

ORDRE DE L'EXCELLENCE



RÉCIPIENDAIRE SANTÉ MENTALE AU TRAVAIL



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

Août 2018

commissionsantementale.ca

Remerciements

Ce document est le fruit d'une collaboration entre le Centre d'échange des connaissances (Christopher Canning, Francine Knoops, Lara di Tomasso, Bonita Varga) de la Commission de la santé mentale du Canada (CSMC) et des chercheurs indépendants Mary Bartram, Ph. D., et Howard Chodos, Ph. D.

La rédaction du présent document, ainsi que les recherches qui y sont contenues ont été dirigées par Mary Bartram, en vertu d'un contrat qui la lie à la CSMC, avec des conseils d'experts et la contribution des experts en la matière (EM). Nous tenons à exprimer notre profonde gratitude aux membres du Groupe consultatif provincial-territorial (GCPT) de la CSMC ainsi qu'aux autres experts en la matière qui ont fourni une rétroaction essentielle, participé à la révision du rapport et offert des orientations pour l'élaboration de celui-ci.

© Commission de la santé mentale du Canada, 2018
ISBN : 978-1-77318-083-0
Dépôt légal Bibliothèque nationale du Canada

This document is available in English.

Ce document est disponible à
<http://www.commissionsantementale.ca>



The views represented herein solely represent the views of the Mental Health Commission of Canada. Production of this material is made possible through a financial contribution from Health Canada.

Messages clés

Il est possible d'améliorer l'accès aux services, mais le rendre plus équitable exigera un effort concerté.

- Les améliorations considérables de l'accès aux services de psychothérapie que le Royaume-Uni et l'Australie ont réalisées peuvent être reproduites au Canada.
- Les iniquités en matière d'accès et les résultats obtenus grâce aux programmes Improving Access to Psychological Therapies (IAPT) au Royaume-Uni et Better Access en Australie indiquent qu'un effort concerté devra être déployé pour réduire de telles iniquités au Canada.

Il faut faire des compromis entre l'approche basée sur les subventions et l'approche basée sur 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, où 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.
- Des approches universelles peuvent être combinées à des programmes ciblés afin de promouvoir une mise en œuvre équitable.

Les réformes devront être adaptées aux caractéristiques uniques du contexte canadien.

- Plusieurs problèmes soulevés par les 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 (pour les Premières Nations, les Inuits, les anciens combattants, le personnel militaire, les réfugiés et les personnes dans le système de justice pénale) exige une attention supplémentaire dans le contexte canadien.
- 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.

Les leçons apprises à l'échelle internationale font ressortir plusieurs paramètres de conception du système.

- 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; et commencer par les problèmes de santé mentale légers à modérés avant d'élargir la portée des services.

Une occasion pour le Canada de faire preuve de leadership sur la scène internationale.

- Le Canada a la possibilité d'être un chef de file mondial en incluant explicitement les services de psychothérapie pour la consommation de substances et 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.

Tables des matières

Messages clés.....	2
Introduction	4
Pourquoi est-ce un enjeu politique important?	4
Pourquoi y a-t-il une occasion de réforme?	4
Quel est l'objectif du présent document de travail?	4
Premier volet : Leçons apprises en matière de mise en œuvre de réformes à l'échelle internationale.....	5
Quels pays seront inclus et pourquoi?	5
Quelles sont les principales caractéristiques des modèles britannique et australien?	5
Quelles sont les leçons apprises en matière de mise en œuvre en Australie et au Royaume-Uni?	6
Leçons en matière de planification.....	6
Leçons en matière de financement.....	8
Leçons en matière de prestation de services.....	9
Leçons en matière d'équité et de portée	11
Leçons en matière de surveillance.....	14
Leçons en matière de durabilité.....	15
CONCLUSION DU PREMIER VOLET	15
Deuxième composante : Adapter les leçons apprises à l'échelle mondiale au contexte canadien	15
Considérations liées à la planification.....	18
Considérations liées au financement.....	20
Considérations liées à la prestation des services	22
Considérations liées à l'équité et à la portée	24
Considérations liées à la surveillance.....	25
Considérations liées à la durabilité.....	26
CONCLUSION DE LA DEUXIÈME COMPOSANTE	26
Exemples illustratifs.....	28
Le modèle canadien de psychothérapies basé sur les subventions	28
Le modèle canadien de psychothérapies basé sur les assurances	29
Le modèle canadien de psychothérapies basé sur les soins offerts en collaboration.....	30
Références.....	31

Introduction

Pourquoi est-ce un enjeu politique important?

L'accès équitable aux services de psychothérapie¹ est une lacune importante dans la vaste gamme de services et de soutiens offerts au Canada pour favoriser le rétablissement et le bien-être au sein de la population. L'exclusion de longue date des services paramédicaux professionnels de santé mentale des régimes d'assurance-maladie provinciaux et territoriaux a contribué (a) à la hausse des taux de besoins non satisfaits (particulièrement pour les services de psychothérapie), (b) 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, et (c) au sous-financement accru des services en santé mentale (représentant seulement 5 à 7 % des dépenses publiques totales en santé au Canada) (1-4). Faisant face à des difficultés semblables, d'autres pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), notamment l'Australie et le Royaume-Uni, ont réussi à adopter des réformes majeures pour améliorer l'accès aux services de psychothérapie.

Pourquoi y a-t-il une occasion de réforme?

Le nouveau transfert fédéral ciblé de 5 milliards de dollars visant à améliorer l'accès aux services de santé mentale offre aux gouvernements provinciaux et territoriaux du Canada une excellente occasion de mettre en œuvre des réformes semblables au cours des dix prochaines années. Comme les modalités des accords de transfert FPT bilatéraux n'ont pas encore été annoncées, nous ne savons pas encore exactement quelle part de ce nouveau financement servira à améliorer l'accès aux services de counseling, de psychothérapie et de psychologie. Toutefois, en février 2017, l'Ontario a annoncé un investissement de 73 millions de dollars (sur trois ans) dans un nouveau programme structuré de psychothérapie et, en décembre 2017, le Québec a annoncé un investissement de 35 millions de dollars pour la première phase d'un nouveau programme public de psychothérapie (5-6). À l'heure où on lance ces nouveaux programmes et où d'autres provinces et territoires étudient leurs options, le potentiel de réforme semble considérable.

Quel est l'objectif du présent document de travail?

Le présent document de travail vise à favoriser un dialogue continu et une prise de décision fondée sur des données probantes sur les plans du système et de la planification des services en ce qui concerne l'amélioration de l'accès aux services de psychothérapie au Canada. Il se divise en trois volets. Le premier volet résume les leçons apprises du Royaume-Uni et de l'Australie. Le deuxième volet relie ces leçons au contexte canadien unique (et décentralisé) en matière de politiques et de prestation de services. Le dernier volet présente trois exemples illustrant comment les leçons apprises à l'échelle internationale pourraient être adaptées au contexte canadien. Un large éventail de problèmes de mise en œuvre sont examinés à la lumière du document de travail de 2017 de la Commission de la santé mentale du Canada (CSMC) et des résultats d'une table ronde axée sur la justification politique de l'amélioration de l'accès aux services et sur une comparaison des modèles basés sur les subventions et l'assurance (7-8)². Bien que le présent document ne vise pas à examiner des groupes démographiques particuliers, il fait référence aux étapes de la vie et aux diverses populations lorsque cela présente un intérêt pour le débat plus général. Nous avons consulté des hauts fonctionnaires provinciaux et territoriaux au cours de l'élaboration du document.

¹ Dans le présent document, l'expression « services de psychothérapie » désigne les services de counseling et les divers services de psychothérapie et de psychologie, conformément à l'approche adoptée dans le cadre des récents programmes annoncés par l'Ontario et le Québec.

² Conformément au document de 2017 préparé par M. Chodos pour la CSMC, les approches basées sur les subventions « [utilisent] 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 financés par l'État existants (ou qui pourraient être créés à cette fin) »; et les approches basées sur l'assurance « [permettent] aux fournisseurs de services de counseling, de psychothérapie et de psychologie employés par le secteur privé de facturer le gouvernement pour ces services » (7).

Premier volet : Leçons apprises en matière de mise en œuvre de réformes à l'échelle internationale

Quels pays seront inclus et pourquoi?

Pour plusieurs raisons, nous utiliserons les leçons apprises en matière de mise en œuvre au Royaume-Uni (Angleterre) et en Australie. D'abord, les deux pays ont récemment mis en œuvre des réformes visant à relever des défis semblables à ceux auxquels le Canada fait face, notamment des taux élevés de besoins non satisfaits, une perte de productivité et une couverture publique limitée des services paramédicaux professionnels de santé mentale. Ensuite, le contraste entre la mise en œuvre de l'approche basée sur les subventions du Royaume-Uni et l'approche basée sur l'assurance de l'Australie est riche d'enseignements pour l'examen des options dans le contexte canadien. Enfin, les leçons apprises en matière de mise en œuvre au Royaume-Uni et en Australie, qui sont des démocraties parlementaires dotées de systèmes de soins de santé largement universels, ont de fortes chances d'être pertinentes pour le Canada.

La conception de systèmes de services dans d'autres pays qui ne sont pas visés par le présent document pourrait aussi intéresser les décideurs et les planificateurs. Les États-Unis, par exemple, octroient des fonds publics pour la prestation de services de psychothérapie par une gamme de professionnels paramédicaux de la santé mentale depuis le début de Medicaid et de Medicare, et la Parity Act exige maintenant que les assureurs privés couvrent les services de santé mentale et de lutte contre l'usage de substances au même titre que les services de santé physique (9-10). Les Pays-Bas offrent aussi depuis longtemps une assurance publique pour les services de psychothérapie fournis par des psychologues de soins de première ligne (11).

Quelles sont les principales caractéristiques des modèles britannique et australien?

L'IAPT a été introduit au Royaume-Uni en 2008 en réponse aux directives de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (l'Institut NICE) pour le traitement de la dépression et de l'anxiété; il donnait aussi suite à une solide analyse de rentabilisation (12). IAPT est un programme basé sur les subventions, disposant d'un personnel et de normes distincts, administré de façon centralisée par National Health Services (NHS) England et offert dans chaque district. Les services sont offerts gratuitement par des préposés ayant suivi une formation aux fins expresses d'IAPT ou approuvée par IAPT. IAPT suit un modèle de soins par paliers : la plupart des services sont offerts dans le cadre d'interventions de faible intensité (niveau 1), comme l'autothérapie cognitivo-comportementale en ligne et les groupes de psychoéducation, et un plus petit nombre de services de thérapie sont offerts sous forme de rencontres individuelles (niveau 2), selon les besoins. Les symptômes sont mesurés avant et après chaque séance et font l'objet de rapports mensuels par l'intermédiaire de NHS Digital, district par district. Des objectifs clairs ont été établis dès le départ, notamment sur les plans de la portée (15 % des adultes souffrant de dépression et d'anxiété), du temps d'attente (80 % des patients sont vus dans les 28 jours) et des taux de rétablissement (50 %, ce qui signifie, selon l'IAPT, que la moitié des gens qui suivent le traitement auront cessé de répondre aux critères de diagnostic de la maladie)³. Bien que ces objectifs soient généralement atteints, les résultats varient considérablement d'un district et d'un groupe de population à l'autre. L'IAPT est actuellement en phase d'expansion afin d'inclure un service pour les enfants et les jeunes et d'offrir des services aux personnes souffrant de dépression et d'anxiété concomitantes et de problèmes de santé physique chroniques, ainsi que des services de psychothérapie aux personnes souffrant de troubles mentaux plus graves, comme la schizophrénie.

En 2006, le gouvernement du Commonwealth australien a lancé le programme Better Access to Psychiatrists, Psychologists and General Practitioners through the MBS Initiative (Better Access) en réponse aux préoccupations quant aux faibles taux d'utilisation des services parmi les Australiens atteints de troubles mentaux communs (13). Better Access est une approche basée sur l'assurance qui élargit l'assurance publique universelle (offerte par le biais du régime

³ Il ne faut pas confondre la définition clinique du rétablissement de l'IAPT avec le rétablissement en tant que principe directeur de la transformation du système, comme l'illustre la définition du rétablissement de la CSMC : « mener une vie satisfaisante, valorisante et nourrie par l'espoir, en dépit des limites imposées en permanence par les maladies et les problèmes associés à la santé mentale ». (81, p. 34)

d'assurance-maladie) de manière à couvrir les services de psychothérapie fournis par les psychologues, les travailleurs sociaux et les ergothérapeutes. Better Access est davantage un ensemble précis de services couverts par le régime d'assurance-maladie qu'un programme distinct en soi. Les fournisseurs travaillent en pratique privée et sont régis par leurs associations professionnelles respectives. Ils ont le choix de demander une quote-part aux patients ou d'offrir gratuitement leurs services et d'appliquer le principe de facturation globale au tarif du régime d'assurance-maladie. À Better Access s'ajoutent des fonds fédéraux moins importants pour deux autres types de services : Access to Allied Psychological Services (ATAPS), un programme de subventions ciblant les populations à faible revenu et vulnérables, et diverses initiatives de thérapie cognitivo-comportementale (TCC) en ligne, coordonnées par le biais d'un point d'accès numérique aux services de santé mentale. Malgré les préoccupations soulevées au sujet des iniquités en matière d'accès (qui seront examinées plus en détail plus loin), le taux estimé de traitement des troubles mentaux en Australie est passé de 37 % en 2006-2007 à 46 % en 2009-2010 (14-15). La couverture des services de télésanté offerts par Better Access a récemment été élargie afin de les rendre plus accessibles dans les régions rurales (13).

Quelles sont les leçons apprises en matière de mise en œuvre en Australie et au Royaume-Uni?

Les leçons apprises en matière de mise en œuvre du programme australien Better Access, basé sur l'assurance, et du programme britannique IAPT, basé sur les subventions, sont examinées ci-après, regroupées dans les catégories suivantes : planification, financement, prestation de services, équité et portée, surveillance et durabilité. Les preuves à l'appui proviennent de diverses politiques et sources universitaires et s'appuient sur le document d'information de 2016 et le rapport de la table ronde de la CSMC (7-8). De plus, les entrevues menées par Mary Bartram dans le cadre de sa recherche doctorale auprès d'informateurs clés au Royaume-Uni, au Canada et en Australie au sujet de la structure gouvernementale, de la conception de système de services et de l'équité en matière d'accès aux services de psychothérapie se sont avérées une source d'information (et de citations) précieuse sur les leçons apprises en matière de mise en œuvre (16)⁴. Les commentaires des experts du Royaume-Uni et de l'Australie recueillis dans une version antérieure du présent volet ont également été pris en compte.

Leçons en matière de planification

La conception des systèmes de services était étroitement liée aux leviers politiques disponibles dans des contextes gouvernementaux particuliers. Bien que, lors de la phase de planification, cette harmonisation n'ait été explicite ni en Australie ni au Royaume-Uni, les deux pays semblent s'être naturellement tournés vers les leviers politiques qui leur étaient le plus facilement accessibles. En Australie, la compétence du gouvernement fédéral en matière de régime d'assurance-maladie a été mise à profit dans la conception basée sur l'assurance de Better Access. La mise en œuvre a tout simplement consisté à élargir le barème de prestations du régime d'assurance-maladie de manière à inclure les services de psychologues et d'autres professionnels paramédicaux de la santé mentale et à confier dans un premier temps l'aiguillage et l'élaboration des plans de traitement aux omnipraticiens, qui jouent le rôle de filtre.

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)

De la même manière, au Royaume-Uni, l'approche basée sur les subventions d'IAPT a tiré au maximum parti de la structure gouvernementale unitaire en Angleterre (l'Écosse, le Pays de Galles et l'Irlande ont développé leurs propres approches). Au cours des deux premières années, le ministère de la Santé du Royaume-Uni avait pleins pouvoirs sur le programme, allant même jusqu'à émettre les chèques pour les fournisseurs. Ce contrôle centralisé s'est quelque peu

⁴ Conformément à l'approbation no 105482 du Comité d'éthique-A de la recherche de l'Université Carleton, les auteurs des citations tirées des entrevues menées auprès d'informateurs clés ne sont pas identifiés par leur nom, mais plutôt par leur rôle principal et leur pays d'origine.

relâché au cours de la mise en œuvre, mais le programme est toujours très gourmand en ressources et dirigé de façon centralisée. IAPT a des objectifs dictés par le ministère de la Santé du Royaume-Uni, il est administré par NHS England, mandaté au niveau du district et offre ses services dans des comptoirs publics qui lui sont réservés. Cette approche centralisée a été essentielle à l'introduction d'IAPT en tant que programme autonome, disposant d'un effectif dédié, assurant une surveillance étroite des normes et livrant des résultats démontrables par rapport à un certain nombre d'indicateurs de système.

Seule la hausse du nombre de fournisseurs de services de psychothérapie a véritablement permis une amélioration de l'accès aux services. Toute solution moindre qu'une augmentation de l'offre pourrait ressembler à une amélioration de l'accès, alors qu'il s'agirait en fait du passage d'un type de pratique à un autre. D'une part, Better Access a pu tirer parti d'une augmentation constante de la main-d'œuvre en psychologie, qui avait commencé en 2001 et qui semble s'être développée de manière organique en réponse à l'introduction du programme ATAPS cette année-là, et de la perspective de nouvelles hausses du financement public. Certes, la taille des effectifs en psychologie employés a augmenté rapidement après le lancement de Better Access, passant d'environ 14 000 professionnels en 2006 à 22 000 en 2008 (17)⁵. D'autre part, l'augmentation absolue la plus importante a été observée dans les grandes villes, où le nombre de psychologues employés est passé de 75 à 95 pour 100 000 habitants entre 2006 et 2011, alors qu'il est passé de 26 à 38 pour 100 000 habitants dans les régions éloignées (17)⁶. En donnant aux psychologues la possibilité de facturer le régime d'assurance-maladie et d'exiger une quote-part, il se peut que Better Access ait involontairement exacerbé les incitatifs de longue date encourageant les psychologues à exercer en milieu urbain. IAPT a, pour sa part, formé des professionnels expressément aux fins du programme, non seulement parce que l'Angleterre comptait moins de professionnels paramédicaux de la santé mentale déjà en exercice, mais aussi parce qu'IAPT avait pour objectif de gérer de façon serrée le respect des approches fondées sur des preuves, son identité de programme distinct et son modèle de soins par paliers. Au cours des cinq premières années, cinq mille thérapeutes ont été formés, notamment une combinaison de praticiens du bien-être psychologique) pour pratiquer des interventions de faible intensité, et des thérapeutes plus hautement qualifiés (des professionnels de la santé généralement reconnus comme des psychologues, des travailleurs sociaux, des conseillers, des infirmiers et autres professionnels formés pour offrir des services de thérapie approuvés par l'IAPT) pour les interventions de haute intensité (12).

Les deux régimes ont bénéficié d'un engagement solide de la part d'un large éventail de fournisseurs, y compris des omnipraticiens. Depuis le début, IAPT inclut une gamme de fournisseurs de services, alimentée par un groupe de perfectionnement de la main-d'œuvre, un réseau de chefs de file en soins primaires, la formation directe de champions pour promouvoir le service auprès des collègues et des forums nationaux annuels de réseautage (18-19). De plus, comme tous les services de NHS, les services d'IAPT sont mandatés par des comités de mise en service clinique principalement dirigés par des omnipraticiens et d'autres fournisseurs de services (20). IAPT reçoit l'appui de *We Need to Talk*, une vaste coalition de groupes de fournisseurs et d'organismes de bienfaisance en santé mentale qui préconisent l'amélioration continue de l'accès aux services de psychothérapie (21). En Australie, Better Access a inclus dès le départ dans le régime d'assurance-maladie de nouveaux éléments pour les omnipraticiens, psychiatres et psychologues. Les omnipraticiens occupent la place privilégiée de filtre et peuvent demander un remboursement pour l'élaboration de plans de traitement selon un gabarit standard (22).

La mobilisation des utilisateurs de services et l'inclusion du soutien par les pairs ont été limitées. La participation des utilisateurs de services à la conception des programmes et à la prestation des services grâce au financement public du soutien par les pairs ne semble pas avoir été un aspect déterminant ni pour l'IAPT ni pour Better Access. Certaines données qualitatives ont été recueillies auprès des utilisateurs de services dans le cadre de l'évaluation de Better Access et d'un projet pilote de démonstration des services d'IAPT pour les personnes atteintes de maladies mentales graves (23-24). Ni IAPT ni Better Access n'ont intégré de façon systématique le soutien par les pairs, bien que certains services d'IAPT donnent accès à Big White Wall, un service en ligne qui comporte un important volet de soutien par les pairs (25). Il se peut que la mobilisation des personnes ayant un problème de santé mentale léger à modéré soit moins bien développée que celle des personnes ayant vécu de graves maladies mentales – qui sont généralement à la tête des mouvements de consommateurs-survivants et des efforts visant l'élaboration d'un système de santé mentale axé sur le rétablissement.

⁵ Voir la figure 14 à la page 32 du rapport Health Workforce Australia (17).

⁶ Voir le tableau 22 à la page 39 (17).

Néanmoins, à une époque où l'engagement des « patients » est le mantra de la réforme du système de santé, le manque d'engagement auprès des utilisateurs des services de Better Access et d'IAPT constitue une leçon importante pour le Canada.

Le temps investi dans la planification initiale a permis au Royaume-Uni d'éviter certains des problèmes de mise en œuvre rencontrés en Australie. Bien que l'Australie ait mis en œuvre des réformes à plus petite échelle pour améliorer l'accès aux services de psychothérapie au début des années 2000, l'expansion du régime d'assurance-maladie dans le cadre de Better Access s'est faite très rapidement. Le manque de planification semble avoir contribué à certaines difficultés inattendues, notamment une demande et des coûts connexes plus élevés que prévu (26), une répartition inéquitable des services (15) et peu de planification initiale pour l'évaluation et le suivi du rendement (23). IAPT, par contre, a été méticuleusement planifié, à commencer par des projets de démonstration, une formation sur mesure et des objectifs clairs appuyés par une vaste collecte de données et des rapports publics détaillés. Bien qu'IAPT ait également rencontré des problèmes d'iniquité entre les districts et les groupes ethniques (voir plus loin), il disposait des systèmes nécessaires pour soutenir l'amélioration continue de la qualité.

Leçons en matière de financement

La combinaison d'une couverture sans franchise et d'une quote-part s'inscrivait dans l'ensemble du système de santé. Les services d'IAPT sont gratuits; la couverture au premier dollar⁷ est assurée par NHS England. En Australie, les fournisseurs de Better Access ont le même pouvoir discrétionnaire sur les quotes-parts que les autres fournisseurs du régime d'assurance-maladie : ils peuvent offrir les services gratuitement et appliquer le principe de « facturation globale »⁸ au tarif du régime d'assurance-maladie ou exiger une quote-part du montant de leur choix. Cette harmonisation a facilité l'intégration des nouveaux services dans le système de santé existant des deux pays, même si, dans le cas de l'Australie, cela a perpétué les iniquités associées aux quotes-parts (voir ci-après).

L'approche basée sur les subventions et l'approche basée sur l'assurance peuvent toutes deux améliorer l'accès aux services. La portée et l'efficacité d'IAPT ne cessent de croître. En 2016-2017, un peu moins d'un million d'adultes ont bénéficié des services d'IAPT (soit un peu plus que l'objectif initial, qui était de 15 % des 6 millions de personnes souffrant d'anxiété et de dépression), et des taux de rétablissement (aux termes d'IAPT) de près de 50 % ont été enregistrés chez les patients qui ont terminé leur traitement au cours de la même période (12, 27). Comme indiqué précédemment, l'utilisation des services de traitement en santé mentale en Australie est passée de 37 à 46 % des personnes atteintes de troubles mentaux au cours des quatre premières années de Better Access (14).

Les approches basées sur les assurances peuvent nécessiter des mesures de contrôle des coûts plus prudentes, et les approches basées sur les subventions peuvent nécessiter des fonds cantonnés dès le début. En raison de la forte demande, Better Access a dû assumer des coûts plus élevés que prévu : les dépenses ont augmenté en moyenne de 8,5 % par année entre 2007 et 2011 (26). En 2011, la hausse des taux d'utilisation a ralenti après que le nombre maximal de séances offertes soit passé de 18 à 10 (28). Le programme IAPT basé sur les subventions, quant à lui, devait protéger son enveloppe de financement des autres secteurs du système de santé. Au cours des deux premières années du programme IAPT, le financement était cantonné et géré par le ministère de la Santé du Royaume-Uni. Aujourd'hui, il fait partie du financement global accordé aux soins de santé et géré par les commissaires locaux (12).

Le risque de transfert des coûts des services assurés par le secteur privé vers les services financés par le secteur public doit être évalué dans son contexte. Ce risque était particulièrement évident dans le cas de l'Australie, où les demandes de règlement d'assurance privée pour des services de psychologie ont chuté considérablement après l'introduction de Better Access en 2006, malgré l'absence de changements manifestes dans les prestations d'assurance (29-30). Il faut toutefois replacer cette diminution dans son contexte. Même si environ la moitié des Australiens disposent d'une assurance-

⁷ La couverture au premier dollar couvre le coût total d'un service, sans frais d'utilisation ni quote-part, comme c'est le cas pour les services couverts par NHS England et le régime d'assurance-maladie canadien.

⁸ Si les fournisseurs choisissent de ne pas demander de quote-part en sus des tarifs du régime d'assurance-maladie, ils peuvent appliquer le principe de facturation globale et éviter les coûts engendrés par la collecte directe des paiements auprès des utilisateurs du service.

maladie privée individuelle assortie d'une certaine forme d'indemnité de maladie additionnelle, l'ampleur des demandes de règlement d'assurance privée pour les services de psychologie a été éclipsée par l'adoption subséquente de services financés par l'État par le biais de Better Access⁹. On ignore si un transfert de coûts similaire s'est produit au Royaume-Uni après l'introduction d'IAPT, mais le nombre de personnes bénéficiant d'une assurance-maladie privée est plus faible au départ (estimé tout au plus à 11 % de la population; 31).

Leçons en matière de prestation de services

Il est possible de déployer efficacement un éventail de fournisseurs ayant des champs d'exercice clairs, étroitement liés ou non à l'inscription et à la législation. Les effectifs de Better Access et d'IAPT ne se composaient pas uniquement de psychologues. Les services de faible intensité d'IAPT, dont l'approche est la plus novatrice, sont fournis par des praticiens du bien-être psychologique ayant reçu une formation dispensée ou approuvée et supervisée par IAPT (la formation offerte aux praticiens du bien-être psychologique par IAPT est dispensée suivant un curriculum établi sur 45 jours; 32). Les thérapeutes pratiquant les interventions de haute intensité sont généralement (mais pas toujours) des professionnels paramédicaux de la santé mentale inscrits auprès de leur association ou ordre professionnel respectif. Ces fournisseurs doivent cependant suivre une formation dispensée ou approuvée par l'IAPT selon une ou plusieurs modalités fondées sur des données probantes (33). IAPT ne relie pas les champs d'exercice à la législation ou à l'inscription aux ordres professionnels en soi, pourvu que les thérapeutes se conforment aux critères d'IAPT pour les interventions de faible et de haute intensité. Better Access, quant à lui, relie étroitement les champs d'exercice à l'inscription auprès des ordres professionnels pertinents et aux lois connexes de chaque état ou territoire australien. Better Access accorde des rabais plus élevés aux psychologues cliniciens pour des thérapies psychologiques plus intensives, mais couvre également les services offerts par les psychologues, les travailleurs sociaux et les ergothérapeutes agréés (34-35). La TCC en ligne est en pleine évolution en Australie en tant qu'approche de faible intensité et, jusqu'à présent, les effectifs de praticiens du bien-être psychologique n'en sont qu'aux premiers stades de développement.

Si le contrôle du système et la continuité des soins sont mieux assurés grâce à l'aiguillage par les omnipraticiens, l'accès direct, quant à lui, favorise l'autonomisation des utilisateurs de services et un accès équitable. Les Australiens ont besoin d'une recommandation et d'un plan de traitement de leur omnipraticien pour accéder à Better Access (22). L'aiguillage par les omnipraticiens renforce la continuité des soins entre ces derniers et les services de psychologie. Dans un système basé sur l'assurance disposant de peu d'autres contrôles sur la prestation de services (et donc sur les coûts), l'aiguillage par les omnipraticiens sert probablement à la fois de mécanisme de contrôle de la qualité et de frein à une possible explosion de la demande. Ironiquement, la demande s'est avérée plus élevée que prévu malgré ce frein, mais on ignore jusqu'où les coûts auraient grimpé si l'accès direct avait été permis. Par ailleurs, la National Mental Health Commission d'Australie a recommandé que Better Access conserve l'aiguillage par les omnipraticiens, mais transfère la responsabilité de la planification du traitement à des professionnels paramédicaux de la santé mentale, à la condition que les plans de traitement soient ensuite communiqués aux omnipraticiens qui ont procédé à l'aiguillage (36). De toute façon, l'aiguillage par les omnipraticiens peut être particulièrement viable en Australie compte tenu de ses taux élevés de couverture médicale (3,52 pour 1 000 habitants, soit un ratio supérieur à la moyenne de l'OCDE de 3,19 pour 1 000 habitants) et des investissements dans la présence des omnipraticiens en milieu rural (37-38). En comparaison, le Royaume-Uni compte 2,79 médecins pour 1 000 habitants, soit un peu plus que les 2,66 pour 1 000 habitants au Canada (37).

L'approche adoptée par IAPT est plus souple et permet à la fois l'accès direct et l'aiguillage par les omnipraticiens, les employeurs et autres organismes communautaires. Dans un système basé sur les subventions et doté de nombreux contrôles sur la prestation des services, les dépassements de coûts ont soulevé moins de préoccupations. IAPT a amélioré l'accès aux services en fonction du nombre de programmes qu'il était en mesure de financer, en mettant l'accent sur la réduction des temps d'attente lorsque la demande dépassait la capacité. L'ouverture du programme à l'accès direct n'a pas entraîné un déluge d'« inquiets asymptomatiques » (qui seraient de toute façon exclus s'ils ne répondaient pas aux critères du programme) et a rendu IAPT plus accessible aux populations noires et ethniques minoritaires sous-représentées (39). Comme nous le verrons plus loin, des taux d'aiguillage plus équitables ne se traduisent pas toujours par

⁹ Entre 2006-2007 et 2009-2010, les services de psychologie privés ont chuté de façon marquée (passant de 417 199 à 249 023 séances). Cette baisse ne représente toutefois que 6,7 % de la croissance des services de Better Access (qui sont passés de 668 902 à 3 169 976 séances) (30).

des résultats équitables, mais, au moins, IAPT ouvre la porte au public. L'accès direct ne favorise pas la continuité des soins avec les omnipraticiens, mais il peut permettre d'établir le contact avec des personnes qui ne sont pas suffisamment avancées dans les soins primaires (y compris celles qui habitent dans les collectivités rurales, où la couverture des omnipraticiens est restreinte).

Pour être efficaces, les soins par paliers exigent des transitions harmonieuses, tant au sein des services qu'entre eux (y compris les soins de santé primaires). IAPT permet de naviguer entre les paliers supérieurs (interventions de haute intensité) et inférieurs (interventions de faible intensité) en toute fluidité. Cependant, en tant que service distinct qui permet l'accès direct, il n'offre aucune garantie de transition entre les soins de santé primaires et les services de santé mentale plus spécialisés. Cette faiblesse est quelque peu atténuée par l'aiguillage par les omnipraticiens et les organismes communautaires, et par le fait que les services d'IAPT sont souvent fournis dans des cliniques communautaires et prodigués par les mêmes organismes qui offrent des services spécialisés. De plus, grâce à un financement nouveau et élargi, IAPT accorde la priorité à l'intégration aux soins de santé physique; 22 nouveaux projets sont en cours visant à recruter 3 000 nouveaux thérapeutes et les placer dans les établissements de soins de santé primaires (40).

Better Access ne fait pas partie d'une approche par paliers comme telle, et ce qui existe en Australie est fragmenté. Des services de TCC en ligne de faible intensité sont offerts (avec le soutien du gouvernement fédéral) par diverses organisations (comme MoodGYM, beyondblue et This Way Up), mais le financement public se concentre principalement sur les services de thérapie de haute intensité fournis dans les bureaux des professionnels paramédicaux de la santé mentale par le biais de Better Access (et quelques programmes ciblés, fournis par l'entremise d'ATAPS). Bien que l'aiguillage par les omnipraticiens aide à relier Better Access et ATAPS aux soins de santé primaires, les transitions entre les paliers sont plus compliquées en Australie en raison du fait que les gouvernements des États ont juridiction sur les services hospitaliers, alors que les soins primaires relèvent du gouvernement du Commonwealth. Depuis 2015, la priorité est accordée à ces défis dans les nouveaux réseaux de soins de santé primaires financés par le gouvernement fédéral, qui ont pour mission de coordonner la planification basée sur les besoins avec les réseaux hospitaliers locaux financés par les États et de renforcer l'approche de soins par paliers pour la prestation de services de santé mentale (41).

Il est possible d'intégrer les innovations en matière de télésanté et de cybersanté aux modèles de prestation de services. Comme mentionné précédemment, la TCC en ligne sur laquelle l'Australie met l'accent n'a pas encore été pleinement intégrée dans un modèle de soins par paliers, et Better Access commence à peine à faire de l'accès à la télésanté une priorité (13). Dès le départ, le programme IAPT a fortement mis l'accent sur les services de faible intensité, comme les groupes de psychoéducation et la TCC automatisée en ligne, et déploie actuellement des efforts proactifs pour évaluer et intégrer les thérapies numériques fondées sur des données probantes (42).

Le soutien direct à la mise en œuvre joue un rôle clé dans une approche basée sur les subventions. En plus de la formation sur mesure et de la supervision hebdomadaire, l'IAPT assure la gestion directe du changement et offre une assistance technique aux programmes de l'IAPT. Ces mesures ont revêtu une importance particulière lors de la mise en œuvre initiale, alors que les fournisseurs s'adaptent aux nouvelles exigences; et les organisations, à la présence d'un nouveau programme.

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)

Grâce à un rigoureux système de gestion du rendement, la formation continue a été la clé de l'amélioration de la qualité, et il a fallu faire preuve de leadership clinique inspiré pour atténuer le risque que les fournisseurs se sentent surgérés ou jugés. Le National Mental Health Development Unit (financé par NHS England) a fourni un soutien considérable à la mise en œuvre au cours des premières années d'IAPT. En tant que conseiller clinique et informatique national de l'IAPT, David Clark a dirigé les efforts de recherche clinique à la London School of Economics dans un premier temps, puis, plus

récemment, dans le cadre de son poste à Oxford. Better Access est, dans une large mesure, un programme autogéré dans le cadre duquel le soutien direct à la mise en œuvre ne tient pas une place importante, outre la formation offerte aux fournisseurs pour s'acquitter des formalités administratives et communiquer les critères d'admissibilité au public (43). Les omnipraticiens doivent également suivre au moins six heures de formation en santé mentale pour pouvoir facturer en vertu du programme Better Access (44).

Le strict respect des approches fondées sur des données probantes donne d'excellents résultats, mais exige une gestion rigoureuse et limite les choix. IAPT est géré de manière très rigoureuse afin d'assurer le strict respect des directives de l'Institut NICE, et ne propose que les thérapies considérées comme ayant un niveau de preuve suffisant, comme la TCC et la thérapie interpersonnelle. On a donc reproché au programme de limiter les choix et de minimiser les preuves solides quant au rôle de l'alliance thérapeutique dans les résultats cliniques (45). Les cofondateurs de l'IAPT, David Clark et Richard Layard (économiste et membre de la Chambre des lords) soutiennent que le type de thérapie est plus important que l'alliance thérapeutique et citent pour preuve les solides résultats cliniques obtenus par IAPT (mesurés séance par séance) (12). Par ailleurs, Better Access se fie à l'autoréglementation professionnelle pour assurer la qualité des services fournis. Bien qu'une certaine orientation soit fournie concernant les approches fondées sur des données probantes, les audits de conformité ne sont réalisés qu'occasionnellement (46). L'approche que Better Access a adoptée est peu coûteuse et défendable, mais elle n'offre pas le même niveau d'assurance de la qualité que prévoit IAPT.

Le nombre moyen de séances semble se situer naturellement entre 5 et 6, bien que la fourchette varie considérablement.

Avant 2011, Better Access offrait un maximum de 6 séances, auxquelles pouvaient s'en ajouter 12 dans des circonstances exceptionnelles et sur approbation d'un omnipraticien. Malgré la possibilité de 18 séances, l'évaluation de 2011 a permis de constater qu'en moyenne, seulement 5 séances ont eu lieu. (23). Pour donner suite à ces constatations et aux préoccupations concernant une hausse imprévue des coûts, la limite a été baissée à 6 séances, avec la possibilité de 4 séances supplémentaires, selon l'examen de l'omnipraticien (47). IAPT ne semble pas avoir établi de façon formelle un nombre de séances maximal. Néanmoins, les données de 2014-2015 montrent que les gens utilisaient en moyenne 6,3 séances, ce qui comprend aussi bien les thérapies de faible intensité que de haute intensité (48). Le nombre moyen de séances peut cependant être faussé par l'inclusion des personnes qui choisissent d'abandonner après une ou deux séances, et n'est pas une indication de la fourchette dans l'un ou l'autre des niveaux d'intensité. Certaines personnes souffrant d'un niveau modéré de dépression et d'anxiété peuvent encore demander et bénéficier de plus de dix séances.

Leçons en matière d'équité et de portée

Bien qu'universels, les programmes IAPT et Better Access sont tous deux confrontés à des problèmes d'équité. L'étude la plus récente a révélé un taux d'utilisation des services de Better Access beaucoup plus élevé dans les zones urbaines que dans les zones rurales, et beaucoup plus faible dans les régions plus défavorisées sur le plan socio-économique (15). Bien que de tels écarts existaient avant 2006, ils ont probablement été accentués par la possibilité, pour les professionnels paramédicaux de la santé mentale, d'exiger une quote-part en vertu du programme Better Access. Non seulement ces quotes-parts représentent un obstacle financier pour les utilisateurs de services, mais ils dissuadent également les fournisseurs de pratiquer dans les régions plus défavorisées (souvent rurales).

En tant qu'homme ou femme d'affaires tentant de gagner sa vie, pourquoi vous établiriez-vous dans une région plus pauvre pour gagner [un salaire moyen] alors que vous pourriez vivre ailleurs et gagner [beaucoup plus] en traitant des gens qui vous ressemblent davantage et qui ont besoin de soins, mais qui ont plus de contrôle sur leur vie, qui sont plus susceptibles de se présenter à leurs rendez-vous et qui paient davantage? (16 : chercheur australien)

En réponse à ces préoccupations, un nouveau financement a été octroyé à Better Access en 2017 pour lui permettre d'améliorer ses services de télésanté (13). La National Mental Health Commission d'Australie a également recommandé que Better Access offre aux professionnels paramédicaux de la santé mentale des incitatifs les encourageant à pratiquer dans les régions rurales (36). Par ailleurs, Better Access rejoint tellement de personnes qu'il permet d'offrir un accès sans

précédent aux populations rurales et défavorisées.

[Better Access] a rendu les services de psychologie, y compris la psychothérapie, accessibles aux masses. ... Les agriculteurs me disent qu'ils vont s'asseoir sur leur tracteur et que personne ne sait qu'ils participent à un programme de cybersanté mentale. ... [D]es rues des collectivités défavorisées fortement multiculturelles aux municipalités reculées, ... que ce soit en personne ou en ligne, je sais que l'accès aux services de psychologie améliore la vie des gens. (16 : chercheur australien)

L'ethnicité et l'identité autochtone n'ont pas été examinées dans le cadre de l'évaluation de 2011 de Better Access. On a toutefois constaté que les populations aborigènes et insulaires du détroit de Torres en Australie disposent d'un meilleur accès aux services communautaires de santé mentale que les Australiens non autochtones, mais affichent des taux similaires de recours aux services de psychologues ou de psychiatres (49).

En Angleterre, les données sont axées sur les iniquités entre les districts et les groupes ethniques. Par exemple, en 2012-2013, les Blancs représentaient 89 % des utilisateurs d'IAPT, alors qu'ils représentent 86 % de la population de l'Angleterre et du Pays de Galles (selon les données du recensement de 2011 (50)). IAPT a fait état des résultats liés au désavantage socio-économique (mesurés au moyen de l'indice de désavantages multiples) pour la première fois en 2015-2016 (51). Alors que les taux d'aiguillage augmentent avec le désavantage, les taux d'achèvement de traitement diminuent. En outre, le taux de rétablissement tel que défini par IAPT dans le décile le plus défavorisé n'était que de 35 %, par rapport à 55 % dans le décile le moins défavorisé. D'une part, ces écarts sont liés à des disparités plus larges au sein des déterminants sociaux de la santé. D'autre part, les gens peuvent être privés des services de grande qualité d'IAPT en raison d'autres formes de désavantages.

[G]énéralement, en psychologie, il y a deux points de vue. L'un d'eux voulant que, si vous vivez dans une zone socialement défavorisée, vos conditions soient si difficiles que des services de psychologie ne pourraient pas grand-chose pour vous; l'autre voulant que, dans la plupart des sociétés, si vous vivez dans une région socialement défavorisée, vous soyez privé de presque tout, y compris des bons services de santé mentale. L'une des raisons pour lesquelles vous pourriez obtenir de moins bons résultats est que les services ne sont pas de très bonne qualité. (16 : chercheur britannique) IAPT pourrait se servir de ses vastes données pour se concentrer sur l'amélioration de la qualité et ainsi réduire les écarts dans les résultats. La compétence culturelle est aussi intégrée dans les programmes de formation de faible et de haute intensité d'IAPT, conformément aux lignes directrices de l'Institut NICE (32, 52-53).

Des approches universelles peuvent être combinées à des programmes ciblés afin de favoriser une adoption équitable.

Better Access et IAPT sont deux programmes universels (c'est-à-dire offerts à tous, sans évaluation des ressources), auxquels on a greffé certains mécanismes de ciblage pour favoriser une adoption équitable. En Australie, le programme Better Access basé sur l'assurance est complété par le programme ATAPS, plus modeste, qui cible des groupes et des régions plus défavorisés dans une approche basée sur les subventions. Depuis 2017, ATAPS est intégré aux nouveaux réseaux de soins de santé primaires et a pour mandat d'adapter les programmes aux besoins des populations des districts.

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)

Au Royaume-Uni, IAPT préconise l'adaptation aux besoins locaux au niveau des districts. Par exemple, les organismes locaux de mise en service et les programmes d'IAPT sont conçus pour adapter leurs services aux besoins de la population

locale (p. ex., en les offrant en soirée) et à s'associer à des organismes communautaires locaux pour renforcer les efforts de sensibilisation auprès des groupes sous-représentés tout en restant fidèles au modèle.

Essentiellement, IAPT est dévolu aux comités de mise en service clinique pour s'assurer qu'on répond aux besoins de leurs populations locales. C'est à eux de veiller à répondre aux besoins en matière d'égalité et de diversité. Si un aspect précis du programme doit être adapté, c'est à ce niveau qu'il l'est. (16 : décideur britannique)

Par ailleurs, l'objectif d'IAPT consistant à rejoindre 15 % des adultes souffrant de dépression et d'anxiété va à l'encontre de cette adaptation, car il y a peu de mesures incitatives en place pour sensibiliser les groupes difficiles d'accès.

Des objectifs d'équité précis sont nécessaires pour assurer la responsabilisation d'IAPT et de Better Access en matière de résultats équitables. En plus des cibles liées à la géographie, à l'ethnicité et au statut socio-économique, c'est parmi les aînés et les hommes que le taux de participation au programme a été le plus faible dans les deux pays (50, 54). Depuis sa mise en œuvre, IAPT recueille aussi des données sur l'orientation sexuelle, qui révèlent que les taux de rétablissement sont plus élevés chez les utilisateurs de services hétérosexuels que chez ceux qui sont gais, lesbiennes, bisexuels ou incertains de leur orientation sexuelle (51).

Il est plus facile d'obtenir des résultats lorsque la portée est limitée, mais cela pousse également à élargir la couverture. Bien que les données probantes sur les résultats de Better Access ne reposent que sur un petit sous-échantillon, elles indiquent des améliorations cliniques au sein de la population cible : les personnes souffrant de dépression et d'anxiété légères à modérées (23). Grâce à son ensemble de données plus solides et à sa capacité de filtrage, IAPT démontre une augmentation des taux de rétablissement au fil du temps chez les personnes souffrant de dépression légère à modérée et de troubles anxieux. Bien que le refus du service soit la principale raison pour laquelle les personnes aiguillées vers IAPT interrompent leur traitement (51), la capacité d'IAPT à repérer les personnes éprouvant des besoins plus complexes a contribué à son succès.

Le taux de rétablissement a augmenté parce que le personnel intervient auprès de personnes pour lesquelles IAPT n'est peut-être pas conçu. Par exemple, certains thérapeutes au sein de ce service traitaient les demandeurs d'asile souffrant de traumatismes graves et complexes qui ne sont pas censés être traités en vertu d'IAPT, et qui ne parviendront jamais au rétablissement tel que défini par IAPT. J'ai donc déplacé cette prestation dans une autre partie du service. (16 : intervenant britannique)

En ce sens, la portée étroite des deux programmes a contribué à leur réussite respective, ce qui, en retour, a créé de la pression pour élargir leur portée. L'Australie a refocalisé son action sur les personnes ayant des besoins plus complexes dans le cadre du cinquième plan national de santé mentale et de prévention du suicide de 2017 et, au Royaume-Uni, IAPT élargit son champ d'action pour inclure les personnes ayant des besoins plus complexes, ainsi que les enfants et les jeunes (55, 12).

Les personnes ayant des troubles liés à la consommation de substances pourraient certainement tirer profit des services de psychothérapie et devraient y avoir droit. L'IAPT et Better Access reconnaissent tous deux les taux élevés de troubles concomitants de dépression, d'anxiété et de consommation de substances, ainsi que les avantages potentiels de la TCC et d'autres services de psychothérapie pour traiter les problèmes liés à la consommation de substances. IAPT n'exclut les personnes ayant des troubles liés à la consommation de substances que si leurs symptômes sont trop graves pour bénéficier d'une thérapie par la parole (tout comme les personnes ayant des symptômes psychotiques actifs peuvent être exclues), et encourage les services d'IAPT à coordonner les soins avec les services de lutte contre la consommation de substances (56). Même si Better Access a été mis sur pied en réponse à des statistiques qui incluaient les troubles liés à la consommation de substances, le programme met l'accent sur la dépression et l'anxiété. Better Access n'exclut toutefois pas les personnes ayant des troubles liés à la consommation de substances, même lorsqu'il s'agit du diagnostic primaire (bien que cela semble être le cas pour moins de 6 % des clients) (23). Ce sont les omnipraticiens qui déterminent les avantages potentiels des services de psychothérapie lorsqu'ils élaborent les plans de soins individuels, et ils tiennent compte de la consommation de substances comme un élément distinct (22).

Leçons en matière de surveillance

Un véritable système d'apprentissage exige un investissement important dans les données et un leadership inspirant. De grandes quantités de données cliniques et administratives sont recueillies par le biais d'IAPT, y compris dans le cadre des séances individuelles. Ces données sont diffusées mensuellement et synthétisées dans des rapports annuels. Ce contrôle serré fait d'IAPT un véritable système d'apprentissage et oriente l'amélioration constante de la qualité vers la réalisation des objectifs qui, à leur tour, s'appuient sur l'Institut NICE. Mais une approche aussi exigeante en données requiert évidemment un investissement de ressources important. Il faut également un leadership clinique solide pour que les fournisseurs d'IAPT saisissent les possibilités d'apprentissage offertes par les données et pour éviter que le milieu de travail les considère comme des sanctions.

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)

Better Access repose principalement sur des données administratives provenant des demandes de règlement au titre du barème de prestations du régime d'assurance-maladie et d'un échantillon qui a été créé pour l'évaluation de 2011. Cette approche est beaucoup moins exigeante en ressources, mais elle donne aux bailleurs de fonds beaucoup moins d'information sur la qualité des services fournis, les résultats cliniques et les facteurs socio-démographiques.

Je crois que la meilleure rémunération des fournisseurs améliore l'accès aux soins, mais ce n'est que le premier pas. [I]l faut scruter l'ensemble des services pour lesquels vous paierez si vous utilisez l'argent des contribuables. Ce que nous ignorons souvent, c'est l'intervention qui est faite auprès de la personne. (16 : chercheur australien)

L'établissement d'objectifs clairs accroît la responsabilisation, mais peut créer des incitatifs indésirables. Conformément à son approche riche en données, IAPT a d'abord fixé des objectifs clairs et est en mesure de démontrer de manière évidente qu'il les atteint. Mais la réalisation de ces objectifs depuis 2017 incite aussi les administrateurs et les fournisseurs d'IAPT à gérer en fonction des cibles, ce qui risque non seulement d'encourager certains à déjouer le système, mais aussi de compromettre l'expérience des utilisateurs de services et d'imposer un fardeau énorme aux fournisseurs de services.

[Q]uand IAPT a été mis sur pied, les objectifs et les attentes étaient très stricts. Le programme était rigoureux et géré au quart de tour. Ce qui me frappe, souvent, c'est qu'il est conçu d'une manière qui va vraiment à l'encontre de ce qui est le mieux pour le patient... On finit par dénaturer les bonnes pratiques cliniques pour atteindre les objectifs. (16 : chercheur britannique)

Malgré l'absence de cibles explicites, Better Access enregistre tout de même une hausse considérable des taux de traitement pour les personnes atteintes de troubles mentaux (14).

La supervision clinique joue un rôle clé dans la promotion du respect des approches fondées sur des données probantes. Les fournisseurs d'IAPT sont soumis à une supervision hebdomadaire, assurée par les superviseurs d'IAPT, cliniciens expérimentés ayant suivi une formation – dispensée ou approuvée par IAPT – à l'intention des superviseurs d'approches fondées sur des données probantes proposées par IAPT (57). En Australie, Better Access s'appuie sur la supervision et sur les exigences en matière de pratiques fondées sur des données probantes qui sont établies par les associations professionnelles des fournisseurs admissibles. D'une part, cette approche tire parti d'effectifs paramédicaux en santé mentale mieux qualifiés. D'autre part, Better Access a moins de contrôle qu'IAPT sur le respect des approches fondées sur des données probantes.

Leçons en matière de durabilité

Le soutien bipartite et des champions de forte réputation sont importants pour obtenir et soutenir l'investissement. Au Royaume-Uni, l'économiste et membre de la Chambre des lords, Richard Layard, et le psychologue et chercheur, David Clark, ont joué un rôle déterminant dans la constitution du dossier initial pour IAPT en veillant à ce que le programme tienne ses promesses et en mobilisant les appuis politiques en faveur du programme malgré les changements de gouvernement. En Australie, des politiciens comme l'ancien premier ministre John Howard (qui a dirigé le lancement de Better Access), l'ancien premier ministre de Victoria, Jeff Kennett (qui a lancé beyondblue), et l'actuel ministre fédéral de la Santé, Greg Hunt, se sont faits les champions de la santé mentale, et le financement de Better Access a été maintenu par les gouvernements libéral et travailliste. Les débats entre cliniciens-chercheurs comme Ian Hickie, Graham Meadows et Jane Pirkis ont également maintenu Better Access au centre de l'actualité (58, 15, 59).

Il ne fait aucun doute, lorsqu'on songe aux moments forts de la réforme en Australie, en particulier les injections de fonds majeures, que le programme reposait presque entièrement sur le parrainage personnel important du premier ministre ou du ministre de la Santé au niveau du Commonwealth. (16 : Intervenant australien)

CONCLUSION DU PREMIER VOLET

Le premier des deux volets du présent document de travail est axé sur les leçons tirées de la mise en œuvre des réformes visant à améliorer l'accès aux services de psychothérapie au Royaume-Uni et en Australie. Bon nombre de ces leçons font ressortir les avantages relatifs de l'approche basée sur les subventions d'IAPT par rapport à l'initiative Better Access, basée sur l'assurance. Le contrôle central, la gestion serrée des normes et des objectifs et la collecte de données solides d'IAPT ont contribué à des résultats impressionnants, mais l'approche est très exigeante en ressources et requiert un leadership clinique inspirant afin de ne pas imposer de contraintes inutiles à la main-d'œuvre. Le fait que Better Access s'appuie sur la réglementation professionnelle et sur les données administratives du régime d'assurance-maladie permet une moins grande assurance de la qualité, mais le programme a tout de même enregistré une amélioration notable en matière d'accès grâce à un modèle moins interventionniste. Quelle que soit l'approche choisie, les deux modèles sont confrontés à des problèmes d'iniquité. Le deuxième volet du présent document fait le lien entre les leçons apprises à l'échelle internationale et le contexte canadien, dans le but de favoriser le dialogue continu et la prise de décisions fondées sur des données probantes – sur les plans du système et de la planification des services – quant à la meilleure façon de mettre en œuvre des réformes semblables.

Deuxième composante : Adapter les leçons apprises à l'échelle mondiale au contexte canadien

La deuxième composante de ce document de travail met en correspondance les enseignements tirés au fil des réformes australienne et britannique, énumérés dans la première composante, avec la réalité canadienne. Par exemple, dans quelle mesure l'approche de commandement et de contrôle du R.-U. pourrait-elle être adaptée au système plus décentralisé du Canada? Comment pourrait-on adapter le modèle australien d'assurance-maladie avec quote-part au modèle canadien de couverture au premier dollar? Cet exercice de cartographie, basé sur les catégories générales décrites dans la première composante, consiste à examiner les leçons apprises à l'échelle mondiale qui pourraient s'appliquer au contexte canadien ainsi que l'information requise pour orienter la planification de haut niveau. En vertu des nouveaux investissements fédéraux accordés en 2017, les gouvernements provinciaux et territoriaux commencent à annoncer l'adoption de réformes. Par exemple, l'Ontario a annoncé un financement de 73 millions de dollars (sur trois ans) pour son nouveau programme de psychothérapie structurée; le Québec investira 35 millions de dollars dans la première phase d'un nouveau

programme public de psychothérapie (5-6); la Colombie-Britannique a ajouté des services pour les personnes ayant des problèmes légers à modérés de santé mentale et de consommation de substances à ses lignes directrices 2017 à l'intention des réseaux de soins primaires; Terre-Neuve-et-Labrador a prévu un accès élargi à la thérapie en ligne et à la thérapie comportementale dialectique à son entente bilatérale de financement avec le gouvernement fédéral (60-61).

Dans l'optique de la réforme des services de psychothérapie, quelles sont les principales caractéristiques du contexte canadien?

Le contexte canadien présente quatre caractéristiques notables en ce qui concerne la réforme de la psychothérapie : une structure gouvernementale hautement décentralisée; une protection profonde mais étroite par l'assurance-maladie; une cohabitation des modèles basés sur les subventions publiques et de financement basé sur les assurances; et un financement fédéral direct pour certaines populations sous juridiction fédérale, comme les Premières Nations et les Inuits, les réfugiés, le personnel militaire et les anciens combattants. Le système canadien a fait l'objet d'un examen plus approfondi dans un document antérieur de la CSMC sur l'expansion de l'accès à la psychothérapie (7).

La fédération canadienne est hautement décentralisée, dans le secteur de la santé plus que dans tout autre domaine. La santé relève de la compétence des provinces et des territoires, et les transferts reçus du gouvernement fédéral du Canada couvrent seulement 23 % des dépenses provinciales et territoriales en santé (62). En comparaison, le gouvernement fédéral australien a compétence sur l'assurance-maladie et finance 61 % des dépenses publiques totales en santé (63). Au Canada, les gouvernements provinciaux et territoriaux exercent un contrôle considérable sur leurs systèmes de soins de santé, mais ils ont peine à générer suffisamment de revenus pour couvrir les coûts croissants en santé, en tenant compte des accords fiscaux conclus avec le gouvernement fédéral. Entre 2001 et 2016, la proportion des dépenses totales des provinces consacrées à la santé est passée de 37 à 40 % (moyenne des dix provinces; 64).

La structure fédérale décentralisée du Canada a concouru à une autre caractéristique clé de son système de santé : une protection d'assurance-maladie publique profonde mais étroite. Au terme d'intenses négociations menées durant les années 1950 et 1960, on a introduit un régime de couverture au premier dollar (donc une protection « profonde ») des services reçus à l'hôpital ou de la part d'un médecin (donc une protection « étroite »). Malgré les nombreux efforts déployés aux quatre coins du système de santé durant les années subséquentes, cette couverture n'a jamais été élargie pour inclure une gamme de services médicalement nécessaires, comme l'assurance-médicaments, les soins dentaires, les soins à domicile et la psychothérapie. Or, si la *Loi canadienne sur la santé de 1984* donne aux gouvernements provinciaux et territoriaux la latitude pour financer ces services, elle ne les oblige pas à le faire. En conséquence, le système de prestation de services de psychothérapie fonctionne actuellement à deux vitesses au Canada. La couverture au premier dollar couvre une sélection limitée de services fournis soit par un médecin de famille, soit par un psychiatre, dans un cabinet privé, un hôpital ou une clinique publique. Le financement privé (par un régime d'assurance-maladie offert en milieu de travail ou aux frais du client) couvre une gamme plus large de services offerts par des psychologues, des travailleurs sociaux et d'autres professionnels de la santé mentale (fournisseurs non-médecins). Par conséquent, les quelque 12 millions de Canadiens et de Canadiennes, généralement à faible revenu, ne jouissant d'aucune protection en milieu de travail ou n'ayant pas les moyens de payer eux-mêmes se retrouvent sur les listes d'attentes de services publics limités ou ils doivent s'en passer (2).

Si ce système à deux vitesses comporte des lacunes et des iniquités en matière d'accès à la psychothérapie, les systèmes de santé provinciaux et territoriaux ont néanmoins réalisé certaines avancées dans l'accès aux services publics en offrant une combinaison de services médicaux et hospitaliers couverts par une assurance et de services subventionnés dans les centres communautaires de santé mentale. Des sommes considérables ont aussi été investies dans divers modèles de soins de santé primaires dispensés en collaboration, qui sont généralement offerts par des équipes interdisciplinaires et qui incluent certains services de santé mentale (65). Ces soins ont l'avantage d'offrir une meilleure coordination des services, de tenir compte de l'expérience des patients et d'offrir un accès en temps opportun à une gamme plus vaste de services. Ils sont toutefois coûteux et ont été décrits comme « peu attrayants » en comparaison avec les réformes de soins primaires engagées dans d'autres pays (66-67). En outre, compte tenu du sous-financement général, tant les soins donnés en collaboration que les services communautaires de santé mentale ont éprouvé de la difficulté à assurer l'accès en temps opportun aux soins de santé mentale (68-69).

La juridiction fédérale sur les services de psychothérapie offerts à certaines populations constitue une exception dans la réalité canadienne. Les membres inscrits des Premières nations et les Inuits ont droit jusqu'à 22 heures de psychothérapie professionnelle couvertes par l'assurance-maladie, par l'entremise des services de Counseling en santé mentale du Programme des services de santé non assurés du gouvernement fédéral (70). Cependant, des problèmes de longue date subsistent quant à la disponibilité et à la sécurité culturelle, compte tenu de l'éloignement de nombreuses communautés et des variations des connaissances culturelles des fournisseurs de services. Des mesures de soutien affectif et culturel (offertes par des Aînés) ont récemment été ajoutées au Programme de soutien en santé – résolution des questions des pensionnats indiens, même si l'avenir de ce programme au-delà de la Convention de règlement (qui devrait prendre fin en 2019) est incertain. De même, bien que les services de santé mentale destinés aux vétérans et aux militaires fassent souvent l'objet de critiques en raison des besoins élevés de ces groupes, le gouvernement fédéral finance ces services de psychothérapie davantage que ceux qui sont offerts à l'ensemble de la population. Il couvre également jusqu'à 10 séances de psychothérapie (20 si jugé médicalement nécessaire) pour les réfugiés (71).

D'autre part, la structure fondamentale des soins de santé publics a contribué à certains problèmes de taille dans le contexte canadien. Pour plusieurs raisons historiques, les dépenses publiques totales en santé mentale sont faibles au Canada, soit entre 5 et 7 % des dépenses publiques en santé,¹⁰ comparativement à 13 % au R.-U. (3, 4), et les efforts menés pour transférer des ressources des hôpitaux aux établissements communautaires ont aussi échoué. Au-delà des services de professionnels paramédicaux couverts par les régimes provinciaux d'assurance, les besoins non satisfaits en matière de psychothérapie sont particulièrement élevés (2). On a constaté des iniquités d'accès criantes basées sur le revenu dans le système à deux vitesses (72). Il est également difficile d'assurer une solide reddition de compte dans un système aussi décentralisé où aucun palier de gouvernement n'assume la pleine responsabilité de tous les aspects des politiques de santé. Cette difficulté touche encore plus durement les populations couvertes par des programmes fédéraux, où la fragmentation et les écarts entre les services fédéraux et les services provinciaux ou territoriaux posent problème depuis longtemps.

Le contexte canadien possède toutefois plusieurs atouts dont on pourra tirer avantage pour l'amélioration de l'accès aux psychothérapies. Historiquement, la compétence provinciale et territoriale sur la santé favorise l'innovation dans la prestation de services de santé mentale (73) et continuera de le faire. En partie parce que le régime d'assurance-maladie est axé sur les médecins, les modèles de soins faits en collaboration ont été au cœur de ces innovations, et dans une certaine mesure, des fournisseurs de soins de santé mentale paramédicaux ont été déployés dans les établissements de soins primaires sous une forme ou une autre un peu partout au pays. Des efforts ont aussi été faits dans d'autres secteurs, comme l'éducation, pour répondre aux besoins non satisfaits. Parallèlement, les régimes d'assurance offerts en milieu de travail ont permis de combler des lacunes dans la couverture d'assurance pour les psychothérapies, et, plus récemment, quelques employeurs, comme Manuvie et Starbucks, ont haussé de façon substantielle les prestations offertes à leurs employés pour les réclamations liées à la santé mentale (74-75). Enfin, les gouvernements du Canada peuvent mettre à profit les leçons apprises du long historique d'assurance fédérale universelle offerte à certaines populations.

Comment les enseignements tirés à l'échelle mondiale s'appliquent-ils à la réalité canadienne?

Les considérations particulièrement importantes en ce qui concerne la mise en œuvre au Canada sont regroupées en fonction des catégories définies dans la première section de ce document : planification; financement; prestation des services; équité et portée; surveillance; et durabilité. Pour une consultation facile, les enseignements tirés à l'échelle mondiale sont résumés en caractères italiques dans des encadrés au début de chacune de ces sections; les considérations liées au contexte canadien s'y trouvent en caractères gras, suivies d'explications plus détaillées à leur sujet.

¹⁰ Tandis que l'estimation la plus faible (5 %) englobe seulement les dépenses liées aux hôpitaux, aux médecins et aux médicaments, l'estimation la plus élevée inclut un éventail de services communautaires ainsi que des services destinés aux Premières nations (3, 4).

LEÇONS LIÉES À LA PLANIFICATION APPRISSES À L'ÉCHELLE MONDIALE – CONSIDÉRATIONS CANADIENNES

La conception des systèmes de services est étroitement liée aux leviers politiques présents dans les différents gouvernements. Les gouvernements provinciaux et territoriaux ont accès à des leviers stratégiques liés soit aux assurances, soit aux modèles basés sur les subventions.

Seule une augmentation du nombre de fournisseurs de psychothérapies a entraîné une véritable amélioration de l'accès. Des données sur la capacité de base de la main-d'œuvre sont requises pour orienter l'augmentation de l'offre. Les deux plans envisagés prévoient une étroite collaboration avec un vaste éventail de fournisseurs, dont les omnipraticiens. Les omnipraticiens et d'autres fournisseurs ont déjà exprimé leur appui massif sur le principe, mais il faudra mobiliser l'appui des fournisseurs pour des réformes spécifiques.

La mobilisation des utilisateurs des services et l'inclusion des pairs aidants sont faibles. Le Canada a l'occasion de jouer un rôle de chef de file sur les plans de l'engagement des utilisateurs et du soutien par les pairs.

Grâce au temps investi dans la planification préalable, le R.-U. a évité les écueils rencontrés par l'Australie lors de la mise en œuvre. Présence de données probantes sur la prévalence, les besoins non satisfaits, l'efficacité clinique, les coûts et le rendement des investissements; des projets de démonstration constitueront une prochaine étape appropriée.

Considérations liées à la planification

Les gouvernements provinciaux et territoriaux ont accès à des leviers stratégiques liés soit aux assurances, soit aux modèles basés sur les subventions. Les gouvernements provinciaux et territoriaux ont déjà mis en œuvre des approches basées sur les subventions, par exemple des programmes et des centres communautaires de santé mentale, et ont pleine compétence sur l'assurance-maladie. D'un autre côté, la pression financière est forte dans l'ensemble du secteur, et certaines régions plus petites ou moins peuplées n'ont pas nécessairement les capacités requises pour contrôler tous les leviers disponibles. Toutefois, il coûterait seulement quelque 3,1 milliards de dollars par année (une somme réduite de 500 millions par année pour les dix prochaines années par le gouvernement fédéral; 76) pour atteindre la cible de la CSMC, à savoir l'augmentation de la proportion des dépenses en santé mentale de 7 à 9 % du portefeuille de la santé publique.

Des données sur la capacité de base de la main-d'œuvre sont requises pour orienter l'augmentation de l'offre. Les données existantes sur la capacité de base de la main-d'œuvre sont limitées et fragmentées. L'ICIS compile toutefois certaines données concernant les psychologues, travailleurs sociaux et ergothérapeutes et doit publier de nouveaux rapports attendus pour 2018 (77). Les provinces et les territoires ont aussi en main des données sur les effectifs paramédicaux en santé mentale, souvent compilées par des associations professionnelles provinciales. Il y a vraisemblablement une certaine capacité sous-utilisée chez les professionnels de la santé mentale non-médecins qui pourrait être mobilisée au moyen d'un financement public accru (7). Cependant, la capacité sous-utilisée n'a pas suffi à augmenter l'accès au R.-U. et en Australie. La capacité de l'effectif au Canada devra être surveillée de plus près afin d'assurer qu'un nouveau financement public donne lieu à une réelle augmentation de l'offre, et non seulement à un transfert depuis les services financés par des assurances en milieu de travail vers des services publics, ou depuis des services déjà existants vers de nouveaux services publics.

Au-delà des types habituels de données sur la main-d'œuvre, de l'information sur les capacités de supervision et de formation pourrait être requise, de même que sur la capacité d'offrir certaines thérapies fondées sur les données probantes en particulier, comme la thérapie cognitivo-comportementale et la thérapie interpersonnelle, entre autres. Au R.-U., une planification rigoureuse a permis d'évaluer la capacité de la main-d'œuvre, d'élaborer une formation spécifique et de former un effectif en vue de combler les lacunes. Ces ressources pourraient être adaptées à la réalité canadienne en collaboration avec des programmes de formation postsecondaire, des associations professionnelles et des établissements d'enseignement. Il pourrait aussi être nécessaire de revoir et d'ajuster certains cadres réglementaires et champs d'exercice. À l'heure actuelle, seuls l'Ontario, le Québec, le Nouveau-Brunswick et la Nouvelle-Écosse sont dotés de

règlements protégeant les titres de psychothérapeute ou de conseiller certifié, mais des initiatives de réglementation sont en cours dans plusieurs autres provinces (78).

Les omnipraticiens et d'autres fournisseurs ont déjà exprimé un soutien de principe massif, mais il faudra mobiliser un appui pour des réformes précises. Toutes les associations professionnelles canadiennes concernées, y compris le Collège des médecins de famille du Canada, ont exprimé leur appui à un accès élargi à la psychothérapie dans le rapport 2017 de l'ACMMSM, *Santé mentale : que ça bouge!* (79). Les innovations réalisées dans les soins faits en collaboration ont également jeté des bases solides pour une collaboration interprofessionnelle autour des services de psychothérapie. À mesure que les gouvernements provinciaux et territoriaux adoptent des réformes, un engagement continu auprès d'une série de fournisseurs sera nécessaire pour passer d'un large soutien de principe à un appui voué à une mise en œuvre détaillée, notamment concernant les critères d'admissibilité, la rémunération et les champs d'exercice.

Le Canada a l'occasion de jouer un rôle de chef de file sur les plans de l'engagement des utilisateurs et du soutien par les pairs. Le soutien par les pairs, une forme de soutien émotionnel et pratique entre personnes vivant une même expérience, peut contribuer de façon significative à améliorer l'accès aux services et aux mesures de soutien en santé mentale (80). Le soutien par les pairs et la mobilisation accrue des personnes ayant vécu la maladie mentale et de leur famille sont élevés au rang de priorité dans les politiques canadiennes de santé mentale, en plus d'être reconnus comme des pratiques fondées sur des données probantes. Tous deux font partie des recommandations d'action formulées dans la *Stratégie en matière de santé mentale pour le Canada* (81). En 2018, Santé Canada a lancé un appel de recherche sur l'intégration du soutien par les pairs aux soins de santé primaires (82). En outre, la Stratégie de recherche axée sur le patient des IRSC a stimulé la mobilisation des utilisateurs de services dans le cadre de la réforme de la santé mentale tout comme dans d'autres domaines du système de santé. Les programmes IAPT et Better Access, du R.-U. et de l'Australie respectivement, n'ont pas particulièrement excellé sur ces plans. Les gouvernements provinciaux et territoriaux du Canada ont l'occasion de frayer de nouvelles voies en intégrant plus pleinement le soutien par les pairs à leurs efforts pour élargir l'accès à la psychothérapie et en augmentant encore davantage la participation des utilisateurs de services et des familles à la conception et à la mise en œuvre des réformes.

Présence de données probantes sur la prévalence, les besoins non satisfaits, l'efficacité clinique, les coûts et le rendement des investissements; des projets de démonstration constitueront une prochaine étape appropriée. Plusieurs des éléments essentiels de la planification sont bien avancés : les données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes sur la prévalence et les besoins non satisfaits; les données probantes sur l'efficacité clinique sont bien documentées par l'Institut NICE et certaines organisations canadiennes, dont Qualité des services de santé Ontario (83-84); et diverses études ont été menées au sujet des coûts et du rendement des investissements (85). Dans une étude détaillée sur les coûts d'une augmentation des fonds consacrés à l'assurance pour la psychothérapie, Vasiliadis et coll. ont estimé à 123 millions de dollars le montant requis pour fournir des services psychologiques d'une valeur de 1 292 \$ à 95 000 personnes ayant des besoins non satisfaits liés à la dépression au Canada, et ont calculé que la société économiserait 2 \$ pour chaque dollar investi (86). Comme au R.-U., les projets de démonstration sont une bonne étape subséquente puisqu'ils permettent d'évaluer la conception du système de services et de faire valoir la pertinence d'un déploiement à grande échelle. Bien qu'ils ne l'aient pas déclaré officiellement, le financement annoncé à ce jour par le Québec et l'Ontario indiquent que des projets de démonstration sont en démarrage.

LEÇONS LIÉES AU FINANCEMENT APPRIS À L'ÉCHELLE MONDIALE – CONSIDÉRATIONS CANADIENNES

La combinaison de quote-part et de couverture au premier dollar reflète le système de santé dans son ensemble. Le modèle avec quote-part et la couverture au premier dollar comportent tous deux des avantages et des précédents.

Les approches basées sur les subventions et celles basées sur les assurances peuvent toutes deux améliorer l'accès; ET les approches basées sur les assurances pourraient nécessiter des mesures de contrôle des coûts plus serrées, tandis que les approches basées sur les subventions pourraient nécessiter des fonds réservés dès le départ.

Le Canada peut s'inspirer d'enseignements appris à l'échelle mondiale pour évaluer les compromis associés à chacune de ces approches.

Le risque de donner lieu à un déplacement des coûts depuis les assureurs privés vers les services publics doit être évalué en fonction du contexte. Le risque d'assister à un déplacement des coûts des assurances offertes en milieu de travail peut être évalué à l'avance.

Considérations liées au financement

Le modèle avec quote-part et la couverture au premier dollar comportent tous deux des avantages et des précédents. Une approche basée sur la couverture d'assurance au premier dollar (avec extension de l'admissibilité à l'assurance-maladie aux services de psychologues et d'autres professionnels paramédicaux de la santé mentale) permettrait une intégration harmonieuse aux services reçus de médecins et dans les hôpitaux, éliminerait les obstacles financiers à l'accès et favoriserait la parité entre la psychothérapie et d'autres services de santé. Si l'assurance-maladie publique a connu une certaine expansion (p. ex. une couverture élargie des médicaments d'ordonnance), les réformes réalisées ciblaient généralement des groupes d'âge ou des niveaux de revenu en particulier et comportaient une quote-part, soit sous forme de frais d'utilisation ou d'impôt sur le revenu. L'imposition d'une quote-part permettrait une intégration plus harmonieuse de la psychothérapie publique au système de couverture offerte en milieu de travail, tout en prévenant le déplacement des coûts du secteur privé vers le public, mais elle pourrait recevoir un accueil défavorable en raison de son impact sur l'équité et de l'importance que la population canadienne accorde à la couverture au premier dollar. À ce jour, les réformes provinciales et territoriales ont suivi des approches basées sur les subventions au premier dollar dans leurs initiatives d'amélioration de l'accès à la psychothérapie dans les services de santé mentale communautaires et certaines formes de soins faits en collaboration.

Le Canada peut s'inspirer d'enseignements appris à l'échelle mondiale pour évaluer les compromis associés aux approches basées sur l'assurance et sur les subventions. Ces deux approches pourraient être adaptées au contexte canadien, mais des compromis devront être faits en ce qui concerne, d'une part, le contrôle exercé sur les coûts et d'autres résultats et, d'autre part, les ressources administratives requises pour opérer la réforme. Les leçons apprises au R.-U. montrent que les modèles basés sur les subventions procurent aux gouvernements provinciaux et territoriaux un contrôle serré des coûts et une grande fidélité aux approches basées sur les données probantes, mais qu'ils nécessitent l'injection de ressources considérables dans l'administration, de la formation aux cibles établies en passant par la cueillette de données. Un financement réservé était nécessaire durant les premières années du programme IAPT et serait aussi envisageable au Canada, compte tenu des pressions énormes exercées sur les budgets de santé des provinces et des territoires. Les leçons apprises en Australie montrent que les approches basées sur l'assurance permettraient aux gouvernements provinciaux et territoriaux d'améliorer l'accès sans avoir à investir massivement dans l'administration de programme, mais qu'elles procurent un moindre contrôle des coûts et de la qualité. D'un autre côté, des réformes basées sur l'assurance permettraient, au Canada, de répondre à une forte demande et de renforcer la mesure du rendement grâce à une combinaison de moyens : augmentation de la main-d'œuvre, plafonds flexibles quant au nombre de séances, cueillette de données plus rigoureuse dès le départ.

Le risque d'assister à un déplacement des coûts des assurances offertes en milieu de travail peut être évalué à l'avance.

Comme environ les deux tiers des habitants du Canada ont accès à une couverture d'assurance en milieu de travail (2) et compte tenu de l'expérience australienne où les réclamations d'assurances privées ont chuté avec l'élargissement de l'accès à l'assurance publique (29), les décideurs provinciaux et territoriaux ont intérêt à analyser à l'avance le risque de déplacement des coûts. L'intérêt et les avantages d'un système basé sur l'assurance en milieu de travail diffèrent de ceux qui existent en Australie, où les citoyens souscrivent à leur assurance directement. Au Canada, l'industrie de l'assurance tire des revenus de la vente de polices d'assurance, l'employeur achète un ensemble d'avantages sociaux pour ses employés dans le cadre de leur rémunération totale, et les coûts incombant à l'employeur varient en fonction du nombre de réclamations faites par les employés. Avec la hausse du financement public au Canada, que la réforme porte sur les subventions ou sur les assurances, les employeurs pourraient être tentés de réduire leurs prestations de santé mentale. Pour atténuer ce risque, on pourrait envisager, entre autres, les mécanismes suivants : offrir les services publics seulement aux personnes ne jouissant d'aucune assurance en milieu de travail, exiger une quote-part comparable, réglementer le secteur de l'assurance (comme le modèle québécois d'assurance-médicaments). Cela dit, le degré d'utilisation de régimes privés d'assurance maladie pour la psychothérapie est relativement faible par rapport aux besoins non satisfaits (30), et les programmes exigeant une quote-part risquent d'être moins populaires. Les décideurs au Canada pourraient opter pour une couverture universelle au premier dollar afin d'élargir la portée des réformes et, de ce fait, l'aide publique fournie.

Quelle que soit l'approche retenue, les décideurs canadiens devront aussi tenir compte des répercussions possibles sur les services publics existants. Par exemple, l'adoption d'un modèle de financement au premier dollar basé sur l'assurance pourrait dupliquer le mandat de certains organismes communautaires de santé mentale et entraîner une diminution du financement de ceux-ci, ce qui compromettrait leur viabilité. Par ailleurs, une approche basée sur les subventions pourrait être mise en œuvre par des organismes communautaires, des équipes de soins primaires, des programmes hospitaliers de consultation externe et d'autres initiatives existantes.

LEÇONS LIÉES À LA PRESTATION DES SERVICES APPRISSES À L'ÉCHELLE MONDIALE – CONSIDÉRATIONS CANADIENNES

Des fournisseurs ayant un champ d'exercice clairement défini peuvent être déployés efficacement, avec ou sans obligation en matière d'enregistrement et de législation. Le Canada a accès à un large éventail de fournisseurs paramédicaux encadrés par la réglementation ou une certification.

Tandis que le contrôle du système et la continuité des soins sont meilleurs lorsque l'accès est offert sur référence d'un omnipraticien, l'accès direct habilite les utilisateurs de services et favorise un accès équitable. Idéalement, l'accès direct et l'accès sur recommandation d'un omnipraticien seraient acceptés.

Des transitions harmonieuses sont nécessaires pour offrir des soins par paliers efficaces, tant au sein d'un même service qu'entre différents services (y compris les soins de santé primaires).

Une approche solide de soins par paliers, privilégiant les services à faible intensité aux services à haute intensité et dotée de transitions harmonieuses, nécessitera une gestion rigoureuse du changement; ET une attention particulière devra être portée à l'intégration harmonieuse aux services financés par le gouvernement fédéral dans le contexte canadien.

Le soutien direct fourni pour la mise en œuvre joue un rôle de premier plan dans les approches basées sur les subventions.

Plusieurs sources de soutien à la mise en œuvre pourraient être envisagées dans le contexte canadien.

Le respect rigoureux des approches basées sur les données probantes produit des résultats solides, mais nécessite une gestion tout aussi serrée et restreint les choix.

À tout le moins, l'accès devrait être étendu aux thérapies actuellement visées par les lignes directrices de l'Institut NICE. Le nombre moyen de séances semble naturellement se situer à cinq ou six, mais peut varier considérablement. Une combinaison de plafond et de flexibilité quant au nombre de séances est justifiée.

Considérations liées à la prestation des services

Le Canada a accès à un large éventail de fournisseurs paramédicaux encadrés par la réglementation ou une certification. Le programme australien Better Access a étendu l'admissibilité à son régime d'assurance-maladie en incluant les psychologues certifiés, les travailleurs sociaux et les ergothérapeutes; les psychologues cliniciens touchent cependant une rémunération supérieure. Le programme IAPT est allé plus loin en formant un effectif de thérapeutes offrant des soins de faible intensité et en rattachant l'admissibilité de thérapeutes offrant des soins de haute intensité et de superviseurs non pas à des associations professionnelles, mais plutôt à des compétences approuvées au moyen d'approches basées sur l'expérience sur le terrain. Les décideurs canadiens disposent d'une gamme de ressources qu'ils peuvent mettre à profit efficacement pour améliorer l'accès à la psychothérapie. Les psychologues, travailleurs sociaux, ergothérapeutes et infirmiers et infirmières sont réglementés dans toutes les provinces et dans deux territoires canadiens. À ce jour, l'Ontario, le Québec, le Nouveau-Brunswick et la Nouvelle-Écosse sont dotés de règlements protégeant les titres de psychothérapeute ou de conseiller certifié (78). Des programmes de maîtrise en psychothérapie et en counseling sont offerts dans différents domaines, comme l'éducation et la théologie, et des programmes de certification existent dans les domaines du soutien par les pairs, de la réadaptation psychosociale et de la lutte contre la toxicomanie. Bien que des formations et des lois additionnelles pourraient être requises pour assurer une capacité suffisante pour certaines modalités thérapeutiques, l'infrastructure encadrant un vaste éventail de fournisseurs paramédicaux de psychothérapies est déjà en place.

Idéalement, l'accès direct et l'accès sur recommandation d'un omnipraticien seraient acceptés. Actuellement au Canada, l'accès à la psychothérapie passe généralement par le renvoi d'un omnipraticien, et ce, dans les modèles de soins offerts en collaboration basés sur les subventions, dans les régimes d'assurance en milieu de travail et dans les services couverts par l'assurance destinés aux populations sous juridiction fédérale. L'accès direct est généralement permis dans les centres communautaires de santé mentale subventionnés. Compte tenu de cette cohabitation, il serait idéal que le programme public élargi incorpore ces deux méthodes d'accès. Cette flexibilité est importante pour assurer un accès équitable en tenant compte des graves pénuries de médecins au Canada, particulièrement dans les régions nordiques et éloignées. En

outre, l'accès direct pourrait être attrayant pour les groupes présentant de faibles taux d'utilisation des services, comme les hommes et les immigrants, les réfugiés et les groupes ethnoculturels ou racialisés (populations IRER) (72, 87).

Une approche solide de soins par paliers, privilégiant les services à faible intensité aux services à haute intensité et dotée de transitions harmonieuses, nécessitera une gestion rigoureuse du changement. Des services de faible intensité sont en place dans certaines régions, dont des programmes en ligne d'autothérapie guidée comme Bounce Back, Familles solides, Medeo et Therapy Assistance Online. Toutefois, qu'ils soient à intensité faible ou élevée, les services ne sont pas systématiquement disponibles partout au pays. Il pourrait être difficile d'accorder la priorité aux services à faible intensité pour des problèmes mineurs en raison des besoins non satisfaits en matière de psychothérapies en personne pour des problèmes modérés et des besoins urgents et constants de services encore plus spécialisés pour des problèmes plus complexes ou plus graves. La transition vers des services plus ou moins intensifs sera plus harmonieuse si les services sont chapeautés par un programme autonome comparable à l'initiative IAPT. De plus, il faudra assurer des transitions harmonieuses entre les services de psychothérapie élargis et les services de lutte contre la toxicomanie, les soins de santé primaires (particulièrement les pratiques qui mettent déjà l'accent sur les soins de santé mentale dispensés en collaboration), les soins de santé plus spécialisés et actifs, en plus des services offerts dans d'autres secteurs comme l'éducation et le logement. Par exemple, bon nombre d'universités ont mis sur pied de vastes services de consultation en santé mentale, et des carrefours jeunesse offrant des services gratuits de psychothérapie dans la communauté ont émergé dans différentes régions.

Une attention particulière devra être portée à l'intégration harmonieuse aux services financés par le gouvernement fédéral dans le contexte canadien. La prestation de nouveaux services devra tenir compte du fait que certaines populations ont accès à des services de psychothérapie financés par le gouvernement fédéral. Les décideurs devront déterminer, en collaboration avec les Premières nations, les Inuits et les Métis, comment raffermir le continuum de services de bien-être mental sécuritaires sur le plan culturel sans exacerber la fragmentation entre les programmes provinciaux, territoriaux et fédéraux. De même, on devra coordonner les initiatives des différents niveaux de gouvernement pour maximiser les retombées des services élargis offerts aux vétérans, au personnel militaire, aux réfugiés et aux personnes se retrouvant dans le système de justice pénale. Par exemple, on doit porter une attention méticuleuse aux écarts de rémunération et de quote-part afin d'assurer l'équité entre les programmes fédéraux, provinciaux et territoriaux et afin de coordonner la planification des ressources humaines.

Plusieurs sources de soutien à la mise en œuvre pourraient être envisagées dans le contexte canadien. À l'échelle pancanadienne, la Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé possède une solide expertise de l'amélioration de la qualité sur le terrain; la CSMC et le CCDUS possèdent une expertise de transposition des données probantes à la pratique; et l'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé peut également soutenir la mise en œuvre en évaluant l'efficacité clinique à partir des données probantes. Si l'examen externe des organisations pancanadiennes de santé en 2018 a donné lieu à des recommandations radicales concernant les mandats de chacune de ces organisations, il plaide aussi vigoureusement en faveur du soutien à la mise en œuvre de transformations du système (88). Agrément Canada exerce aussi une influence considérable grâce à ses normes relatives aux services de santé mentale offerts dans la communauté et en clinique. Au niveau provincial, les conseils de la qualité des services de santé ont certaines capacités pour soutenir l'adoption de réformes des services de psychothérapie. Certains organismes de recherche pourraient également participer, par exemple les IRSC par l'entremise de la SRAP ou d'autres programmes, fonds de recherche provinciaux ou initiatives philanthropiques vouées à la recherche.

À tout le moins, l'accès devrait être étendu aux thérapies actuellement visées par les lignes directrices de l'Institut NICE. Le programme IAPT ne couvrait à l'origine qu'une gamme limitée de thérapies, qui a été élargie au fil du temps avec les changements apportés aux lignes directrices de l'Institut NICE. Au minimum, les gouvernements provinciaux et territoriaux du Canada devraient débiter avec cette sélection élargie de thérapies. Leur mise en œuvre dépendra de l'approche, plus ou moins interventionniste, adoptée par les décideurs. Dans l'approche active du programme IAPT, le système de services participe directement à la formation et à la supervision des fournisseurs, alors que dans le modèle australien, ce sont les associations professionnelles qui réglementent les compétences de leurs membres en partenariat avec les universités qui offrent des formations professionnelles accréditées.

Une combinaison de plafond et de flexibilité quant au nombre de séances est justifiée. D'après l'expérience internationale, on peut prévoir en moyenne cinq ou six séances (un nombre qui peut toutefois varier grandement). Dans une approche basée sur l'assurance, il serait préférable de fixer un plafond afin d'éviter l'explosion de la demande, comme cela s'est produit en Australie. D'un autre côté, un plafond trop rigide ne permettrait pas assez de flexibilité quant au nombre de séances requises. Dans le contexte canadien, on devra maintenir un équilibre entre l'expansion des programmes publics et de ceux basés sur l'assurance afin d'éviter le déplacement des coûts depuis le secteur privé et afin de maximiser l'amélioration de l'accès dans l'ensemble de la population. De même, le nombre de séances devrait correspondre à celui offert par les programmes publics existants tant à l'échelle des provinces et territoires que du pays.

LEÇONS LIÉES À L'ÉQUITÉ ET À LA PORTÉE APPRISSES À L'ÉCHELLE MONDIALE – CONSIDÉRATIONS CANADIENNES

Bien qu'ils soient universels, les programmes IAPT et Better Access ont connu des problèmes d'équité; ET les approches universelles peuvent être conjuguées à d'autres programmes ciblés afin de favoriser un accès équitable; ET des cibles précises en matière d'équité sont requises pour tenir les programmes IAPT et Better Access responsables de produire des résultats équitables.

Que l'approche adoptée par le Canada soit universelle, ciblée ou hybride, des cibles précises en matière d'équité devraient être fixées et surveillées.

Lorsque la portée est étroite, il est plus facile de démontrer les résultats obtenus, mais cela crée une pression pour élargir la portée.

Il est préférable de clairement concentrer les efforts sur la dépression et l'anxiété légères à modérées pour commencer, puis de planifier des phases d'expansion futures.

Les personnes souffrant de problèmes de consommation de substances pourraient fort bien profiter de services de psychothérapie et ne devraient pas en être exclues.

Le Canada a l'occasion de faire œuvre de pionnier en incluant explicitement les personnes ayant des problèmes de consommation de substances et des troubles concomitants.

Considérations liées à l'équité et à la portée

Que l'approche adoptée par le Canada soit universelle, ciblée ou hybride, des cibles précises en matière d'équité devraient être fixées et surveillées. Dans le système actuel à deux niveaux, des obstacles financiers considérables se dressent devant les personnes qui sont le moins en mesure de se payer des services de psychothérapie. En outre, les personnes à faible revenu font souvent face à des obstacles additionnels liés, entre autres, à la racialisation, à la stigmatisation, au logement et à la précarité d'emploi, qui sont autant de facteurs de risque relatifs à la santé mentale. Les gouvernements provinciaux et territoriaux pourraient vraisemblablement opter pour une approche ciblée, que ce soit en limitant l'augmentation du financement à certaines populations, comme les jeunes ou les personnes à faible revenu, à l'instar de l'assurance-médicaments ciblée. Autrement, les gouvernements pourraient aussi choisir une approche universelle, en supposant que l'accessibilité pour les personnes à faible revenu et d'autres groupes défavorisés sera améliorée en termes absolus si la base de financement est suffisamment grande. La combinaison d'une approche universelle et d'un financement ciblant les groupes marginalisés contribuerait à réduire les iniquités qui persistent en matière d'équité. Cet effort pour rejoindre des populations ciblées pourrait être coordonné avec des organismes communautaires entretenant des liens solides avec divers groupes et ayant la capacité d'adapter les modalités de psychothérapie aux différents contextes culturels et autres.

Quelle que soit l'approche adoptée, des cibles précises devront impérativement être fixées et suivies dès le départ, de sorte qu'on puisse apporter des ajustements en cas de disparité dans l'accès et dans les résultats. Dans le contexte canadien, un vaste ensemble de données sociodémographiques est à considérer, notamment en lien avec l'identité autochtone, l'ethnicité, la race, la langue, le revenu, la ruralité, le genre, l'âge, l'orientation sexuelle, la capacité, le pays d'origine, etc. Pour ne citer qu'un exemple, la diversité linguistique augmente au Canada : 7,7 millions de personnes ont déclaré avoir une langue maternelle autre que l'anglais et le français en 2016, une augmentation de 13 % par rapport

à 2011 (89). Étant donné le rôle essentiel de la communication en psychothérapie, l'accès aux thérapies axées sur le dialogue dans d'autres langues est primordial, notamment pour les minorités de langue officielle.

Il est préférable de clairement concentrer les efforts sur la dépression et l'anxiété légères à modérées pour commencer, puis de planifier des phases d'expansion futures. La portée étroite visant clairement les personnes aux prises avec des maladies légères à modérées a très largement contribué à la capacité des programmes IAPT et Better Access de produire des résultats. Les critères d'admissibilité sont appliqués durant le processus de présélection du programme IAPT, et dans le cas de Better Access, aux stades du renvoi par un omnipraticien ou de l'élaboration du plan de traitement par celui-ci. Étant donnée sa mission initiale de réinsertion en emploi des clients, le programme IAPT visait d'abord les adultes, avant d'étendre sa portée aux enfants et aux adolescents dans une deuxième phase. Ainsi, que les gouvernements provinciaux et territoriaux optent pour une approche basée sur les subventions ou sur l'assurance, les leçons apprises en Australie et au R.-U. montrent qu'il serait sage de s'attaquer en premier lieu à la dépression et à l'anxiété légères à modérées, éventuellement pour un seul groupe d'âge. Par ailleurs, les décideurs pourraient énoncer leur intention d'inclure d'autres groupes d'âge et des personnes ayant des besoins plus complexes à moyen terme, lorsque les résultats auront été démontrés, et d'intégrer les services de psychothérapie aux budgets existants, là où c'est possible.

Le Canada a l'occasion de faire œuvre de pionnier en incluant explicitement les personnes ayant des problèmes de consommation de substances et des troubles concomitants. Bien qu'il soit important de limiter la portée, les décideurs du Canada ont l'occasion de faire figure de pionnier en incluant explicitement des personnes ayant des problèmes légers à modérés de consommation de substances de même que des personnes ayant des troubles concomitants comme bénéficiaires admissibles aux nouveaux services publics de psychothérapie. Cette inclusion contribuerait aux efforts déployés par les gouvernements provinciaux et territoriaux pour mieux intégrer les services de santé mentale et de lutte contre la toxicomanie.

LEÇONS LIÉES À LA SURVEILLANCE APPRISSES À L'ÉCHELLE MONDIALE – CONSIDÉRATIONS CANADIENNES

La mise en place d'un véritable système d'apprentissage nécessite des investissements considérables dans les données, conjugués à un leadership inspirant. Des services de psychothérapie élargis pourraient contribuer à la création d'un système de santé mentale à apprentissage continu.

Les cibles claires améliorent la reddition de comptes, mais peuvent donner lieu à des incitatifs imprévus. Des cibles claires devraient être fixées à l'intérieur d'un système à apprentissage continu.

La supervision clinique est essentielle pour favoriser le respect d'approches basées sur des données probantes. Les services élargis devraient comporter des exigences en matière de supervision.

Considérations liées à la surveillance

Des services de psychothérapie élargis pourraient contribuer à la création d'un système de santé mentale à apprentissage continu. Tous les accords de principe concernant le nouveau transfert fédéral de 5 milliards de dollars en santé mentale comportent l'engagement clair de mesurer le rendement de façon transparente. L'ICIS dirige des travaux menés avec les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux en vue de définir de trois à cinq indicateurs qui seront rattachés aux ententes bilatérales relatives à ce nouveau transfert (90-91). Pour compléter ou alimenter ces indicateurs courants, les données relatives aux services de psychothérapie élargis pourraient inclure les taux de référence, les délais d'attente, l'utilisation des services, la réduction des symptômes, les résultats en matière de rétablissement (comme le statut d'emploi ou le sentiment d'appartenance) et l'équité d'accès. Une cueillette aussi étendue de données serait comparable à celle du programme IAPT, particulièrement si les données sur les résultats sont recueillies à toutes les séances, et nécessiterait un leadership clinique inspiré pour atténuer le risque de stress en milieu de travail chez les fournisseurs de services. Idéalement, tous les gouvernements provinciaux et territoriaux adoptant des réformes dans ce secteur s'entendraient pour recueillir des données similaires pouvant être déclarées publiquement par l'entremise de l'ICIS.

Animé d'une solide volonté politique, le Canada pourrait aspirer à surpasser le R.-U. en suivant étroitement la large gamme de résultats en matière de rétablissement, d'équité et de rendement des investissements.

Si les différentes administrations choisissent l'avenue de l'assurance-maladie publique, des données administratives équivalentes à celles qui se trouvent déjà sur les factures des médecins pourraient être recueillies, au minimum. Que la collecte vise seulement les données administratives ou un éventail complet d'indicateurs de rendement, le Canada pourrait considérablement approfondir sa compréhension de la dépression et de l'anxiété légères à modérées et accroître l'efficacité des services de psychothérapie. Cette information permettra de mettre en contexte certains indicateurs communément rapportés à d'autres niveaux du système, par exemple les taux de réadmission à l'hôpital (90). Il sera également important de surveiller tout changement en matière de stigmatisation, puisqu'un recul de celle-ci pourrait inciter davantage de personnes à se prévaloir des services et allonger les temps d'attente, malgré l'augmentation du financement public. Dans cette optique, on pourrait répéter le module sur la stigmatisation de l'Enquête de 2012 sur la santé dans les collectivités canadiennes (92).

Des cibles claires devraient être fixées à l'intérieur d'un système à apprentissage continu. Dans le contexte constitutionnel canadien, il est notoirement difficile de parvenir à des ententes sur des cibles en matière de santé. Néanmoins, dans le climat actuel d'intérêt pour les systèmes d'apprentissage et d'ouverture aux cadres d'indicateurs, les décideurs pourraient aspirer à respecter ou à dépasser la cible de 50 % de rétablissement clinique qui a été atteinte par le programme IAPT ainsi qu'à atteindre ou à dépasser le pourcentage d'augmentation dans l'accès aux traitements de maladies mentales réalisé en Australie (27, 14). Conformément aux engagements politiques d'offrir des services axés sur le rétablissement, on pourrait fixer des cibles pour un éventail plus large de résultats liés au rétablissement, comme l'occupation d'un emploi valorisant, l'éducation, le logement, l'engagement communautaire, l'autodétermination, le soutien par les pairs, l'équité, etc. (93). Comme c'est le cas pour une collecte de données efficace, un leadership clinique inspiré devra être mis en place comme antidote au risque inhérent de contournement du système qui guette tout ensemble de cibles.

Les services élargis devraient comporter des exigences en matière de supervision. Selon l'approche choisie, les exigences liées à la supervision pourraient correspondre à la réglementation encadrant les pratiques des groupes de fournisseurs admissibles, comme dans le programme Better Access, ou être élaborées expressément pour certaines thérapies basées sur des données probantes, comme dans le programme IAPT.

LEÇONS LIÉES À LA DURABILITÉ APPRISES À L'ÉCHELLE MONDIALE – *CONSIDÉRATIONS CANADIENNES*

Le soutien bipartisan et la présence de champions de premier plan ont largement contribué à l'obtention et au maintien du financement. On doit former des champions au Canada, y compris des utilisateurs des services et des membres de leur famille.

Considérations liées à la durabilité

On doit former des champions au Canada, y compris des utilisateurs des services et des membres de leur famille. Les réformes risquent d'être mises en échec par les dynamiques des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux, d'autant plus que toute augmentation de financement risque de provenir du transfert fédéral de 5 milliards de dollars. L'accès à la psychothérapie n'est défendu par aucun champion aussi en vue que David Clark et Richard Layard au R.-U. Pour ces raisons, il sera particulièrement important que les décideurs préparent des champions politiques et cliniques en profitant des forums sur le leadership, des réseaux de santé mentale, des conférences et d'autres initiatives existantes. Ils devront aussi aider les utilisateurs de services et leur famille à jouer ce rôle sur la scène canadienne.

CONCLUSION DE LA DEUXIÈME COMPOSANTE

La deuxième composante de cette discussion en deux temps a permis d'établir des liens entre les leçons apprises en Australie et au R.-U. et le contexte canadien. Le système plus décentralisé du Canada se prête autant à une approche

basée sur l'assurance qu'à une autre basée sur les subventions. De l'augmentation des capacités de la main-d'œuvre à la réduction du risque de déplacement des coûts des régimes d'assurance privés en passant par l'innovation en matière de soutien par les pairs, de mobilisation de personnes ayant vécu la maladie mentale et d'inclusion des problèmes de consommation de substances, les décideurs auront de nombreux détails et compromis à étudier. La dernière partie de ce document de travail présente des manières d'adapter les modèles britannique et australien au contexte canadien au moyen de trois exemples illustrant l'approche basée sur les subventions, l'approche basée sur l'assurance et l'intégration intensive des services de psychothérapie aux soins offerts en collaboration.

Exemples illustratifs

Le modèle canadien de psychothérapies basé sur les subventions

Les modèles canadiens d'amélioration de l'accès aux psychothérapies basés sur les subventions qui appliquent et adaptent les leçons apprises par le programme IAPT pourraient comporter les caractéristiques suivantes :

Distribution des subventions. Les gouvernements provinciaux et territoriaux achemineraient des fonds pour les nouveaux services de psychothérapie aux organisations compétentes existantes, comme les autorités sanitaires, les hôpitaux régionaux, les réseaux de soins primaires, etc.

Bénéficiaires admissibles. Le programme s'adresserait initialement aux personnes ayant des problèmes légers à modérés de santé mentale ou de consommation de substances, avec l'engagement d'en élargir la portée dans une phase subséquente; les nouveaux services seraient intégrés harmonieusement aux services de psychothérapie pour les Premières Nations et les Inuits et d'autres populations qui sont financés par le gouvernement fédéral.

Thérapies admissibles. Au minimum, la gamme de services offerts comporterait les mêmes modalités basées sur les preuves d'intensité faible à élevée que le programme IAPT; plafonds flexibles, soins par paliers et types d'accès – à savoir l'accès direct, l'accès sur recommandation d'un omnipraticien et l'accès sur recommandation d'autres agences – entreraient dans la conception du système de services.

Fournisseurs admissibles. Tous les groupes de fournisseurs possédant la capacité démontrée d'offrir les thérapies admissibles seraient admissibles; les gouvernements provinciaux et territoriaux travailleraient de concert avec les fournisseurs réglementés à évaluer et à raffermir les capacités, à évaluer et à augmenter l'offre et à élargir la réglementation afin d'inclure la psychothérapie ou la thérapie clinique au besoin. Les programmes de certification pour les pairs aidants et les intervenants en mieux-être auraient également un rôle à jouer.

Lieux de prestation des services. Les services seraient offerts dans des lieux divers, dont les centres communautaires de santé mentale, les centres de soins de santé communautaires, les réseaux de soins primaires, les cliniques de consultation externe et les agences communautaires desservant diverses populations, de même que les écoles, les centres pour les jeunes et pour les personnes âgées, etc.; certains services seraient offerts en ligne ou par téléphone.

Couverture au premier dollar ou quote-part? Les décideurs évalueraient les compromis à faire entre, d'une part, la couverture au premier dollar, qui s'harmoniserait avec d'autres services publics (basés sur les subventions et sur les assurances) et permettrait de réduire les iniquités et, d'autre part, l'imposition d'une quote-part, qui s'harmoniserait avec les services basés sur les assurances en milieu de travail et réduirait le risque de déplacement des coûts.

Mobilisation. Les fournisseurs et les utilisateurs de services seraient fortement mobilisés à toutes les étapes de la conception, de la mise en œuvre et de l'évaluation du programme.

Responsabilité. On devrait assurer un suivi du rendement aussi rigoureux que possible, particulièrement parce que le modèle de commandement et de contrôle du programme IAPT est moins répandu au Canada, où les systèmes provinciaux et territoriaux sont plus décentralisés; les cibles en matière d'équité seraient fixées dès le départ et le rendement des investissements serait surveillé, tout comme les résultats cliniques et d'autres résultats plus généraux liés au rétablissement.

Le modèle canadien de psychothérapies basé sur les assurances

Les modèles canadiens d'amélioration de l'accès aux services de psychothérapies basés sur les assurances qui s'inspirent des leçons apprises du programme Better Access pourraient présenter les caractéristiques suivantes :

Mécanismes de financement. Les gouvernements provinciaux et territoriaux élargiraient leur couverture d'assurance-maladie publique pour inclure les services de psychothérapie offerts par les fournisseurs admissibles.

Bénéficiaires admissibles. Le programme s'adresserait initialement aux personnes ayant des problèmes légers à modérés de santé mentale ou de consommation de substances, avec l'engagement d'en élargir la portée dans une phase subséquente; les nouveaux services seraient intégrés harmonieusement aux services de psychothérapie pour les Premières Nations et les Inuits et d'autres populations qui sont financés par le gouvernement fédéral.

Thérapies admissibles. Au minimum, l'assurance-maladie couvrirait les mêmes modalités basées sur les données probantes admissibles dans le cadre de Better Access; un plafond flexible de 10 séances serait fixé à l'origine pour réduire le risque de dépassement des coûts; l'accès direct et l'accès sur référence d'un omnipraticien seraient autorisés (sans un plan de traitement conçu par un omnipraticien); et une attention plus soutenue serait accordée dès le départ à la création d'un modèle de soins par paliers.

Fournisseurs admissibles. Les professionnels paramédicaux réglementés de la santé mentale seraient admissibles, à savoir les psychologues, travailleurs sociaux, ergothérapeutes, infirmières et, en Ontario, au Québec et en Nouvelle-Écosse, les psychothérapeutes et les conseillers certifiés; les gouvernements provinciaux et territoriaux travailleraient de concert avec les fournisseurs réglementés à évaluer et à raffermir les capacités, à évaluer et à augmenter l'offre et à élargir la réglementation au besoin. Les programmes de certification pour les pairs aidants et les intervenants en mieux-être auraient également un rôle à jouer.

Lieux de prestation des services Les fournisseurs seraient rémunérés à l'acte, mais les services pourraient être offerts non seulement dans les cabinets privés, mais dans une variété de lieux, dont les centres communautaires de santé mentale, les centres de soins de santé communautaires, les réseaux de soins primaires, les cliniques de consultation externe et les agences communautaires desservant diverses populations, de même que les écoles, les centres pour les jeunes et pour les personnes âgées, etc.; certains services pourraient être offerts en ligne ou par téléphone.

Couverture au premier dollar ou quote-part? Les décideurs évalueraient les compromis à faire entre, d'une part, la couverture au premier dollar, qui s'harmoniserait avec d'autres services couverts par l'assurance-maladie (et réduirait les iniquités) et, d'autre part, l'imposition d'une quote-part, qui s'harmoniserait avec les services basés sur les assurances en milieu de travail (et réduirait le risque de déplacement des coûts).

Mobilisation. Les fournisseurs et les utilisateurs de services seraient fortement mobilisés à toutes les étapes de la conception, de la mise en œuvre et de l'évaluation du programme.

Responsabilité. Les réformes canadiennes s'inspireraient également des données administratives sur l'assurance-maladie, mais pourraient aller plus loin que Better Access en établissant un cadre d'évaluation plus robuste et des exigences plus sévères en matière de reddition de comptes; on déterminerait des cibles d'équité dès le départ.

Le modèle canadien de psychothérapies basé sur les soins offerts en collaboration

Les modèles de soins en collaboration favorisent une approche holistique à l'égard des besoins de la personne en tenant compte de sa santé physique autant que de sa santé mentale ainsi que de l'interaction entre les deux.

Bien que les programmes IAPT et Better Access comportaient un engagement ferme auprès des omnipraticiens et des soins de santé primaires, ni l'un ni l'autre ne mise sur les soins de santé primaires en collaboration comme principal vecteur d'amélioration de l'accès à la psychothérapie. Toutefois, les modèles basés sur ces soins pourraient être une solution plus viable dans le contexte canadien, où les gouvernements provinciaux et territoriaux s'efforcent, par différents moyens, d'intégrer des fournisseurs paramédicaux en santé mentale aux établissements de soins primaires depuis des dizaines d'années. Grâce à un financement accru, les soins dispensés en collaboration pourraient assurer un accès opportun à la psychothérapie pour l'ensemble de la population.

On pourrait implanter des modèles misant sur les soins en collaboration pour améliorer l'accès à la psychothérapie au Canada au moyen d'une approche basée soit sur les subventions, soit sur l'assurance et dotés des caractéristiques (responsabilité, admissibilité, etc.) décrites dans les exemples illustratifs respectifs. En outre, le recours aux soins de collaboration comme vecteur de réforme pourrait être fondé sur les considérations clés suivantes :

L'approche basée sur les subventions. Les gouvernements provinciaux et territoriaux pourraient acheminer des fonds pour l'amélioration de l'accès à la psychothérapie directement aux établissements de soins ou indirectement aux autorités sanitaires ou à d'autres organismes responsables. Les établissements de soins en collaboration feraient ensuite l'embauche de professionnels paramédicaux salariés ou contractuels responsables de fournir les services de psychothérapie. Les Équipes de santé familiale, en Ontario, et les réseaux de santé primaire qui sont actuellement en phase d'élaboration en C.-B. sont des exemples de ce modèle.

L'approche basée sur l'assurance. Les gouvernements provinciaux et territoriaux pourraient inclure à leurs tableaux de couverture d'assurance-maladie les services de psychothérapie fournis par les professionnels paramédicaux de la santé mentale qui travaillent dans les cabinets privés tout en faisant officiellement partie d'une équipe de soins. Cette approche s'apparenterait au mécanisme d'accès sur référence d'un omnipraticien du programme Better Access, mais nécessiterait une intégration encore plus forte aux soins de santé primaires.

Références

1. Sunderland, A. & Findlay, L. C. (2013). Perceived need for mental health care in Canada: Results from the 2012 Canadian Community Health Survey–Mental Health. *Statistics Canada Health Reports*, 24(9), 3–9.
2. Canadian Life and Health Insurance Industry. (2016). Canadian life and health insurance facts [Internet]. Toronto: Author. Retrieved from: [https://www.clhia.ca/domino/html/clhia/CLHIA_LP4W_LND_Webstation.nsf/resources/Factbook_2/\\$file/2016+CLHIA+Factbook+ENG.pdf](https://www.clhia.ca/domino/html/clhia/CLHIA_LP4W_LND_Webstation.nsf/resources/Factbook_2/$file/2016+CLHIA+Factbook+ENG.pdf)
3. Jacobs, P., Dewa, C., Lesage, A., Vasiliadis, H.-M., Escobar, C., Mulvale, G. & Yim, R. (2010). The cost of mental health and substance abuse services in Canada. Edmonton: Institute of Health Economics.
4. Wang, J., Jacobs, P., Ohinmaa, A., Dezetter, A., Lesage, A. (2017). Public expenditures for mental health services in Canadian provinces. *The Canadian Journal of Psychiatry*. <https://doi.org/10.1177/0706743717741059>
5. Ontario. (2017). Ontario Providing Faster Access to Mental Health Services for Thousands of People: news release [Internet]. Retrieved from <https://news.ontario.ca/mohltc/en/2017/02/ontario-providing-faster-access-to-mental-health-services-for-thousands-of-people.html>
6. Quebec. (2017). Santé mentale - Le Gouvernement du Québec annonce la création d'un programme public de psychothérapie : fil d'information [Internet]. Retrieved from <http://www.fil-information.gouv.qc.ca/Pages/Article.aspx?idArticle=2512031288>
7. Chodos, H. (2017). Options for improving access to counselling, psychotherapy and psychological services for mental health problems and illnesses. Ottawa: Mental Health Commission of Canada.
8. Mental Health Commission of Canada. (2017). Roundtable: Exploring policy considerations for expanding access to counselling, psychotherapy and psychological services (summary report). Ottawa: Author.
9. Frank, R. G. (2000). The Creation of Medicare and Medicaid: The Emergence of Insurance and Markets for Mental Health Services. *Psychiatric Services*, 51(4), 465-468.
10. Busch, S. H. (2012). Implications of the Mental Health Parity and Addiction Equity Act. *The American Journal of Psychiatry*, 169(1), 1–3.
11. Peachey D, Hicks V, Adams O. An imperative for change: Access to psychological services for Canada. Toronto: Health Intelligence Inc. Retrieved from www.cpa.ca/docs/File/Position/An_Imperative_for_Change.pdf
12. Layard, P. R. G. & Clark, D. M. (2014). *Thrive: The power of evidence-based psychological therapies*. London: Lane.
13. Australia. (2017). Better Access to Psychiatrists, Psychologists and General Practitioners through MBS Initiative [Internet]. Retrieved from <http://www.health.gov.au/mentalhealth-betteraccess>
14. Whiteford, H. A., Buckingham, W. J., Harris, M. G., Burgess, P. M., Pirkis, J. E., Barendregt, J. J., & Hall, W. D. (2014). Estimating treatment rates for mental disorders in Australia. *Australian Health Review*, 38(1), 80.

15. Meadows, G. N., Enticott, J. C., Inder, B., Russell, G. M., & Gurr, R. (2015). Better access to mental health care and the failure of the Medicare principle of universality. *The Medical Journal of Australia*, 202(4), 190–194.
16. Bartram, M. (2017). Government structure and equity in access to psychotherapy: A study of Canada, with comparisons to Australia and the United Kingdom (Unpublished doctoral dissertation). Ottawa: Carleton University. Retrieved from <https://catalogue.library.carleton.ca/record=b4463850>
17. Health Workforce Australia [2014]: Australia's Health Workforce Series – Psychologists in Focus. Adelaide: Author.
18. Cohen, A. (2008). IAPT: A Brief History. *Healthcare Counselling and Psychotherapy Journal*, April, 8-11.
19. National Networking Forum. (2018). IAPT National Networking Forum 2018 [website]. Retrieved from <http://www.iapt-nnf.co.uk/Home/ViewEvent/77>
20. NHS Clinical Commissioners. (n.d.). About CCGs [website]. Retrieved from <https://www.nhscc.org/ccgs/>
21. We Need to Talk Coalition. (2014). An Urgent Need: We Need to Talk's Manifesto for Better Talking Therapies for All [website]. Retrieved from <https://www.mind.org.uk/media/1178860/we-need-to-talk-briefing-september-2014.pdf>
22. Australia. (n.d.). GP Mental Health Treatment Plan. Retrieved from [http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/448D0A68808278D7CA257BF0001B74FD/\\$File/gpsamp.pdf](http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/448D0A68808278D7CA257BF0001B74FD/$File/gpsamp.pdf)
23. Pirkis, J., Ftanou, M., Williamson, M., Machlin, A., Warr, D., Christo, J., Castan, L., Spittal, M. J., Bassilios, B., & Harris, M. (2010). Evaluation of the Better Access to Psychiatrists, Psychologists and GPs through the Medicare Benefits Schedule Initiative: Component A: A study of consumers and their outcomes (Final Report). Melbourne: Centre for Health Policy, Programs and Economics, University of Melbourne. Retrieved from [http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/content/3F9BB14D11A037B6CA257BF0001E45A8/\\$File/A.pdf](http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/content/3F9BB14D11A037B6CA257BF0001E45A8/$File/A.pdf)
24. Hann, A., Hemming, L., Billsborough, J., Couperthwaite, L., Hewis, E., Pinfold, V., & Hamilton, S. (2015). A Service user evaluation of the IAPT for SMI demonstration sites. McPin Foundation and NHS England. Retrieved from <http://mcpin.org/wp-content/uploads/Full-report-from-service-user-evaluation-of-IAPT-for-SMI.pdf>
25. NHS Southwest Yorkshire Partnership. (2015). Talking Therapy Online with Big White Wall [website]. Retrieved from <http://www.southwestyorkshire.nhs.uk/news/articles/2015/01/taking-therapy-online-big-white-wall/>
26. National Commission of Audit (Australia), Shepherd, A. F. (2014). Towards responsible government: The report of the National Commission of Audit. Canberra: Author.
27. Community and Mental Health team. (2017). Psychological therapies: Annual report on the use of IAPT services, England 2016-17. Leeds: Health and Social Care Information Centre. Retrieved from <https://digital.nhs.uk/catalogue/PUB30157>
28. Australian Psychological Society. (2012). Recent Changes to the Better Access Session Allowance [website]. Melbourne: Author. Retrieved from <https://www.psychology.org.au/news/BetterAccess/changes2012/>.
29. Australian Prudential Regulation Authority. (n.d.) Private Health Insurance Administration Council: Archived reports. Sydney: Author. Retrieved from <http://www.apra.gov.au/PHI/PHIAC-Archive/Pages/PHIAC-Archive-PHIAC-A-Report.aspx>
30. Diminic, S. & Bartram, M. (2018, under review). Does introducing public funding for psychotherapy lead to reductions in private insurance claims? Lessons for Canada from the Australian experience? *Canadian Journal of Psychiatry*.

31. Commission on the Future of Health and Social Care in England. (2014). The UK Private Health Market. London, UK: The King's Fund. Retrieved from <https://www.kingsfund.org.uk/sites/default/files/media/commission-appendix-uk-private-health-market.pdf>
32. NHS England. (2015). National Curriculum for the Education of Psychological Wellbeing Practitioners [3rd edition]. London: Author. Retrieved from https://www.ucl.ac.uk/pals/research/cehp/research-groups/core/pwp-review/docs/PWPREVIE_-_curriculum
33. NHS England and Health Education England. (2016). 2015 Adult IAPT Workforce Census Report. London, UK: Author. Retrieved from <https://www.england.nhs.uk/mentalhealth/wp-content/uploads/sites/29/2016/09/adult-iapt-workforce-census-report-15.pdf>
34. Australian Psychological Society. (2014). Table of Medical Benefits Schedule fees and rebates for psychology items. Melbourne: Author. Retrieved from https://www.psychology.org.au/Assets/Files/2014-Table-of-MedicareBenefits_Web.pdf
35. Australia. (2017). Better access to mental health care: Fact sheet for professionals [Internet]. Retrieved from <http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/mental-ba-fact-prof>
36. National Mental Health Commission, (2014). The National Review of Mental Health Programmes and Services. Sydney: Author.
37. OECD. (2018). Doctors (indicator). Retrieved from <https://data.oecd.org/healthres/doctors.htm>
38. Greenhill, J. A., Walker, J., & Playford, D. (2015). Outcomes of Australian Rural Clinical Schools: A Decade of Success Building the Rural Medical Workforce through the Education and Training Continuum. *Rural and Remote Health*, 15, 1-14. Retrieved from https://www.rrh.org.au/public/assets/article_documents/article_print_2991.pdf
39. Clark, D. M., Layard, R., Smithies, R., Richards, D. A., Suckling, R., & Wright, B. (2009). Improving access to psychological therapy: Initial evaluation of two UK demonstration sites. *Behaviour Research and Therapy*, 47(11), 910–920.
40. NHS. (2017). Five Year Forward View for Mental Health: One Year On. London: Author. Retrieved from <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2017/03/fyv-mh-one-year-on.pdf>
41. Australia. (2015). Primary Health Networks Grant Programme Guide: Annexure A1 – Primary Mental Health Care. Canberra: Author. Retrieved from [http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/F4F85B97E22A94CACA257F86007C7D1F/\\$File/Annexure%20A1%20-%20Primary%20Mental%20Health%20Care.pdf](http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/F4F85B97E22A94CACA257F86007C7D1F/$File/Annexure%20A1%20-%20Primary%20Mental%20Health%20Care.pdf)
42. NHS England. (n.d.). Adult IAPT Programme: Digital Therapy Selection [website]. London: Author. Retrieved from <https://www.england.nhs.uk/mental-health/adults/iapt/digital-therapy-selection/>
43. Australia. (2014). Education and training component: Better access initiative [Internet]. Retrieved from <http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/mental-ba-edu>
44. The Royal Australian College of General Practitioners Ltd. (n.d.). Mental health training standards 2017-2019: A guide for general practitioners [website]. Retrieved from <https://www.racgp.org.au/download/Documents/Mental%20Health/2017-19-Mental-health-training-standards-A-guide-for-GPs.pdf>

45. Muran, J. C., & Barber, J. P. (Eds.). (2010). *The therapeutic alliance: an evidence-based guide to practice*. New York: Guilford Press.
46. Australian Government. (n.d.). Medicare Benefits Schedule – Note MN.7.1 [website]. Retrieved from <http://www9.health.gov.au/mbs/fullDisplay.cfm?type=note&q=MN.7.1&qt=noteID&criteria=psychological%20therapy%20services>
47. Australian Psychological Association. (2012). *Providing Treatment Under the Better Access Initiative in 2012*. Canberra: Author. Retrieved from [https://www.psychology.org.au/Assets/Files/2012_Providing_treatment_under_BetterAccess_Psychologist_information_sheet_1March2012\[1\].pdf](https://www.psychology.org.au/Assets/Files/2012_Providing_treatment_under_BetterAccess_Psychologist_information_sheet_1March2012[1].pdf)
48. Community and Mental Health team. (2015). *Psychological therapies: Annual report on the use of IAPT services, England 2014-15*. Leeds: Health and Social Care Information Centre. Retrieved from <http://digital.nhs.uk/catalogue/PUB19098>
49. Australia. (2014). *Aboriginal and Torres Strait Islander health performance framework 2014 report*. Canberra: Author. Retrieved from <https://www.pmc.gov.au/sites/default/files/publications/Indigenous/Health-Performance-Framework-2014/tier-3-health-system-performance/310-access-mental-health-services.html>
50. Community and Mental Health statistics team, Health and Social Care Information Centre, (2014). *Psychological therapies, England: Annual report on the use of Improving Access to Psychological Therapies services – 2012/13*. Leeds: Health and Social Care Information Centre. Retrieved from <http://digital.nhs.uk/catalogue/PUB13339>
51. Community and Mental Health team. (2016). *Psychological therapies: Annual report on the use of IAPT services, England 2015-16*. Leeds: Health and Social Care Information Centre. Retrieved from <http://digital.nhs.uk/catalogue/PUB22110>
52. UK Department of Health. (2008). *IAPT Implementation Plan: Curriculum for High-Intensity Therapies Workers*. London: Author. Retrieved from <https://www.uea.ac.uk/documents/246046/11919343/implementation-plan-curriculum-for-high8208intensity-therapies-workers.pdf/88d52978-44ca-47ad-a317-d9b8e1042ef4>
53. NICE. (2011). *Common Mental Health Problems: Identification and Pathways to Care*. London: Author. Retrieved from <https://www.nice.org.uk/guidance/CG123/chapter/1-Guidance#improving-access-to-services>
54. NHS England. (n.d.). *Adult IAPT Programme: Older People* [website]. London: Author. Retrieved from <https://www.england.nhs.uk/mental-health/adults/iapt/older-people/>
55. Council of Australian Governments Health Council. (2017). *The fifth national mental health and suicide prevention plan*. Canberra: Commonwealth of Australia, Department of Health.
56. IAPT, Drugscope and NHS National Treatment Agency for Substance Misuse. (2015). *IAPT positive practice guide for working with people who use drugs and alcohol*. Retrieved from <https://drugscopelegacysite.files.wordpress.com/2015/06/iapt-drug-and-alcohol-positive-practice-guide.pdf>
57. Turpin, G. & Wheeler, S. (2011). *IAPT Supervision Guidance*. IAPT and NHS. Retrieved from <https://www.uea.ac.uk/documents/246046/11919343/IAPT+Supervision+Guidance+2011.pdf/3a8f6c76-cea0-4f76-af78-e2f0a1f64c5e>
58. Hickie, I. B., Rosenberg, S., & Davenport, T. A. (2011). Australia's Better Access Initiative: Still Awaiting Serious Evaluation? *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 45(10), 814–823.

59. Pirkis, J., Harris, M., Ftanou, M., & Williamson, M. (2011). Not Letting the Ideal be the Enemy of the Good: The Case of the Better Access Evaluation. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 45(11), 911–914.
60. General Practices Services Committee. (2017). Implementation of the Integrated System of Primary and Community Care: Team-based care through Primary Care Networks Guidance to Collaborative Services Committees. Retrieved from <http://www.gpsc.bc.ca/sites/default/files/PMH%20PCN%20CSC%20Guidance%20201712.pdf>
61. Canada. (2018). Canada-Newfoundland and Labrador Home and Community Care and Mental Health and Addictions Services Funding Agreement. Retrieved from <https://www.canada.ca/en/health-canada/corporate/transparency/health-agreements/shared-health-priorities/newfoundland-labrador.html>
62. Phillips, K. (2016). Federal Health Care Funding in the Current Economic Context. Ottawa: Library of Parliament. Retrieved from <https://hillnotes.ca/2016/02/03/federal-health-care-funding-in-the-current-economic-context/>
63. Australia, Australian Institute of Health and Welfare. (2017). Health Expenditure Australia 2015-16. Canberra: Author.
64. Barua, B., Palacios, M. & Emes, J. (2017). The Sustainability of Health Care Spending in Canada 2017. Fraser Institute.
65. Mental Health Commission of Canada. (2012). Territorial and Provincial Initiatives for Improving Mental Health in Primary Health Care in Canada: An Environmental Scan. Calgary: Author. Retrieved from https://www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/PrimaryCare_Environmental_Scan_ENG_0.pdf
66. Aggarwal, M. & Hutchison, B. (2012). Toward a Primary Care Strategy for Canada. Ottawa: Canadian Foundation for Healthcare Improvement. Retrieved from <http://www.cfhi-fcass.ca/Libraries/Reports/Primary-Care-Strategy-EN.sflb.ashx>
67. Marchildon, G. P. & Hutchison, B. (2016). Primary Care in Ontario, Canada: New Proposals after 15 Years of Reform. *Health Policy*, 120(7), 732-738.
68. Children’s Mental Health Ontario. (2018). Kids Can’t Wait: Improving Mental Health Outcomes for Ontario’s Children and Youth 2018 Pre-Budget Submission. Toronto: Author. Retrieved from <https://cmho.org/education-resources/cmho-s-latest-work>
69. The Conference Board of Canada. (2014). Final Report: An External Evaluation of the Family Health Team (FHT) Initiative. Ottawa: Author.
70. Canada. (2018). Non-Insured Health Benefit Program and Indian Residential Schools Health Resolution Support Program: Guide to mental health counselling services. Ottawa, ON: Author. Retrieved from <https://www.canada.ca/en/Indigenous-services-canada/services/first-nations-inuit-health/non-insured-health-benefits/benefits-information/mental-health-counselling-benefits/guide-mental-health-counselling-services-first-nations-inuit-health.html#a33>
71. Medavie Blue Cross. (2017). IFHP Benefit Grid – Supplemental Coverage [website]. Retrieved from https://docs.medaviebc.ca/providers/benefit_grids/IFHP-Benefit-Grid-Supplemental-new-Version-English.pdf
72. Vasiliadis, H.-M., Tempier, R., Lesage, A., & Kates, N. (2009). General Practice and Mental Health Care: Determinants of Outpatient Service Use. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne De Psychiatrie*, 54(7), 468–476.
73. Marchildon, G. (2016) Bilateral Health Agreements between the Federal and Provincial/Territorial Governments in Canada. *IRPP Insight*, 13, 1-20.

74. Ramsay, C. (2017). Manulife increases mental health coverage for employees to \$10K per year. Global News [website]. Retrieved from <https://globalnews.ca/news/3175067/manulife-increases-mental-health-coverage-for-employees-to-10k-per-year/>
75. Ramsay C. (2016). Starbucks Canada boosts mental health benefits to \$5K per year. Global News [website]. Retrieved from <https://globalnews.ca/news/2988902/starbucks-canada-boosts-mental-health-benefits-to-5k-per-year/>
76. Bartram, M., & Lurie, S. (2017). Closing the Mental Health Gap: The Long and Winding Road? Canadian Journal of Community Mental Health, 17, 1–14.
77. Canadian Institute for Health Information. (n.d.) Health Workforce Database Metadata [website]. Retrieved from <https://www.cihi.ca/en/health-workforce-database-metadata>
78. Canadian Counselling Psychotherapy Association. (n.d.). Regulation across Canada [website]. Retrieved from <https://www.ccpa-accp.ca/profession/regulation-across-canada/>
79. Canadian Alliance on Mental Illness and Mental Health. (2016). Mental Health Now! Advancing the Mental Health of Canadians: The Federal Role. Retrieved from http://www.camimh.ca/wp-content/uploads/2017/01/CAMIMH_MHN_EN_Final_Nov2016.pdf
80. Peer Support Canada. (n.d.). About Peer Support Canada [website]. Retrieved from <http://peersupportcanada.ca>
81. Mental Health Commission of Canada. (2012). Changing Directions, Changing Lives: The Mental Health Strategy for Canada. Calgary: Author.
82. Health Canada. (2018). The Health Care Policy Contribution Program [website]. Retrieved from <https://www.canada.ca/en/health-canada/programs/health-care-policy-contribution-program.html>
83. National Institute for Health and Care Excellence. (2009). Depression in Adults: The Treatment and Management of Depression in Adults. London, UK: Author. Retrieved from <http://www.nice.org.uk/guidance/cg90/chapter/key-priorities-for-implementation>
84. Health Quality Ontario. (2016). Major Depression: Care for Adults and Adolescents [Quality Standard]. Retrieved from <http://www.hqontario.ca/portals/0/documents/evidence/quality-standards/qs-depression-clinical-guide-1609-en.pdf>
85. Mental Health Commission of Canada. (2017). *Strengthening the Case for Investing in Canada's Mental Health System: Economic Considerations*. Ottawa: Author.
86. Vasiliadis, H.-M., Dezetter, A., Latimer, E., Drapeau, M., & Lesage, A. (2017). Assessing the Costs and Benefits of Insuring Psychological Services as Part of Medicare for Depression in Canada. *Psychiatric Services*, 68(9), 899–906.
87. Clement, S., Schauman, O., Graham, T., Maggioni, F., Evans-Lacko, S., Bezborodovs, N., Morgan, C., Rüsch, N., Brown, J. S., & Thornicroft, G. (2015). What is the impact of mental health-related stigma on help-seeking? A systematic review of quantitative and qualitative studies. *Psychological Medicine*, 45(1), 11-27. doi: 10.1017/S0033291714000129.
88. Canadian Institute for Health Information. (2018). Selecting pan-Canadian indicators for access to mental health and addiction services, and to home and community care: Progress report. Ottawa, ON: Author.
89. Statistics Canada. (2017) Census in Brief: Linguistic Diversity and Multiculturalism in Canadian Homes. Retrieved from <http://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2016/as-sa/98-200-x/2016010/98-200-x2016010-eng.cfm>

90. Butler, A., Adair, C. E., Jones, W., Kurdyak, P., Vigod, S., Smith, M., Lesage, A., Bolton, J., Madi, N., Sareen, J., Enns, M., Rochette, L., Rittenbach, K., Bakal, J., Youngson, E., Clelland, S., Bercov, M., Santana, M. & Goldner, E. M. (2017). Towards Quality Mental Health Services in Canada: A Comparison of Performance Indicators across 5 Provinces. Vancouver BC: Centre for Applied Research in Mental Health & Addiction (CARMHA).
91. Canada. (2018). Canada-Newfoundland and Labrador Home and Community Care and Mental Health and Addictions Services Funding Agreement. Retrieved from <https://www.canada.ca/en/health-canada/corporate/transparency/health-agreements/shared-health-priorities/newfoundland-labrador.html>
92. Stuart, H., Patten, S. B., Koller, M., Modgill, G. & Liinamaa, T. (2014). Stigma in Canada: Results from a Rapid Response Survey. *Canadian Journal of Psychiatry*, 59(10 Suppl 1), S27-S33.
93. Mental Health Commission of Canada. (2015). Guidelines for Recovery-Oriented Practice. Ottawa: Author.



Commission de
la santé mentale
du Canada

Mental Health
Commission
of Canada



Commission de la santé mentale du Canada

Bureau 1210, 350 rue Albert
Ottawa, ON K1R 1A4

T: 613.683.3755
F: 613.798.2989

info@commissionsantementale.ca
www.commissionsantementale.ca

[@MHCC_](https://twitter.com/MHCC_) [f/theMHCC](https://www.facebook.com/theMHCC) [y/1MHCC](https://www.youtube.com/channel/UC1MHCC) [@theMHCC](https://www.instagram.com/theMHCC)
[in/Mental Health Commission of Canada](https://www.linkedin.com/company/mental-health-commission-of-canada)