1997 montre que le coût de 20 séances de thérapie cognitive du comportement (TCC) pour traiter la dépression était de 30 p. 100 inférieur au coût du traitement aux antidépresseurs⁽⁷⁾. Ce type de traitement offre également des avantages économiques aux employeurs ainsi qu'à l'ensemble de la société canadienne. Vasiliadis et autres ont récemment calculé qu'un programme fournissant l'accès à la TCC selon un modèle de soins par paliers au Canada, semblable au programme britannique Increasing Access to Psychological Therapies (IAPT) (étendre l'accès à la psychothérapie) pourrait rapporter à la société, 2 \$ pour chaque dollar investi⁽²⁶⁾. Le Washington State Institute for Public Policy affirme que le recours à la TCC pour traiter la dépression et l'anxiété permet de réaliser des économies considérables⁽²⁷⁾. Il estime que pour chaque dollar investi dans le traitement contre la dépression, plus de 56 \$ pourraient être épargnés, alors que sur le plan de l'anxiété, il s'agit plutôt de 50 \$ pour chaque dollar investi (consulter l'annexe II).

Le Conference Board du Canada estime qu'un meilleur traitement de la dépression chez les Canadiens détenant un emploi pourrait créer un avantage économique de l'ordre de 32,3 milliards de dollars annuellement, alors qu'un meilleur traitement de l'anxiété permettrait d'économiser d'environ 17,3 milliards de dollars par année. Récemment, Manuvie Canada a transmis un message clair quant à la valeur qu'elle accorde à l'accès aux services de psychologie en décuplant les avantages relatifs au soutien en matière de santé mentale qu'elle offre à ses employés, soit jusqu'à 10 000 dollars par personne annuellement.

Résumé

1. Nombreux sont les besoins non satisfaits en matière de traitement et de soutien chez les personnes aux prises avec des maladies ou des problèmes associés à la santé mentale. En y répondant, ce sont des dizaines de milliers de personnes ainsi que l'économie dans son ensemble qui en tireront des avantages.
2. Le soutien et le traitement axés sur les services de psychologie sont efficaces pour bon nombre de conditions et de personnes, et constituent le choix privilégié par plusieurs.
3. Investir dans le soutien et le traitement axés sur les services de psychologie est rentable, tant sur le plan des coûts d'exécution comparativement à d'autres types de traitement, que sur le rendement prometteur des investissements pour les entreprises et l'ensemble de la société.

Qui offre des services de counseling, de psychothérapie et de psychologie et qui en paie la note?

Près de 80 p. 100 des personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale courants ont recours aux services de leur médecin de famille⁽⁶⁾. Ces derniers consacrent environ 50 p. 100 de leur temps aux problèmes de santé mentale, et ils constituent la seule source de soutien pour environ 84 p. 100 des personnes à la recherche de soins de santé mentale⁽¹⁾. Selon une étude, 89 p. 100 des médecins de famille au Canada donnent des services de counseling ou de psychothérapie, et 83 p. 100 d'entre eux offrent une évaluation de la santé mentale et prescrivent des médicaments pour des difficultés liées à la santé mentale⁽²²⁾.

Lorsque les médecins de famille offrent des services de santé mentale, ils ont plus tendance à proposer des médicaments afin de répondre aux besoins en santé mentale. En 2012, Statistique Canada indique que 65 p. 100 des patients ont reçu la thérapie qu'ils avaient demandée, alors que 91 p. 100 ont reçu les médicaments qu'ils voulaient⁽¹⁾. Le recours considérable aux traitements axés sur la pharmacologie est visible à l'échelle des données statistiques. Près d'un Canadien sur 10 a recours aux antidépresseurs (66 p. 100 d'entre eux sont des femmes), et, en 2013, parmi 23 pays, le Canada se classait au troisième rang sur le plan de la consommation des antidépresseurs, ce qui représentent environ 40 millions d'ordonnances chaque année⁽¹⁾.

Les médecins canadiens refilent annuellement aux gouvernements provinciaux des factures totalisant 1 milliard de dollars pour des services de « counseling et psychothérapie », dont le tiers va directement aux médecins de famille. Les 361 millions de dollars réclamés par les médecins de famille pour des services de counseling et de psychothérapie couvrent 5,6 millions de rendez-vous d'une durée d'environ 30 minutes, même si toute la rencontre n'est pas uniquement consacrée à la psychothérapie (le counseling comprend le counseling sur les médicaments d'ordonnance)⁽¹⁾. En fait, la plupart des interventions non pharmacologiques effectuées par les médecins de famille comprennent principalement un soutien émotif et du counseling (écoute et prestation de conseils) plutôt que de traitements de

psychologie officiels. À cet égard, une enquête réalisée en 2007 auprès de 163 médecins de famille en Ontario révèle qu'environ 80 p. 100 d'entre eux n'avaient suivi aucune formation en TCC et la connaissait très peu⁽¹⁾. Il existe très peu de données sur la formation que reçoivent les médecins de famille sur les autres psychothérapies fondées des données probantes.

Le présent document respecte l'approche en matière de rétablissement de la CSMC (définie plus amplement dans le *Guide de référence pour des pratiques axées sur le rétablissement*⁽¹⁸⁾). L'objectif du rétablissement est de permettre aux gens de mener une vie enrichissante dans la communauté de leur choix, et ce, en dépit de tout obstacle lié causé par une maladie ou un problème lié à la santé mentale. Cette approche repose sur un point de vue global des personnes ainsi qu'une compréhension biopsychosociale des maladies et des problèmes associés à la santé mentale.

Les traitements pharmacologiques et non pharmacologiques peuvent soutenir les personnes dans leur processus de rétablissement⁽¹⁸⁾. Au sommet de leur inclusivité, les services de counseling, de psychothérapie et de psychologie pourraient englober tout traitement non pharmacologique ou service de soutien qui aide les gens à se rétablir. Il existe de nombreux fournisseurs de soutien et de services non pharmacologiques pour les personnes aux prises avec des maladies ou des problèmes associés à la santé mentale au Canada.

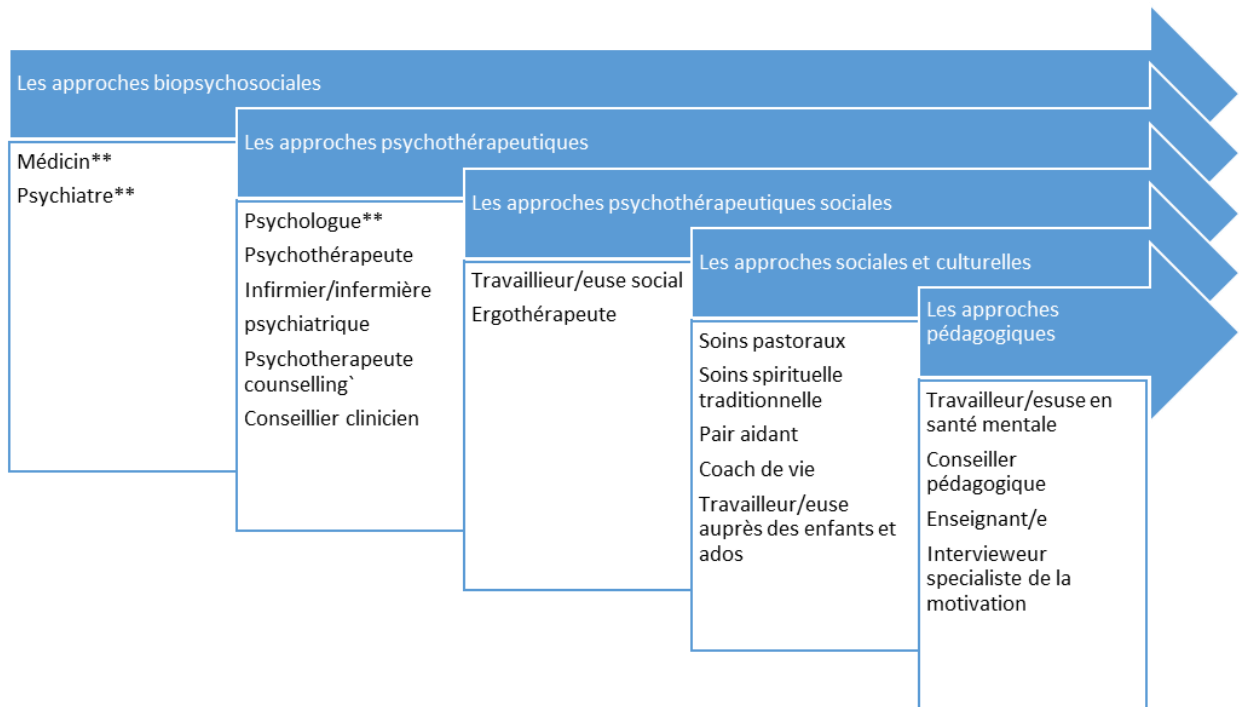
Le tableau 1 (voir l'annexe A) fournit un portrait de la gamme des fournisseurs et des services offerts (de façon inégale) d'un bout à l'autre du pays. Les fournisseurs de services de counseling, de psychothérapie et de psychologie travaillent dans différents milieux, notamment des hôpitaux, des institutions, des écoles et des établissements correctionnels, par l'entremise de cabinets de groupe où sont offerts les soins primaires, d'organismes communautaires de santé mentale et de nombreux types de cabinets privés.

Dans un document pour la Canadian Counselling and Psychotherapy Association⁽¹⁶⁾, Lorna Martin présente un graphique illustrant la portée et les limites du champ d'exercice des fournisseurs de services de counseling, de psychothérapie et de psychologie (*graphique 1 ci-dessous*). Les fournisseurs dont le champ d'exercice est le plus inclusif se trouvent à la gauche². Hormis les médecins, seuls les psychologues cliniciens sont autorisés à poser officiellement un diagnostic de maladie mentale.

Les activités de nombreux fournisseurs sont réglementées dans toutes les provinces et tous les territoires, alors que d'autres sont seulement réglementées dans certaines provinces. Dans le même ordre d'idées, bon nombre de fournisseurs n'ont simplement aucune reconnaissance de titre professionnel⁽¹⁶⁾. Certains psychologues, travailleurs sociaux, et ergothérapeutes sont agréés dans chaque province et territoire alors que la psychothérapie (lorsqu'elle est offerte par un professionnel de la santé mentale autre que les psychologues et les travailleurs sociaux cliniciens) est maintenant réglementée au Québec, en Ontario et en Nouvelle-Écosse, mais pas ailleurs. Plusieurs types de counselings ne sont pas réglementés dans les provinces et les territoires.

² Il est important de faire valoir que, même si le champ d'exercice des fournisseurs de gauche du graphique leur « permet » d'offrir les mêmes services que les fournisseurs de droite, certains d'entre eux, d'un point de vue pratique, ne seront pas en mesure de donner la grande majorité des services. Par exemple, un omnipraticien ne donne habituellement pas de traitement normalement offert par un ergothérapeute, même si, en principe, son champ d'exercice lui permet d'adopter une telle « approche sociopsychothérapeutique ».

Figure 1. Parcours des services aux patients : Chevauchement d'approches en matière de services aux patients



** Autorité responsable de poser un diagnostic en matière de maladie ou de problème de santé mentale

Afin d'être admissible au financement fédéral, la *Loi canadienne sur la santé* (LCS) exige des régimes d'assurance-maladie des provinces qu'ils couvrent les services fournis par les médecins ou dans les hôpitaux, y compris ceux liés à la santé mentale³. Les services de psychologie fournis par les docteurs, que ce soit les médecins de famille ou les psychiatres, sont couverts par les régimes d'assurance-maladie des provinces et des territoires. Les services assurés dans les hôpitaux par les psychologues ou les fournisseurs de soins de santé mentale relèvent également des fonds publics⁽²²⁾.

Même si elle ne l'exige pas, la LCS n'empêche pas les provinces de financer des services de santé mentale. Toutes les provinces et tous les territoires le font, et ce, à différents niveaux, tout comme le gouvernement fédéral. Les psychologues, les travailleurs sociaux, les ergothérapeutes et les autres professionnels de la santé mentale sont à l'emploi des hôpitaux et d'autres établissements dirigés par les gouvernements provinciaux fournissant des soins de santé mentale. Les provinces et les territoires financent bon nombre d'organismes communautaires qui offrent des services de psychologie. Le Service correctionnel du Canada est le plus important employeur de psychologues au pays⁽²²⁾. Certains groupes

³ La Loi définit les services de santé assurés comme étant les « Services hospitaliers, médicaux ou de chirurgie dentaire fournis aux assurés ».

de fournisseurs de soins primaires financés à même les fonds publics offrent également un accès à des psychologues ou à d'autres fournisseurs de soins de santé mentale.

Toutefois, peu importe la nature du service, aucun régime d'assurance-maladie provincial ou territorial n'autorise le remboursement aux fournisseurs de services de psychologie qui exercent leur profession à l'extérieur du système public⁽⁹⁾. En 2001, environ 80 p. 100 des consultations auprès des psychologues avaient lieu à l'intérieur du système financé par des fonds privés⁽¹⁹⁾. On estime que les Canadiens dépensent 950 millions de dollars annuellement pour obtenir des services de psychologie du secteur privé⁽²²⁾. Environ 30 p. 100 de ces dépenses constituent des dépenses personnelles, alors que le reste provient des régimes privés d'assurance-maladie.

Même si environ 60 p. 100 des Canadiens souscrivent à un régime privé d'assurance, le montant prévu pour la thérapie peut seulement couvrir quelques séances⁽¹⁾. La limite annuelle typique accordée pour de tels services est de 500 \$ à 1 000 \$, même si elle varie d'une compagnie à une autre. Les employés qui disposent des meilleurs avantages sont souvent les travailleurs à revenus supérieurs qui détiennent un emploi stable. Cela signifie que les Canadiens à faible revenu, qui sont plus susceptibles d'avoir une santé mentale mauvaise ou passable, ont moins accès aux services de counseling, de psychothérapie et de psychologie⁽¹⁾.

Résumé

1. Seuls les services nécessaires sur le plan médical qui sont fournis par des médecins ou dans les hôpitaux doivent être financés par les fonds publics au Canada.
2. Même si tous les gouvernements financent certains services de santé mentale supplémentaires offerts par une gamme de fournisseurs, aucune province ni aucun territoire ne fournit un régime universel d'assurance-santé pour les services de counseling, de psychothérapie et de psychologie.
3. Puisque le paiement des services de counseling, de psychothérapie et de psychologie offerts à l'extérieur des hôpitaux est assuré par les fonds privés, habituellement par les régimes d'avantages sociaux des employeurs il n'existe aucun accès équitable aux nombreux types de fournisseurs qui pourraient aider les personnes aux prises avec des maladies et des problèmes associés à la santé mentale.

Contraintes actuelles en matière d'accès amélioré aux services de counseling, de psychothérapie et de psychologie

Les trois façons possibles d'améliorer l'accès aux services de counseling, de psychothérapie et de psychologie sont :

- (i) d'augmenter le montant de la couverture des régimes privés d'assurance collective;
- (ii) d'accroître le nombre de services de counseling, de psychothérapie et de psychologie assurés par les médecins;

- (iii) de fournir les fonds publics requis pour prendre en charge les frais de service d'un grand nombre de fournisseurs qui ne sont actuellement pas couverts par un régime d'assurance de soins médicaux.

Les deux premières options comportent cependant certaines limites considérables. La troisième option semble la plus prometteuse, mais nécessitera de nouvelles sources de financement afin d'être viable.

Bon nombre d'employeurs ont récemment augmenté les niveaux de prestation offerts à leurs employés pour les soins de santé mentale, ce qui indique qu'il est possible d'améliorer l'accès aux services de counseling, de psychothérapie et de psychologie à l'aide de fonds privés. Les fonctionnaires fédéraux ont vu leurs prestations de soins de santé mentale doubler en 2014, atteignant 2 000 \$ annuellement, alors que Starbucks a annoncé en 2016 qu'elle couvrirait jusqu'à 5 000 \$ annuellement. Mais, comme nous l'avons déjà mentionné, l'augmentation la plus considérable vient de Manuvie, qui a décuplé les prestations de soins de santé mentale en 2016, pour atteindre 10 000 \$ annuellement. Toutefois, ces augmentations ne profitent qu'à une faible part des 60 p. 100 de Canadiens détenant un régime d'assurance-santé offert en milieu de travail. Même si tous les régimes privés emboîtaient le pas aux sociétés mentionnées ci-dessus, une importante proportion de la population canadienne aurait toujours un accès limité, voire inexistant, aux services de counseling, de psychothérapie et de psychologie.

Il faudra donc améliorer l'accès aux services de counseling, de psychothérapie et de psychologie financés par les fonds publics. Comment s'y prendre? Il est difficile de concevoir comment les fournisseurs de soins de santé mentale recevant actuellement un financement public pourraient étendre avec succès la prestation des services en fonction des budgets existants. Pour ce faire, les médecins de famille et spécialisés, ainsi que les hôpitaux, devraient déplacer les ressources affectées à d'autres problèmes médicaux afin de traiter les maladies et les problèmes associés à la santé mentale.

Comme nous l'avons constaté, la vaste majorité des médecins de premier recours ne sont pas adéquatement formés pour offrir de services de psychologie⁽⁷⁾, et même s'ils étaient en mesure de le faire, ce serait aux dépens d'autres services médicaux. Le fait de permettre à davantage de médecins de premier recours d'améliorer leur capacité à fournir des soins de santé mentale peut s'avérer une importante composante pour l'amélioration des résultats généraux en matière de santé mentale, mais ne permettra pas, au bout du compte, de satisfaire les besoins en services de counseling, de psychothérapie et de psychologie.

Pour leur part, les psychiatres ont tendance à avoir trop de patients. Une étude réalisée en 2011 indique qu'à Vancouver, seulement 6 des 230 psychiatres contactés par les chercheurs étaient disposés à accepter « immédiatement » les patients qui leur sont adressés, ce qui signifie que la personne en question devait tout de même attendre 64 jours avant d'avoir un rendez-vous⁽¹⁾. Comme les psychiatres David Gratzter et David Goldbloom le précisent :

L'une des options viables pour améliorer l'accès aux services de psychothérapie dans le système public est d'augmenter le nombre de psychiatres. On suppose ainsi que l'augmentation du nombre de psychiatres améliorera automatiquement l'accès... Avec 4 000 psychiatres en exercice au Canada, même si chacun d'entre eux consacrait 40 heures par semaine aux services de psychothérapie, ce modèle permettrait de fournir des soins continus à 160 000 Canadiens,

nombre inférieur à l'estimation voulant que 6 millions de Canadiens éprouvent un problème de santé mentale chaque année. Le coût de renonciation est que les personnes aux prises avec la schizophrénie ou le trouble bipolaire, ne peuvent pas recevoir de diagnostic spécialisé ni bénéficier des compétences en gestion pharmacologique des psychiatres⁽¹²⁾.

Il ne reste que le bassin de fournisseurs de services de counseling, de psychothérapie et de psychologie exerçant en marge du système public. Nous ne sommes pas en mesure de savoir si certains fournisseurs adéquatement formés du secteur privé sont actuellement sous-utilisés et s'ils seraient en mesure d'offrir des services si que le financement public nécessaire devenait disponible. On peut toutefois présumer qu'une certaine partie des capacités des professionnels compétents est sous-utilisée⁽⁷⁾. Comme l'a noté l'un des principaux répondants :

Nous pouvons facilement augmenter le nombre de praticiens. Il existe un grand nombre de thérapeutes en counseling, par exemple, qui sont disponibles, qui exercent leur métier et qui seraient en mesure de prêter main-forte afin de réduire les temps d'attente chez les patients à l'échelle du pays.

Au cours des dernières années, bon nombre d'initiatives ont été menées afin de mieux intégrer la prestation de traitements en santé mentale et de services de psychothérapie au milieu de soins de santé primaires, souvent appelés les soins en collaboration. Le terme « soins en collaboration » est défini par l'Association des psychiatres du Canada (APC) et Le Collège des médecins de famille du Canada (CMFC) comme étant :

La prestation de soins par des fournisseurs de différents domaines de spécialisation, de disciplines et de secteurs, en collaboration, afin d'offrir des services complémentaires ainsi qu'un soutien mutuel. Les principales conditions d'un partenariat réussi sont les objectifs communs, la prise de décisions claire et équitable ainsi qu'une communication ouverte et régulière⁽¹⁴⁾.

Selon l'APC et le CMFC, il existe plusieurs modèles de collaboration et de styles de pratique. Toute activité qui permet aux fournisseurs de soins de santé mentale, de toxicomanie et de premier recours de collaborer afin d'améliorer les soins qu'ils dispensent peut s'avérer un traitement en collaboration. Les approches en matière de soins en collaboration semblent être avantagées par le virage vers les cabinets de groupe où sont assurés les soins primaires. Avec elles, il a été démontré que les ressources sont utilisées de façon plus efficiente, et que l'accès et les résultats sont améliorés, tout comme la satisfaction découlant des soins⁽¹⁷⁾. Or, il faut savoir que certaines données probantes suggèrent que la prestation de soins en collaborations par des équipes multidisciplinaires semble plus souvent améliorer les résultats cliniques des personnes qui connaissent des problèmes de santé mentale continus ou récurrents que celles aux prises avec les problèmes psychologiques les plus répandus⁽²²⁾.

Il a également été démontré qu'il est plus difficile d'intégrer une vaste gamme de fournisseurs aux cabinets de groupe. Par exemple, en Ontario, Équipes de santé familiale (ESF) a réussi à améliorer l'accès aux services de soins de santé mentale, mais ces derniers sont souvent assurés par des conseillers ou des travailleurs sociaux. Des psychologues ont été intégrés à certaines ESF en Ontario et aux groupes de médecine familiale (GMF), leur désignation équivalente au Québec⁽¹⁹⁾. En outre, les cabinets de groupe qui ont recours aux modèles de capitation pour rémunérer les médecins ont tendance à être plus

dispendieux que ceux utilisant les modèles traditionnels de rémunération à l'acte, ce qui a mené certains gouvernements, notamment celui de l'Ontario, à freiner l'expansion⁽²⁾. Certaines approches moins intégrées ayant recours à l'aiguillage des médecins vers les fournisseurs de soins de santé mentale présentent également des défis en matière de services abordables. En 2008, lorsque l'on a demandé aux médecins de famille pourquoi ils n'aiguillaient pas davantage leurs patients vers la thérapie, la principale raison était qu'ils étaient inquiets de la capacité du patient à en assumer les coûts⁽¹⁾.

Somme toute, même si les modèles fondés sur les soins en collaboration sont recommandables, ils exigeront davantage de financement pour contribuer à l'amélioration de l'accès aux services de counseling, de psychothérapie et de psychologie. Les stratégies pour améliorer l'accès par l'entremise de services de santé mentale communautaires suggèrent qu'il existe des contraintes semblables. Un financement plus important serait requis afin de rémunérer les fournisseurs supplémentaires de services de counseling, de psychothérapie et de psychologie du secteur des services de santé mentale communautaires.

Résumé

1. Il est difficile de concevoir comment les besoins insatisfaits en matière de services de counseling, de psychothérapie et de psychologie pourraient être comblés par :
 - l'étendue des régimes privés d'assurance-maladie offerte en milieu de travail ;
 - la prestation accrue de services par des médecins;
 - la mise en œuvre à grande échelle des soins en collaboration ou d'initiatives progressives en l'absence de financement supplémentaire.
2. Les fournisseurs compétents exerçant actuellement leurs fonctions en marge du système public constituent une ressource susceptible de combler les besoins insatisfaits.

Options pour un meilleur accès aux services de counseling, de psychothérapie et de psychologie

La section précédente semble tirer la conclusion que le principal obstacle à surmonter est l'absence de fonds publics consacrés aux services de counseling, de psychothérapie et de psychologie. Autrement dit, une initiative qui servira à améliorer l'accès aux services de counseling, de psychothérapie et de psychologie pour les maladies et les problèmes associés à la santé mentale est requise afin d'accroître la disponibilité des fonds publics aux fournisseurs autorisés et capables d'en assurer la prestation.

Résoudre la question du financement ne résoudra pas automatiquement les enjeux décrits dans les sections précédentes. Par exemple, tout régime qui souhaite étendre l'accès aux services de counseling, de psychothérapie et de psychologie pour les maladies et les problèmes associés à la santé mentale à l'aide des fonds publics devra traiter de la réglementation et de la reconnaissance professionnelle des fournisseurs de soins. Il est cependant légitime de croire que cela constitue la première étape nécessaire à l'amélioration de l'accès tout en établissant des conditions favorables pour surmonter les obstacles à l'expansion.

Deux stratégies en matière d'affectation des ressources publiques afin d'étendre l'accès aux services de counseling, de psychothérapie et de psychologie sont possibles :

1. L'une servirait à utiliser les fonds publics afin d'embaucher davantage de fournisseurs de services de counseling, de psychothérapie et de psychologie dans le système de soins de santé et des organismes de services sociaux existants financés par l'État (ou qui pourraient être créés à cette fin);
2. L'autre servirait à établir un régime public d'assurance-maladie qui permettrait aux fournisseurs de services de counseling, de psychothérapie et de psychologie à l'emploi du secteur privé de facturer le gouvernement pour leurs services.

Nous désignons la première stratégie de modèle de « financement sous forme de subvention » (FS) et la seconde de modèle de « financement du régime d'assurance » (FRA). Le graphique 2 illustre les caractéristiques de l'acheminement des fonds pour chaque modèle.

Le modèle FS exige du bailleur de fonds (le gouvernement) qu'il fournisse du financement à une institution, à un organisme de services ou à un groupe de fournisseurs afin que ces derniers puissent embaucher certains types de fournisseurs capables d'offrir des programmes donnés. L'entité qui reçoit la subvention est l'agent qui rémunère les fournisseurs, qu'ils soient embauchés à temps plein, à temps partiel ou de façon contractuelle.

La rémunération des fournisseurs dans le cadre du modèle FRA s'effectue par l'entremise d'un système de facturation. Un groupe de fournisseurs autorisés peut réclamer le paiement de chaque service selon un taux convenu. Dans le système public, le fournisseur facture le gouvernement.

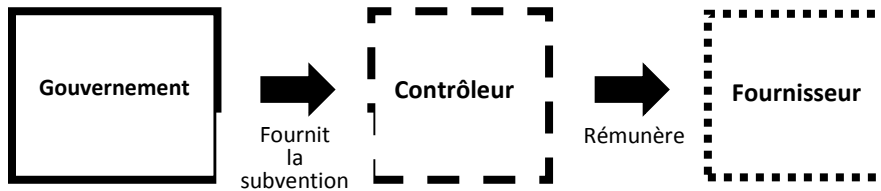
À l'heure actuelle, les deux modèles existent dans le système de soins de santé financé par l'État au Canada, et sont effectivement les pierres angulaires de ce même système. En d'autres mots, le personnel non médical à l'emploi des hôpitaux est remboursé à l'aide du modèle FS. Les hôpitaux reçoivent des subventions gouvernementales et embauchent divers fournisseurs et employés afin d'assurer les soins (l'hôpital, dans le présent cas, est le « contrôleur »)⁴. Le modèle FS est également utilisé pour financer les services de santé mentale communautaires et scolaires. La rémunération à l'acte des médecins, modèle selon lequel le coût des services assurés par les médecins travailleurs autonomes est refilé aux régimes publics⁵, constitue le prototype de l'approche FRA.

⁴ Veuillez noter que dans le graphique, le terme « contrôleur » signifie toute personne ou personne morale qui agit à titre d'intermédiaire entre le bailleur de fonds et le fournisseur. Ainsi, un médecin de famille qui aiguille une personne vers un fournisseur de soins de santé mentale est un contrôleur, tout comme une ESF qui embauche un fournisseur pour la prestation d'un service public assuré. Dans le graphique, le « contrôleur » régit l'accès au fournisseur du modèle FRA, alors que dans le régime d'assurance-soins médicaux, il n'existe aucun contrôleur pour réglementer l'accès aux médecins de famille. Cela sert simplement à illustrer le caractère facultatif du contrôleur à l'échelle du modèle FRA.

⁵ Parallèlement, bon nombre de médecins sont rémunérés en vertu du modèle FS, c'est-à-dire qu'ils reçoivent un salaire fixe pour leurs services, alors que d'autres sont rémunérés en vertu de différents types de modèle de capitation. En vertu de ce dernier, au lieu d'être rémunérés pour chaque intervention, les médecins sont rémunérés conformément au nombre de personnes inscrites à leur cabinet.

GRAPHIQUE 2

Financement sous forme de subvention (FS)



Financement du régime d'assurance (FRA)



Les deux modèles ont été utilisés à l'échelle internationale avec succès afin d'améliorer l'accès aux services de psychologie. Le programme britannique IAPT repose sur un régime FS alors que le programme australien Better Access repose sur le modèle FRA. [Voir les encadrés] Dans les deux cas, un investissement considérable du gouvernement a été utilisé afin de mettre en œuvre un régime donnant accès aux services de counseling, de psychothérapie et de psychologie assurés à une centaine de milliers de personnes. Dans les deux pays, on a soutenu que les coûts d'amélioration de l'accès aux services de counseling, de psychothérapie et de psychologie, payés par le gouvernement, seraient récupérés grâce aux plus faibles coûts des autres services gouvernementaux (par exemple les services d'urgence des hôpitaux, le système correctionnel et le système de justice) et le plus faible nombre de prestations versées aux personnes incapables de travailler en raison de problèmes de santé mentale persistants.

L'expérience internationale, en soi, ne nous indique pas l'approche à préconiser au Canada. Elle nous indique toutefois qu'il serait possible de concevoir un régime efficace pour l'amélioration des services de counseling, de psychothérapie et de psychologie adapté aux contextes canadiens.



AUSTRALIE

Depuis 2006, l'Australie a mis en place un ensemble de systèmes d'assurance publics* qui permettent aux gens de recevoir des services de psychothérapie de divers fournisseurs : omnipraticiens, psychiatres consultants, psychologues de cabinets privés, ergothérapeutes et travailleurs sociaux. Deux types de services sont couverts : la psychothérapie et un second groupe de services, mieux connus comme les stratégies psychologiques internes. Ces dernières comprennent la TCC, les stratégies de relaxation, l'acquisition de nouvelles compétences, la thérapie interpersonnelle (TIP) et la thérapie du récit (destinée aux Aborigènes et aux insulaires du détroit de Torres). Seuls les psychologues cliniciens se voient rembourser les services de psychothérapie alors que d'autres psychologues, ergothérapeutes et travailleurs sociaux agréés se font rembourser les services découlant des stratégies psychologiques internes. Les omnipraticiens agissent à titre de contrôleurs et doivent aiguiller les patients vers l'un des deux types de service.

* Les deux programmes qui assurent conjointement cet accès sont : Better Access to Psychiatrists, Psychologists and General Practitioners through the Medicare Benefits Schedule initiative (Better Access) et Access to Allied Psychological Services (ATAPS).

L'approche FRA

Au Canada, comme nous l'avons déjà noté, bon nombre d'employeurs offrent des régimes privés d'assurance collective qui couvrent les services de counseling, de psychothérapie et de psychologie pour leurs employés. Une première approche pour favoriser la mise en œuvre de régimes d'assurance pour améliorer l'accès à ces traitements et à ces mesures de soutien consisterait à remplacer tous les régimes privés d'assurance par un seul régime public. Une seconde approche consisterait à concevoir un régime public complémentaire aux régimes privés d'assurance existants en fournissant une protection à toutes les personnes, ou une partie d'entre elles, qui ne sont pas encore protégées.

Le remplacement de tous les régimes privés d'assurance par des régimes publics serait certainement une entreprise dispendieuse, perturbatrice et hautement improbable. Toutefois, il serait possible d'offrir un régime public d'assurance complémentaire aux personnes n'ayant pas d'accès aux régimes privés. Un régime complémentaire pourrait être conçu afin de protéger tout le monde (ce qui signifie que, de pair avec les régimes privés d'assurance, une couverture universelle serait garantie). Ce régime pourrait aussi cibler certains groupes de la population (par exemple les enfants, les jeunes ou les anciens combattants).

Il existe des exemples des deux types de régimes d'assurance au Canada. Un exemple de régime

d'assurance complémentaire intégré aux régimes privés d'assurance afin d'assurer une couverture universelle est le programme de remboursement du prix des médicaments du Québec. Les personnes qui n'ont pas accès aux régimes privés d'assurance pour les médicaments d'ordonnance doivent souscrire au régime public, qui attribue un prix maximal aux médicaments d'ordonnance pour ses usagers. Un exemple de régime d'assurance complémentaire ciblé à certains groupes de la population est le régime de Services de santé non assurés financé par le gouvernement et destiné aux Premières Nations et aux Inuits. Ce régime fournit une protection à ces populations pour des services qui ne sont pas couverts par les régimes publics d'assurance des provinces ou des territoires.

L'annexe III présente une structure de régime public d'assurance complémentaire aux régimes privés d'assurance offerts en milieu de travail pour les services de counseling, de psychothérapie et de psychologie pour les maladies et les problèmes associés à la santé mentale. Un tel régime d'assurance



nécessiterait le recensement de catégories de fournisseurs, ou de types précis de services, admissibles au remboursement par le gouvernement, ainsi que l'élaboration d'un système de facturation adéquat. L'échantillon du régime pourrait être mis en œuvre pour protéger soit toute la population, soit une partie de cette dernière.

ROYAUME-UNI

Le programme IAPT du Royaume-Uni a servi à concevoir une amélioration progressive de l'accès, ce qui comportait la formation de milliers de thérapeutes, et ce, dans des types précis de counseling psychologique. Le programme repose sur un modèle de soins échelonnés avec une thérapie de « faible intensité » assurée par des thérapeutes formés afin d'effectuer un nombre limité de séances de TCC (ou quelques approches alternatives). Puis, les cas plus complexes ou exigeants sont aiguillés vers des thérapeutes hautement qualifiés tels que des psychologues cliniciens. L'exécution du programme est assurée par les structures existantes du Service national de la santé (SNS) ainsi que par les praticiens, qui sont habituellement des salariés du SNS.

L'approche FS

Il existe plusieurs façons d'améliorer l'accès aux services de counseling, de psychothérapie et de psychologie à l'aide du modèle FS. Un régime axé sur le FS afin d'améliorer l'accès aux services de counseling, de psychothérapie et de psychologie comprendrait l'étendue, d'une quelconque façon, des programmes publics d'aide financière existants. Dans plusieurs provinces, des équipes de soins de santé interdisciplinaires intègrent des fournisseurs aptes à assurer les services de counseling, de psychothérapie et de psychologie. Une approche axée sur le FS pourrait créer davantage de postes en santé mentale au sein des cabinets, des hôpitaux ou à l'échelle des services de santé mentale communautaires.

Le financement pourrait servir à cibler certains segments de la population (tout comme avec le modèle FRA),

notamment les jeunes ou les anciens combattants. Il pourrait également servir à cibler certaines maladies ou certains problèmes associés à la santé mentale, ou pour assurer la disponibilité accrue de certains types de traitement. Voilà ce que le programme britannique IAPT a réussi à réaliser. Une variante de ce dernier pourrait sans doute être adaptée au contexte canadien.

Les caractéristiques du programme britannique IAPT sont les suivantes ^(22, 9):

- Une approche fondée sur des soins échelonnés relative à l'exécution d'un nombre restreint de techniques de traitement axé sur les faits démontrés (TTC, etc.).
- La prestation des services par des thérapeutes salariés qui travaillent au sein d'un système financé par les fonds publics (SNS).
- Un programme coordonné afin de former les thérapeutes supplémentaires requis à sa mise en œuvre.

Comme nous l'avons mentionné précédemment, les concepteurs du programme IAPT soutenaient que le gouvernement allait récupérer les coûts du programme dans d'autres domaines. À cet égard, il permettrait aux personnes de reprendre le travail plus rapidement, réalisant ainsi des économies sur le plan des prestations d'invalidité, ainsi que sur la réduction des admissions dans les hôpitaux et d'autres services. En raison de la nature centralisée et unifiée du système britannique, le même gouvernement qui supporte les coûts découlant du programme peut jouir des avantages économiques qu'il génère. Dans le

même ordre d'idées, la structure unifiée du SNS signifie qu'à lui seul, le gouvernement a réussi à élaborer des programmes de formation destinés aux nouveaux thérapeutes, qu'il a fusionnés à l'effort coordonné requis afin d'assurer la mise en œuvre du programme à l'échelle du pays.

Au Canada, le déploiement d'un programme d'une telle structure serait plus complexe, car la prestation des soins de santé est organisée et financée par les provinces et les territoires (à l'aide de contributions financières du gouvernement fédéral). L'un des principaux répondants a d'ailleurs affirmé à ce sujet :

Je ne suis pas convaincu que l'IAPT soit un bon programme pour le Canada. Une telle mise en œuvre illustre bien le caractère centralisé du programme. Le système canadien ne fonctionne pas ainsi. Il n'y aura pas de tel type de centre d'échange pancanadien en matière de services de psychologie. Un tel fonctionnement est impossible.

Il est ainsi donc probable que tout programme national de FS laisse aux provinces et aux territoires la possibilité de l'adapter à son contexte particulier. Bien évidemment, il existe bon nombre d'exemples de fédéralisme « asymétrique » de ce genre, et un programme national pour améliorer l'accès aux services de counseling, de psychothérapie et de psychologie constituerait donc un autre programme à ajouter à la liste. Un deuxième répondant principal a suggéré qu'il serait possible de mettre le programme IAPT en œuvre, mais selon une approche plus souple, adaptée au contexte canadien :

Notre message au gouvernement est qu'un gouvernement fédéral pourrait financer un tel programme, mais que sa mise en œuvre exigerait davantage de souplesse. Si l'Ontario se souciait vraiment de ses enfants et de ses jeunes, elle pourrait leur élaborer des programmes IAPT, tout comme la Nouvelle-Écosse, si elle s'intéressait vraiment à ses aînés. Et ces programmes sont évolutifs... Je crois ainsi qu'il y a moyen de... les mettre en œuvre de façon à l'adapter au territoire de compétence ... et l'adapté à l'effectif local.

L'objectif du programme britannique IAPT est d'améliorer l'accès à un ensemble précis de traitements à l'aide d'une approche reposant sur des soins échelonnés. Toutefois, l'exécution de l'approche FS n'est pas limitée à un seul type de traitement et pourrait être utilisée afin de financer les services de counseling, de psychothérapie et de psychologie, que ce soit dans un milieu de soins primaires ou de services communautaires de santé mentale.

Quelle est l'approche à préconiser au Canada?

Chaque approche achemine les fonds publics aux fournisseurs de services de counseling, de psychothérapie et de psychologie. Il n'est donc pas question d'un choix entre un financement public ou privé. Il n'est pas non plus question de choisir un modèle de financement préconisant seulement certains mécanismes pour la prestation de services de counseling, de psychothérapie et de psychologie. Par exemple les deux approches (FS et FRA) pourraient être employées afin de renforcer la capacité des cabinets en matière de soins en collaboration dans le but d'améliorer l'accès aux services de counseling, de psychothérapie et de psychologie. Pour ce faire, une approche FRA permettrait à ces cabinets d'échanger avec une vaste gamme de fournisseurs remboursés par un régime privé ou public d'assurance. Le « contrôleur » pourrait aiguiller les patients vers ces fournisseurs en étant certain qu'ils

seraient en mesure de supporter les coûts liés aux services. Pour sa part, une approche FS pourrait accorder un financement supplémentaire directe aux cabinets afin qu'ils embauchent, de façon permanente ou contractuelle, des fournisseurs de services de counseling, de psychothérapie et de psychologie.

Le tableau 2 résume les forces et les faiblesses de chaque approche.

Au Canada, chaque modèle est défendu par un champion. Au Québec, le Collectif pour l'accès à la psychothérapie (CAP) a recommandé au gouvernement provincial d'adopter un modèle FRA, alors que la Société canadienne de psychologie (SCP) a encouragé les gouvernements à adopter une approche FS, soit en élaborant une version canadienne du programme britannique IAPT, ou en finançant les services de psychologie en milieu de soins primaires^(4a).

Quelques études ont estimé les coûts approximatifs des programmes destinés à améliorer l'accès aux services de counseling, de psychothérapie et de psychologie. La CAP estime qu'il en coûterait environ 200 millions de dollars annuellement pour protéger tous les Québécois qui ne souscrivent pas à un régime privé d'assurance, afin qu'ils puissent avoir accès à un nombre maximal de 6 séances de thérapie clinique⁽⁶⁾. Si l'on extrapolait cette valeur à l'échelle du pays et que l'on ajoutait 2 séances supplémentaires, les coûts totaliseraient entre 800 millions de dollars et un milliard de dollars annuellement. Un document commandé par la SCP a estimé le coût de mise en œuvre d'une version canadienne du programme IAPT, qui accorderait jusqu'à 20 séances par personne qui ne répond pas à un traitement de faible intensité à 950 millions de dollars⁽²²⁾. Une autre analyse économique a estimé le coût de remboursement des besoins non comblés des Canadiens en matière de services de psychothérapie à 1,24 milliard de dollars annuellement⁽²⁶⁾.



TABEAU 2

	Forces	Faiblesses
<i>Modèle du financement du régime d'assurance (FRA)</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Pourrait offrir une couverture universelle ou même cibler des populations précises • Pourrait permettre l'accès à une vaste gamme de fournisseurs • Pourrait tirer parti du régime privé d'assurance existant • Fournisseurs en exercice dans la plupart des communautés • Pourrait devenir un régime uniformisé pancanadien • Pourrait être administré par au moins un palier du gouvernement • 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"> • Pourrait s'avérer difficile, pour le gouvernement, de limiter les coûts • Pourrait exiger la modification des régimes de réglementation et d'agrément • Exigera probablement des mécanismes spécifiques afin de favoriser la coordination et l'intégration des services • Exige la négociation des frais d'utilisation entre les organisations professionnelles et les bailleurs de fonds • Exigera probablement la réglementation des régimes privés d'assurance et la négociation avec les assureurs privés afin de garantir la complémentarité
<i>Modèle de financement sous forme de subvention (FS)</i>	<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 • Permet une souplesse quant à son exécution dans différents territoires de compétence • Permet de prédire les coûts 	<ul style="list-style-type: none"> • Pourrait nécessiter la formation de nouvelles catégories de fournisseurs • Doit fonctionner presque à sa capacité afin d'être rentable • Possibilité de diminution des services par les bailleurs de fonds en raison de contraintes financières • Exige une entité structurée ou un cabinet afin d'embaucher les fournisseurs, de façon permanente ou contractuelle

Il est peu probable que les gouvernements trouvent les ressources suffisantes à court terme afin de répondre des besoins non comblés en matière de services de counseling, de psychothérapie et de psychologie. Des choix s'imposeront. Or, il se peut que le même choix ne s'applique pas à toutes les régions. Même si l'on a fait valoir des économies d'échelle en raison du déploiement, d'un bout à l'autre du pays, d'un seul modèle FRA, ce dernier pourrait aussi être mis en œuvre dans un nombre restreint de territoires de compétence (semblable au programme de remboursement du prix des médicaments du Québec). L'approche FS, comme nous l'avons mentionné dans la section précédente, peut facilement être adaptée aux nombreux et différents contextes à l'échelle du pays.

Or, l'augmentation du financement public présente bon nombre d'obstacles. En contexte de compression budgétaire, les gouvernements craignent la création de nouveaux programmes dont les coûts exacts demeurent incalculables et sont susceptibles d'exercer une pression sur les ressources de façon insoutenable. Au Canada, la répartition constitutionnelle des compétences crée des obstacles, qui

attribuent aux provinces et aux territoires la principale responsabilité d'organiser et d'exécuter les services de soins de santé à la population générale. Comme nous l'avons vu récemment à l'occasion des discussions sur l'accord en matière de santé, les provinces et les territoires doutent de la durabilité des contributions fédérales aux initiatives en matière de soins de santé et veulent s'assurer que les nouveaux investissements s'harmonisent aux priorités établies par leur territoire de compétence.

Lors de l'évaluation des deux modèles à la lumière du contexte canadien actuel, il sera important de considérer laquelle des options :

- est la plus abordable;
- est la plus durable au fil des ans;
- est susceptible de répondre aux besoins prioritaires;
- est la plus rentable;
- accorde au plus grand nombre de personnes l'accès aux services de counseling, de psychothérapie et de psychologie;
- est réalisable sur le plan politique dans le contexte canadien;
- propose la mise en œuvre la plus rapide.

Comme nous l'avons mentionné précédemment, la décision d'adopter un modèle FS ou FRA pour acheminer les fonds publics n'est pas la seule décision à prendre afin d'élaborer un plan clair pour améliorer l'accès aux services de counseling, de psychothérapie et de psychologie. Les décisions subséquentes sont les suivantes :

1. Le régime devrait-il s'appliquer à la population générale ou devrait-il, à ses débuts du moins, cibler une population précise ou des populations précises? Quels seraient les critères de sélection de cette population ciblée : traiter des besoins de façon généralisée ou traiter des besoins les plus pressants ou intenses; retirer les obstacles financiers à certaines populations afin de réduire les inégalités; intervenir dès la plus tendre enfance?
2. Le régime devrait-il être un régime national uniformisé ou devrait-il permettre certaines variations à l'échelle régionale ou provinciale?
3. Quels paliers du gouvernement devraient contribuer au financement du régime?
4. Les usagers des services publics de counseling, de psychothérapie et de psychologie devraient-ils supporter une partie des coûts, ou le régime devrait-il fournir le paiement de cotisations à partir du premier dollar?
5. Quels mécanismes de responsabilité devraient-ils être mis en place afin d'effectuer le suivi des fonds publics et de mesurer les résultats sur la santé?

Conclusion

Il est possible que les négociations relatives à l'accord sur la santé entre les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux servent à accorder un nouveau financement afin de traiter des besoins non comblés en santé mentale au Canada. Nous avons constaté qu'un tel investissement est recommandable

afin d'améliorer les résultats sur la santé d'une dizaine de milliers de Canadiens ainsi que pour créer des avantages économiques pour l'ensemble du pays.

Il existe des options réalisables afin d'atteindre cet objectif. Leur réussite a été démontrée à l'étranger. Ces options cadrent bien avec le fonctionnement du système public de financement des soins de santé au Canada en place depuis des décennies. Il est encore temps pour la communauté des intervenants de présenter des propositions concrètes à tous les paliers du gouvernement afin que les bonnes idées qui sont reconnues puissent être appliquées dans l'ensemble du pays.

Annexe I

Aperçu des fournisseurs de services de counseling, de psychothérapie et de psychologie

(le masculin est utilisé pour ne pas alourdir le texte ci-dessous)

Titre	Type de service	Formation	Milieu de travail	Profession réglementée
Psychiatre	La psychiatrie est la médecine de spécialité qui traite les maladies mentales. Les psychiatres ont recours à un ensemble de techniques de traitement biologique, psychologique et social.	Les psychiatres sont des médecins ayant suivi une formation sur le diagnostic et le traitement des problèmes de santé mentale.	La plupart des psychiatres travaillent dans différents milieux, comme les hôpitaux généraux, les cliniques communautaires de consultation externe, les hôpitaux psychiatriques et les cabinets dans la communauté. Trente-deux p. 100 des psychiatres travaillent dans les cabinets privés.	Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada
Médecin de famille	Au Canada, 89 p. 100 des médecins de famille offrent des services de counseling ou de psychothérapie alors que 83 p. 100 d'entre eux effectuent des évaluations de santé et prescrivent des médicaments pour des problèmes de santé mentale.	École de médecine	Exercice individuel ou en groupe	Des organismes régis par les lois provinciales, appelés des « collèges », réglementent les activités des médecins
Psychologue	Les psychologues aident leurs patients à résoudre des problèmes liés à l'humeur, au comportement ou aux relations. Ils évaluent, posent un diagnostic et traitent les problèmes de santé mentale chez les enfants, les adultes, les couples et les familles qui présentent des troubles cognitifs, émotifs ou de comportement. Ils peuvent avoir recours à des types de thérapie comme la thérapie cognitive du comportement	Dans certaines régions, e, le doctorat est requis afin d'exercer la profession de psychologue tandis que la maîtrise suffit dans d'autres.	Certains psychologues travaillent principalement à titre de chercheurs alors que d'autres sont surtout des praticiens dans les hôpitaux, les écoles, les cliniques, les établissements correctionnels, les programmes d'aide aux employés ou les cabinets privés. Bon nombre d'entre eux sont actifs dans les deux sphères. Les psychologues des cabinets privés, en moyenne, représentent 40 p. 100 des psychologues autorisés.	L'autorisation d'exercer est accordée par des organismes de réglementation de chaque province et territoire au Canada.

Titre	Type de service	Formation	Milieu de travail	Profession réglementée
	(TCC) ou d'autres types de thérapies du comportement.			
Psychothérapeute	Au Québec, la Loi 21 de 2012, qui réglemente les activités de psychothérapie définit cette dernière comme étant « un traitement psychologique pour un trouble mental, pour des perturbations comportementales ou pour tout autre problème entraînant une souffrance ou une détresse psychologique qui a pour but de favoriser chez le client des changements significatifs dans son fonctionnement cognitif, émotionnel ou comportemental, dans son système interpersonnel, dans sa personnalité ou dans son état de santé ».	Une formation spécialisée est requise afin d'exercer la profession de psychothérapeute. Depuis 2012, au Québec, seuls les médecins, les psychologues et les professionnels de la santé autorisés à le faire peuvent exercer la psychothérapie. En 2015, l'Ontario a adopté la <i>Loi de 2007 sur les psychothérapeutes</i> , qui exige de toute personne qui se qualifie de « psychothérapeute » qu'elle soit inscrite auprès d'un nouveau collège provincial.	Divers	Uniquement au Québec, en Ontario et en Nouvelle-Écosse
Conseillers	Il ne semble pas exister de définition unique, très importante ou généralement reconnue du counseling sur le plan des professions du domaine de la santé. Les conseillers définissent leur travail par plusieurs désignations ou fournissent des services au public dans différents domaines comme les dépendances ainsi que les conseils en pastorale. Certains conseillers se consacrent à une tranche précise de la population (p. ex. les jeunes, les aînés, les couples, les familles), alors que d'autres ont recours à des types précis de thérapies de counseling (p. ex. l'art-thérapie, la musicothérapie, la psychothérapie ou la thérapie matrimoniale ou familiale).	La norme d'entrée la plus courante afin de devenir un conseiller autorisé (dont les activités sont réglementées ou non) constitue une maîtrise en counseling ou d'un domaine semblable.	Divers	Reconnaissance professionnelle possible dans certaines provinces

Titre	Type de service	Formation	Milieu de travail	Profession réglementée
Conseiller pour les enfants et les jeunes	Les conseillers pour les enfants et les jeunes assurent différents services afin d'aider les enfants, les adolescents et les jeunes adultes, notamment l'évaluation des modèles de comportement inadapté ou le fonctionnement socioémotif chez les enfants, les adolescents et les jeunes adultes.	En Ontario, la plupart des conseillers pour les enfants et pour les jeunes détiennent un diplôme collégial ainsi qu'environ 1 500 heures de travail sur le terrain. Bon nombre d'entre eux détiennent des diplômes en services d'aide à l'enfance et aux jeunes, dont un grade de premier cycle dans un domaine connexe (psychologie, sociologie, travail social, études familiales, etc.)	Divers	Reconnaissance professionnelle possible dans certaines provinces
Thérapeute familial	Un thérapeute familial, matrimonial ou de couple est spécialisé afin d'aider à résoudre les problèmes dans les relations de couple ou familiales. Contrairement à la thérapie traditionnelle, où le thérapeute rencontre uniquement son patient, les thérapeutes et conseillers familiaux rencontrent habituellement le patient ainsi que les membres de sa famille.	Une maîtrise ainsi qu'une supervision et une expérience médicale sont requises afin de devenir un thérapeute familial ou matrimonial autorisé. La thérapie familiale, matrimoniale ou de couple peut être assurée par tout professionnel ayant suivi une formation suffisante, qui s'avère souvent des travailleurs sociaux, des psychologues ou des psychiatres.	Divers	Reconnaissance professionnelle possible dans certaines provinces
Personnel infirmier	Les soins infirmiers comprennent quatre groupes de dont les activités sont réglementées : infirmière ou infirmier autorisé (IA), infirmière ou infirmier praticien (IP), infirmière ou infirmier auxiliaire autorisé et infirmière ou infirmier psychiatrique autorisé. Les membres du personnel infirmier épaulent habituellement d'autres professionnels de la santé tels que les psychiatres, les psychologues, les travailleurs sociaux et le professionnel paramédical tel que la santé au travail. Parallèlement, le service privé constitue un exercice légitime des fonctions pour	Les fonctions du personnel infirmier psychiatriques en service privé peuvent comprendre l'intervention et la consultation en situation de crise, le counseling individuel, familial ou en groupe ainsi que la psychothérapie.	Les infirmières et les infirmiers peuvent travailler dans différents milieux comme les hôpitaux, les programmes d'aide aux personnes alcooliques et toxicomanes, les programmes de traitement communautaire dynamique, les centres de santé communautaires, les équipes de santé, les programmes de réhabilitation et les écoles.	Organismes de réglementation provinciaux ou territoriaux

Titre	Type de service	Formation	Milieu de travail	Profession réglementée
	les infirmières et infirmiers psychiatriques autorisés.			
Travailleur social	Les travailleurs sociaux aident les personnes à régler leurs problèmes sur le plan personnel, familial ou professionnel. Ils fournissent des services de counseling ou de thérapie, ou aident les personnes à trouver les ressources requises. Les travailleurs sociaux du domaine de la santé mentale offrent directement des services aux personnes, aux couples, aux familles ou aux groupes sous forme de counseling, d'intervention en situation de crise, de thérapie, de défense des intérêts, de coordination des ressources, etc.	Dans la plupart des provinces et territoires du Canada, les travailleurs sociaux du domaine de la santé mentale détiennent, au minimum, un baccalauréat en travail social et sont inscrits auprès de l'organisme provincial ou territorial qui tient responsables d'exercer leurs fonctions d'une façon compétente et conforme à la déontologie. Une maîtrise est souvent requise.	Les travailleurs sociaux peuvent œuvrer dans différents milieux comme les organismes de services aux familles, les organismes d'aide à l'enfance, les hôpitaux et les écoles. Bon nombre d'entre eux travaillent également dans des cabinets privés.	Organismes professionnels provinciaux ou territoriaux
Ergothérapeute	Les ergothérapeutes aident les gens à fonctionner à l'école ou au travail par l'acquisition d'aptitudes à l'apprentissage ou de l'adaptation du milieu scolaire ou professionnel. Ils peuvent favoriser la santé mentale en enseignant des stratégies de traitement sensoriel et de maîtrise de soi.	Au Canada, tous les programmes universitaires de base en ergothérapie accordent actuellement un titre de compétences du niveau de la maîtrise. Depuis 2008, tous les programmes universitaires en ergothérapie doivent mener à un titre de compétences du niveau de la maîtrise afin de recevoir l'agrément de l'Association canadienne des ergothérapeutes.	Les ergothérapeutes œuvrent habituellement dans les organismes communautaires, les organisations de soins de santé tels que les hôpitaux, les unités pour les maladies chroniques, les centres et les cliniques de réhabilitation, les écoles, les organismes sociaux ou sont travailleurs autonomes.	Association canadienne des ergothérapeutes
Travailleur de soutien aux pairs	Le soutien par les pairs constitue une relation de soutien entre des personnes ayant vécu des expériences semblables. Les travaux de recherche indiquent que le soutien par les pairs peut aider une personne à maîtriser ses symptômes, à réduire l'hospitalisation, à offrir un soutien social et à améliorer la qualité de vie. Ce type de soutien peut également être avantageux pour les	Les différents types ou genres de soutien par les pairs sont souvent décrits de façon à évoquer un spectre, allant du soutien officieux entre des connaissances au soutien par les pairs officiel, offert selon un contexte organisationnel structuré. Plusieurs organismes offrent des formations destinées aux travailleurs de soutien par les pairs.	Le soutien par les pairs s'effectue entre deux personnes ou dans un groupe, et peut avoir lieu dans des groupes communautaires, dans un contexte clinique ainsi que dans les milieux de travail.	Plusieurs organismes offrent des programmes de reconnaissance destinés aux travailleurs de soutien par les pairs.

Titre	Type de service	Formation	Milieu de travail	Profession réglementée
	membres de la famille, car les gens sont en mesure de discerner la bonne voie pour elles-mêmes, et en relation avec leurs proches.			
Aîné et guérisseur traditionnel	Les Aînés, les guérisseurs traditionnels et les enseignants autochtones aident les gens à employer des techniques de guérison traditionnelles, qui existaient avant l'introduction des pratiques médicales occidentales. Il existe de nombreux types de guérison. Certains guérisseurs travaillent avec des plantes et médicaments, d'autres peuvent offrir des conseils, alors que d'autres ont recours à des cérémonies telles que la suerie.		La collectivité	Non

Annexe II

Washington State Institute for Public Policy Résultats de l'analyse avantages-coûts, sélection de programmes (2016) ⁽²⁷⁾

Nom du programme (cliquez sur le programme pour de plus amples renseignements)	Date de la dernière revue de la littérature	Total des prestations	Prestations des contribuables	Prestation du privé	Coûts	Prestations moins les coûts (valeur actualisée nette)	Ratio avantages-coûts	Chance que les prestations excéderont les coûts
Anxiété								
Thérapie cognitive du comportement (TCC) pour l'anxiété chez l'adulte NOUVEAU	Septembre 2016	31 908 \$	10 081 \$	21 827 \$	(568 \$)	31 340 \$	56,22 \$	100 %
Thérapie d'acceptation et d'engagement pour l'anxiété chez l'adulte NOUVEAU	Septembre 2016	21 738 \$	6 875 \$	14 864 \$	(428 \$)	21 310 \$	50,78 \$	84 %
Soins primaires en collaboration pour l'anxiété	Mai 2014	19 461 \$	6 223 \$	13 237 \$	(813 \$)	18 648 \$	23,95 \$	98 %
Dépression								
Thérapie cognitive du comportement (TCC) pour la dépression chez l'adulte NOUVEAU	Septembre 2016	25 110 \$	7 858 \$	17 252 \$	(500 \$)	24 610 \$	50,22 \$	100 %
Soins primaires en collaboration pour la dépression	Mai 2014	7 304 \$	2 388 \$	4 915 \$	(812 \$)	6 491 \$	8,99 \$	100 %
Soins primaires en collaboration pour la dépression avec troubles médicaux concomitants	Mai 2014	3 632 \$	1 255 \$	2 377 \$	(857 \$)	2 775 \$	4,24 \$	92 %

Annexe III

Description d'un régime d'assurance complémentaire pour améliorer l'accès au traitement non pharmacologique (AATNP)

Objectif : Permettre à toute la population canadienne qui en a besoin d'avoir accès au traitement non pharmacologique approprié sans engendrer des difficultés financières exagérées.

Méthode : Créer un fonds public qui fournit une couverture pour les traitements non pharmacologiques aux personnes qui n'ont pas déjà souscrit aux régimes privés d'assurance existants.

Détails :

1. Obliger tous les régimes privés d'assurance collective à fournir l'accès à un minimum de huit séances avec un psychologue clinicien, ou à rembourser aux personnes le montant équivalent aux dépenses versées à d'autres fournisseurs autorisés.
2. Établir une liste nationale de fournisseurs de services autoréglementés à qui l'on autoriserait de facturer les régimes (publics et privés) d'assurance pour la prestation des services, en plus de fournir à tous les fournisseurs admissibles un numéro de facturation qui leur permettrait de réclamer le remboursement de frais découlant des services auprès des régimes.
3. Établir un fonds gouvernemental, l'AATNP, afin de fournir à toutes les personnes qui ne sont pas protégées par un régime privé d'assurance un compte dont la valeur équivaut à 80 p. 100 des coûts des huit séances avec un psychologue clinicien.
4. L'aiguillage d'un médecin de famille serait requis afin qu'une personne puisse accéder à son compte. Lorsqu'elle aura reçu l'autorisation de son médecin de famille, la personne pourrait demander l'aide de tout fournisseur autorisé et recevoir une compensation de l'AATNP, jusqu'à 80 p. 100 des coûts de huit séances avec un psychologue clinicien.
5. Le compte de la personne serait activé dès le premier recours aux services d'un fournisseur autorisé.
6. L'AATNP rembourserait 80 p. 100 des coûts découlant des services assurés par un fournisseur autorisé à chaque utilisateur des services ou paierait directement ce montant au fournisseur autorisé. Le montant restant, équivalent à 20 p. 100 des coûts découlant des services, serait supporté par l'utilisateur des services*.

* Le régime comprend un paiement conjoint avec l'utilisateur de 20 p. 100 des coûts découlant des services assurés. Cet aspect est nécessaire afin d'éviter que les régimes privés d'assurance collective ne déchargent leurs responsabilités sur le système public. Ces derniers comprennent presque toujours des dispositions en matière de paiements conjoints et le fait de ne pas en inclure une dans le régime public pourrait saper le réseau existant de régimes privés.

Références

1. ANDERSSON, E., The case for publicly funded therapy, *The Globe and Mail*, 22 mai 2015.
2. VÉRIFICATRICE GÉNÉRALE DE L'ONTARIO, Rapport annuel de 2016, chapitre 3 : section 3.01 Services de santé mentale aux enfants et aux jeunes, section 3.11 Factures des médecins, section 3.12 Services des hôpitaux psychiatriques spécialisés, Gouvernement de l'Ontario, 2016.
3. ASSOCIATION CANADIENNE DE COUNSELING ET DE PSYCHOTHÉRAPIE General considerations on the Regulation of Counsellors across Canada.
4. INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ, Les dispensateurs de soins au Canada, 2013.
- 4a. SOCIÉTÉ CANADIENNE DE PSYCHOLOGIE, Targeting funds for better access to quality mental health care for Canadians, Recommendations to government from the Canadian Psychological Association, 2017.
5. SANTÉ MENTALE POUR ENFANTS ONTARIO, Ontario's children waiting up to 1.5 years for urgently needed mental health care, *communiqué de SMEO*, 2016.
6. COLLECTIF POUR L'ACCÈS À LA PSYCHOTHÉRAPIE, Un meilleur accès pour tous par des services assurés, 2015.
7. COMMISSAIRE À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE, Rapport d'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux : Pour plus d'équité et de résultats en santé mentale au Québec, Gouvernement du Québec, 2012.
8. DEPARTMENT OF HEALTH (UK), IAPT three-year report: The first million patients, 2012.
9. FANSI, A. et C. JEHANNO, Avis sur l'accès équitable aux services de psychothérapie : Volet I – Examen des données probantes sur l'efficacité et le coût de la psychothérapie comparativement à ceux de la pharmacothérapie dans le traitement des adultes atteints de troubles anxieux et dépressifs; 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, Institut national d'excellence en santé et en services sociaux, 2015.
10. GLAZIER, R. H., B. HUTCHISON et A. KOPP, Comparison of Family Health Teams to Other Ontario Primary Care Models, Institute for Clinical Evaluative Sciences, 2004-2005 à 2011-2012.
11. GRANT, K., Ontario's curious shift away from family health teams. *The Globe and Mail*, dimanche 15 février 2015.
12. GRATZER, D. et D. GOLDBLOOM, Making Evidence-Based Psychotherapy More Accessible in Canada, *Revue canadienne de psychiatrie*, Vol. 61(10) p. 618-623, 2016.

13. JACOBS, P., C. DEWA, A. LESAGE, H-M. VASILIADIS, C. ESCOBER, G. MULVALE et R. YIM, *The Cost of Mental Health and Substance Abuse Services in Canada: A report to the Mental Health Commission of Canada*, 2010. INSTITUTE OF HEALTH ECONOMICS,
14. KATES, N., G. MAZOWITA, F. LEMIRE et autres, The Evolution of Collaborative Mental Health Care in Canada: A Shared Vision for the Future. *Revue canadienne de psychiatrie*, Vol. 56, No 5, 2011.
15. LESAGE, A. D., R. BLAND, I. MUSGRAVE, E. JONSSON, M. KIRBY et H. VASILIADIS, The Case for a Federal Mental Health Transition Fund, *Revue canadienne de psychiatrie*, 62 (1): p.4-7, 2017.
16. MARTIN, L., Collaborative mental health care in Canada: The role of psychotherapists and counsellors. Ottawa (Ontario) ASSOCIATION CANADIENNE DE COUNSELING ET DE PSYCHOTHÉRAPIE
17. COMMISSION DE LA SANTÉ MENTALE DU CANADA, *Changer les orientations, changer des vies : Stratégie en matière de santé mentale pour le Canada*, 2012.
18. COMMISSION DE LA SANTÉ MENTALE DU CANADA, *Guide de référence pour des pratiques axées sur le rétablissement*, 2015.
19. MOULDING, R., J. GRENIER, G. BLASHKI, P. RITCHIE, J. PRIKIS et M-H. CHOMIENNE, Integrating Psychologists into the Canadian Health Care System: The Example of Australia. *La revue canadienne de santé publique*, mars-avril 2009.
20. Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), *Making Mental Health Count: The Social and Economic Costs of Neglecting Mental Health Care*, OECD Health Policy Studies, 2014.
21. ORDRE DES PSYCHOLOGUES DU QUÉBEC, Le panier de services assurés en santé et en services sociaux : Réflexions sur les rôles et mandats des psychologues et sur l'espace professionnel qui leur est imparti, Mémoire présenté au commissaire à la santé et au bien-être, 2016.
22. PEACHEY, D., V. HICKS et O. ADAMS, *An imperative for change: Access to psychological services for Canada*, Rapport à la Société canadienne de psychologie, 2013.
23. PICARD, A., *Psychotherapy: A better model must be found*. The Globe and Mail, 26 mai 2015.
24. SUNERDLAND, A. et L.C. FINDLAY, Besoins perçus de soins de santé mentale au Canada : résultats de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2012, *Rapports sur la santé*, Statistique Canada, 2013. No de catalogue 82-003-X/692-2014F-PDF
25. CONFERENCE BOARD OF CANADA, *Rapport définitif : Évaluation externe de l'initiative des équipes de santé familiale*, Ottawa (Ontario) Le conference board du Canada, 2014.
26. VASILIADIS, H., et autres, *Cost-effectiveness of increasing access to psychological services for depression in Canada: discrete simulation modelling within GP gatekeeper system*, document présenté en 2016.



27. WASHINGTON STATE INSTITUTE FOR PUBLIC POLICY, Benefit-Cost Results, 2016, disponible à l'adresse :<http://www.wsipp.wa.gov/BenefitCost?topicId=>.