



**santé
mentale
au Québec**



Améliorer l'accès aux psychothérapies au Québec et au Canada

Expériences de pays francophones

Directeur : Emanuel Stip (Université de Montréal)

Directeur émérite : Yves Lecomte (TELUQ)

Rédacteur en chef : Jean Caron (Institut universitaire en santé mentale Douglas)

Rédacteur adjoint : Jean-Marie Bioteau

Comité de rédaction : Leila Ben Amor (Hôpital Sainte-Justine), Charles Bonsack (Institut universitaire de Lausanne, Suisse), Paul-Émile Bourque (Université de Moncton), Richard Boyer (Institut universitaire en santé mentale de Montréal), Eliseu Carbonell (Institut Català de Recerca en Patrimoni Cultural), Jean Caron (Institut universitaire en santé mentale Douglas), Marjory Clermont (Université d'État d'Haïti), Prometheas Constantinides (Institut universitaire en santé mentale de Montréal), Marc Corbière (Université de Sherbrooke), Gilles Côté (Centre de recherche de l'Institut Philippe-Pinel de Montréal), Marie-Ève Cotton (Institut universitaire en santé mentale de Montréal), Luigi De Benedictis (Institut universitaire en santé mentale de Montréal), Martin Desselles (Université de Namur, Belgique), Frédéric Dionne (Université du Québec à Trois-Rivières), Frédéric Dautrelepon (Université du Québec en Outaouais), Philippe Duverger (Centre hospitalier universitaire Angers, France), Marie-Josée Fleury (Institut universitaire en santé mentale Douglas), Nicolas Franck (Centre hospitalier Le Vinatier, Lyon, France), Stéphane Guay (Institut universitaire en santé mentale de Montréal), Jean-Marc Guilé (Centre hospitalier universitaire d'Amiens, France), Marcel Jaeger (Conservatoire national des arts et métiers, Paris, France), Louis Jehel (Université Antilles Guyane), Steve Kisely (Institut universitaire de santé mentale de Montréal), Pierre Lalonde (Institut universitaire en santé mentale de Montréal), Gilles Lauzon (Service des ressources résidentielles, Institut universitaire en santé mentale Douglas), Christian Laval (Université Paris Ouest Nanterre La Défense, France), Tania Lecomte (Université de Montréal), Nancy Légaré (Université de Montréal), Gwénolé Loas (Hôpital Erasme, Bruxelles), Angel Morinigo Dominguez (Université de Sevilla), Thanh-Lan Ngô (Université de Montréal), Marie Nolin (Université de Montréal), Mônica Nunes (Instituto de Saude Coletiva, Brasil), Catherine Paquet (University of South Australia, Adélaïde, Australie), Isabelle Paquette (Institut universitaire en santé mentale de Montréal), Jean-François Pelletier (Institut universitaire en santé mentale de Montréal), Michel Perreault (Institut universitaire en santé mentale Douglas), Milena Pereira Pondé (Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, Brasil), Hélène Provencher (Université de Laval), Jean-Luc Roelandt (Centre Collaborateur français de l'Organisation Mondiale de la Santé, Lille France), Jean-Jacques Ronald (Université d'État d'Haïti), Adriana Gloria Ruiz Arrieta (Universidad Mayor Real y Pontificia de San Francisco Xavier de Chuquisaca, Bolivie), Jean-François Saucier (Université de Montréal), Monique Séguin (Université du Québec en Outaouais), Emmanuel Stip (Centre hospitalier de l'Université de Montréal), Lionel Strub (Université de Grenoble, France), Raymond Tempier (Hôpital Montfort), Louis Thériault (Centre hospitalier universitaire Dr-Georges-L.-Dumont), Constantin Tranulis (Institut universitaire en santé mentale de Montréal), Jacques Tremblay (Institut universitaire en santé mentale Douglas), Philippe Vincent (France), John Ward (Institut régional du travail social, Paris, France).

Responsable de la production : Sandra Soucy (Presses de l'Université de Montréal)

Responsable du développement international : Emmanuel Stip

Abonnement annuel (2 numéros) (Coupon d'abonnement à la fin)

Prix : 28,74 \$ (19 €) l'unité (taxes incluses)

TARIFS	1 AN
Individuel	33,50 \$ (24 €)
Institutionnel	43,50 \$ (32 €)
Étudiant	26,50 \$ (19 €)

Prière de faire un chèque ou un mandat postal à l'ordre de :
Les Presses de l'Université de Montréal,
5450, chemin de la Côte-des-Neiges, bureau 100
Montréal (Qc) H3T 1Y6

Téléphone : 514-343-2257

Adresse électronique : rsmq@videotron.ca

Site Internet : www.santementaleauquebec.ca

Tableau de la couverture : Les Impatients © Renée Bernard, aquarelle sur carton, 37,2 × 41,2 cm, non daté, *Sans titre*.

Les articles de la revue *Santé mentale au Québec* sont répertoriés dans PubMed, Medline, Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature, Index de la santé des services sociaux, INIST (Pascal), International Bibliography of The Social Sciences, International Current Awareness Services, Repère, Social Work Research and Abstracts, Sociological Abstracts, e-psyche, LLC, BDSP (banque de données en santé publique).



Créée en septembre 1976, *Santé mentale au Québec* est une revue qui paraît deux fois par année, au printemps et à l'automne. D'orientation psychosociale, elle publie des articles de recherche expérimentale et d'innovation sociale. Elle a pour principal objectif de répondre aux besoins de développement des connaissances scientifiques, universitaires et cliniques.



**santé
mentale
au Québec**

Améliorer l'accès aux psychothérapies au Québec et au Canada

Expériences de pays francophones

Le dossier du présent numéro a été coordonné
par Helen-Maria Vasiliadis, Anne Dezetter,
Alain Lesage et Martin Drapeau

Les lecteurs et lectrices sont invités à consulter le site Internet de
Santé mentale au Québec à l'adresse suivante :
www.revue-smq.ca

Vous pouvez maintenant consulter en ligne l'intégralité des articles
publiés depuis 1976 sur les sites suivants :
<http://www.telug.quebec.ca/smq>
<http://www.erudit.org/revue/smq>

Sommaire

7 ÉDITORIAL

Maintenant qu'elle est bien découverte, la psychothérapie devrait être couverte !

Emmanuel Stip

NUMÉRO THÉMATIQUE

Améliorer l'accès aux psychothérapies au Québec et au Canada : expériences de pays francophones

PRÉSENTATION

15 Améliorer l'accès aux psychothérapies au Québec et au Canada : réflexions et expériences de pays francophones

Helen-Maria Vasiliadis, Anne Dezetter, Alain Lesage et Martin Drapeau

TÉMOIGNAGE

31 Psychothérapie – Un encadrement nécessaire et légalement reconnu au Québec

Jean-Bernard Trudeau, Pierre Desjardins et Alain Dion

COMMENTAIRES / ÉTAT DES CONNAISSANCES

43 La Direction générale de la pratique de la Société canadienne de psychologie : à la défense des intérêts de la psychologie partout au Canada

Andrea S. Piotrowski

51 La psychothérapie psychologique en Suisse vers la transparence et la qualité

Martin grosse Holtforth, Ueli Kramer et Jean-Pierre Dauwalder

59 Collaboration médecine-psychologie : évolution des mentalités en Belgique et évolution du système de soins de santé au Canada

Marie-Hélène Chomienne, Patrick Vanneste, Jean Grenier et Stephan Hendrick

ARTICLES ORIGINAUX

- 79 Plaidoyer pour l'inclusion de psychologues dans les équipes de santé familiale en Ontario, Canada
Jean Grenier, Marie-Hélène Chomienne et Isabelle Gaboury
- 101 Les programmes de prise en charge financière des psychothérapies en Australie et en Angleterre
Helen-Maria Vasiliadis et Anne Dezetter
- 119 Coûts et bénéfices d'un programme de financement des psychothérapies auprès des Français souffrant de troubles dépressifs ou anxieux
Anne Dezetter et Xavier Briffault
- 141 Efficacité de la psychothérapie comparativement à la pharmacothérapie dans le traitement des troubles anxieux et dépressifs chez l'adulte : une revue de la littérature
Alvine Fansi, Cedric Jehanno, Micheline Lapalme, Martin Drapeau et Sylvie Bouchard
- 175 Accessibilité à la psychothérapie subventionnée par l'État : comparaisons entre les perspectives des psychologues et des psychothérapeutes
Stacy Bradley, Rachelle Doucet, Erich Kohler et Martin Drapeau
- 201 La formation aux psychothérapies des internes en psychiatrie en France : résultats d'une analyse qualitative
Aude Van Effenterre, Marion Azoulay, Xavier Briffault, Anne Dezetter et Françoise Champion
- 217 La thérapie informatisée : une option pouvant faciliter l'accès à la thérapie chez les jeunes adultes ?
France Talbot, Josée LeBlanc et Jalila Jbilou

POSTFACE

- 229 Les conclusions de la table ronde
David Levine, Michael Sheehan, Phil Upshall, Marie Hayes, Karen Cohen, Patrick Vanneste, Xavier Briffault, Alain Lesage, Martien Drapeau, Helen-Maria Vasiliadis et Anne Dezetter

ÉDITORIAL

Maintenant qu'elle est bien découverte, la psychothérapie devrait être couverte !

Emmanuel Stip, directeur

« En reculant devant une mesure de bon sens, nous privons
nos concitoyens d'un soin efficace et nous faisons peser
un poids économique indu sur la collectivité. »

Briffault, X., Castel, P.-H. et Dezetter, A.
« Pourquoi il faut rembourser les psychothérapies »
Libération, 11 février 2014

Cela fait cinquante ans que le gouvernement du Québec a institué la commission Castonguay-Nepveu. Celle-ci proposa, en 1967, la mise en place d'un régime d'assurance maladie complet et universel pour tous les résidents du Québec. Le 1^{er} juillet 1968, la Loi sur les soins médicaux entra en vigueur. Le 13 juin 1969, c'est la création de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ). Depuis, l'eau a coulé sous les ponts. La Direction de la santé mentale du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a récemment confié à l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) le mandat de produire un avis sur l'accès équitable aux services de psychothérapie pour les adultes atteints de troubles anxieux ou dépressifs.

Dans le rapport rédigé par Alvine Fansi, la psychothérapie semble aussi efficace que la pharmacothérapie chez les patients souffrant de troubles dépressifs ou de troubles anxieux modérés. Les bénéfices générés par la psychothérapie sont plus durables après la fin du traitement que ceux des médicaments psychotropes. Le rapport conclut qu'au regard de quelques limites méthodologiques, d'autres études plus approfondies demeurent nécessaires : (<https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/>

doc/INESSS/Rapports/PsychiatriePsychologie). Les résultats présentés dans ces rapports sont basés sur les données répertoriées dans la littérature jusqu'en 2013. Depuis lors, d'autres études ont été publiées.

Malheureusement, le rapport ne contient pas à cette date l'excellent travail de l'équipe de notre collègue Stefan Leucht de Munich. Il s'agit d'une revue systématique et d'une macro méta-analyse comparant l'efficacité de la pharmacologie et de la psychothérapie auprès des populations adultes psychiatriques. Y sont inclus 61 méta-analyses et 21 désordres psychiatriques. La recherche contenait 852 essais cliniques et 137 126 participants. Les auteurs concluent : « Les tailles de l'effet des psychothérapies vs Placebo tendent à être plus larges que celle de la médication, mais les comparaisons directes, bien que basées d'habitude sur peu d'essais, n'ont pas révélé des différences fiables. » (Huhn *et al.*, 2014). Une autre méta-analyse examinait très récemment l'efficacité des thérapies cognitivo-comportementales (TCC) à la suite d'une réponse positive à la pharmacothérapie d'un épisode dépressif. Treize essais cliniques furent analysés regroupant 1 410 patients (Guidi *et al.*, 2015). Les patients qui recevaient la TCC pendant que la pharmacothérapie était diminuée et cessée étaient moins susceptibles de faire une rechute que ceux qui étaient assignés à recevoir un suivi médical seul pendant la diminution ou la prise continue de la médication. Le nombre de patients nécessaires à traiter (NNT : Number Needed to Treat) était de 5 pour le bras TCC – diminution/arrêt de médicaments, comparé à 10 pour le NNT du bras « continuer la médication ». Cette étude suggérait un net avantage pour l'option séquentielle TCC – cessation de la médication pour la prévention de la rechute dépressive.

La plus récente des études, l'étude CoBAIT, a été conduite en essai randomisé sur 73 sites de pratique générale au Royaume-Uni pour une intervention TCC. À cette occasion, 248 patients qui demeuraient dépressifs après au moins 6 semaines de traitement antidépresseur ont complété l'étude. Les résultats sont sans équivoque : les bénéfices cliniques de l'intervention TCC sont nets et le bénéfice économique monte à 1573 CAD par patient annuellement (Wyles, Thomas, Turner *et al.*, 2016).

C'est une très belle opportunité pour la revue *Santé mentale* d'accueillir un numéro spécial sur l'accès équitable aux psychothérapies au Québec. Il s'agit d'un éclairage francophone sur cette thématique organisée, comme le décrit très bien la présentation éditoriale des 4 auteurs responsables de ce projet, autour d'expériences, de revue de littérature, et de données probantes cliniques et économiques. Pour

cela, nous avons eu le plaisir de travailler pour ce numéro avec deux chercheuses qui ont montré une grande disponibilité et une flexibilité tout à fait nécessaires dans la chronologie de la réalisation de ce numéro de la revue *Santé mentale au Québec*. Helen-Maria Vasiliadis est professeure agrégée au département des sciences de la santé communautaire de l'Université de Sherbrooke. Elle est chercheure associée également à l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal (IUSMM). Possédant une formation comme épidémiologiste et sur l'analyse des services de santé mentale, elle a travaillé avec plusieurs équipes multidisciplinaires et sa recherche portait sur l'évaluation et l'analyse des coûts de programme tel que l'approche IPT (*Integrated Psychological Treatment*) de Brenner et Briand. Elle a déjà travaillé en collaboration avec le département de santé mentale du MSSS du Québec, ce qui lui a permis d'acquérir une connaissance du réseau québécois de santé et des politiques gouvernementales québécoises. Anne Dezetter est chercheure en santé publique et est affiliée à l'Université de Sherbrooke. Elle a soutenu sa thèse de doctorat en santé publique en 2012 sur les analyses épidémiologiques et socioéconomiques de la situation des psychothérapies en France, en vue de propositions sur les politiques de remboursement des psychothérapies. Depuis le début, ces dernières ont été accompagnées dans cette thématique, grâce à un colloque ayant eu lieu en octobre 2014, par un psychiatre et un psychologue Alain Lesage et Martin Drapeau.

Dans la Province du Québec, la pratique de la psychothérapie est encadrée par une loi qui décrit les spécificités des professionnels ayant le droit d'exercice de la psychothérapie ainsi que les conditions à remplir pour l'acquisition et le maintien de ce droit. Il peut s'agir des psychologues, des médecins et des membres de certains ordres professionnels ayant un permis pour l'exercice de la psychothérapie, notamment les travailleurs sociaux, les conseillers d'orientation, les infirmières et infirmiers, les psychoéducateurs, les thérapeutes conjugaux et familiaux ainsi que les ergothérapeutes. Le conseil d'administration de l'Ordre professionnel des psychologues du Québec est responsable de la délivrance d'un permis de psychothérapeute à tout membre de l'Ordre professionnel des conseillers et conseillères d'orientation du Québec, de l'Ordre professionnel des ergothérapeutes du Québec, de l'Ordre professionnel des infirmières et infirmiers du Québec, de l'Ordre professionnel des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec ou de l'Ordre professionnel des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec, qui remplit les conditions suivantes :

- 1° Il est titulaire d'un diplôme universitaire de maîtrise dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines;
- 2° Il possède une formation théorique de niveau universitaire en psychothérapie de 765 heures (...);
- 3° Il a complété avec succès un stage supervisé relié à au moins 1 des 4 modèles théoriques d'intervention visés au sous-paragraphe *i* du premier alinéa du paragraphe 2 comportant un minimum de:
 - i. 300 heures de traitement direct auprès d'au moins 10 clients, chaque client ayant reçu un traitement direct d'une durée minimale de 10 heures;
 - ii. 100 heures de supervision individuelle;
 - iii. 200 heures consacrées aux autres activités reliées à l'exercice de la psychothérapie, telles la supervision de groupe, la transcription et la rédaction de notes au dossier, la gestion générale de cas et les lectures dirigées.

En outre, le médecin ou le psychologue qui exercent la psychothérapie et le titulaire du permis de psychothérapeute doivent accumuler au moins 90 heures de formation continue en psychothérapie sur une période de 5 ans.

Selon les informations recueillies auprès de l'Association des médecins psychiatres du Québec (AMPQ) et de la Régie d'assurance maladie du Québec (RAMQ), il y a déjà un montant d'actes important délivrés sous la rubrique des thérapies psychiatriques individuelles. Ainsi, dans le dernier cycle, celui de 2013-2014, 302 388 actes différents ont été délivrés et remboursés par la RAMQ pour les adultes. Sachant qu'il y a 1 100 psychiatres au Québec, cela représente théoriquement 263 actes de thérapie psychiatrique par psychiatre. Bien évidemment, certains psychiatres ne font pas ou peu de thérapie. Certains d'entre eux, en effet, présentent des profils d'intervention distincts par exemple en unité de psychopharmacologie, en garde à l'urgence médicale ou en expertise légale. D'autres au contraire, ont une pratique exclusive de psychothérapie. Par ailleurs, il existe aussi des thérapies familiales ou de groupe qui sont répertoriées sous d'autres codes. Ainsi, pour actuellement réclamer un service de psychothérapie, le médecin doit respecter les quatre règles prévues pour que le service soit conforme aux ententes avec la RAMQ:

- Établir un processus interactionnel structuré avec le client;
- Procéder à une évaluation initiale rigoureuse;
- Appliquer des modalités thérapeutiques basées sur la communication;

- S'appuyer sur des modèles théoriques scientifiquement reconnus et sur des méthodes d'intervention validées qui respectent la dignité humaine.

On y précise également que la psychothérapie est permise en cabinet ou en établissement, et elle est individuelle ou collective (plus d'une personne). Les libellés de l'entente balisent la pratique. Ainsi, ce service inclut à la même séance, l'examen, la consultation, les activités cliniques préventives, l'intervention clinique ou tout autre acte. L'honoraire accordé au médecin psychiatre pour une thérapie psychiatrique dépend du type et de la durée de la séance. On distingue trois types de thérapie psychiatriques : les thérapies individuelle, de groupe et familiale. Une thérapie de groupe s'adresse à trois malades ou plus ; une thérapie familiale comporte la participation d'un ou plusieurs proches du malade. On alloue une unité de temps pour chaque période de quinze minutes que dure une séance. On ajoute une unité au temps total de la séance lorsque celle-ci se prolonge pendant cinq minutes ou plus. Aucun honoraire n'est accordé pour une séance dont la durée est moindre que quinze minutes. Ce nécessaire souci des détails encadrant la rémunération des thérapies psychiatriques en lien avec la psychothérapie résulte d'ententes entre une association professionnelle et une agence gouvernementale. Ce sera sans doute un tel exercice qui sera envisagé lors du processus de remboursement des actes psychothérapeutiques tels que l'entrevoient très justement les militants en faveur de l'accès équitable de la psychothérapie.

Il y a bien entendu aussi des limitations à cette entreprise. Les données viennent beaucoup d'Australie et du Royaume-Uni et il nous faut être convaincus que cela soit généralisable à d'autres contrées et à d'autres cultures. Les données doivent aussi être complétées à l'égard d'autres pathologies où la psychothérapie est utilisée : les troubles paniques, les psychoses, la schizophrénie, les troubles délirants et les toxicomanies. Déjà, les collègues neuropsychologues et les psychiatres cognitivistes réclament eux aussi un remboursement convenable des évaluations neuropsychologiques et des remédiations cognitives dont les données probantes d'efficacité émergent en schizophrénie et pour les personnes âgées vulnérables. Les ergothérapeutes, les travailleuses sociales revendiquent aussi à juste titre un remboursement approprié et un accès équitable à leurs interventions, y compris dans le privé. Les choix de clientèles et d'interventions sont à identifier et probablement à hiérarchiser dans un contexte économique fragile. Ce contexte n'est pas imperméable aux considérations éthiques et de choix de société.

En outre, à ne pas douter, les paramètres de la psychothérapie seront balisés par les prévisions actuarielles : combien de séances, quelle durée, quel plafonnement, quel choix d'intervention, etc. Enfin, comme nous l'avions déjà évoqué dans un article plus historique (Stip, 2015) concernant la psychanalyse, « la Société psychanalytique de Montréal (SPM) se vit dès le début exposée au défi de la création du Régime d'assurance maladie du Québec. Les psychanalystes-médecins du Québec durent alors se prononcer sur le caractère médical ou non médical de la psychanalyse. Le paiement par le gouvernement des analyses conduites par les psychiatres, et par conséquent l'éventualité de deux catégories d'analystes, engendrait un nouveau et sérieux questionnement. » Certains revendiquent l'aspect inhérent au processus psychothérapeutique du déboursé d'argent et de son analyse. Comme on le voit, les enjeux sont variés.

De plus, il convient de bien baliser les indications de la psychothérapie car, comme en psychopharmacologie, elle n'est pas exemptée d'effets secondaires ou délétères. Ainsi, l'un de nos éminents collègues, François Lespérance, nous rappelait récemment que dans certains cas, y compris à partir d'un essai contrôlé randomisé publié dans *JAMA*, dont il est l'auteur, la psychothérapie (*IPT*) s'était avérée, non seulement moins efficace que le suivi clinique habituel, mais aussi plus dangereuse pour les patients dépressifs post maladie coronarienne aiguë traités avec un antidépresseur (Lesperance, Fraser-Smith, Koszycki *et al.*, 2007). Dans ce contexte, il serait bon, tel que nous l'avons déjà préconisé dans un plaidoyer publié dans le *Canadian Journal of Psychiatry*, que comme tout essai clinique pharmacologique, il y ait obligation d'enregistrer les essais cliniques avec la psychothérapie dans un registre officiel (Stip, Letourneau, 2008). Ceci permettrait de rendre compte des résultats négatifs, non publiés et faciliterait la validité des méta-analyses de bonne qualité. Au même titre, je crois qu'il serait souhaitable d'établir un programme de psycho-vigilance comme il en existe en pharmacovigilance afin de compléter les informations sur nos interventions et construire un savoir équivalent à celui constitué à partir des Phases 4.

Ce numéro de *Santé mentale* est bien conçu par les quatre responsables et éditeurs de ce thème. Il nous a donné l'opportunité d'être attentifs à notre tour aux craintes corporatistes, aux enjeux de la rigueur dans ce domaine, aux défis des équités salariales pour un même service rendu, etc. On y comprend bien à la fois les méfiances et les dynamiques politiques qui sous-tendent toute réclamation monétaire en faveur de l'assurabilité. C'est sain. Notre société démocratique est

fondée sur le principe de répartir les montants de solidarité équitablement pour que les citoyens bénéficient de soins ou d'aide reconnus et efficaces. Et ce, quelque soit le statut social des receveurs de cette aide ou quelque soit le statut professionnel des dispensateurs de ces soins. La revue *Santé mentale au Québec* est solidaire d'un tel plaidoyer. Cela nous donne enfin l'occasion d'examiner la formation en psychothérapie de notre propre population de psychiatres en formation, car l'article émanant de la France traduit, de la part des internes (résidents), une inquiétude quant à l'acquisition de la compétence requise pour être un bon psychothérapeute : « Au final, l'absence de véritable formation aux psychothérapies des internes en psychiatrie serait un préjudice pour la qualité des soins en psychiatrie » (Van Effenterre *et al.*, 2015). En tant que directeur d'un département universitaire, c'est un profond souci. Ainsi, la formation des résidents en psychiatrie à l'Université de Montréal totalise presque 1850 heures de psychothérapie pour tout le cursus jusqu'à la diplomation du Collège Royal de spécialité. C'est rassurant, et le double ou triple de certaines autres formations professionnelles. C'est pourquoi le maintien de la compétence est fondamental pour ne pas affaiblir ces efforts de formation.

Dans ce numéro thématique, on y aborde aussi le rôle de la thérapie informatisée (Talbot *et al.*, 2015). C'est une introduction tout à fait justifiée et c'est d'autant plus pertinent que cela devient l'un des modes de communication privilégiés des nouvelles générations, y compris chez les jeunes psychotiques (Abdel-Baki *et al.*, 2015). L'exploration dans ce domaine est infinie et déroutante comme celle de savoir si un psychiatre peut être « un ami » sur Facebook (Pereira, 2014). Il s'agit d'une étude qui montre que les effets des antidépresseurs peuvent être augmentés par la participation des psychiatres qui acceptent la reconnaissance comme « ami » sur Facebook, comparativement à un groupe-contrôle où les psychiatres ne sont pas des « amis » sur Facebook. C'est un travail randomisé sur 60 sujets et qui contredit divers aspects de nos croyances et de notre éthique. Nous ne savons pas si l'INESSS est un « ami », tant c'est un organisme qui est réticent à accorder l'approbation aux nouveaux médicaments psychotropes, antipsychotiques ou antidépresseurs, alors qu'il y a beaucoup moins de réticence en cardiologie, en diabétologie ou dans d'autres spécialités. Comme si, là encore, la compréhension de la santé mentale était négligeable et le confort de la stigmatisation encore à l'œuvre. D'après nos informations, il n'y a pas de psychiatres à l'INESSS. Nous espérons que dans la belle démarche amorcée par les auteurs de ces articles contenus dans ce numéro sur

l'accès à la psychothérapie, l'INESSS, puis le gouvernement auront une écoute attentive et une intelligence interlocutrice de qualité. Merci aux rédacteurs invités et à tous les auteurs d'être constructifs. Bonne lecture.

RÉFÉRENCES

- Abdel-Baki, A., Lal, S., D. Charron, O., Stip, E. & Kara, N. (2015). Understanding access and use of technology among youth with first-episode psychosis to inform the development of technology-enabled therapeutic interventions. Dans P. McGorry (dir.), *Early Intervention in Psychiatry*. doi: 10.1111/eip.12250
- Guidi, J., Tomba, E. & Fava, G. A. (2015). The Sequential Integration of Pharmacotherapy and Psychotherapy in the Treatment of Major Depressive Disorder: A Meta-Analysis of the Sequential Model and a Critical Review of the Literature. *AJP*. <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.2015.15040476>
- Huhn, M., Tardy, M., Spinesi, L. M., Kissling, W., Förstl, H., Pitschel-Walz, G., ... Leucht, S. (2014). Efficacy of Pharmacotherapy and Psychotherapy for Adult Psychiatric Disorders: A Systematic Overview of Meta-analyses. *JAMA Psychiatry*, 71(6), 706-715. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2014.112
- Lespérance, F., Frasure-Smith, N., Koszycki, D., Laliberté, M.-A., van Zyl, L. T., Baker, B., ... Guertin, M.-C., for the CREATE Investigators. (2007). The Canadian Cardiac Randomized Evaluation of Antidepressant and Psychotherapy Efficacy (CREATE) Trial. Effects of Citalopram and Interpersonal Psychotherapy on Depression in Patients With Coronary Artery Disease. *JAMA*, 297(4), 367-379. doi: 10.1001/jama.297.4.367
- Mota Pereira, J. (2014). Facebook enhances antidepressant pharmacotherapy effects. *The Scientific World Journal*, Article ID: 892048. doi: 10.1155/2014/892048
- Stip, E. (2015). Présentation. Histoire de la psychiatrie à l'Université de Montréal: passages et impasses. *Santé mentale au Québec*. 40(2), 11-33.
- Stip, E. & Letourneau, G. (2008). Plea to establish a registry of clinical trials on cognitive behavioural therapies and remediation. *CMAJ*, 179, 635-638. doi: 10.1503/cmaj.081271
- Talbot, F., Leblanc, J. & Jbilou, J. (2015). La thérapie informatisée: une option qui pourrait faciliter l'accès à la thérapie chez les jeunes adultes? *Santé mentale au Québec*, 40(4).
- Van Effenterre, A., Azoulay, M., Briffault, X. & Champion, F. (2015). La formation aux psychothérapies des internes en psychiatrie en France. *Santé mentale au Québec*, 40(4).
- Wiles, N. J., Thomas, L., Turner, N., Garfield, K., Kounali, D., Campbell, J., ... Hollinghurst, S. (2016). Long-term effectiveness and cost-effectiveness of cognitive behavioural therapy as an adjunct to pharmacotherapy for treatment-resistant depression in primary care: follow-up of the CoBaT randomised controlled trial. *The Lancet Psychiatry*. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366\(15\)00495-2](http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366(15)00495-2)

PRÉSENTATION

Améliorer l'accès aux psychothérapies au Québec et au Canada : réflexions et expériences de pays francophones

Helen-Maria Vasiliadis^a

Anne Dezetter^b

Alain Lesage^c

Martin Drapeau^d

En octobre 2014, les auteurs de cet éditorial ont organisé à l'Université de Sherbrooke une conférence intitulée « Améliorer l'accès aux psychothérapies au Québec et au Canada : Réflexions et expériences de pays francophones ». L'évènement a réuni seize conférenciers, tous chercheurs et acteurs impliqués dans la question de l'accès aux psychothérapies et provenant de plusieurs provinces ou pays francophones. La conférence avait comme objectif de décrire la situation actuelle quant à la prise en charge financière des psychothérapies, de questionner la manière d'améliorer l'accès aux psychothérapies dans les différents

-
- a. Ph. D., M. Sc., Professeure agrégée, Département des sciences de la santé communautaire, Centre de recherche, Hôpital Charles-Le Moyne, Université de Sherbrooke.
 - b. Ph. D., Département des sciences de la santé communautaire, Centre de recherche, Hôpital Charles-Le Moyne, Université de Sherbrooke.
 - c. M.D., M. Phil., Psychiatre et chercheur, Institut universitaire en santé mentale de Montréal – Professeur titulaire, Département de psychiatrie, Université de Montréal.
 - d. Ph. D., Clinical Psychology, Associate Professor of Counselling Psychology and of Psychiatry at McGill University.

pays, d'examiner la collaboration entre médecin généraliste et psychothérapeute. La conférence et la table ronde qui s'en est suivie, et dans la lignée, la publication de ce numéro spécial de *Santé mentale au Québec*, ont comme objectif d'alimenter le débat sur la prise en charge financière des psychothérapies pour assurer l'équité de leur accès au plus grand nombre, ceci au Québec et au Canada comme ailleurs dans le monde.

L'origine d'une telle conférence et de ce numéro spécial est ancrée dans le contexte québécois, mais a aussi un écho international. Au Québec, comme dans la grande majorité des pays développés, environ un quart de la population présentera un trouble de santé mentale au cours de la vie. De nombreuses études ont montré que les troubles de santé mentale dits courants ou transitoires ont un impact économique et social important; pourtant dans la plupart des pays, le seul service clinique gratuit ou en partie remboursé par l'État et facile d'accès est le traitement pharmacologique. Ceci peut surprendre d'autant que plusieurs psychothérapies ont été démontrées efficaces seules ou associées à un traitement pharmacologique, potentialisant même l'effet de ces derniers, et sont recommandées par nombre de guides de bonne pratique clinique internationaux. Bien que près de 50 % des personnes souffrant d'un trouble de santé mentale souhaitent et préfèrent recevoir une psychothérapie plutôt que des psychotropes, la majorité des personnes, à cause de barrières économiques, n'en bénéficie pas. Aujourd'hui, seulement quelques pays, notamment l'Angleterre et l'Australie, ont mis en place un programme de prise en charge financière – totale ou partielle – pour les services de psychothérapies. Le Québec et le Canada accusent donc un retard certain.

La psychothérapie au Québec

Au Québec, une loi importante, plus connue sous l'appellation de *projet de loi 21*, changea récemment la donne quant à la psychothérapie; en effet, cette loi réglemente l'exercice de la psychothérapie et l'usage du titre de psychothérapeute, ce qui constitue une première au Canada. L'article de Trudeau, Dion et Desjardins (2015), respectivement médecin généraliste, psychiatre et psychologue, publié en ces pages, décrit le cheminement qui a mené à cet encadrement de la psychothérapie au Québec. Depuis juin 2012, les dispositions de cette loi, adoptée à l'Assemblée nationale du Québec quelques années plus tôt, ont été mises en vigueur. Ces dispositions proposent une définition de la

psychothérapie et quelques règles d'exercice pour cette activité et des activités connexes, définissent un processus d'encadrement pour l'exercice de la psychothérapie, dont la formation qui sera désormais requise, décrivent une obligation de formation continue, et ordonnent la création d'un conseil consultatif interdisciplinaire sur l'exercice de la psychothérapie. L'article de Trudeau et ses collaborateurs souligne par ailleurs la communication productive réussie entre les ordres professionnels impliqués dans la reconnaissance légale de la psychothérapie qui a prévalu avant et depuis l'adoption de la nouvelle loi et qui a contribué à l'élaboration d'un guide explicatif consensuel, évitant de ce fait les complications qui avaient découlées d'un précédent projet de loi portant sur la santé.

À la suite de l'adoption du projet de loi 21, a par ailleurs été publié un rapport du Commissaire à la santé et au bien-être du Québec (2012), fruit de deux ans de travaux portant sur la question de la performance en santé mentale du système de santé et services sociaux. Le rapport recommande de diversifier l'offre de services en santé mentale; parmi ses cinq grandes recommandations se trouvait, par ailleurs, celle d'offrir un accès équitable aux psychothérapies. L'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) a par après, en décembre 2012, reçu comme mandat de réévaluer l'efficacité de la psychothérapie, d'évaluer les différents modèles d'accessibilité implantés dans d'autres juridictions, et d'évaluer l'impact financier d'une couverture plus élargie pour les psychothérapies. L'INESSS est une agence d'évaluation des technologies et des moyens d'intervention en santé et services sociaux, chargée d'éclairer le ministre sur des décisions d'adopter et financer l'accès à des technologies et moyens d'intervention. L'INESSS est une agence comparable au *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE) britannique ou à l'*Institute of Health Economics* en Alberta. Au Québec, l'INESSS a pour mandat également de recommander de nouveaux médicaments pour leur inscription dans le formulaire provincial des médicaments assurés par l'assurance médicaments universelle. Les deux premiers volets des travaux de l'INESSS – portant sur l'efficacité de la psychothérapie et sur les modalités d'accès implantées ailleurs – ont été publiés en juin 2015, alors que le troisième rapport sur les modalités d'assurance a été annoncé pour le printemps 2016.

Dans les lignes qui suivent, nous aborderons succinctement ces trois volets des rapports de l'INESSS, et analyserons comment les articles de ce numéro thématique de *Santé mentale au Québec* les

éclairent et laissent entrevoir les enjeux suivant le dépôt du dernier rapport de l'INESSS.

L'efficacité de la psychothérapie

Dans ce numéro spécial de *Santé mentale au Québec*, Fansi, Drapeau, Jehanno, Lapalme et Bouchard (2015) présentent les conclusions d'une revue de revues systématiques traitant de l'efficacité de la psychothérapie comparée à la pharmacothérapie dans le traitement des troubles anxio-dépressifs. Cette étude a constitué l'une des pierres angulaires du premier volet du rapport de l'INESSS cité plus haut. Rigoureuse, mais sans surprise, cette question de l'efficacité ayant été maintes fois examinée par des chercheurs, l'étude conclut à une efficacité comparable entre la psychothérapie et la pharmacothérapie sur le plan de la réduction des symptômes des patients souffrant de troubles anxieux ou dépressifs modérés. L'étude indique, par ailleurs, que les avantages de la psychothérapie seraient maintenus plus longtemps après la fin du traitement que ceux des médicaments; ainsi, la psychothérapie offrirait une meilleure protection contre les rechutes. Par ailleurs, la combinaison de la psychothérapie et de la pharmacothérapie présenterait une efficacité supérieure à celle de la psychothérapie seule dans les cas plus graves.

Les modalités d'accès à la psychothérapie dans différents pays

Les modèles mis en place dans d'autres pays, notamment au Royaume-Uni et en Australie, ont largement retenu l'attention de l'INESSS lors de la rédaction du second volet de son rapport au ministre. Et pour cause. En Australie, depuis 2006, le programme *Better Access Initiative*, permet aux personnes souffrant de troubles de santé mentale de bénéficier de séances gratuites ou peu coûteuses de psychothérapies brèves en soin primaire. Le traitement s'étale généralement de 6 à 10 séances. Entre 2007 et 2009, près de 2,01 millions d'individus ont consulté en moyenne 5,5 fois les services du programme Better Access. Le coût défrayé par le gouvernement pour ces services était de 288,9 MAUS, 389,4 MAUS et 478,1 MAUS par année entre 2007 et 2009, pour une moyenne de 104 AUS par service (Pirkis, 2011). Les patients souffrent dans 28 % des cas de dépression seulement, 23 % présentent un diagnostic dépressif et anxieux, et 30 % souffrent de troubles anxieux sans symptôme dépressif. Des études d'efficacité du programme montrent

que la taille d'effet des traitements psychologiques est jugée importante chez les patients souffrant de dépression ($d = 1,1$) et chez ceux souffrant de troubles anxieux ($d = 0,85$). *Better Access* compte 16 450 professionnels de santé mentale non-médecin, 24 000 médecins généralistes et 1 700 psychiatres. Le patient est suivi en collaboration entre le médecin généraliste et les professionnels de santé mentale, comme l'expliquent plus en détail Vasiliadis et Dezetter (2015) dans ce numéro spécial. Soutenus par une subvention des IRSC, Vasiliadis, Drapeau et Lesage (2009) se sont aussi intéressés au cas de l'Angleterre, qui via son programme *Improving Access to Psychological Therapies* (IAPT) mis en place en 2007 offre un service gratuit de psychothérapies brèves pour les personnes souffrant de troubles de santé mentale courants. Le modèle de soin est en étape, suivant les guides cliniques du *National Institute for Health and Clinical Excellence* (NICE). Le type de professionnel (*counselor* ou psychothérapeute formé), le nombre de séances assurées (entre 4 et 13) et la méthode thérapeutique varient ainsi selon la sévérité du trouble. Depuis le début du programme IAPT, plus d'un million de personnes ont bénéficié d'un traitement psychologique. Le budget annuel attribué entre 2009 et 2012 était de 119,7 M£, 168,8 M£ et 214,2 M£ (NHS, 2011). Le programme IAPT a formé 6 000 thérapeutes sur 7 ans. Dans 27 % des cas, les patients souffrent de dépression seulement, 26 % présentent un diagnostic dépressif et anxieux, et 48 % souffrent de troubles anxieux sans symptôme dépressif. Les études ont aussi montré des résultats de santé positifs pour les patients du programme où le taux de rémission post-traitement a été estimé à 50 %. Les tailles d'effet des traitements psychologiques du programme sont importantes à la fois chez les patients souffrant de dépression ($d = 1,38$) que chez ceux souffrant de troubles anxieux ($d = 1,41$).

En France, les psychothérapies sont effectuées dans 60 % des cas par des psychiatres, alors que 15 % le sont par des psychologues. Les consultations avec un psychiatre exerçant dans le privé sont remboursées à hauteur de 70 % par l'assurance maladie, le 30 % restant étant remboursé par la *complémentaire santé* (qui couvre 95 % de la population; voir aussi Dezetter & Briffault, 2015). Les consultations avec un psychologue ne sont ainsi pas remboursées à l'exception de quelques rares complémentaires de santé; comme au Québec, des services gratuits sont disponibles dans le système public, mais le temps d'attente est long. Cette situation encourage une médicalisation des soins par le recours aux psychiatres, dont le coût de formation est élevé, surtout dans les zones désertifiées en offre de psychologues ou de

psychothérapeutes. Cette situation pose problème à plusieurs égards. Ainsi, ce numéro de *Santé mentale au Québec* comprend un article de Van Effenterre, Azoulay, Briffault, Dezetter et Champion (2015), qui à partir d'une enquête quantitative et qualitative, questionnent la satisfaction des internes en psychiatrie en France sur leur formation aux psychothérapies, leur intérêt pour celles-ci et leurs souhaits de formation. Les auteurs montrent que presque la totalité des internes est intéressée par la psychothérapie, mais la plupart sont insatisfaits de la formation reçue, préférant alors opter pour divers genres de formations extra-universitaires, coûteuses en temps et en finances. Les orientations psychothérapeutiques des internes sont diverses, la pluralité des méthodes étant défendue à la fois pour elle-même, en tant que richesse et bonne pratique de la psychiatrie, et parce que les internes l'estiment indispensable à leur formation. Ils conçoivent la psychothérapie comme une pratique médicale et estiment qu'il est de la responsabilité de la psychiatrie d'assurer la formation aux psychothérapies. Au final, l'absence de véritable formation aux psychothérapies des internes en psychiatrie serait un préjudice pour la qualité des soins en psychiatrie; ces données, et la création récente d'un titre protégé de psychothérapeute auquel les psychiatres ont accès de droit sans formation additionnelle, appellent d'urgence l'élaboration d'une formation.

En Belgique, comme le soulignent Chomienne, Vanneste, Grenier et Hendrick (2015), bien que le titre de psychologue soit protégé depuis novembre 1993, la fonction ne l'était pas et la situation de la psychothérapie était largement méconnue. En avril 2014, une nouvelle législation reconnaissait les psychologues cliniciens et les psychothérapeutes en tant que professionnels de la santé et définissait ainsi l'exercice de ces professions. Toutefois, les Arrêtés d'exécution de la loi doivent encore être pris afin de permettre l'entrée en vigueur de la loi au 1^{er} septembre 2016. Actuellement, certaines prestations de psychologues (cliniciens ou thérapeutes) peuvent faire l'objet d'un remboursement si elles sont mises de l'avant et endossées par un psychiatre. Dans certains services hospitaliers (psychiatrie, pédopsychiatrie, oncologie, gériatrie, chirurgie cardiaque, service de soins palliatifs), la présence de psychologues est cependant obligatoire. Des psychologues sont également prévus au sein des centres de santé mentale ou des centres de guidance thérapeutique.

En Suisse, la loi sur les professions de la psychologie a été adoptée par le Parlement suisse le 18 mars 2011 et est entrée en vigueur le 1^{er} mars 2013. Le Conseil fédéral a ainsi fixé l'étendue et la durée de

formations post-graduées nécessaires à l'obtention des titres fédéraux en psychothérapie : psychologue des enfants et des adolescents, psychologue clinique, et psychologue de la santé. L'assurance de base prend en charge des prestations de psychothérapie si elles sont exercées par un médecin, un psychiatre ou par un psychothérapeute employé dans le cabinet médical (il s'agit ici d'un acte délégué, soit d'une psychothérapie déléguée). L'article de Kramer, Grosse Holtforth et Dauwalder (2015), publié en ces pages, décrit en détail la situation des psychothérapeutes en Suisse, y compris le statut juridique des psychothérapeutes, leur rôle dans le système de santé, le contexte de leur pratique, le type de formation, les différents modèles de carrières, ainsi que le remboursement des psychothérapies par l'assurance santé obligatoire.

Des modèles d'accès à la psychothérapie existent donc à l'extérieur du Québec, y compris dans des pays qui peuvent à différents égards ressembler au Québec dans l'organisation de leurs services de santé ou qui ont une main-d'œuvre professionnelle comparable. Ces modèles ont été décrits par l'INESSS et le sont aussi en ces pages. Au moment d'écrire cet éditorial, l'INESSS examine pour son dernier rapport prévu pour le printemps 2016, les modes d'assurabilité et de fonctionnement pour un financement d'un accès équitable de la psychothérapie au Québec. Ce qui n'est pas assuré n'est pas accessible ; les articles suivants abordent donc certains des enjeux liés à une assurance publique accrue de la psychothérapie au Québec et au Canada.

Enjeux liés à une assurance publique accrue de la psychothérapie

Enjeux économiques

En Angleterre, l'analyse de coût-bénéfice de Layard (2007) a montré que les coûts du programme engagés par le gouvernement seraient complètement balancés par les épargnes des incapacités payées aux individus et le surplus des impôts reliés à la hausse de productivité des individus retournant au travail. L'étude montre que les coûts du programme seraient récupérés entre 2 et 5 années.

En Australie, une investigation portant sur l'évaluation des coûts reliés aux traitements et les frais payés par *Medicare* aux médecins et psychologues et les résultats de santé associés a montré que le programme *Better Access* était rentable pour le gouvernement. L'étude a conclu que les interventions fournies par les psychologues pour les

troubles de santé mentale communs dans le programme étaient coût-efficaces à livrer des services de santé (Pirkis 2011).

En France, comme en Angleterre et en Australie, l'économicité de la psychothérapie est déjà démontrée. Toujours dans ce numéro, Dezetter et Briffault (2015) présentent ainsi les résultats d'une analyse médico-économique française visant à évaluer les coûts et bénéfices d'un programme de financement des psychothérapies auprès des adultes souffrant de troubles dépressifs ou anxieux. L'évaluation économique s'est inspirée de la méthodologie du programme anglais *Improving Access for Psychological Therapies*, adapté à la France. Pour un suivi moyen de 12 séances, le coût du suivi psychothérapeutique annuel s'élèverait à 308 M€ pour le régime de santé obligatoire, pour traiter 2,3 % de la population. Le ratio coût-bénéfice de la psychothérapie s'élèverait entre 1,14 € et 1,95 €. L'étude montre que financer les psychothérapies s'avère donc être un investissement rentable dès le court terme. Les auteurs estiment aussi que le nombre de psychothérapeutes habilités serait actuellement suffisant dans le cadre d'un tel programme.

Au Québec, des efforts similaires ont été entrepris, notamment par l'INESSS; les résultats de cette démarche devraient d'ailleurs être connus lors de la publication du dernier volet de son rapport au ministre. En parallèle à ceci, Vasiliadis, Latimer, Drapeau, et Lesage, grâce à une subvention des IRSC (2012), travaillent aussi à développer diverses modélisations des coûts et bénéfices liés à un accès accru à la psychothérapie au Canada.

Enjeux syndicaux et liés à la représentation professionnelle

Dans ce numéro spécial, Trudeau *et al.* (2015) soulignent l'importance des ordres professionnels. Il importe cependant de souligner le rôle que pourront être appelées à jouer les associations. Ainsi, Piotrowski (2015) présente en ces pages la Société canadienne de psychologie et son mandat qui est de promouvoir l'excellence, l'innovation dans la recherche, l'éducation et la pratique en psychologie et de diffuser ces connaissances à travers les provinces canadiennes. L'article décrit les actions passées, présentes et futures de la Société canadienne de psychologie en termes de stratégies politiques, de campagne d'information, de recherches scientifiques et de formations ayant pour objectif d'améliorer l'accès aux services psychologiques des Canadiens. Comme le soulignent par ailleurs Bradley et ses collaborateurs (2015), toujours dans ce numéro spécial, l'un des enjeux que soulèvera un éventuel programme d'accès à la psychothérapie en sera un de représentation

syndicale à proprement parler. En effet, il n'existe pour le moment aucune association unique et formellement mandatée pour négocier les conditions de travail des psychologues ou des psychothérapeutes professionnels, sauf dans le secteur public. Les ordres professionnels québécois ont pour mission la protection du public, l'accréditation de la formation, la surveillance de la formation continue et la répression de l'usage illégal de titres professionnels ou de l'exercice d'actes réservés, comme maintenant la psychothérapie. Leur rôle n'est d'aucune façon de défendre les intérêts des professionnels, encore moins de négocier leurs conditions salariales ou d'exercice. Les médecins et les infirmières, deux groupes de professionnels qui peuvent exercer la psychothérapie, disposent de puissants syndicats distincts de leurs ordres professionnels respectifs. Ces syndicats négocient leurs conditions de travail avec le secteur public et avec le système d'assurabilité public des soins médicaux. Comme le soulignent Bradley *et al.* (2015), il y aura rapidement urgence de mandater un ou des regroupements syndicaux pour parler au nom des divers autres cliniciens.

Enjeux liés à la collaboration professionnelle

La nécessaire collaboration entre médecins de famille et psychologues est ancrée en Angleterre et en Australie à plusieurs niveaux. Mais qu'en est-il de cette collaboration au Québec et au Canada, au-delà de celle qui a présidé à l'élaboration et la mise en place de la récente loi sur l'exercice de la psychothérapie au Québec ?

Le Québec et d'autres provinces canadiennes ont déjà mis à l'épreuve divers modèles de collaboration et d'offre de services afin de faciliter l'accès à la psychothérapie; nous avons ainsi une expérience sur laquelle nous pouvons déjà compter. Ainsi, l'article de Grenier, Chomienne et Gaboury (2015) présente un argumentaire pour l'inclusion des psychologues dans les équipes de santé familiale en Ontario suite à l'examen d'un projet de démonstration réalisé au moment de la réforme en soins primaires. Ce projet intégrait un psychologue à temps plein dans des cliniques de médecine familiale. Les résultats ont montré une réduction du fardeau des médecins de famille pour la prise en charge des problèmes de santé mentale courants. L'accès rapide à un psychologue permettait de confirmer les diagnostics, et d'assurer une prise en charge par une psychothérapie. Dans leur article, les auteurs examinent les raisons qui entravent l'inclusion de psychologues dans les nouvelles équipes de soins primaires. Par ailleurs, sachant que la collaboration médecins-psychologues est d'autant plus critique dans le contexte

d'augmenter l'accès des populations aux psychothérapies, l'article de Chomienne, Vanneste, Grenier et Hendrick (2015) examine l'évolution des mentalités et attitudes entre les professions de médecin et de psychologue. Ces attitudes sont aussi abordées en partie par Bradley *et al.* (2015), qui soulignent eux aussi toute l'importance d'établir de solides liens collaboratifs entre les professionnels en santé mentale, mais démontrent par ailleurs, données à l'appui, toute l'importance de préserver l'autonomie professionnelle de chacun et d'éviter un possible effet goulot en forçant l'accès aux psychothérapies via un groupe restreint de professionnels.

Enjeux liés aux services à couvrir

La publication des premiers volets du rapport de l'INESSS aura suscité énormément d'intérêt au Québec. Elle aura aussi suscité diverses réactions, souvent émotives, certains attribuant aux rapports des affirmations qu'il ne contenait pas, laissant entendre que le rapport ne fait la promotion, par exemple, que de quelques modèles psychothérapeutiques, souvent brefs ou ultra-brefs. Aucune de ces hypothèses ne s'avère fondée et elles ne font que rendre compte d'une méconnaissance de la méthode scientifique ou des véritables conditions de travail et de l'offre de services des cliniciens. Il s'agirait donc ici d'enjeux propres aux professionnels, plutôt qu'à la clientèle. Ainsi, on peut se surprendre que le débat se soit par moment déplacé sur les revendications de cliniciens utilisant des approches psychothérapeutiques moins soutenues par la recherche. On peut tout autant être surpris que d'autres aient ressenti le besoin de déplacer le débat sur des enjeux telle la question du jugement professionnel, comme si celui-ci était à risque d'être malmené par l'une ou l'autre des analyses de l'INESSS, le plaçant même, parfois sans faire les nuances nécessaires, au centre du processus clinique de telle sorte qu'aucun ne pourrait conclure que celui-ci doit avoir présence, *ipso facto*, sur les besoins des patients.

Puisque les fonds seront fort probablement limités, et puisque ces fonds devront être sagement utilisés, un accès accru à la psychothérapie ne pourra se faire sans un passage obligé par des choix difficiles et les deuils qu'ils impliquent. Pouvons-nous nous permettre de tout assurer, sans condition? Les programmes mis en place en Australie et au Royaume-Uni l'ont été par étape, impliquant de faire le choix difficile de ne couvrir que certaines problématiques au début, et même certaines modalités psychothérapeutiques, tout en visant néanmoins d'élargir le répertoire de services dès que possible. Ce qui importera ici sera de

faire ces choix en fonction des données qui sont disponibles, et non en fonction d'anecdotes, de revendications politiques ou des préférences personnelles de tout un chacun. L'article de Bradley et ses collaborateurs (2015) publié en ces pages, offre de telles données et documente comment les psychologues et les psychothérapeutes diffèrent dans leurs attitudes quant aux différents aspects qui définissent les programmes d'accès à la psychothérapie subventionnée par l'État. Leurs résultats indiquent par exemple que les psychologues valorisent davantage l'utilisation de pratiques fondées sur des données probantes ainsi que le suivi en continu avec les résultats observés du traitement, et la publication du niveau de satisfaction des clients par rapport à leur traitement. Les psychothérapeutes valoriseraient davantage l'aide à l'emploi et l'orientation professionnelle. Les auteurs observent aussi des différences concernant les préférences de ces deux groupes de cliniciens quant aux modalités de paiement et de remboursement des services, arguant que les préférences des professionnels devront être prises en compte pour favoriser une adhésion à un programme d'accès élargi à la psychothérapie et son succès.

Par-delà ces données, c'est aussi en portant attention aux succès et erreurs des autres, notamment des pays qui ont mis en place une couverture des frais de la psychothérapie par l'État, que nous devons procéder; ce numéro spécial de *Santé mentale au Québec* a ainsi laissé une place importante à ce qui s'est fait ailleurs. Tout aussi important, il nous faudra aussi envisager d'autres façons de faire, et innover lorsque nécessaire. Ainsi, l'étude de Talbot, Leblanc et Jbilou (2015) effectuée auprès de jeunes adultes du Nouveau-Brunswick porte un regard sur la thérapie informatisée comme option pouvant faciliter l'accès à la thérapie chez, d'une part, une population jeune qui présente des taux de prévalence d'anxiété et de dépression élevés et qui est peu susceptible de consulter, et d'autre part qui résident dans les régions du Canada où les ressources de santé mentale sont limitées. L'étude a évalué le lien entre l'autostigmatisation, un besoin d'autonomie pour résoudre ses problèmes, les attitudes à l'égard de la thérapie informatisée et l'intention d'utiliser la thérapie informatisée. Visiter le site Web d'une clinique en ligne a produit une augmentation significative et importante de l'intention d'utiliser ce type de traitement. Les auteurs concluent que la thérapie informatisée pourrait faciliter l'accès aux traitements de l'anxiété et de la dépression chez les jeunes adultes au Nouveau-Brunswick, particulièrement ceux qui sont à risque d'autostigmatisation et qui montrent un besoin d'autonomie.

Cette intervention démontrée efficace dans des essais randomisés est maintenant passée au stade d'implantation en soins de santé primaire en Australie (Williams & Andrews, 2013).

Une coalition pour un accès équitable à la psychothérapie

L'Angleterre et l'Australie ont chacune des histoires de champions ou d'incidents qui ont motivé la décision du gouvernement de financer un accès accru à la psychothérapie. En Angleterre, le rôle de Lord Richard Layard, professeur au *London School of Economics* (où avait étudié l'ancien premier ministre du Québec, Jacques Parizeau) a été déterminant par sa vision et ses études de modélisation économique et d'efficacité en situation réelle développées en collaboration avec plusieurs professeurs de psychologie. En Australie, la planification fondée sur les preuves à laquelle participaient des psychiatres a été propulsée par des incidents critiques pour des figures publiques. Au Québec, s'est formé à l'initiative de la Fondation Boeckh, un collectif pour l'accès équitable à la psychothérapie (CAP). La fondation Graham Boeckh est d'abord une famille montréalaise qui a perdu un fils aux soins déficients de sa schizophrénie, et qui désire une amélioration de l'accès et de la qualité des soins de santé mentale. Un des porte-paroles est le juge Michael Sheehan de Québec, qui a perdu un fils par suicide il y a de nombreuses années. Sa position est que l'amélioration des soins de santé mentale, dont l'accès en temps opportun aux thérapies efficaces, est une stratégie de prévention du suicide.

La coalition du CAP regroupe, entre autres, des représentants de certains ordres professionnels : du Collège des médecins de famille du Canada, des associations de familles du Québec, des associations d'usagers souffrant d'anxiété et dépression du Québec (Revivre) et du Canada (*Mood Disorders Society of Canada*), des associations communautaires et des chercheurs, dont trois auteurs de cet éditorial. Le CAP a facilement obtenu accès au ministre de la Santé depuis le début des travaux de l'INESSS pour s'en informer et assurer leur poursuite assidue ; avec des porte-paroles tels le juge Michael Sheehan ou encore M. David Levine, et les campagnes de presse du CAP, difficile d'imaginer comment le ministre aurait pu refuser de les recevoir (voir les conclusions de la table ronde présentées dans ce numéro). Au Canada, la gouvernance et la gestion du système de santé et des services sociaux relèvent des provinces. Les sources de financement sont doubles cepen-

dant: les impôts et assurances publiques levés par les provinces, et les transferts fédéraux vers les provinces pour la santé. La commission canadienne pour la santé mentale, dirigée par l'honorable Michael Wilson (qui a lui aussi perdu un fils par suicide, ami de monsieur Boeckh, et ancien ministre fédéral des finances), a recommandé dans sa stratégie nationale de santé mentale, une part accrue du budget de la santé pour la santé mentale. Un financement de l'accès équitable à la psychothérapie au Québec et au Canada pourrait venir, tant des sources de financement provincial, que de fonds de transition du fédéral. Le CAP inclut donc des représentants des usagers et des médecins de famille du Canada, qui soutiennent un accès et financement accru des services de santé mentale, dont la psychothérapie.

Conclusions et recommandations

Comme société, nous devons exiger un accès équitable à des services de santé fondés sur les résultats cliniques (données probantes) ainsi qu'une utilisation optimale des ressources financières dédiées aux services de santé. Au Québec et au Canada comme en Europe, les questions et les réponses sur l'accès aux psychothérapies et la mise en place de programme de financement des psychothérapies sont parfois similaires. Le système de santé actuel couvre les médicaments, mais non la psychothérapie, faisant ainsi en sorte que le système de soin exclut l'un des traitements des plus efficaces et par ailleurs préféré par les patients.

Les conditions d'accès équitable à une psychothérapie de qualité passent par une régulation de l'exercice de la psychothérapie, d'une bonne formation initiale et du maintien de la compétence, de la surveillance et de la répression de l'exercice illégal. Les services de psychothérapie pour les troubles mentaux courants se situent dans les soins de santé primaires. Les conditions incluent aussi une collaboration interdisciplinaire, particulièrement entre les médecins de famille et les psychologues, et les psychothérapeutes ayant un permis d'exercice. Ainsi, toute personne souffrant d'un trouble de santé mentale pour lequel les psychothérapies sont indiquées devrait bénéficier de ces services de première ligne, disponibles à partir d'un programme d'assurance semblable au programme d'assurance médicaments; les patients ayant dans certains cas un reste à charge pouvant être remboursé par leur assurance privée et déduit de leurs impôts, mais protégeant un

accès gratuit pour les personnes dont les revenus ne le permettent pas. Par ailleurs, pour surmonter l'effet de silo, les professionnels de santé et de santé mentale devront travailler en collaboration, et ce dès le début de la formation professionnelle, ce qui permettrait de décloisonner les disciplines, de comprendre comment chaque professionnel travaille. Il importerait aussi que les méthodes de travail soient basées sur des données probantes lorsque de telles données sont disponibles. Ultimement, cependant, il est nécessaire d'être centré sur le patient, qu'il soit informé des options de traitements et impliqué dans ce choix pour qu'il puisse prendre une décision éclairée.

Enfin, l'éclairage des données probantes devrait comme dans ce numéro de SMQ, soutenir les coalitions comme le CAP et éclairer la décision du gouvernement québécois, d'autres juridictions canadiennes et du gouvernement fédéral. Des données probantes au niveau clinique et du programme d'accès accru à la psychothérapie devraient aussi accompagner l'implantation, le maintien, l'amélioration continue et la surveillance de la qualité, par l'utilisation d'échelles de mesure dans la pratique clinique. Les résultats de ces échelles peuvent servir à guider la gestion thérapeutique conjointe entre le psychothérapeute et le médecin de famille, et sont détaillés par exemple dans les guides de pratique du NICE. Les résultats agrégés permettraient par ailleurs de vérifier, comme l'ont fait l'Angleterre et l'Australie (Vasiliadis & Dezetter 2015), si l'efficacité démontrée de la psychothérapie se maintient lorsqu'offerte à la grandeur d'un pays. En combinant ces bénéfices à l'ensemble des coûts et à l'ajout de nouvelles connaissances, la décision de maintenir ou même d'accroître la couverture sera bien éclairée. Ainsi, la Grande-Bretagne a accru le financement global et viendrait d'accroître l'accès à la psychothérapie pour les enfants et adolescents.

RÉFÉRENCES

- Bradley, S., Doucet, R., Kohler, E. & Drapeau, M. (2015). Accessibilité à la psychothérapie subventionnée par l'État: comparaisons entre les perspectives des psychologues et des psychothérapeutes. *Santé mentale au Québec*, 40(4).
- Chomienne, M.-H., Vanneste, P., Grenier, J. & Hendrick, S. (2015). Collaboration médecine-psychologie: évolution des mentalités en Belgique et évolution du système de soins de santé au Canada. *Santé mentale au Québec*, 40(4).
- Dezetter, A. & Briffault X. (2015). Coûts et bénéfices d'un programme de financement des psychothérapies auprès des Français souffrant de troubles dépressifs ou anxieux. *Santé mentale au Québec*, 40(4).

- Fansi, A., Drapeau, M., Jehanno, C., Lapalme, M. & Bouchard S. (2015). Efficacité de la psychothérapie comparativement à la pharmacothérapie dans le traitement des troubles anxieux et dépressifs chez l'adulte : une revue de la littérature. *Santé mentale au Québec*, 40(4).
- Grenier, J., Chomienne, M.-H. & Gaboury, I. (2015). Plaidoyer pour l'inclusion de psychologues dans les équipes de santé familiale en Ontario, Canada. *Santé mentale au Québec*, 40(4).
- Kramer, U., Grosse Holtforth, M. & Dauwalder, J.-P. (2015). Psychological psychotherapy in Switzerland: Moving towards transparency and quality. *Santé mentale au Québec*, 40(4).
- Layard, R., Clark, D., Knapp, M., & Mayraz, G. (2007). Cost-Benefit Analysis of Psychological Therapy. Discussion Paper No. 829. In London School of Economics and Political Science (Ed.). London: Centre for Economic Performance.
- Levine, D., Sheehan, M., Upshall, P., Hayes, M., Cohen, K., Vanneste, P., ... Dezetter, A. (2015). Les conclusions de la Table ronde. *Santé mentale au Québec*, 40(4).
- National Health Service. (2011). *Impact Assessment of the Expansion of Talking Therapies*. London, UK: Department of Health.
- National Health Service. (2012). *IAPT three-year report. The first million patients*. November 2012. Récupéré en février 2016 de : www.dh.gsi.gov.uk
- Piotrowski, A. (2015). The Practice Directorate of the Canadian Psychological Association: Psychology advocacy across Canada. *Santé mentale au Québec*, 40(4).
- Pirkis, J., Harris, M., Hall, W. & Ftanou, M. (2011). Evaluation of the Better Access to Psychiatrists, Psychologists and General Practitioners through the Medical Benefits Schedule initiative. Australian Government, Department of Health. <http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/mental-ba-eval>
- Talbot, F., Leblanc, J. & Jbilou, J. (2015). La thérapie informatisée : une option qui pourrait faciliter l'accès à la thérapie chez les jeunes adultes ? *Santé mentale au Québec*, 40(4).
- Trudeau, J.-B., Dion, A. & Desjardins, P. (2015). Psychothérapie : un encadrement nécessaire et légalement reconnu. *Santé mentale au Québec*, 40(4).
- Van Effenterre, A., Azoulay, M., Briffault, X., Dezetter, A. & Champion, F. (2015). La formation aux psychothérapies des internes en psychiatrie en France. *Santé mentale au Québec*, 40(4).
- Vasiliadis, H.-M. & Dezetter, A. (2015). Les programmes de prise en charge financière des psychothérapies en Australie et en Angleterre. *Santé mentale au Québec*, 40(4).
- Vasiliadis, H.-M., Drapeau, M., Latimer, E. & Lesage, A. Assessing the system level costs and benefits of improving equity in access to psychological services for depression in Canada : Canadian Institutes of Health Research.

Vasiliadis, H.-M., Drapeau, M. & Lesage, A. Assessing the value of cognitive behavioural therapy at the system level: Providing care for all: Canadian Institutes of Health Research.

Williams, A. D. & Andrews G. (2013). The Effectiveness of Internet Cognitive Behavioural Therapy (iCBT) for Depression in Primary Care: A Quality Assurance Study. *PLoS One*, 8(2). doi: 10.1371/journal.pone.0057447

Psychothérapie – Un encadrement nécessaire et légalement reconnu au Québec

Jean-Bernard Trudeau^a

Pierre Desjardins^b

Alain Dion^c

RÉSUMÉ Jusqu'à récemment, le Québec se distinguait par l'adoption d'une loi régissant l'exercice de la psychothérapie adoptée en 2009. Cette loi émerge de 30 ans d'efforts et de discussions interprofessionnelles, ayant abouti à un consensus d'un comité d'experts présidé par le Dr Jean-Bernard Trudeau, dans un rapport déposé en 2005. Dans ce témoignage, le Dr Jean-Bernard Trudeau, médecin généraliste, de même que deux collègues psychiatre et psychologue, ayant participé au comité d'experts ou plus récemment dans l'application de la loi n° 21 au Québec, retracent les principales étapes et les points saillants de la régulation de la pratique de la psychothérapie découlant de ce consensus interprofessionnel et traduit dans la loi n° 21. Ils retracent plus particulièrement les dernières dix années qui ont vu l'adoption de la loi n° 21 en 2009, après deux commissions parlementaires à la suite du dépôt du rapport Trudeau. Ils soulignent ensuite comment la pratique de la psychothérapie est intégrée dans le système professionnel et soumise à un encadrement rigoureux. Ce dernier inclut une réglementation touchant l'obtention du titre de psychothérapeute et le maintien de la compétence; un guide explicatif fait part des travaux continus interprofessionnels dans l'application de la loi et de la réglementation dans le secteur public et privé et produit par l'Office des professions du Québec. La définition obtenue par consensus de la psychothérapie ne la limite

a. M.D., Secrétaire adjoint, Collège des médecins du Québec.

b. M. Ps., Psychologue, Directeur de la qualité et de la pratique, Ordre des psychologues du Québec.

c. M.D., Hôpital de l'Enfant-Jésus de Québec, Université Laval, Québec.

pas au traitement des troubles mentaux et tente de la distinguer d'autres interventions dans le champ des relations humaines. L'obligation de formation continue est encadrée d'une part par l'Ordre des psychologues pour les psychologues et autres professionnels exerçant la psychothérapie et d'autre part le Collège des médecins pour les médecins exerçant la psychothérapie. Ils décrivent enfin le Conseil consultatif interdisciplinaire sur l'exercice de la psychothérapie qu'a prévu le législateur comme mécanisme externe pour assurer la conformité de la réglementation avec l'esprit de la loi, et donner avis aux diverses professions.

MOTS CLÉS psychothérapie, traitement psychologique, évaluation initiale rigoureuse, formation continue obligatoire, conseil consultatif interdisciplinaire

Psychotherapy: Legally recognized in Quebec

ABSTRACT Until recently, Quebec was the first to have regulated the practice of psychotherapy through law adopted in 2009. The law emerged following 30 years of efforts and inter-professional discussions that led to a consensus by an expert committee presided by Dr Jean-Bernard Trudeau in 2005. In this essay, Dr Jean-Bernard Trudeau, general practitioner, and two psychiatrist and psychologist colleagues, who have participated to the expert committee or have been involved more recently in the implementation of law no 21 in Quebec, relate the main landmarks and moments in the regulation of the practice in psychotherapy following this inter-professional consensus that was translated in the law 21. They relate particularly the last ten years that have led to the adoption of law 21 in 2009, following two parliamentary commission after the Trudeau report. They underline how the practice of psychotherapy is integrated in the professional system and submitted to strict regulation. It includes regulations for obtaining the license of psychotherapist and for maintaining competence. Guidelines emerging from continuous inter-professional discussions for the application of the law and of its regulation in the public and private sectors are produced by the Quebec Professions Office. The definition of psychotherapy that was reached by consensus is not limited to the treatment of mental disorders and is distinguished from other intervention in the area of human relations. Continuous training is mandatory and is implemented on one hand by the Order of the psychologists for the psychologists and other professionals practicing psychotherapy and on the other hand the College of physicians for physician practicing psychotherapy. The authors finally described the interdisciplinary advisory council for the practice of psychotherapy that the legislator has foreseen as an external mechanism to insure the conformity of regulation with the spirit of the law and to give opinions to the various professional orders.

KEYWORDS psychotherapy, psychological treatment, rigorous initial evaluation, mandatory continuous education, interdisciplinary advisory board



Introduction

Depuis des décennies, les médecins, les psychologues et d'autres professionnels œuvrant en santé mentale au Québec ont défendu l'importance de la reconnaissance de la pratique de la psychothérapie sur des bases qui n'ont toutefois pas toujours été communes et cohésives. Avec le temps, la transformation du système professionnel et la nécessité grandissante de reconnaître le haut niveau de compétence nécessaire pour exercer la psychothérapie ont apporté une nouvelle cohésion interprofessionnelle rendant incontournable la nécessité de soutenir une pratique rigoureuse, efficace, pertinente et accessible, au bénéfice ultime de la protection du public. Il fallait donner à la psychothérapie les lettres de noblesse qui lui revenaient de plein droit, étant donné sa pertinence et son efficacité qui ne sont plus à démontrer dans le traitement notamment des personnes qui présentent des problèmes de santé mentale. Or, les règles juridiques et le système professionnel allaient mettre en place des dispositions pour enfin permettre à la population un accès à la psychothérapie exercée par des professionnels bien formés et imputables de leurs actions.

Un peu d'histoire¹

Il aura fallu près de 30 ans pour l'aboutissement de travaux et de délibérations qui auront permis de réserver la pratique de la psychothérapie. Mais il y a lieu maintenant de se réjouir puisque nous disposons dorénavant de bien meilleurs outils pour protéger le public, au regard d'une pratique à très haut risque de préjudice. Brièvement, rappelons-nous le chemin parcouru. Le Code des professions est entré en vigueur en 1974 et il a depuis pour fonction de régir tous les ordres professionnels (gouvernement du Québec, 2015a). Il faut souligner que dès le début, le Code des professions distingue deux types de professions, soit celles à exercice exclusif et celles à titre réservé. Le problème, pour celles dont seuls les titres sont réservés, c'est que justement, seul le titre étant réservé, tout ce qui était prévu dans le champ d'exercices, dont la psychothérapie pour les psychologues, ne l'était pas. Et il en est de même pour toutes les autres activités professionnelles exercées

1. L'Ordre des psychologues du Québec, dans une édition spéciale de son magazine *Psychologie Québec*, publié en novembre 2014, présente un petit historique de la loi no 21, de son engagement pour un meilleur encadrement de la pratique de la psychothérapie

en santé mentale par les professionnels auxquels on ne réservait que le titre. Bref, n'importe qui pouvait faire n'importe quoi, y inclut la psychothérapie. Cela dit, pour réserver ce traitement psychologique, il fallait s'entendre sur sa définition et faire en sorte qu'elle soit opérationnelle. Force est de constater la détermination de l'Ordre des psychologues du Québec (OPQ) qui, déjà en 1983, demandait officiellement à l'Office des professions (l'Office) d'étudier prioritairement le problème de la réglementation de la psychothérapie. Mais c'est au début des années 1990 que l'Office lance une vaste consultation auprès de ceux engagés dans le domaine de la psychothérapie. L'OPQ crée un comité avisé sur la pratique clinique dont le premier mandat est de formuler une définition de la psychothérapie conforme aux pratiques professionnelles et à la déontologie. Au surplus, l'Office soumet au ministre responsable un avis sur la réglementation de la psychothérapie qui ne réserve que le titre de psychothérapeute et qui déclare que chacun des ordres concernés définira les compétences requises pour l'exercer. Au cours des années qui suivront, malgré les tables de concertation, le rapport du groupe de travail ministériel présidé par le médecin généraliste, le Dr Roch Bernier (le groupe Bernier) et le rapport d'experts présidé par le psychiatre, le Dr Louis Guérette, il n'y a pas d'entente sur les exigences et les stratégies proposées pour la reconnaissance de la psychothérapie. L'OPQ, à plus d'une reprise, a dû réaffirmer sa position, voire s'inscrire en dissidence, pour établir le niveau de la formation initiale (la maîtrise et non un équivalent), pour rehausser les normes minimales de la formation et réclamer la réserve non seulement du titre de psychothérapeute, mais aussi de l'exercice de la psychothérapie. Pour plusieurs ordres professionnels, il est aussi hors de question de niveler les exigences vers le bas, mais encore fallait-il qu'il y ait consensus.

En novembre 2003, l'émission *Enjeux*, de Radio-Canada, diffuse un reportage-choc sur les thérapies dangereuses, illustrant clairement le danger que courent les personnes qui remettent leur santé mentale, voire carrément leur vie, entre les mains de n'importe qui, charlatans et psychothérapeutes autoproclamés de tout acabit. Le lendemain de l'émission, une rencontre préparatoire a lieu à l'Office en vue de la mise sur pied d'un comité d'experts sur la modernisation des pratiques professionnelles en santé mentale et en relations humaines avec le futur président du comité. Il devient alors impératif d'ajouter au mandat du comité la délicate tâche de régler la question de la psychothérapie. Réunissant un représentant de chacune des professions de la santé

mentale et des relations humaines et présidé par le Dr Jean-Bernard Trudeau, le comité d'experts a le mandat de redéfinir les champs d'exercice des professions de la santé mentale et des relations humaines, de réserver des activités et de définir un encadrement pour la psychothérapie. Le *Rapport sur la modernisation de la pratique professionnelle en santé mentale et en relations humaines* (Rapport Trudeau, 2005) est déposé deux ans plus tard et ses recommandations font l'unanimité auprès des ordres professionnels concernés, y compris l'OPQ qui voit ainsi l'encadrement de la psychothérapie répondre à ses exigences historiques. Suivront deux commissions parlementaires avant que l'Assemblée nationale du Québec adopte finalement la loi n° 21 en 2009 (gouvernement du Québec, 2009). Cette loi consacre la réserve du titre de psychothérapeute et celle de l'exercice de la psychothérapie et elle confie à l'OPQ la responsabilité de délivrer le permis de psychothérapeute. En juin 2012, enfin, près de 10 ans après l'émission-choc portant sur les thérapies dangereuses, les dispositions de la loi concernant la psychothérapie entrent en vigueur.

Un encadrement rigoureux

La loi n° 21 n'a pas créé une nouvelle profession, celle de psychothérapeute, ni élaboré un nouveau champ d'exercices, celui de la psychothérapie. En effet, on ne définit pas une profession sur la base d'une activité professionnelle, que celle-ci soit ou non complexe. La loi n° 21 reconnaît que la psychothérapie est une activité à haut risque de préjudice et, de ce fait, en intègre la pratique dans le système professionnel. Elle définit la psychothérapie, en réserve l'exercice en partage à des professionnels habilités et réserve également le titre de psychothérapeute. Ce titre n'est pas au Québec un titre professionnel au sens propre et il ne peut être utilisé seul. Il doit nécessairement être précédé soit du titre professionnel, quand le détenteur est membre d'un ordre professionnel, soit du titre du diplôme universitaire qui a permis au détenteur non admissible à un ordre professionnel d'obtenir son permis de psychothérapeute (par la voie des droits acquis, clause temporaire ayant pris fin en juin 2014). On évite ainsi tout risque de confusion quant à l'identité du professionnel qui offre des services de psychothérapie et on permet au public de faire un choix éclairé. Dorénavant, à l'exception des médecins et des psychologues, nul ne peut exercer la psychothérapie, ni utiliser le titre de psychothérapeute à moins d'être titulaire d'un permis de psychothérapeute délivré par l'OPQ. Il y a bien évidemment

des conditions pour obtenir un permis de psychothérapeute². Parmi celles-ci : détenir un diplôme universitaire de maîtrise dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines, détenir une formation complémentaire de niveau universitaire en lien avec l'exercice de la psychothérapie, à savoir une formation théorique de 765 heures et un stage supervisé de 600 heures et être membre de l'un des ordres professionnels suivants : conseillers et conseillères en orientation, criminologues, ergothérapeutes, infirmiers et infirmières, psychoéducateurs et psychoéducatrices, travailleurs sociaux et travailleuses sociales, thérapeutes conjugaux et familiaux et sexologues. De plus, l'article 1 du *Règlement sur le permis de psychothérapeute* précise que 270 heures de formation initiale doivent porter sur quatre modèles théoriques d'intervention soit les modèles psychodynamiques, les modèles cognitivo-comportementaux, les modèles systémiques et les théories de la communication et les modèles humanistes. Ces quatre grands modèles ont démontré depuis longtemps leurs assises scientifiques, cliniques et associatives, tant sur le plan national qu'international.

Une définition incontournable conjuguée à une évaluation initiale rigoureuse

La psychothérapie est un traitement qui ne s'adresse pas qu'à ceux qui présentent un trouble mental dûment identifié. C'est ce qui a amené le législateur à en donner une définition qui ne rattache pas son exercice à un type de trouble ou encore à une intensité ou à une gravité des troubles retenus. On a ainsi opté pour une définition qui englobe, en plus des troubles mentaux, les perturbations liées au développement de l'être humain et celles pouvant survenir au cours des cycles de la vie.

La définition de la psychothérapie se lit comme suit :

« Un traitement psychologique pour un trouble mental, pour des perturbations comportementales ou pour tout autre problème entraînant une souffrance ou une détresse psychologique qui a pour but de favoriser chez le client des changements significatifs dans son fonctionnement cognitif, émotionnel ou comportemental, dans son système interpersonnel, dans sa personnalité ou dans son état de santé. Ce traitement va au-delà d'une aide visant à faire face aux difficultés courantes ou d'un rapport de conseils ou de soutien ».

2. Voir à cet effet le *Règlement sur le permis de psychothérapeute*, règlement de l'Office des professions (gouvernement du Québec, 2015b).

On relève les trois (3) éléments qui la constituent :

- Sa nature : *un traitement psychologique* ;
- Son objet : *pour un trouble mental, pour des perturbations comportementales ou pour tout autre problème entraînant une souffrance ou une détresse psychologique* ;
- Son objectif ou sa finalité : *favoriser chez le client des changements significatifs dans son fonctionnement cognitif, émotionnel ou comportemental, dans son système interpersonnel, dans sa personnalité ou dans son état de santé*.

À ces trois éléments, s'ajoute de l'information sur ce qu'elle n'est pas : *une aide visant à faire face aux difficultés courantes ou d'un rapport de conseils ou de soutien*.

Définir la psychothérapie permet de distinguer les interventions qui ne sont pas de la psychothérapie et qui par conséquent ne sont pas réservées. Toutefois, certaines interventions peuvent être difficiles à distinguer de la psychothérapie et, à cet égard, la loi n° 21 a prévu que l'Office, par règlement, dresse une liste d'interventions qui ne constituent pas de la psychothérapie, mais qui s'y apparentent, et donne la définition de chacune d'elles. Il s'agit de :

- La rencontre d'accompagnement ;
- L'intervention de soutien ;
- L'intervention conjugale et familiale ;
- L'éducation psychologique ;
- La réadaptation ;
- Le suivi clinique ;
- Le coaching ;
- L'intervention de crise³.

Par ailleurs, l'article 187.2 du Code des professions donne des précisions sur la façon d'exercer adéquatement la psychothérapie :

Tout médecin, psychologue ou titulaire d'un permis de psychothérapeute doit exercer la psychothérapie en respectant, outre les lois et les règlements qui le régissent, les règles suivantes :

1. *Établir un processus interactionnel structuré avec le client ;*
2. *Procéder à une évaluation initiale rigoureuse ;*

3. Cette liste d'activités et la définition de chacune d'elles se trouvent dans le *Règlement sur le permis de Psychothérapeute (gouvernement du Québec, 2015b ; Desjardins, 2013a)*.

3. *Appliquer des modalités thérapeutiques basées sur la communication;*
4. *S'appuyer sur des modèles théoriques scientifiquement reconnus et sur des méthodes d'intervention validées qui respectent la dignité humaine (gouvernement du Québec, 2015b; Trudeau et Goulet, 2012; Desjardins, 2015).*

Il y a lieu de préciser ici qu'on ne peut soutenir ne pas pratiquer la psychothérapie parce qu'on ne respecte pas les règles qu'édicte cet article du Code des professions. Si l'intervention qui est offerte correspond à la définition de la psychothérapie, il s'agit de psychothérapie. Mais si elle est offerte sans suivre les règles, c'est qu'il s'agit d'une mauvaise pratique de la psychothérapie (Lorquet, 2014). Par ailleurs, le développement des connaissances en matière de psychothérapie permet de confirmer qu'il s'agit bel et bien d'un traitement. Son efficacité est largement démontrée, notamment par la recherche, et on dispose de nombreuses données probantes sur différents paramètres (type d'approches, caractéristiques du client, caractéristiques du psychothérapeute, alliance thérapeutique, etc.), celles-ci permettant de relativiser le poids et l'importance de ce qu'on peut désigner comme les « ingrédients » de la psychothérapie. À noter que certaines recherches visent à établir la pertinence d'utiliser une approche déterminée en fonction d'un trouble mental donné. Bien que cela enrichisse nos connaissances sur ce plan, il n'en demeure pas moins qu'on ne traite pas une pathologie, mais bien une personne qui en souffre, le trouble qui l'affecte ne pouvant par conséquent être le seul critère sur lequel faire reposer le choix du traitement. Les interventions sont choisies de façon cohérente et en concordance avec les résultats de l'évaluation initiale rigoureuse que doit faire le psychothérapeute, ainsi qu'avec l'objectif de changement recherché (Desjardins, 2014). Cette évaluation constitue un préalable ayant pour but de déterminer la pertinence d'entreprendre une psychothérapie. Le *Guide explicatif sur la loi n° 21 (Office des professions du Québec, 2013)* précise que cette évaluation tient compte notamment des éléments suivants :

« [...] »

- *La demande formulée par la personne et son histoire thérapeutique;*
- *Les facteurs biologiques, psychologiques, sociaux et culturels de la personne;*
- *L'utilisation et l'interprétation de différents tests, questionnaires et techniques, le cas échéant; les ressources et les forces du client; l'exis-*

tence d'un diagnostic, notamment d'un trouble mental, et d'un traitement actuel ou antérieur.

Une telle évaluation permet de cerner davantage la situation de la personne et le motif qui l'amène à consulter. Son résultat influence le choix de l'approche psychothérapeutique et des différents tests et techniques utilisés en lien avec cette approche. De plus, elle guide le psychothérapeute dans la décision d'entreprendre et de poursuivre le processus psychothérapeutique au regard des connaissances et des compétences dont il dispose pour traiter une personne aux prises avec un trouble ou un problème particulier. L'information ainsi recueillie doit être consignée au dossier. Les objectifs sous-jacents à cette évaluation font qu'elle se distingue de l'évaluation de la condition mentale et de l'évaluation des troubles mentaux, du retard mental et des troubles neuropsychologiques.»
(p. 82)

Une obligation de formation continue

Un règlement détermine le cadre des obligations de formation continue, selon les modalités fixées par résolution du Conseil d'administration du Collège des médecins du Québec (CMQ) (pour les médecins qui exercent la psychothérapie) et de l'OPQ (pour les psychologues qui exercent la psychothérapie et les titulaires du permis de psychothérapeute). Tous doivent accumuler au moins 90 heures de formation continue en psychothérapie sur une période de cinq (5) ans (Trudeau *et al.*, 2013 ; Desjardins, 2013b). Cette obligation a pour but de maintenir et de développer les compétences dans la pratique de la psychothérapie et renforce l'importance accordée à la protection du public. Le CMQ et l'OPQ limitent le droit d'exercer la psychothérapie respectivement au médecin et au psychologue qui n'a pas respecté son obligation de formation continue jusqu'à ce qu'il lui fournisse la preuve qu'il a satisfait à cette obligation. Il en va de même pour le titulaire du permis de psychothérapeute qu'encadre l'OPQ.

Un conseil consultatif interdisciplinaire sur l'exercice de la psychothérapie

La loi n° 21 a prévu également la mise en place d'un conseil consultatif interdisciplinaire (CCI) sur l'exercice de la psychothérapie qui repose sur l'implication et la collaboration de l'ensemble des ordres concernés (gouvernement du Québec, 2009). Le CCI, doit donner des avis et des

recommandations au ministre responsable de l'application des lois professionnelles, par l'intermédiaire de l'Office, sur toute question que celui-ci juge opportun de lui soumettre relativement à l'exercice de la psychothérapie. Le CCI a également pour mandat de donner au conseil d'administration des ordres professionnels, dont les membres peuvent exercer la psychothérapie, des avis et des recommandations concernant les projets de règlement de ces ordres portant sur l'exercice de la psychothérapie, avant qu'il ne les adopte, ainsi que sur toute autre question concernant l'exercice de la psychothérapie que le conseil d'administration de ces ordres juge opportun de lui soumettre (Lorquet, 2012). La création du CCI, comme son nom le dit, s'appuyait sur les mêmes valeurs d'interdisciplinarité qui ont prévalu à la loi n° 21. Il est ainsi formé des membres suivants, nommés par le gouvernement et choisis pour leurs connaissances, leur expérience ou leur expertise professionnelle dans le domaine de la psychothérapie :

- Deux psychologues, dont le président du conseil, après consultation de l'OPQ;
- Deux médecins, dont le vice-président du conseil, après consultation du CMQ;
- Un membre de chaque ordre professionnel dont les membres peuvent être titulaires du permis de psychothérapeute et, le cas échéant, un membre titulaire de chacune des catégories de permis délivrés par cet ordre professionnel, après consultation de l'ordre professionnel dont il est membre.

Le législateur, eu égard au CCI, a agi avec précaution et son intention était entre autres de se doter d'une instance pouvant faciliter l'harmonisation du processus d'encadrement de la pratique de la psychothérapie, dans le contexte où la psychothérapie est réservée et partagée en interdisciplinarité. Or, on constate que les ordres professionnels concernés ont maintenu entre eux cette cohésion et cette ouverture mutuelle qui ont prévalu à l'adoption de la loi n° 21. Ainsi, ils n'hésitent pas à se consulter, à la recherche de consensus, dès qu'un problème se pose.

Un guide explicatif... pour conclure

On a fait précédemment référence au *Guide explicatif*. Ce guide a été rédigé par les représentants des ordres concernés par la loi n° 21, sous la gouverne de l'Office des professions. Il sert à expliquer les

dispositions de cette loi, y incluant celles entourant l'exercice de la psychothérapie. C'est un document qui évolue au gré des questions qui se posent et des expériences d'implantation des dispositions de la loi n° 21 sur le terrain. Il est notamment disponible sur le site de l'Office des professions (2013). Le *Guide explicatif* vise à assurer une cohérence et une uniformité d'interprétation dans tous les milieux et il offre une compréhension de ce qu'impliquent les dispositions légales pour chaque groupe de professionnels concernés. On y trouve aussi le résumé d'avis rendus par le CCI sur l'art-thérapie, la musicothérapie, la zoothérapie et la thérapie conjugale et familiale. Le lecteur est donc invité à prendre connaissance du *Guide explicatif* pour y trouver des réponses qui, en toile de fond, réfèrent toujours au souci constant de protection du public et des clientèles les plus vulnérables en précisant la réserve professionnelle des activités à risque de préjudice, y incluant l'incontournable encadrement, maintenant légalement reconnu, de la psychothérapie.

RÉFÉRENCES

- Desjardins, P. (2013a). Le départage nécessaire des interventions en psychothérapie. *Psychologie Québec*, 30(5), 13-15.
- Desjardins, P. (2013b). Changements du côté de la formation continue liée à la pratique de la psychothérapie. *Psychologie Québec*, 30(4), 9-11.
- Desjardins, P. (2014). Évaluer avant d'entreprendre une psychothérapie : une règle ! *Psychologie Québec*, 31(1), 9-11.
- Desjardins, P. (2015). L'encadrement de la psychothérapie : un défi de la loi 21. *Psychologie Québec*, 32(5), 13-15.
- Gouvernement du Québec. (2009). Projet de loi n° 21, Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines, Éditeur officiel du Québec, chapitre 28, <http://www.assnat.qc.ca/fr/travaux-parlementaires/projets-loi/projet-loi-21-39-1.html>
- Gouvernement du Québec. (2015a). Code des professions (à jour au 1er octobre 2015), chapitre C-26, Éditeur officiel du Québec. http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/C_26/C26.htm&PHPSESSID=36617b2f4fa6d2928dd8ec6f1def1284
- Gouvernement du Québec. (2015b) Règlement sur le permis de psychothérapeute (à jour au 1er octobre 2015) (chapitre C-26, r.222.1) Éditeur officiel du Québec. http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=%2F%2FC_26%2FC26R222_1.htm
- Lorquet, É. (2012). Les avis du conseil consultatif interdisciplinaire sur l'exercice de la psychothérapie. *Psychologie Québec*, 29(5), 18-20.

- Lorquet, É. (2014). Bien informer et prévenir les poursuites pour pratique illégale de la psychothérapie. *Psychologie Québec*, 31(3), 13.
- Magazine Psychologie Québec. (2014), Édition spéciale : La profession de psychologue : l'histoire d'une transformation, 31(6). http://www.ordrepsy.qc.ca/pdf/OPQ_novembre2014_WEB.pdf
- Office des professions du Québec. (2013). Guide explicatif, Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines, <http://www.opq.gouv.qc.ca/santementale-relationshumaines/domaine-de-la-sante-mentale-et-des-relations-humaines-projet-de-loi21/guide-explicatif>
- Rapport Trudeau. (2005). Rapport du comité d'experts, Partageons nos compétences – Modernisation de la pratique professionnelle en santé mentale et en relations humaines, Office des professions du Québec. http://www.opq.gouv.qc.ca/fileadmin/documents/Publications/Rapport_etude/Rapport-Sante-ment.pdf
- Trudeau, J.-B. & Goulet, F. (2012). L'exercice de la psychothérapie par le médecin. *Le Collège*, 52(3), 27-28.
- Trudeau, J.-B., Goulet, F., Ladouceur, R. & Bélanger, L. (2013). Formation continue en psychothérapie – Quelles sont les obligations des médecins? *Le Collège*, 53(3), 18-19.

La Direction générale de la pratique de la Société canadienne de psychologie : à la défense des intérêts de la psychologie partout au Canada

Andrea S. Piotrowski^a

■ **RÉSUMÉ** Depuis longtemps, les organismes nationaux, provinciaux et territoriaux de défense des intérêts de la psychologie militent pour l'amélioration de l'accès aux services psychologiques au Canada. La Direction générale de la pratique (DGP) de la Société canadienne de psychologie (SCP) est composée de représentants de chaque association de psychologues vouée à la défense de la psychologie et d'un représentant de la SCP. Elle a comme mandat d'accroître l'efficacité et l'efficacé des activités de représentation, en partageant de l'information et en collaborant avec les provinces et les territoires du Canada. Le présent commentaire précise les initiatives passées, présentes et futures, dirigées par la DGP par le truchement d'énoncés de politique, de campagnes, de sensibilisation du public, de sondages et de possibilités de formation visant à appuyer les activités de représentation en vue d'améliorer l'accès aux services psychologiques pour le bien de tous les Canadiens.

MOTS CLÉS activités de représentation, services psychologiques, Canada, accès, pratique

The Practice Directorate of the Canadian Psychological Association: Psychology advocacy across Canada

ABSTRACT Increasing access to psychological services across Canada has long been a focus of national and provincial/territorial psychology advocacy bodies. The Practice Directorate (PD) of the Canadian Psychological Association (CPA) is

a. Présidente, Direction générale de la pratique, Société canadienne de psychologie.

comprised of representatives from each of the advocacy psychology associations and a representative from CPA. Its mandate is to increase the efficiency and effectiveness of psychology advocacy by sharing information and collaborating on initiatives across Canadian jurisdictions. This commentary highlights past, present, and future initiatives of the PD through policy statements, campaigns, public education, surveys, and training opportunities aimed at supporting advocacy in increasing access to psychological services for all Canadians.

KEYWORDS advocacy, psychological services, Canada, access, practice

Introduction

Défendre les intérêts de la profession de psychologue est essentiel à une époque où les disciplines qui fournissent des services de santé mentale ne cessent de se diversifier. Même si l'objet des activités de représentation au nom de la profession est souvent le même dans toutes les parties du pays (c.-à-d. accroître l'accès aux psychologues et aux services psychologiques), dans certains cas, les initiatives de représentation sont propres à une province ou à un territoire en particulier.

Qu'est-ce que la Direction générale de la pratique ?

La Direction générale de la pratique de la Société canadienne de psychologie (SCP) a comme mandat d'accroître l'efficacité et l'efficacité des activités de représentation au nom de la psychologie par la mise en commun de l'information et la collaboration à différentes initiatives. La Direction générale de la pratique a été créée en 2009 à la suite de discussions entre le Conseil des sociétés professionnelles de psychologues (CSPP) et la SCP, dont l'objet était l'élaboration d'une compréhension commune des lacunes et des besoins en matière de défense des intérêts de la profession de psychologue au Canada. La Direction générale de la pratique est composée d'un représentant de chaque association professionnelle de psychologues provinciale et territoriale et d'un représentant de la SCP. Elle est financée par la SCP ainsi que par les contributions des associations membres et du CSPP. Le conseil de la Direction générale de la pratique est dirigé par un président désigné parmi les représentants d'associations provinciales et territoriales de psychologues, et est appuyé dans son travail par un gestionnaire et par le personnel de la SCP. Bien que les initiatives de représentation nationale (p. ex., activités de lobbying auprès du gouvernement fédéral,

contacts avec les grands employeurs nationaux) soient du ressort de la SCP, les initiatives de représentation nationale sont aussi présentées à la Direction générale de la pratique.

Le mandat de la Direction générale de la pratique s'articule autour d'une vision commune, sur laquelle elle s'appuie pour répondre aux besoins de représentation de la psychologie dans toutes les provinces et les territoires du Canada (<http://www.cpa.ca/practitioners/practice-directorate/>). Dans ses activités de défense des intérêts, la Direction générale de la pratique s'intéresse à différentes questions législatives, réglementaires et juridiques, à la sensibilisation du public et au soutien de la pratique. Son mandat consiste plus précisément à appuyer et à faciliter les activités de représentation dans les provinces et les territoires en :

- coordonnant et centralisant l'information et les ressources liées à l'exercice de la psychologie au pays (p. ex. campagnes de représentation, information sur les champs de pratique et les lois régissant l'exercice de la psychologie, législation et modifications apportées aux lois, qui ont une incidence sur la pratique de la psychologie) ;
- coordonnant des initiatives et des stratégies de représentation communes, qui peuvent être mises en œuvre dans toutes les provinces et les territoires (p. ex., campagnes de sensibilisation du public visant à améliorer la compréhension du rôle et de la contribution de la psychologie à la santé et au bien-être des Canadiens) ;
- organisant de la formation sur la représentation et le leadership pour les dirigeants des associations de psychologues des provinces et des territoires.

Politiques et actions soutenues par la Direction générale de la pratique

Les associations membres trouvent utiles les politiques ou les énoncés de position soutenus par la Direction générale de la pratique lorsqu'elles font des activités de représentation auprès du gouvernement et des principaux intervenants. Plusieurs gouvernements provinciaux et territoriaux sont plus disposés à examiner une proposition si celle-ci a déjà été mise en œuvre dans une autre province ou un autre territoire, ou si elle est appuyée par d'autres provinces ou territoires, ou par la SCP. Voici des exemples de politiques et d'énoncés de position soutenus par la Direction générale de la pratique (<http://www.cpa.ca/practitioners/practicedirectorate/>) :

- Tous les Canadiens, quel que soit leur revenu, ont le droit à des services psychologiques;
- Tous les Canadiens ont le droit de travailler dans un milieu de travail sain sur le plan psychologique;
- Les services de santé mentale et les interventions comportementales offerts par le régime public doivent recevoir un financement équivalent à celui des services de santé physique financés par l'État en fonction du fardeau de la maladie;
- La Direction générale de la pratique appuie fortement les efforts visant à mieux comprendre les commotions cérébrales dans le sport et les loisirs et à les diminuer;
- La Direction générale de la pratique appuie le concept selon lequel les services axés sur le patient font en sorte que le patient reçoit le bon service, au bon moment et par le bon fournisseur;
- La Direction générale de la pratique considère le rétablissement comme un aspect essentiel de la vie des Canadiens qui souffrent de problèmes de santé mentale et de comportement, et croit qu'il doit faire partie de toute la gamme de programmes de soutien et de services offerts au Canada;
- La Direction générale de la pratique estime que le diplôme de doctorat doit être la norme d'éducation nationale pour l'octroi du droit d'exercer la psychologie au Canada;
- La Direction générale de la pratique soutient le modèle d'éducation et de formation de docteur en psychologie (D. Psy.);
- La Direction générale de la pratique soutient la création d'internats et de stages pour les étudiants, les internes et les résidents en psychologie au Canada.

Initiatives passées et en cours

En plus de partager de l'information et des stratégies avec les associations provinciales et territoriales et avec la SCP, la Direction générale de la pratique élabore des projets, qui sont susceptibles d'intéresser la plupart des provinces et des territoires et de les aider dans leurs activités de représentation. Le questionnaire de la Direction générale de la pratique est également disponible pour aider les différentes associations dans leurs projets de représentation et lors des campagnes électorales provinciales/territoriales.

En 2011, la Direction générale de la pratique a mené l'une de ses plus importantes initiatives en commandant un sondage EKOS, qui visait à recueillir des données sur les attitudes des Canadiens à l'égard

des psychologues et de l'accès aux services psychologiques. Dans le cadre du sondage, les personnes interrogées ont dit faire confiance aux psychologues lorsqu'il s'agit de traiter des problèmes de santé mentale de diverses natures, et que ce qui les empêche surtout de recourir aux services d'un psychologue est leur coût. Les données sont résumées selon la province, le territoire et le pays. Les résultats du sondage se trouvent à l'adresse <http://www.cpa.ca/polls/>.

Fondée sur une campagne qui a vu le jour au Manitoba en 2012, l'initiative « Ayez votre santé mentale » a été développée et étendue par la SCP pour devenir une campagne nationale, à laquelle plusieurs associations membres de la Direction générale de la pratique ont participé avec grand succès de 2012 à 2015. Dans le cadre de cette campagne, qui a eu lieu en février de chaque année, un site Web, comportant des liens menant vers chacune des associations, a été créé. À partir de ce site Web, les membres et le public ont eu l'occasion d'envoyer par voie électronique une lettre, dans laquelle ils adressaient aux politiciens des provinces, des territoires et du pays, une série de recommandations relatives à l'accès aux services psychologiques. Les médias sociaux (Twitter, Facebook) ont aussi aidé à dynamiser la campagne. Avec la participation de la SCP et des provinces, des personnalités ont été invitées à partager sur Twitter et Facebook une photo d'elles-mêmes portant le t-shirt de la campagne, qui arborait le slogan « Canada's Psychologists helping to Mind Your Mental Health ». Plusieurs associations membres de la Direction générale de la pratique continuent à organiser des activités pour le Mois de la psychologie en février, comme des conférences publiques, des expositions d'œuvres d'art ainsi que des rencontres avec les médias et des communiqués traitant de la psychologie.

Par ailleurs, le public exprime souvent sa frustration devant la couverture inadéquate que réservent beaucoup de régimes privés d'assurance-maladie complémentaire aux services psychologiques. La Direction générale de la pratique a cofinancé un rapport sur les prestations d'assurance-maladie complémentaire destinées aux services psychologiques et sur les tendances futures des modèles utilisés par les assureurs privés. Le rapport conclut que cette branche de l'industrie des assurances se préoccupe surtout de limiter les coûts, au lieu de travailler dans l'optique de l'amélioration de la santé. Cela laisse croire que, pour accroître la couverture des services psychologiques par les assureurs, il faut sensibiliser les employeurs qui souscrivent une assurance complémentaire auprès d'un assureur privé. À la lumière des

résultats du rapport, la SCP a élaboré une trousse d'outils, qu'elle met à la disposition des associations désireuses de rencontrer des employeurs de leur province ou leur territoire pour sensibiliser les décideurs aux prestations de soins de santé et aux économies qu'ils pourraient faire s'ils donnaient la possibilité aux employés qui ont besoin d'aide psychologique d'être traités adéquatement et en temps opportun. Ce travail a abouti à une autre initiative de la SCP, dont l'objectif est d'améliorer l'accès aux services psychologiques par le truchement des régimes publics et privés d'assurance-maladie. Ces actions semblent avoir porté leurs fruits. En effet, en 2014, le gouvernement fédéral a décidé de doubler le montant des prestations pour les services psychologiques offerts aux centaines de milliers d'employés de la fonction publique fédérale, et à leurs familles. Avec les initiatives de représentation menées dans les provinces et les territoires, la Direction générale de la pratique et la SCP sont sûres que l'accès aux psychologues s'améliorera pour le bien des Canadiens.

Pour donner suite au souhait des associations membres, la Direction générale de la pratique a organisé une conférence sur le leadership en janvier 2016 au cours de laquelle les associations et les chefs de file de la psychologie ont appris comment « agir stratégiquement et penser politiquement ». La conférence a visé à former les participants et à leur fournir des ressources, en vue d'étendre les compétences en matière de leadership et de représentation à la grandeur du pays.

L'avenir

Au Canada, pour les parents (Lee *et al.*, 2014), les enfants (Eichstedt *et al.*, 2014; Hunsley *et al.*, 2014), les étudiants de niveau postsecondaire (Nunes *et al.*, 2014) et les adultes (Roberge *et al.*, 2014), les services psychologiques sont très peu accessibles. Le rôle du psychologue est en train de changer dans le système de soins de santé, comme en témoignent l'intégration des psychologues aux équipes de soins primaires (p. ex., Chomienne *et al.*, 2011) et différentes initiatives visant à accroître l'accès à la psychothérapie par l'intermédiaire de programmes financés par le gouvernement (notamment au Québec; Bradley & Drapeau, 2014). Devant l'évolution des programmes de santé mentale et des interventions comportementales, il est important d'offrir au consommateur, dans un délai raisonnable, des services efficaces, fondés sur des preuves. La psychologie a un rôle important à jouer dans la pro-

motion de programmes nouveaux et novateurs, capables d'améliorer l'accès aux services psychologiques.

La représentation est un effort de collaboration. Il arrive souvent qu'une initiative mise en œuvre avec succès dans une province ou un territoire soit prise en considération et adoptée par d'autres. La structure de la Direction générale de la pratique favorise la collaboration du milieu de la psychologie partout au pays autour d'un objectif commun, celui de fournir à tous les Canadiens les services psychologiques dont ils ont besoin. La Direction générale de la pratique s'efforce de soutenir des projets originaux mis sur pied dans les provinces et les territoires, de coordonner toutes les initiatives qui se présentent pour défendre nos intérêts communs et d'élaborer des ressources qui peuvent être utilisées à grande échelle. Grâce au travail de la Direction générale de la pratique, des comités de la SCP et des autres intervenants, les données liées à la pratique, les résultats des sondages, les documents de représentation et le soutien du personnel sont mis à la disposition des associations provinciales et territoriales et de leurs membres.

Vous trouverez des renseignements supplémentaires sur la Direction générale de la pratique à <http://www.cpa.ca/practitioners/practicedirectorate/>.

Remerciements

Un merci tout spécial à Karen Cohen, Sam Mikail, Rhonda Matters, Pierre Bérubé et Amy Barnard, qui ont révisé le présent article.

RÉFÉRENCES

- Bradley, S. & Drapeau, M. (2014). Increasing access to mental health care through government-funded psychotherapy: The perspectives of clinicians. *Psychologie canadienne*, 55(2), 80-89. doi: 10.1037/a0036453
- Chomienne, M. H., Grenier, J., Gaboury, I., Hogg, W., Ritchie, P. & Farmanova-Haynes, E. (2011). Family doctors and psychologists working together: doctors' and patients' perspectives. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 17, 282-287. doi: 10.1111/j.1365-2753.2010.01437.x
- Eichstedt, J. A., Collins, K. A., Phoenix, E., Haensel, H. & Dozois, D. A. (2014). The management of childhood anxiety disorders in Ontario's public mental health system. *Psychologie canadienne*, 55(2), 90-100. doi: 10.1037/a0035103
- Hunsley, J., Ronson, A., Cohen K. R. & Lee, C. M. (2014). Psychological services for children and youth: A survey of Canadian practitioners. *Psychologie canadienne*, 55(2), 117-125. doi: 10.1037/a0031551

- Lee, C. M., Smith, P. B., Stern, S. B., Piche, G., Feldgaier, S., Ateah, C. & Chan, K. (2014). The international parenting survey-Canada: Exploring access to parenting services. *Psychologie canadienne*, vol. 55, n° 2, 110-116. doi: 10.1037/a0036297
- Nunes, M., Walker, J. R., Syed, T., De Jong, M., Stewart, D. W. & Provencher, M. D. The Mobilizing Minds Research Group. (2014). A national survey of student extended health insurance programs in postsecondary institutions in Canada: Limited support for students with mental health problems. *Psychologie canadienne*, 55(2), 101-109. doi: 10.1037/a0036476
- Roberge, P., Fournier, L., Menear, M. & Duhoux, A. (2014). Access to psychotherapy for primary care patients with anxiety disorders. *Psychologie canadienne*, vol. 55, 60-67. doi: 10.1037/a0036317

La psychothérapie psychologique en Suisse vers la transparence et la qualité

Martin grosse Holtforth^a

Ueli Kramer^b

Jean-Pierre Dauwalder^c

RÉSUMÉ L'article donne un aperçu de la psychothérapie psychologique en Suisse. Nous décrivons le statut juridique des psychologues-psychothérapeutes, leur position et leur rôle au sein du système de santé suisse, le contexte professionnel dans lequel ils pratiquent, le type de formation en psychothérapie, les différents modèles d'emploi des psychologues-psychothérapeutes, ainsi que la situation de remboursement des séances de psychothérapie psychologique, qui est actuellement insuffisant. Le remboursement par l'assurance maladie obligatoire est mis en évidence comme étant le plus important défi auquel les psychologues-psychothérapeutes sont confrontés actuellement en Suisse, et ce, pour être pleinement reconnus en tant que fournisseurs indépendants de psychothérapie.

MOTS CLÉS psychothérapie, Suisse

-
- a. Ph. D., Associate Professor, Department of Psychology, Clinical Psychology and Psychotherapy, University of Berne – Head Researcher, Psychosomatic Competence Center, University Hospital for General Internal Medicine, Inselspital, House C.L. Lory, Berne.
 - b. Ph. D., Adjunct Professor, Clinical Psychology, University of Windsor, Canada – Privatdocent, Département de Psychiatrie, Institut Universitaire de Psychothérapie et Service de Psychiatrie générale, University de Lausanne.
 - c. Ph. D., Professor Emeritus, Department of Psychology, University of Lausanne.

Psychological Psychotherapy in Switzerland: Moving towards Transparency and Quality

ABSTRACT The article gives an overview of psychological psychotherapy in Switzerland. We describe the legal status of psychological psychotherapists, their position and role within the Swiss health-care system, the professional context they practice in, the format of psychotherapy training, various employment models of psychological psychotherapists, as well as the currently insufficient reimbursement situation of psychological psychotherapy. Reimbursement by mandatory health insurance is highlighted as the most important current challenge psychological psychotherapists face in Switzerland, on their way to be fully acknowledged as independent providers of psychotherapy.

KEYWORDS psychotherapy, Switzerland

Cet article propose un aperçu de la situation de la psychothérapie psychologique en Suisse. Nous utilisons le terme de la « psychothérapie psychologique » pour désigner la pratique de la psychothérapie effectuée par des psychologues, car en Suisse, la psychothérapie est offerte à la fois par les psychiatres-psychothérapeutes et par les psychologues-psychothérapeutes. Nous allons décrire la formation et l'activité des psychologues-psychothérapeutes, ainsi que les questions liées au remboursement et les modèles d'emploi actuels. Pour plus d'informations sur la situation des psychologues-psychothérapeutes dans d'autres pays européens le lecteur intéressé est renvoyé à d'autres publications récentes (p. ex. Lunt, 2015 ; Pilgrim, Champion, Hutschemaekers, Garnoussi, & Van Dijk, 2012 ; Pritz, 2011 ; Strauss & Kohl, 2009 ; Sulz & Hagspiel, 2011).

La Suisse est une confédération composée de 26 cantons, elle possède des frontières communes avec l'Italie, la France, l'Allemagne, l'Autriche et le Liechtenstein. La Suisse a quatre langues officielles : l'allemand (environ 65 % de la population), le français (22 %), l'italien (8 %), et le romanche (0,6 %). En 2013, la « Loi sur les professions relevant du domaine de la psychologie » (LPsy) a été adoptée, celle-ci vise à renforcer la santé publique et à protéger les clients contre la fraude. Pour renforcer la loi, la « Commission des professions de la psychologie » a été instituée. Celle-ci conseille le gouvernement suisse ainsi que l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) sur les questions concernant l'application de la loi et elle statue sur la reconnaissance

des diplômes étrangers. L'OFSP administre l'accréditation des programmes de formation de la psychothérapie en Suisse.

La psychothérapie psychologique en Suisse

Une formation en psychothérapie est offerte par les universités et les hautes écoles spécialisées au sein de programmes post-grades de Master (NDLR, l'équivalent de la maîtrise au Québec), ainsi que par des fournisseurs privés en dehors du système universitaire. Un diplôme accrédité de Master est nécessaire pour l'entrée en formation post-grade de psychothérapie. Après l'introduction de la « Loi sur les professions relevant du domaine de la psychologie », soixante-deux programmes post-grades de psychothérapie ont été temporairement accrédités. Par conséquent, leurs diplômes sont reconnus comme des diplômes fédéraux post-grades. Jusqu'en 2018, tous ces programmes de formation doivent être accrédités sur une base régulière. Ces programmes couvrent un large éventail d'orientations psychothérapeutiques, y compris les approches cognitivo-comportementale, humaniste, psychodynamique et systémique. Bien que les psychologues-psychothérapeutes d'adultes et les psychologues-psychothérapeutes d'enfants/adolescents ne sont pas considérés comme des professions de la psychologie séparées par la loi et un psychologue-psychothérapeute reconnu a le droit d'offrir des services pour tous les groupes d'âge, il existe des programmes de formation post-graduée spécifiques pour la psychothérapie d'adulte et celle de l'enfant/adolescent. Sur les demandes présentées jusqu'en 2018, les accréditations finales des programmes de formation seront données pour une période de 7 ans. Les coûts de la formation post-graduée en psychothérapie varient considérablement entre les programmes, en fonction de l'orientation théorique, du lieu de la formation, ou si la formation est proposée par une université ou un établissement privé. Selon nos estimations, sur la base des rapports publiés des différents instituts de formation à la psychothérapie, le coût total peut varier entre 40 000 et 90 000 CHF (53 370 – 120 073 CAD).

Le total des coûts annuels pour les services de santé remboursés par les assurances obligatoires en Suisse sont de 9 857 400 000 CHF (13 147 267 239 CAD). 11 % sont générés dans le domaine de la psychiatrie (y compris la psychothérapie psychologique). Plus précisément, 2,9 % des coûts de santé annuels totaux couverts par les assurances obligatoires sont générés par les services psychologiques (SASIS, 2013).

Ces chiffres ne comprennent pas les frais de psychothérapie psychologique couverts par les assurances privées ou payés par les patients eux-mêmes.

Selon une enquête récente représentative de la psychothérapie psychologique en Suisse commandée par la Fédération Suisse des Psychologues (FSP ; Stettler, Stocker, Gardiol, Bischof, & Künzi, 2012), la Suisse compte 15 000 psychologues, ce qui représente 1,8 psychologue pour 1 000 habitants. Après leur diplôme de Master, les psychologues peuvent choisir parmi un certain nombre de spécialisations, la psychothérapie étant particulièrement populaire. Au total, plus de 5 700 psychologues sont reconnus sur le plan fédéral en tant que psychothérapeutes, ce qui représente 0,7 psychologue-psychothérapeute pour 1 000 habitants. Sachant qu'une proportion de psychothérapeutes travaille à temps partiel, il est nécessaire de traduire ces chiffres en équivalent temps plein : soit 3 100 psychologues-psychothérapeutes reconnus (0,4 pour 1 000 habitants). En comparaison, 3 241 psychiatres-psychothérapeutes exercent en Suisse (0,4 pour 1 000 habitants). Selon la loi, seuls les psychologues spécialisés ou les psychiatres (diplômés ou en formation) sont habilités à fournir des psychothérapies. Alors que d'autres professionnels offrent également des services de santé mentale tels que le conseil, le counseling, la relation d'aide. Ces professionnels ne sont pas en droit de s'intituler « psychothérapeutes ».

Soixante-seize pour cent des psychologues-psychothérapeutes ont un titre postgrade de psychothérapeute reconnu au niveau fédéral (ils ont suivi une formation dans un programme post-gradué) et les 24 % restants sont des psychothérapeutes en formation. Les psychologues-psychothérapeutes ont déclaré les principales orientations théoriques suivantes : 32 % psychanalytiques, 19 % cognitivo-comportementales, 17 % humanistes, et 12 % systémiques, et d'autres déclarent adhérer à « plusieurs approches » de psychothérapie de manière intégrative ou éclectique (Stettler *et al.*, 2012).

Les psychologues-psychothérapeutes fournissent une partie importante des soins globaux de santé mentale. Selon l'enquête sur la psychothérapie mentionnée ci-dessus (Stettler *et al.*, 2012), les psychologues-psychothérapeutes traitent 259 000 patients chaque année, ce qui représente 3,2 patients pour 100 habitants. En moyenne, chaque psychologue-psychothérapeute traite 84 patients par an, et chaque patient reçoit 29 séances en 17 mois de traitement. La majorité (59 %) des psychologues-psychothérapeutes signalent qu'ils ont des listes d'attente et 43 % signalent qu'ils n'ont pas de disponibilité actuellement

(Stettler *et al.*, 2012). Le taux d'abandon de la psychothérapie psychologique en Suisse varie entre 3 % dans les cliniques de soins ambulatoires publics et 22 % dans le secteur privé.

Remboursement et modèles de l'emploi

Le remboursement de la psychothérapie psychologique dans le système de santé suisse est divisé en trois principales sources de financement. Tout d'abord et surtout, 67 % des services psychothérapeutiques sont remboursés par l'assurance maladie obligatoire. Deuxièmement, 29 % des services psychothérapeutiques sont payés par les patients eux-mêmes ou par leurs assurances complémentaires privées, et, troisièmement, 4 % des services psychothérapeutiques sont financés par les services sociaux publics.

Les psychologues-psychothérapeutes exercent selon différents modèles d'emploi : premièrement, les psychologues-psychothérapeutes peuvent travailler en cabinet privé (34 %). Sur ce modèle, leurs patients paient eux-mêmes pour le traitement psychothérapeutique, ou reçoivent un remboursement, le plus souvent partiel, par l'intermédiaire de leur assurance privée. Deuxièmement, les psychologues-psychothérapeutes peuvent travailler en pratique dite « déléguée ». Comme « psychothérapeute délégué », le psychologue-psychothérapeute est l'employé d'un psychiatre. Selon la législation actuelle, cela signifie que le psychiatre « délègue » la psychothérapie comme un acte médical au psychologue-psychothérapeute et que le psychologue travaille sous la responsabilité juridique et la supervision du psychiatre. Le psychiatre est remboursé pour la psychothérapie fournie par l'assurance de base obligatoire, et la proportion de ce montant transmis au psychologue varie d'un employeur (psychiatre) à l'autre. Jusqu'à présent, il n'y a pas de remboursement direct de la psychothérapie offerte par des psychologues spécialisés par les assurances de santé obligatoires. Ce qui est encore plus frappant, le remboursement pour la psychothérapie déléguée est seulement d'environ deux tiers de celle de la psychothérapie offerte par les psychiatres. Troisièmement, les psychologues-psychothérapeutes peuvent travailler dans une clinique ambulatoire d'un établissement plus grand. Si cette clinique fait partie d'un établissement psychiatrique, soit les patients paient de leur propre poche (si la clinique est dirigée par des psychologues), soit se font rembourser (si un psychiatre est le directeur de la clinique). Enfin, environ 13 % des psychologues-psychothérapeutes travaillent dans les hôpitaux

psychiatriques et fournissent des soins mentaux primaires ainsi que de la psychothérapie.

Le système de la psychothérapie déléguée est très controversé en Suisse, car elle traite les psychologues-psychothérapeutes comme des employés non responsables de psychiatres-psychothérapeutes recevant un paiement moindre, malgré leur qualification reconnue en tant que psychothérapeutes pleinement capables. La pratique de la psychothérapie psychologique de ce système est relativement fréquente puisqu'environ 40 % des psychologues-psychothérapeutes travaillent en délégation. Toutefois, si les patients souffrant de troubles mentaux diagnostiqués ne disposent pas d'une assurance privée ou semi-privée, ils sont tenus de payer eux-mêmes pour des services de psychothérapie offerts par des psychologues-psychothérapeutes reconnus. Selon un récent sondage de psychologues-psychothérapeutes à Berne (Rufer *et al.*, 2011), les psychologues-psychothérapeutes qui travaillent dans un cabinet délégué ont donné comme raison principale de travailler dans la délégation, le fait que les patients ayant seulement une assurance obligatoire ne peuvent pas se permettre de payer leur psychothérapie. En conséquence, la majorité des répondants travaillant en tant que thérapeutes délégués rapportent qu'ils voudraient changer leur situation professionnelle et travailler dans un cabinet privé indépendant, mais beaucoup sont freinés par les conditions de remboursement actuellement défavorables (Rufer *et al.*, 2011).

De sérieuses questions ont été soulevées quant à la pertinence du modèle de délégation compte tenu de la forte demande pour la psychothérapie en Suisse. Beaucoup de psychologues considèrent le modèle délégué inadéquat pour une profession universitaire de haute qualité et de la formation spécifique post-graduée. Précisons que le modèle de délégation a été initialement conçu comme une solution temporaire jusqu'à ce que les professions de la psychologie soient réglementées; ce qui est le cas depuis 2013, avec la « loi sur les professions relevant du domaine de la psychologie » (LPsy). L'objectif est que des psychologues travaillent indépendamment et soient remboursés par l'assurance obligatoire: cet objectif a déjà été exprimé par plusieurs responsables politiques de la santé depuis les années 1990 et a été remis à l'échelle aujourd'hui. Des craintes, telles que celles des coûts accrus pour la santé publique et des paiements d'assurance plus élevés en raison de l'introduction de psychologues en tant que nouveaux fournisseurs, semblent alimenter une réticence apparente du gouvernement suisse à ajuster les réglementations de la psychothérapie aux conditions modi-

fiées. Si une nouvelle réglementation était adoptée, la version actuellement la plus probable serait le « modèle de la prescription ». Selon le modèle de la prescription, un psychologue-psychothérapeute pourrait travailler de manière indépendante et dans son propre bureau, mais une ordonnance d'un médecin serait encore nécessaire pour le remboursement par l'assurance maladie obligatoire. Un système similaire de la réglementation des services existe pour les physiothérapeutes et les ergothérapeutes en Suisse.

En définitive, le Département fédéral de l'intérieur devra décider si et comment l'impasse actuelle entre les besoins des patients, les préoccupations professionnelles, et les restrictions financières sera résolue et si les réglementations seront ajustées à la nouvelle situation juridique des psychologues.

Conclusions

La psychothérapie en Suisse est fournie par des psychiatres-psychothérapeutes ainsi que par des psychologues-psychothérapeutes. La psychothérapie psychologique est une partie importante des soins de santé pour les personnes atteintes de troubles mentaux. Depuis 2013, la formation et la pratique de la psychothérapie psychologique en Suisse sont régies par la loi sur les professions relevant de la psychologie (LPsy), qui assure un haut niveau de qualité des soins. Les programmes de formation de psychothérapie accrédités au niveau fédéral couvrent un large éventail d'orientations théoriques, offrant suffisamment d'options pour les patients qui recherchent la psychothérapie psychologique. Toutefois, en travaillant à des taux d'engagement généralement plus bas que les psychiatres-psychothérapeutes et n'ayant pas le droit d'être remboursés directement par l'assurance maladie obligatoire, nous pensons que les psychologues-psychothérapeutes ne répondent pas aux besoins des patients et se retrouvent dans une situation qui n'est pas adéquate quant à leur statut de professionnels de la santé hautement qualifiés et offrant des services très similaires à ceux des psychiatres-psychothérapeutes. Travailler éventuellement en tant qu'employé auxiliaire chez un psychiatre afin de permettre au patient d'être remboursé par l'assurance maladie obligatoire est un modèle désuet, inadéquat et injuste nécessitant un changement politique.

En conclusion, si la Suisse décidait d'honorer les prestations des psychologues-psychothérapeutes via l'assurance obligatoire, elle ferait partie d'un illustre groupe de pays européens, comme l'Allemagne, la

Finlande, la Grèce, l'Italie, les Pays-Bas, la Pologne, le Portugal, la Suède, la Slovaquie, la Slovénie, la République tchèque et le Royaume-Uni. Nous pensons qu'il est temps de faire ce pas.

Remerciements

Nous remercions Mme Marianne Gertsch pour ses conseils perspicaces dans la préparation du manuscrit et Mme Pamela Berthoud pour son travail de traduction.

RÉFÉRENCES

- Lunt, I. (2015). EuroPsy: The development of standards for high-quality professional education in Psychology. *European Psychologist* 16, 104-110. doi: 10.1027/1016-9040/a000087.
- Pilgrim, D., Champion, F., Hutschemaekers, G., Garnoussi, N. & Van Dijk, F. (2012). Variations in the development of psychological therapy in three European Union countries. *International Journal of Sociology and Social Policy*, 32(1/2), 70-81.
- Pritz, A. (2011). The struggle for legal recognition of the education of psychotherapy and an autonomous psychotherapy profession in Europe. *European Psychotherapy*, 10(1), 5-20.
- Rufer, M., Haldimann, C., Burgener, L., Gabaglio, F. & Brügger, N. (2011). *Umfrage zur Situation der Psychotherapeut/Innen des VBP im 2010*. [Enquête sur la situation des psychothérapeutes à Berne] Verband Berner Psychologinnen und Psychologen (VBP), Bern.
- SASIS. (2013, Feb.). *Pool of Data and Tariffs by the Statistics Section*. SASIS: Solothurn, Switzerland.
- Stettler, P., Stocker, D., Gardiol, L., Bischof, S. & Künzi, K. (2012). *Strukturerhebung zur psychologischen Psychotherapie in der Schweiz 2012*[Enquête sur la psychothérapie psychologique en Suisse 2012]. Berne: Federation of Swiss Psychologists (FSP).
- Strauß, B. & Kohl, S. (2009). Entwicklung der Psychotherapie und der Psychotherapieausbildung in europäischen Ländern [Développement de la formation de la psychothérapie dans les pays européens. Résultats d'une enquête des experts]. *Psychotherapeut*, 54(6), 457-463.

Collaboration médecine-psychologie : évolution des mentalités en Belgique et évolution du système de soins de santé au Canada

Marie-Hélène Chomienne^a

Patrick Vanneste^b

Jean Grenier^c

Stephan Hendrick^d

RÉSUMÉ L'expertise des psychologues dans l'évaluation et la prise en charge des troubles communs de santé mentale comme l'anxiété et la dépression qui sont fréquents en soins primaires et co-morbides avec les maladies chroniques font des psychologues une ressource essentielle pour les médecins. Les psychologues représentent un large bassin de professionnels spécialisés dans le diagnostic et la pratique de la psychothérapie ; la collaboration médecins-psychologues est d'autant plus critique dans le contexte visant à augmenter l'accès des populations aux

-
- a. M.D., M. Sc., Institut de recherche de l'Hôpital Montfort, Centre C.T. Lamont de recherche en soins de santé primaires, Département de médecine familiale, Université d'Ottawa – École d'épidémiologie et santé communautaire Université d'Ottawa.
 - b. Ph. DS., psychologue clinicien et psychothérapeute, Service de psychologie clinique systémique et psychodynamique, Faculté de Psychologie et Sciences de l'Éducation, Université de Mons, Belgique.
 - c. Ph. D., C. Psych., Institut de recherche de l'Hôpital Montfort, Centre C.T. Lamont de recherche en soins de santé primaires, Département de médecine familiale, Université d'Ottawa – École de psychologie, Université d'Ottawa.
 - d. Professeur-Chef de service, Service de psychologie clinique systémique et psychodynamique, Faculté de Psychologie et Sciences de l'Éducation, Université de Mons, Belgique.

traitements psychologiques et aux psychothérapies. Cet article se veut un regard sur l'état de la collaboration entre médecins et psychologues en Belgique et au Canada. Il examine l'évolution des mentalités entre ces deux professions dans une perspective européenne belge et la façon dont le contexte et le système de soins de santé publique au Canada influencent le potentiel de collaboration entre ces deux professions. Les études démontrent la volonté et la facilité qu'ont ces deux professions à collaborer. Mais ceci doit être appuyé par des structures systémiques et académiques facilitantes notamment dans l'apprentissage précoce à la collaboration dans le cursus de ces professions.

MOTS CLÉS soins primaires, généralistes, psychologues, psychothérapie, collaboration, Belgique, Canada

Collaboration between Medicine and Psychology: Evolving Mentalities in Belgium and Evolution of the Health Care System in Canada

ABSTRACT Objectives 1) To give a portrait of the evolving mentalities prevailing in Belgium on the collaboration between psychologists and general practitioners, and identify the barriers to the development of the collaboration between those two health professionals 2) To report on the primary care reform in Canada, its role in fostering collaborative practice in primary mental health and on the strategies needed to improve collaboration.

Methods Literature search using PubMed and Google Scholar.

Results Because of the unmet need of psychologists in primary care, general practitioners and psychologists have a propensity to work together. However to facilitate the collaborative process there needs to be system changes and clear definition of scopes of practices. Both countries are at different levels of implementing change. In Belgium for example it is only very recently that the autonomous practice of clinical psychology has been acknowledged. In Canada although the primary care reform has put forward and supported collaborative care, focus on mental health is insufficient. Early reports on collaborative care in the new models of care inconsistently report improved health outcomes. Strategies to improve collaborative care are looking at teaching future health professionals on how to work together by integrating inter-professional education.

Conclusion Both the health care system and graduate training need to support foster and teach collaborative care.

KEYWORDS primary health care, psychology, psychotherapy, general practitioners, interdisciplinary, interprofessional, Belgium, Canada

Introduction

Dans de nombreux pays, les psychologues représentent un large bassin de professionnels de santé spécialisés dans la pratique de la psychothérapie. Le plan d'action global de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS, 2013) « reconnaît le rôle essentiel de la santé mentale dans la réalisation de l'objectif de la santé pour tous ». Sachant le rôle important des soins de santé primaires dans les indicateurs de santé d'une population (Starfield, Shi & Macinko, 2005), il apparaît nécessaire, comme le recommande l'Association Européenne de Psychiatrie (Gaebel *et al.*, 2012), de renforcer la qualité des soins de santé primaires en santé mentale. L'amélioration de la qualité de la collaboration entre médecins et psychologues peut être une des solutions pour réaliser l'objectif de santé pour tous, en favorisant et en permettant l'accès des populations aux traitements psychologiques et aux psychothérapies.

L'article que nous présentons ici se veut un regard sur la collaboration entre médecins et psychologues selon deux perspectives et deux contextes différents, l'un en Belgique et l'autre au Canada. Une première section traitera de l'évolution des mentalités entre ces deux professions dans une perspective européenne belge; une deuxième, le contexte de réforme en soins primaires et le potentiel de collaboration entre ces deux professions au Canada.

Perspective belge : portrait de l'évolution des mentalités à propos de la collaboration entre médecins et psychologues en Belgique

Alors que pour certaines professions dans le domaine de la santé, la collaboration avec le médecin s'impose presque naturellement, ce n'est pas toujours le cas entre les médecins et les psychologues cliniciens ou les psychothérapeutes, et ce, même si des études montrent l'intérêt de cette collaboration tant pour les patients (Bacqué, 2012; Verweij, Proper, Hulshof & van Mechelen, 2012) que pour les médecins (Chomienne *et al.*, 2011; De Lepeleire, 2010; Vines *et al.*, 2004).

En effet, plusieurs explications peuvent être avancées afin de comprendre la source de ce manque de collaboration. Alors que certaines de ces explications semblent générales et concernent sans doute de nombreux pays et cultures, d'autres semblent plus spécifiques au contexte belge.

Problématique. Il est possible d'appréhender la situation actuelle de la collaboration entre le médecin et le psychologue clinicien. Néanmoins, son analyse exige la mise en place d'une méthodologie rigoureuse afin de se forger une image précise et exacte de cette collaboration, notamment en Belgique. Pour cette raison, un des auteurs de cet article (Vaneste) mène actuellement une recherche au sein de la Faculté de psychologie de l'Université de Mons sous la direction du Professeur Hendrick. Cette recherche vise à découvrir la façon dont les médecins et les psychologues vivent, perçoivent et envisagent la collaboration. Un premier examen de la littérature a été basé sur une recherche thématique à l'aide des moteurs *PubMed* et *Google Scholar* sur la base des mots clés suivants (exprimé en français, en anglais – dans différentes combinaisons) psychosomatique, médecine et psychologie, rôle du psychologue en médecine, collaboration médecins et psychologues, interdisciplinarité en médecine, collaboration médecins et autres professionnels de santé, psychologie de la médecine, psychothérapie et économie de la santé. Ceci a d'ailleurs permis de baliser certains points à étudier. Les travaux de D'Amour, Sicotte et Levy (1999) ont abordé l'aspect sociologique de la collaboration, ceux de Grenier, Chomienne, Gaboury, Ritchie & Hogg (2008a) et de Sarma, Devlin, Thind et Chu (2012) ont traité de facteurs la facilitant, et ceux de Vines *et al.* (2004) et Chomienne *et al.* (2011) de son intérêt. De plus, Nitecki (2013) a tenté de définir la collaboration dans une thèse consacrée à la collaboration interprofessionnelle au sein du réseau soins palliatifs-médecins généralistes. Si la définition évidente de « collaborer » est « travailler ensemble », elle n'en pose pas moins les questions suivantes : qui fait quoi ? Pour quoi ? Pour qui ? Pourquoi ? Comment ?

Ainsi, nous brosserons un panorama des freins particuliers que nous avons identifiés en lien avec une évolution des mentalités à divers niveaux.

Évolution du titre et de la profession de psychologue en Belgique.

Depuis une trentaine d'années, le titre de psychologue a évolué considérablement en Belgique. En 1993, une loi a été votée reconnaissant le titre de psychologue, mais non la fonction. Cela signifie que quiconque peut exercer une activité professionnelle de psychologue sans en avoir le titre et la formation. Ce n'est que le 4 avril 2014 que le Parlement belge vote une loi qui reconnaît les psychologues cliniciens, les orthopédagogues cliniciens ainsi que les psychothérapeutes comme des professionnels des soins de santé.

Évolution du rôle du psychologue dans le système de soins en Belgique. En quarante ans, le psychologue est passé d'un rôle d'exécutant en matière de santé mentale à celui de prestataire de soins de santé. Il y a plus de quarante ans, le psychologue faisait passer principalement des tests intellectuels ou de personnalité. Il ne posait pas de diagnostic et les prises en charge se limitaient à de l'orientation. En ce qui concerne la santé mentale, le psychologue exécutait les demandes ou les directives provenant du psychiatre. Ce n'est qu'à partir de 1974 que les psychologues se sont introduits dans les hôpitaux généraux, d'abord dans les services de neuropsychiatrie et de psychiatrie, puis en psychiatrie infantile dès 1977. La loi belge coordonnée sur les hôpitaux du 7 août 1987 confirme la présence de psychologues au sein des services de soins palliatifs. Ainsi, depuis 2002, les psychologues sont introduits dans les services d'oncologie au sein d'équipes pluridisciplinaires pour soutenir et accompagner le patient lorsque ce dernier est consentant. Progressivement, il a été demandé aux psychologues d'exercer un rôle d'expert dans la communication avec les patients en intervenant auprès du personnel de soins pour leur expliquer les situations et leur suggérer une vision différente des patients. Dans le cadre des soins palliatifs, leurs actions se limitaient aux prestataires de soins de santé (infirmières, paramédicaux, etc.) et aux familles; de manière plus anecdotique aux prestataires de la santé (médecins toutes spécialités confondues, la médecine générale étant considérée comme une spécialité), mais de façon exceptionnelle aux patients surtout dans l'explication de la maladie et la motivation au traitement. Vu le développement des soins palliatifs, les psychologues se sont vus confier davantage des interventions autonomes auprès de familles de patients et parfois auprès des patients eux-mêmes. Ainsi, depuis quelques années, une demande croissante d'interventions psychologiques ou psychothérapeutiques par les médecins généralistes a été constatée. On passe ainsi d'un rôle limité aux services de santé mentale à un rôle de prestataire de soins de santé.

Évolution de l'identité et de la place du psychologue dans le système de soins en Belgique. En Belgique, la collaboration médecins-psychologues soulève des interrogations quant à l'identité et à la place qu'occupe le psychologue dans le système de soins, qui ont permis notamment d'identifier des freins identitaires, financiers et en lien avec la recherche :

• *Freins identitaires* Les psychologues cliniciens revendiquent depuis au moins 1983, moment des premières discussions sur la reconnaissance des psychologues, l'identité d'expert autonome. S'ils acceptent de collaborer avec les médecins, ils refusent généralement de travailler sur prescription. Ce qui est compréhensible si l'on considère qu'il n'est guère cohérent de « prescrire » une intervention psychothérapeutique : porter un regard critique sur son propre fonctionnement psychique et relationnel présente parfois un risque qu'il appartient à chacun d'apprécier librement. Cependant, l'identité d'expert autonome suggère l'allongement du cursus de formation en psychologie clinique. En Belgique, de plus en plus de voix souhaitent l'ajout d'une année d'études supplémentaire – consacrée essentiellement à des stages cliniques supervisés – pour les psychologues qui voudraient exercer une fonction de psychologue clinicien de façon autonome. La formation universitaire actuelle (Master en psychologie clinique de cinq ans) prévoit 1 200 heures de stage supervisé. Ainsi, la durée actuelle de 5 ans passerait à 6 ans. Sans préjuger des positions à venir du pouvoir exécutif, cette disposition ne ferait qu'entériner une situation de fait qui prévaut en Belgique depuis de nombreuses années ; les postes de psychologues cliniciens sont souvent occupés par des psychologues qui peuvent faire état d'une expérience et d'un parcours de formation dans le domaine clinique qui vont au-delà du bagage acquis durant les études universitaires.

Cette évolution vers un « plus de formation clinique » ne va pas sans bousculer les identités des uns et des autres. Dans tout système humain, se (re) définir, signifie redéfinir les autres aussi. Certains psychologues perçoivent négativement l'idée de prolonger la durée des études ; certains médecins étant habitués à travailler avec d'autres prestataires de soins en occupant précisément la position soit de prescripteurs ou de prestataires de soins – dont certains groupements de psychothérapeutes – qui, dans la redistribution des rôles autour des patients, ne souhaite pas voir la « concurrence » des psychologues cliniciens se renforcer.

• *Freins financiers* Ce volet, examiné par l'Administration fédérale, concerne le remboursement de certains actes posés par les psychologues cliniciens. Même si la plupart des experts n'osent guère espérer une évolution rapide à propos de ce volet spécifique, un tel remboursement serait justifié compte tenu des économies substantielles générées par la prise en charge des aspects psychologiques dans le cadre de maladies somatiques (Roberts & Grimes, 2011 ; Dezetter, 2012).

- *Freins en lien avec la recherche scientifique* Souvent focalisés sur l'exercice et ancrés dans les modèles classiques (psychanalyse, systémique, humaniste ou cognitivo-comportemental), la plupart des psychologues laissent encore trop souvent peu de place à la recherche axée sur la pratique. Au vu de l'abondance des recherches sur les effets et les processus en psychothérapie et compte tenu de la nécessité vitale de l'évaluation des traitements, ceci est problématique (Hendrick, 2009 a & b). Ce qui peut freiner la collaboration avec les médecins plus ancrés dans la médecine factuelle, *Evidence Based Medicine*, qui repose sur l'expertise du clinicien, mais aussi sur la prise en compte des préférences du patient et des meilleures données actuelles issues de la recherche scientifique. Bacqué (2010) souligne également cette difficulté à la collaboration et Durieux (2014) encourage une plus grande intégration des principes de la médecine factuelle dans la pratique des psychologues.

Évolution d'une vision du rapport entre le corps et l'esprit. Un clivage entre le corps et l'esprit a prévalu dans la pensée occidentale depuis le Siècle des Lumières. Ce clivage s'inscrit avec, en toile de fond, un débat philosophique séculaire entre dualisme et monisme; le premier se fondant sur l'idée de l'existence d'un monde d'idées totalement dissocié du monde matériel alors que le second défend la thèse inverse d'un tout intégré. Les progrès récents des recherches en sciences médicales et en psychologie clinique ont estompé ce clivage. Séparer le corps de l'esprit est devenu une position intellectuellement intenable (Ansermet & Magistretti, 2004).

Au cours des 20 dernières années, de plus en plus d'études ont montré l'intérêt d'une prise en charge psychologique dans le traitement de nombreuses pathologies (Bacqué, 2012; Fisher, Chan, Nan, Sartorius & Oldenburg, 2012). Cette évolution découle de l'idée que l'avis d'experts du pôle psychique – les psychologues cliniciens – peut prendre une place nouvelle et essentielle dans la mise en œuvre des soins de santé à condition que les psychologues intègrent davantage les données somatiques dans leurs raisonnements et que les médecins effectuent le même parcours, mais en sens opposé, soit du somatique vers le psychique.

Malgré ces faits incontestables qui plaident en faveur de l'unité corps-esprit, les positions dualistes sont encore trop dominantes pour de nombreux psychologues et peuvent être considérées comme un frein à la collaboration.

Évolution de la mise en œuvre de la collaboration et considérations techniques. À côté des enjeux philosophiques, identitaires et économiques que nous venons d'évoquer, il existe d'autres freins de nature plus technique à cette collaboration. En 2012, un colloque national « Psychothérapeute et médecin généraliste : collaborateurs santé ? » organisé à l'initiative de l'Administration de la santé publique a mis en évidence le désir de collaboration entre les médecins généralistes et les psychologues cliniciens, mais a aussi permis de constater un manque de connaissances des possibilités de collaborer, confirmant ainsi les conclusions d'un groupe de travail scientifique mené par De Lepeleire (2010). Parmi les freins techniques qui ont été déterminés, citons trois exemples.

Premièrement, les médecins (généralistes et spécialistes exerçant hors hôpital) qui souhaitent recommander un patient à un psychologue n'ont pas de connaissance précise de la spécialité de ce dernier. Ainsi, certains médecins préfèrent s'abstenir malgré leur volonté de voir le volet psychologique pris en charge par un spécialiste. Deuxièmement, un certain nombre de psychologues qui recevaient des patients envoyés par des médecins ne donnent aucun suivi à ces derniers ; un fait qui s'oppose à la vision moniste du corps et de l'esprit qui a d'ailleurs poussé le médecin à cet envoi. Il y a donc ici une contradiction flagrante entre les croyances des protagonistes et leurs pratiques. Et troisièmement, un autre exemple est qu'actuellement en Belgique l'essentiel des recommandations des médecins généralistes vers un psychologue (sans distinction entre le psychologue clinicien et le psychothérapeute) est basé sur le hasard et sur le fait que le médecin connaît personnellement le « psy ».

Évolution de la perception du rôle du médecin par la population. L'évolution apparente de la place et de la fonction de « guérisseur » qu'occupe le médecin recèle un invariant que nous tenterons de mettre en évidence et qui peut faire office de frein à la collaboration entre les médecins et les psychologues cliniciens. Parce que c'est sa formation, son métier, sa raison d'être – combattre la mort et tenter de prolonger la vie –, le médecin occupe une place unique dans le système de santé. Une place liée à la vie et la mort qui l'installe dans une position phantasmatique empreinte de pouvoir et de savoir absolu.

Dans le domaine de la santé mentale, cette position est convoitée par de nombreux professionnels : psychiatres, psychologues, infirmiers, assistants sociaux, éducateurs, etc. Bien que le psychisme et le rela-

tionnel obéissent aussi à d'autres lois que la seule biologie, si l'on se rappelle l'histoire de la médecine, on constate que cette place symbolique tant convoitée par tous n'est pas tant liée à la médecine qu'à la fonction de « sorcier ». Un sorcier est un spécialiste de la communication avec les puissances de la nature et de l'univers de personnes décédées. Le sorcier joue le rôle d'interface entre le monde de vivants et le monde des morts.

À l'origine, le médecin était un chaman. Son savoir était d'essence occulte, sinon divine ou à tout le moins émanait d'un monde invisible dont il était le seul interprète. Dans l'esprit de la population, il était un aidant de la vie. Il ne devait pas répondre de la mort de l'autre, car celle-ci n'était pas un échec, mais une prérogative de la vie et la volonté de Dieu. Au Moyen Âge, le médecin est un érudit, maîtrisant un savoir qui ne peut se faire comprendre que par de rares personnes: il est un « connaisseur ». Au 16^e siècle, le médecin devient « découvreur » et « expérimentateur »; il accroît sa connaissance de l'anatomie sur la base de l'observation. On cherche à transmettre le savoir de façon rationnelle et compréhensible. On ne répond pas de la mort de l'autre, mais plutôt on la diffère, parfois même on l'évite. Vers la fin du 17^e siècle et au 18^e siècle, les progrès de la science permettent aux médecins d'asseoir leur art sur la raison. Le médecin est alors perçu comme un guérisseur « savant » et responsable de la mort du patient, même s'il ne doit toujours pas en répondre. Vers la seconde moitié du 19^e siècle, avec les progrès des techniques médicales, l'art de guérir devient aussi une science. Les maladies physiques, psychologiques ainsi que la mort s'expliquent maintenant par le corps et l'esprit. Et au cours du 20^e siècle, la « science » prend progressivement le pas sur l'art de guérir. La mort devient une « erreur », voire une « faute professionnelle ». Les gens veulent comprendre, exigent des résultats et cherchent parfois des « responsables ». Le médecin devient responsable de la mort du patient, en un temps où il acquiert aussi le pouvoir de la donner (euthanasie). Dans l'imaginaire de la société, la capacité de réaliser une euthanasie accentue cette idée de pouvoir absolu de vie et de mort, tout en humanisant le médecin. De plus en plus, celui-ci ose affirmer ses limites, mais s'enhardira-t-il à renoncer au monopole d'un savoir perçu ?

La place du médecin semble unique et intemporelle. Dès lors, peut-on, dans cet imaginaire populaire, la scinder, la fractionner en plusieurs professions qui seraient alors priées de collaborer ? Si la raison et la science l'autorisent, l'exigent peut-être, l'anthropologie semble suggérer le contraire. N'est-ce pas là un frein ultime ?

En résumé En Belgique, si au cours des 20 dernières années, la fonction de psychologue et sa façon d’être perçue par les patients ont fortement évolué, la collaboration entre le médecin généraliste et le « psy » n’en est encore qu’à ses balbutiements. Une étude en cours, par un des auteurs (Vaneste), sur la modélisation et la mise en œuvre de la collaboration entre les médecins généralistes et les psychologues devrait être un des facteurs permettant une évolution de la situation au même titre qu’une définition des compétences propres aux psychologues cliniciens, voire la définition et l’organisation d’une nouvelle orientation en psychologie de la santé comme c’est déjà le cas dans certains pays.

Perspective canadienne de la collaboration entre les médecins et les psychologues en soins de première ligne

Les soins de santé mentale au Canada et l'accès à la psychothérapie. Au Canada, dans le secteur public, la porte d’entrée aux soins de santé repose sur le médecin de famille qui évalue son patient et le réfère, au besoin, au professionnel de la santé qu’il requiert. En général, plus de 90 % des problèmes de santé mentale sont pris en charge en soins primaires par le médecin de famille, et ce, avec ou sans la collaboration d’un psychiatre (Arbodela-Florez & Saraceno, 2001). Les ressources disponibles au médecin de famille en ce qui a trait aux problèmes de santé mentale – incluant les problèmes psychosomatiques – sont celles à l’intérieur du système de santé publique, soit le psychiatre ou le travailleur social. Selon la condition en cause, certains programmes accessibles aux médecins de famille peuvent offrir de façon intégrée un psychiatre, des psychologues, des ergothérapeutes, des infirmières en santé mentale et des travailleurs sociaux. Les cas de santé mentale plus sévères sont référés au psychiatre pour prise en charge et traitement pharmacologique. Ainsi dans le secteur public, la prise en charge la plus courante demeure la pharmacothérapie, qu’elle soit dispensée par le médecin de famille ou par le psychiatre. Quant à la prise en charge non pharmacologique, elle reste souvent aux mains du médecin de famille qui en est responsable et prend alors la forme de conseils ou de résolution de problèmes, et plus rarement de psychothérapie. Selon le sondage du Collège des médecins de famille du Canada, seulement 12 % des médecins de famille ont une pratique ciblée vers la santé mentale. Très peu de médecins de famille (1 %) sont enregistrés comme médecins-psychothérapeutes (General Practice Psychotherapy Association, communication personnelle, 21 août 2015).

Pour les conditions de santé mentale à forte prévalence comme l'anxiété et la dépression, le médecin de famille est le premier professionnel consulté pour l'identification et la prise en charge de ces conditions qui peuvent représenter jusqu'à 60 % des raisons de consultation en médecine familiale (Craven, Cohen, Campbell, Williams & Kates, 1997). Or, les sondages conduits auprès des médecins de famille rapportent que ceux-ci manquent de temps, d'intérêt ou de compétences pour traiter ces conditions (Craven *et al.*, 1997). En ce qui concerne la compétence des médecins de famille, souvent remise en question, une étude canadienne récente a rapporté que les médecins de famille savent reconnaître la dépression et l'anxiété, quoique plus facilement la dépression, et sont généralement au fait des meilleures pratiques pour la prise en charge de ces conditions (Kosteniuk, Morgan & D'Arcy, 2012 a & b). Pour pallier leur manque d'intérêt ou de temps, les médecins de famille aimeraient pouvoir référer à un psychologue comme le démontre un sondage fait en Ontario auprès de 118 médecins (Grenier *et al.*, 2008 a). Cependant, les psychologues, qui représentent le plus grand bassin de professionnels formés à offrir des services psychologiques, notamment évaluation psychologique et psychothérapie, pratiquent essentiellement dans le secteur privé. En outre, les médecins de famille rapportent ne pas connaître les psychologues de leur région (Grenier *et al.*, 2008 a) et se disent limités par les contraintes financières de leurs patients: l'accès à un psychologue est en effet dépendant de la couverture par une assurance supplémentaire et privée que de nombreux Canadiens n'ont pas.

Il n'est donc peut-être pas surprenant que les études montrent, notamment pour les troubles anxieux, que ceux-ci ne soient pas identifiés (Borowsky *et al.*, 2000), ou qu'ils ne le soient souvent que tardivement, bien souvent après une évolution moyenne de plus de 10 ans (Christiana *et al.*, 2000). De plus, lorsque ces pathologies sont identifiées et diagnostiquées, plus de 60 % des patients ne reçoivent pas les traitements recommandés et reconnus comme étant efficaces (Calleo, Wehman & Wilson, 2009), ou sans tenir compte des préférences des patients qui semblent préférer la psychothérapie, comme le souligne une méta-analyse récente (McHugh, Whitton, Peckham, Welge & Otto, 2013).

Ainsi, pour la majorité des conditions de santé mentale vues en soins primaires, bien que la psychothérapie fasse partie des recommandations en termes des meilleures pratiques, le fait que peu de médecins soient formés à la psychothérapie et que l'accès à des psychologues soit

difficile, contraint les médecins de famille à inévitablement proposer un traitement pharmacologique – ce qui ne correspond pas toujours, et de moins en moins, à la préférence du patient.

La réforme en soins primaires. La mise en œuvre de la réforme des soins primaire au Canada, au début des années 2000, laissait envisager un changement puisque celle-ci se basait sur l'offre du « professionnel le plus approprié au moment et au lieu les plus opportuns ». Avec la réforme des soins primaires, le système de santé reconnaissait la complexité grandissante des maladies et de leur prise en charge et recommandait le développement de nouveaux modèles de soins et de pratiques exemplaires qui s'appuieraient sur une pratique interdisciplinaire collaborative; ceci incluait les soins de santé mentale. Les études et les revues systématiques semblaient renforcer la notion intuitive que des soins interdisciplinaires collaboratifs avaient un impact positif sur la qualité des soins (Zwarenstein, Goldman & Reeves, 2009). En appuyant la réforme sur la pratique collaborative, les décideurs ouvraient la voie pour une collaboration entre la santé physique et la santé mentale.

Les nouveaux modèles de pratique en soins primaires issus de la réforme, mais qui varient selon les provinces, ont donc incorporé différents professionnels de la santé (infirmières-praticiennes, diététistes, pharmaciens, travailleurs sociaux et psychologues). En Ontario, environ 23 psychologues ont été intégrés (à temps partiel) à 200 nouveaux modèles de soins (les Équipes de santé familiale – ESF); ce qui veut dire qu'approximativement, seulement 12 % des nouvelles ESF incluent un psychologue. Seule la province de l'Alberta exigeait que le plan d'affaires inclue un volet santé mentale (pouvant inclure infirmières de santé mentale, travailleurs sociaux ou psychologues). Plus récemment, le Manitoba examine la possibilité de lier plus intimement son réseau de soins primaires avec des soins psychologiques. Au Québec, les Groupes de médecine de famille (GMF) associent seulement médecins et infirmières. Ainsi, malgré une opportunité d'inclure une approche holistique du patient, corps et esprit, la réforme mettait en sourdine la prise en charge de la santé mentale sans direction claire.

Afin de soutenir la pratique collaborative, la réforme introduisait aussi des modalités de rémunération variée pour les médecins. Au niveau de chaque province ont été entamées des négociations avec les associations médicales respectives pour offrir une flexibilité dans la rémunération. La modalité la plus souvent retenue a été une rémunération mixte – avec une proportion variable de rémunération à l'acte,

selon la performance, et de rémunération fixe (salaire); la plus grande proportion du revenu d'un médecin de famille demeure cependant la rémunération à l'acte et en réalité très peu de place est laissée pour des rencontres multidisciplinaires ou pour discussion autour de cas cliniques (Mulvale & Bourgeault, 2007). Ceci est un élément important pour les problèmes de santé mentale; les psychologues ayant participé au projet de démonstration – détaillé dans ce supplément (Grenier *et al.*) – qui intégrait deux psychologues dans des équipes de santé familiale. Ces derniers regrettaient que les médecins n'aient pas de temps protégé pour les discussions de cas.

La proportion des populations desservies par ces nouveaux modèles varie selon les provinces. En Ontario par exemple, qui est parmi l'une des provinces les plus avancées en terme d'initiatives liées à la réforme, seulement 20 % de la population est servie par ces nouveaux modèles avec équipes pluridisciplinaires. Récemment, le gouvernement de l'Ontario a cessé de poursuivre le développement des nouveaux modèles de soins et de les soutenir. En effet, malgré les investissements, la pratique collaborative ne se fait pas de façon optimale (Gocan, Laplante & Woodend, 2014) et il ne semble pas y avoir d'indication indiquant que la prestation des services à qualité égale soit accomplie à un coût efficace (Rosser, Colwill, Kasperski & Wilson, 2011). Ainsi, bien que certaines améliorations dans la prise en charge des maladies chroniques aient été notées, il y a peu d'évidence qu'il y ait eu amélioration en matière d'expériences du patient ou des résultats (Conference Board of Canada, 2014). D'autres études plus rigoureuses et à plus grande échelle seront nécessaires pour clarifier davantage ces données initiales.

Force est de constater qu'il ne suffit pas de faire travailler différentes disciplines l'une à côté de l'autre pour qu'elles collaborent au vrai sens du terme: c'est-à-dire qu'elles travaillent ensemble dans un même but, partageant des valeurs communes et un respect mutuel des contributions de l'autre. D'ailleurs, différents auteurs font état d'une « dominance médicale » (Bourgeault & Mulvale, 2006; Drewlo, 2014) de l'attitude négative des professionnels de santé l'un envers l'autre, la méconnaissance de l'autre et de son champ de pratique (Lee, Schneider, Bellefontaine, Davidson & Robertson, 2012), mais aussi en raison de facteurs contextuels avec les contraintes de temps et les modèles de rémunération qui ne facilitent pas la collaboration (Drewlo, 2014).

Alors que la réforme en soins primaires au Canada avait suscité l'espoir d'une meilleure intégration santé physique et santé mentale, le

constat initial est que peu de nouveaux modèles de soins ont intégré des psychologues aux équipes et aussi que la collaboration interdisciplinaire nécessite plus que le simple partage d'un lieu commun de pratique. Ainsi se pose la question : comment mieux faire collaborer les diverses disciplines afin de retirer les bénéfices escomptés de cette collaboration ?

Stratégies pour développer la collaboration entre médecins et psychologues au Canada. Deux sondages réalisés en 2005 (Witko, Bernes & Nixon, 2005) et 2008 (Grenier *et al.*, 2008a) ont montré la volonté des médecins de famille de collaborer avec les psychologues, mais aussi que diverses barrières rendent la collaboration difficile ou peu satisfaisante. Les médecins de famille rapportent qu'il y a souvent une absence de rétroaction de la part des psychologues ou encore des barrières financières et même une certaine difficulté à savoir où trouver les ressources en psychologie (Grenier *et al.*, 2008a; Chomienne *et al.*, 2011).

Il va sans dire qu'indépendamment des modèles de soins, les médecins de famille sont prêts à collaborer avec les psychologues. Chomienne et Grenier dans un projet de démonstration (2011) ont constaté que la collaboration entre ces deux disciplines pouvait se développer spontanément sans difficulté. Mais de nombreux auteurs estiment que la collaboration peut s'améliorer. En effet, les écrits soulignent qu'une collaboration respectueuse et efficace s'appuie sur une meilleure connaissance de l'autre, de sa formation et de son champ de pratique (Bailey, Jones & Way, 2006). Ceci sous-tend le bien-fondé de l'éducation interprofessionnelle qui veut qu'« en apprenant ensemble, il est plus facile de travailler ensemble ». D'où l'importance de former nos futurs professionnels de la santé à collaborer et à travailler en équipe au cours de leur cursus (Hammick, Freeth, Koppel, Reeves, & Barr, 2007; Reeves *et al.*, 2010). Depuis 2008, Curran à Terre-Neuve a inclus les étudiants en psychologie clinique au programme d'éducation interprofessionnelle tant au niveau universitaire que communautaire, avec des praticiens (Curran *et al.*, 2012). Les étudiants, tout comme les praticiens, ont apprécié cette formation en pratique collaborative pour la santé mentale. À l'hôpital Montfort, dans le cadre d'un projet de recherche, Grenier *et al.* (2008 b) ont mis en œuvre, au sein de l'unité de médecine familiale qui supervise la formation des résidents en médecine de famille, une pratique collaborative qui regroupait les résidents en médecine familiale, les internes en psychologie clinique ainsi que les stagiaires en sciences infirmières. Les groupes de discussions ont révélé

que les résidents en médecine familiale interprétaient mal le rôle de l'infirmière-praticienne et ses contributions possibles, mais qu'ils comprenaient mieux le rôle du psychologue. Les internes en psychologie ont constaté qu'avec le temps, les échanges entre les professionnels étaient plus efficaces, souples et chaleureux en plus de percevoir une amélioration quant à l'efficacité des soins, et ce, avec une meilleure continuité et accessibilité à des soins complémentaires. Cependant, ils ont noté plus de résistance à collaborer de la part des résidents en médecine familiale. C'est aussi ce que rapportent d'autres auteurs (Leipzig *et al.*, 2002; Curran, Sharpe, Forristall & Flynn, 2008) qui notent un manque d'ouverture de la part des médecins à vouloir collaborer et à une manière plus négative d'agir lorsqu'il est question de la collaboration.

Discussion

Cet état de faits que nous rapportons tant en Belgique qu'au Canada soulève certaines similitudes. Notamment en ce qui concerne une certaine ouverture des médecins à collaborer avec les psychologues. Celle-ci demeure variable selon les écrits. Néanmoins de part et d'autre, les médecins rapportent ne pas savoir quels sont les psychologues disponibles dans leur environnement de pratique et regrettent ne pas recevoir de rapport de consultation de la part des psychologues en retour d'une demande de soins. La contrainte financière qui freine l'accès aux psychologues est aussi soulevée par les deux parties.

L'évolution des mentalités semble différer de prime abord, mais ce n'est qu'une question de temps. Le modèle biopsychosocial qui prévaut en médecine de famille et aussi en psychologie depuis déjà plusieurs décennies au Canada facilite cette ouverture vers la collaboration entre médecins et psychologues. Ce modèle est aussi celui privilégié par un certain nombre de psychologues et généralistes en Belgique, comme en fait état le compte rendu du colloque de novembre 2012 à Bruxelles qui réunissait généralistes et psychothérapeutes. De plus, l'orientation qui veut une pratique mettant le patient au centre des soins, voire partenaire des soins insistant sur la prise en compte des préférences du patient, éloigne la pratique médicale de plus en plus de son modèle paternaliste où le médecin détient le pouvoir absolu. Ceci découle de l'adhésion de plus en plus grande à la médecine factuelle qui requiert de prendre en compte les préférences du patient dans les prises de décision et choix de traitements. Si cette approche est de plus en plus

répandue en médecine tant en Belgique qu'au Canada, Durieux (2014) évoque en Belgique un manque d'adhésion par les psychologues au modèle basé sur la médecine factuelle. Au Canada, la pratique de la psychologie est plus fortement axée sur les données probantes et sur les lignes directrices. Un manque d'arrimage à ce niveau pourrait entraver une bonne collaboration entre médecins et psychologues. Quant à la pratique collaborative, quel que soit le contexte, belge ou canadien, elle passe par la connaissance de l'autre et de ses compétences, et pourrait se réaliser davantage avec la mise en place de formations conjointes universitaires comme le mentionne aussi Vermeulen dans le compte rendu du colloque de Bruxelles 2012.

Conclusion

Ce survol rapide d'une facette de la prise en charge des soins de santé mentale en Belgique et au Canada, soit la collaboration entre médecins et psychologues, démontre l'état encore embryonnaire de cette collaboration. Les services de santé ont besoin de s'adapter et de répondre aux besoins de la population qu'ils desservent : favoriser la pratique collaborative est essentiel et doit être soutenu et poursuivi. L'évolution des mentalités telle qu'exposée par les coauteurs belges suscite l'espoir que le temps est venu de renforcer la collaboration entre médecins et psychologues. Le développement de l'enseignement de l'interprofessionnalisme et de son introduction dans le cursus des étudiants en sciences de la santé vient appuyer l'essor des pratiques collaboratives, notamment entre médecins et psychologues. Parallèlement, les besoins en santé mentale pour les conditions les plus fréquentes que sont l'anxiété et la dépression en soins primaires font l'objet d'une sensibilisation médiatique accrue ; de plus en plus souvent, des personnalités célèbres exposent ouvertement leur combat avec la maladie mentale qu'il s'agisse de schizophrénie, maladie bipolaire, dépression ou anxiété. Il faut souhaiter que le fardeau économique que représentent les maladies mentales et la pression de l'opinion publique mobilisent la volonté politique d'inclure les traitements psychologiques dans une approche intégrée de la santé.

RÉFÉRENCES

- Ansermet, F. & Magistretti, P. (2004). *À chacun son cerveau : plasticité neuronale et inconscient*. Paris, France : Odile Jacob.
- Arboleda-Flórez, J. & Saraceno, B. (2001). Mental health and primary care. *Canadian Medical Association Journal*, 164(7), 1013-1014.
- Bailey, P., Jones, L. & Way, D. (2006). Family physician/nurse practitioner : stories of collaboration. *Journal of advanced nursing*, 53(4), 381-391.
- Bacqué, M. F. (2010). Complexité des psychothérapies et de la recherche clinique dans les services d'oncologie. *Psycho-oncologie*, 4(3), 143-147.
- Bacqué, M. F. (2012). Apports de la psycho-oncologie francophone de la dernière décennie (2002-2012). *Psycho-Oncologie*, 4(6), 185-187.
- Borowsky, S. J., Rubenstein, L. V., Meredith, L. S., Camp, P., Jackson-Triche, M. & Wells, K. B. (2000). Who is at risk of non-detection of mental health problems in primary care? *Journal of general internal medicine*, 15(6), 381-388.
- Bourgeault, I. L. & Mulvale, G. (2006). Collaborative health care teams in Canada and the USA: Confronting the structural embeddedness of medical dominance. *Health Sociology Review*, 15(5), 481-495.
- Callo, J., Stanley, M. A., Greisinger, A., Wehmanen, O., Johnson, M., Novy, D., ... Kunik, M. (2009). Generalized anxiety disorder in older medical patients: diagnostic recognition, mental health management and service utilization. *Journal of clinical psychology in medical settings*, 16(2), 178-185.
- Chomienne, M. H., Grenier, J., Gaboury, I., Hogg, W., Ritchie, P. & Farmanova-Haynes, E. (2011). Family doctors and psychologists working together: doctors » and patients » perspectives. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 17(2), 282-287.
- Christiana, J. M., Gilman, S. E., Guardino, M., Mickelson, K., Morselli, P. L., Olfson, M. & Kessler, R. C. (2000). Duration between onset and time of obtaining initial treatment among people with anxiety and mood disorders: an international survey of members of mental health patient advocate groups. *Psychological medicine*, 30(03), 693-703.
- Craven, M. A., Cohen, M., Campbell, D., Williams, J. & Kates, N. (1997). Mental health practices of Ontario family physicians: a study using qualitative methodology. *The Canadian Journal of Psychiatry/La Revue canadienne de psychiatrie*.
- Conference Board of Canada. (2014). Final Report: An External Evaluation of the Family Health Team (FHT) Initiative. Ottawa : *The Conference Board of Canada*.
- Curran, V. R., Sharpe, D., Forristall, J. & Flynn, K. (2008). Attitudes of health sciences students towards interprofessional teamwork and education. *Learning in Health and Social Care*, 7(3), 146-156.
- Curran, V., Heath, O., Adey, T., Callahan, T., Craig, D., Hearn, T., ... Hollett, A. (2012). An approach to integrating interprofessional education in collaborative mental health care. *Academic Psychiatry*, 36(2), 91-95.

- D'Amour, D., Sicotte, C. & Lévy, R. (1999). L'action collective au sein d'équipes interprofessionnelles dans les services de santé. *Sciences sociales et santé*, 17(3), 67-94.
- De Lepeleire, J. (2010). Conférence sur les soins de santé primaires : vers une vision sur l'avenir des soins de santé primaires. *Agence Soins et Santé*, Anvers, Belgique.
- Dezetter, A., Briffault, X., Bruffaerts, R., De Graaf, R., Alonso, J., König, H. H., ... Kovess-Masféty, V. (2013). Use of general practitioners versus mental health professionals in six European countries: the decisive role of the organization of mental health-care systems. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 48(1), 137-149.
- Drewlo, Margaret A. (2014). « Factors in Optimal Collaboration between Psychologists and Primary Healthcare Physicians » *Dissertations & Theses*. Paper 174. Accessible à : <http://aura.antioch.edu/etds/174>
- Durieux, N. (2014). L'evidence-based practice en psychologie et en logopédie. In *Journée de Recherche Clinique de la CPLU*.
- Fisher, E. B., Chan, J. C., Nan, H., Sartorius, N. & Oldenburg, B. (2012). Co-occurrence of diabetes and depression : conceptual considerations for an emerging global health challenge. *Journal of affective disorders*, 142, S56-S66.
- Gaebel, W., Becker, T., Janssen, B., Munk-Jorgensen, P., Musalek, M., Rössler, W., ... Zielasek, J. (2012). EPA guidance on the quality of mental health services. *European Psychiatry*, 27(2), 87-113.
- Gocan, S., Laplante, M. A. & Woodend, K. (2014). Interprofessional collaboration in Ontario's family health teams: A review of the literature. *Journal of Research in Interprofessional Practice and Education*, 3(3).
- Grenier, J., Chomienne, M. H., Gaboury, I., Ritchie, P. & Hogg, W. (2008a). Collaboration between family physicians and psychologists : What do family physicians know about psychologists' work? *Canadian Family Physician*, 54(2), 232-233.
- Grenier J, Lalande K, Menard S. & Chomienne M. H. (2008 b) Collaboration Interprofessionnelle en Soins Primaires : médecine de famille, psychologues et infirmière praticienne, *Family Medicine Forum 2008*, Toronto, Canada.
- Hammick, M., Freeth, D., Koppel, I., Reeves, S. & Barr, H. (2007). A best evidence systematic review of interprofessional education : BEME Guide no. 9. *Medical teacher*, 29(8), 735-751.
- Hendrick, S. (2009a). Efficacité des thérapies familiales systémiques. *Thérapie familiale* 30(2), 211-233.
- Hendrick, S. (2009 b). Problématique et méthodologie de l'évaluation des psychothérapies. *Thérapie familiale*, 30(2), 147-165.
- Kosteniuk, J., Morgan, D. & D'Arcy, C. (2012a). Diagnoses of anxiety and depression in clinical-scenario patients Survey of Saskatchewan family physicians. *Canadian Family Physician*, 58(3), e144-e151.
- Kosteniuk, J., Morgan, D. & D'Arcy, C. (2012 b). Treatment and follow-up of anxiety and depression in clinical-scenario patients Survey of Saskatchewan family physicians. *Canadian Family Physician*, 58(3), e152-e158.

- Lee, C. M., Schneider, B. H., Bellefontaine, S., Davidson, S. & Robertson, C. (2012). Interprofessional collaboration: A survey of Canadian psychologists and psychiatrists. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*, 53(3), 159.
- Leipzig, R. M., Hyer, K., Ek, K., Wallenstein, S., Vezina, M. L., Fairchild, S., ... Howe, J. L. (2002). Attitudes toward working on interdisciplinary healthcare teams: a comparison by discipline. *Journal of the American Geriatrics Society*, 50(6), 1141-1148.
- McHugh, R. K., Whitton, S. W., Peckham, A. D., Welge, J. A. & Otto, M. W. (2013). Patient preference for psychological vs. pharmacological treatment of psychiatric disorders: a meta-analytic review. *The Journal of clinical psychiatry*, 74(6), 595.
- Mulvale, G. & Bourgeault, I. L. (2007). Finding the Right Mix: How Do Contextual Factors Affect Collaborative Mental Health Care in Ontario? *Canadian Public Policy*, 33, S49-S64.
- Nitecki, C. (2013). La collaboration interprofessionnelle au sein du couple réseau de soins palliatifs-médecins généralistes, Thèse de doctorat. Accessible à : <http://doxa.u-pec.fr/theses/th0639004.pdf>
- Organisation mondiale de la santé (2013) WHA66, S. A. N. T. É. Plan d'action global pour la santé mentale 2013-2020. Accessible à : http://www.who.int/mental_health/action_plan_2013/fr/
- Reeves, S., Zwarenstein, M., Goldman, J., Barr, H., Freeth, D., Koppel, I. & Hammick, M. (2010). The effectiveness of interprofessional education: Key findings from a new systematic review. *Journal of Interprofessional Care*, 24(3), 230-241.
- Roberts, G. & Grimes, K. (2011). *Return on investment: Mental health promotion and mental illness prevention*. Canadian Institute for Health Information.
- Rosser, W. W., Colwill, J. M., Kasperski, J. & Wilson, L. (2011). Progress of Ontario's family health team model: a patient-centered medical home. *The Annals of Family Medicine*, 9(2), 165-171.
- Sarma, S., Devlin, R. A., Thind, A. & Chu, M. K. (2012). Canadian family physicians' decision to collaborate: Age, period and cohort effects. *Social Science & Medicine*, 75(10), 1811-1819.
- Starfield, B., Shi, L. & Macinko, J. (2005). Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank quarterly*, 83(3), 457-502.
- Vines, R. F., Richards, J. C., Thomson, D. M., Brechman-Toussaint, M., Kluin, M. & Vesely, L. (2004). Clinical psychology in general practice: a cohort study. *Medical Journal of Australia*, 181, 74-77.
- Witko, K. D., Bernes, K. B. & Nixon, G. (2005). Care for psychological problems: Collaborative approach in primary care. *Canadian Family Physician*, 51(6), 799.
- Zwarenstein, M., Goldman, J. & Reeves, S. (2009). Interprofessional collaboration: effects of practice-based interventions on professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database Syst Rev*, 3(3).

Plaidoyer pour l'inclusion de psychologues dans les équipes de santé familiale en Ontario, Canada

Jean Grenier^a

Marie-Hélène Chomienne^b

Isabelle Gaboury^c

RÉSUMÉ Le présent article se veut un plaidoyer pour augmenter l'accessibilité des services psychologiques au niveau des soins de santé primaires en se penchant plus particulièrement sur la pertinence d'inclure des psychologues dans les équipes de santé familiale (ÉSF) en soins primaires en Ontario.

Les auteurs présentent leur plaidoyer à partir de deux niveaux d'informations : 1) les résultats scientifiques d'un projet de démonstration financé par les Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires (FASSP) dans lequel des psychologues ont été intégrés à des cliniques de médecine familiale; et 2) les commentaires, expériences et observations générales des auteurs au cours des dix dernières années en ce qui concerne l'inclusion de psychologues en soins primaires en Ontario.

Le projet de démonstration ainsi que l'expérience clinique soutenue des auteurs en santé mentale en soins primaires sont à divers égards, cohérents avec la littérature scientifique. Les équipes interprofessionnelles devraient bénéficier davantage d'une combinaison judicieuse de divers types de professionnels de la santé

-
- a. Ph. D., C. Psych., Institut de recherche de l'Hôpital Montfort, Centre C.T. Lamont de recherche en soins de santé primaires, Département de médecine familiale, Université d'Ottawa – École de psychologie, Université d'Ottawa.
 - b. M.D., M. Sc., Institut de recherche de l'Hôpital Montfort, Centre C.T. Lamont de recherche en soins de santé primaires, Département de médecine familiale, Université d'Ottawa – École d'épidémiologie et santé communautaire Université d'Ottawa.
 - c. Ph. D., Département de médecine de famille et médecine d'urgence, Centre de recherche clinique CHUS, Université de Sherbrooke.

mentale pour répondre efficacement aux complexités des problèmes de santé mentale de la population desservie. On ne peut s'attendre à ce qu'un seul type de professionnel de la santé mentale sur une équipe soit en mesure de répondre adéquatement à tous les niveaux de complexité des problèmes rencontrés en soins primaires. En ce moment, il y a un manque à combler dans les ÉSF et les soins primaires au sens large, et il semble tout à fait logique que les psychologues soient davantage invités à joindre l'équipe.

MOTS CLÉS soins primaires, psychologues, services psychologiques, accès aux psychothérapies, collaboration

Advocating for the Inclusion of Psychologists in Family Health Teams in Ontario, Canada

ABSTRACT Objectives This article advocates in favor of increasing the accessibility of psychological services in primary health care by focusing more specifically on the relevance of including psychologists in family health teams in primary care in Ontario.

Methods The authors present their advocacy from two levels of information: 1) the main results of a demonstration project funded by the Primary Health Care Transition Fund (PHCTF) in which psychologists were integrated into family practices; and 2) experiences and general observations drawn from the combined experiences of the authors from the last decade regarding the inclusion of psychologists in primary care.

Results Main results from the demonstration project: 1) highly prevalent mental illnesses (anxiety & mood disorders) are amenable to psychological interventions; 2) psychologists and family physicians are natural and complementary allies in primary care; 3) the cost of integrating psychologists to provide psychological interventions can be off-set by a reduction in physicians' mental health billing. Main observations drawn from authors' combined experiences in primary care: 1) relatively few psychologists work in family health teams in Ontario; 2) most non-pharmacological mental health interventions in primary care involve generic counselling, problem solving, educational groups, and linking to community resources; 3) lack of understanding of the difference between evidence-based psychological treatments and generic counselling; 4) many multidisciplinary clinics unfortunately benefit from only one type of non-medical mental health professional as part of their team to see all cases, independent of the level of complexity on the patient's side, and independent of the level of expertise or supervised training on the provider side; 5) multidisciplinary teams in primary care need various mental health professionals to cover for a wide range of presenting problems and levels of complexity/co-morbidities.

Conclusion Our demonstration project combined with our continued clinical experience in primary care is consistent with the scientific literature on the topic

of psychological services in primary care. Common mental health problems are highly prevalent. Societal costs are high. Accurate diagnosis is crucial. There are psychological treatments proven to work, and that are cost-effective. We can build on existing multidisciplinary teams and structures in place and also innovate by finding creative mechanisms linking the public and private sectors such as in the Australian primary care system. Interdisciplinary teams should integrate a judicious mix of pertinent skills with the right balance of varying levels of competencies to efficiently address varying levels of problem complexities and co-morbidities. At the moment, there is a gap to be filled in multidisciplinary primary care teams and psychologists are already extensively trained and available to fill this gap.

KEYWORDS primary care psychologists, psychological services, access to psychotherapies, collaboration, family physicians

Introduction

Les deux premiers auteurs de ce plaidoyer sont cliniciens-chercheurs et impliqués dans la recherche sur les services de santé en soins primaires depuis plus de dix ans. J. Grenier est psychologue en soins primaires et M.-H. Chomienne est médecin de famille; et tous deux sont chercheurs à l'Institut de recherche de l'Hôpital Montfort, et professeurs adjoints au département de médecine familiale de l'Université d'Ottawa.

I. Gaboury est chercheuse à l'Université de Sherbrooke, et s'intéresse à la collaboration interprofessionnelle et interorganisationnelle en soins primaires ainsi qu'aux méthodes et analyses propres aux méthodes mixtes.

Ils ont été co-chercheurs principaux dans un projet de démonstration financé par les Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires (FASSP) dans lequel des psychologues ont été intégrés à des cliniques de médecine familiale (Chomienne, Grenier, Gaboury, Hogg, Ritchie, *et al.*, 2011). Le succès de ce projet a facilité de nombreuses représentations auprès de divers ministères et décideurs. De ce projet ont découlé d'autres études et initiatives, incluant un projet sur la formation interprofessionnelle entre médecins et psychologues au niveau doctoral, la mise au point d'un cours en soins primaires dans le cursus du doctorat en psychologie et d'un stage de formation pratique pour des candidats au doctorat en psychologie dans une équipe de santé familiale en Ontario.

Le présent article présentera 1) les résultats scientifiques du projet de démonstration susmentionné et ses conclusions notamment en ce qui concerne la pertinence d'inclure les psychologues dans les équipes de santé familiale en Ontario, mais aussi 2) les commentaires et observations générales des auteurs au cours des dix dernières années en ce qui concerne l'inclusion de psychologues en soins primaires en Ontario.

Contexte des soins primaires au Canada

Soins primaires et réforme Il est bien reconnu que plus le système de soins de santé primaires d'un pays est efficace, meilleure est la santé de sa population (Starfield, Shi, & Macinko, 2005). Au début des années 2000, le Canada a entamé sa trajectoire de réforme des soins de santé primaires. En 2002, le rapport de la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada a impulsé cette réforme en lui donnant une direction tout en soulignant l'importance de répondre aux besoins des communautés et de s'appuyer sur des équipes de professionnels de la santé pour fournir des services complets à leur clientèle. Parallèlement, le gouvernement canadien créait le Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires (FASSP) pour soutenir, sur une période de 6 ans (2000-2006), divers projets de recherche : l'objectif était de faciliter et stimuler des changements durables au sein du système de soins de santé (FASSP, 2007). Bien qu'au début de la réforme l'accent était mis surtout sur la santé physique, éventuellement, la santé mentale est aussi devenue une priorité (Kirby & Keon, 2006). Conséquemment, le gouvernement du Canada crée en 2007 la Commission de la santé mentale du Canada et lui confie un mandat de 10 ans pour améliorer les services de santé mentale, améliorer les attitudes et comportements des Canadiens à l'égard de la santé mentale, mais surtout pour définir une stratégie nationale sur la santé mentale (Mental Health Commission of Canada, 2012).

La réforme des soins primaires au Canada a été guidée par plusieurs rapports déterminants (Commission on the Future of Health Care in Canada & Romanow, 2002 ; Kirby & Keon, 2006 ; Mental Health Commission of Canada, 2012) faisant état de recommandations clés pour 1) améliorer l'accès aux services diagnostics et d'interventions fondés sur les données probantes, 2) assurer aux Canadiens l'accès à des équipes interprofessionnelles, 3) considérer la maladie mentale comme aussi importante que la maladie physique, 4) appuyer la prise de décisions politiques sur la base des meilleures preuves, et 5) ouvrir

l'accès aux services, supports, et pratiques collaboratives appropriées. En d'autres termes, voir à la mise en œuvre des meilleures pratiques éprouvées scientifiquement, au bon moment, au bon endroit, et avec le fournisseur de soins de santé le plus approprié.

Émergence du travail en équipe À la suite des recommandations émises par la réforme, toutes les provinces, à des degrés différents, ont mis en œuvre des initiatives faisant appel à la pratique collaborative. En Ontario, par exemple, certains modèles de collaboration interprofessionnelle ont été mis en place pour soutenir le médecin de famille dans la prise en charge des problèmes de santé mentale. Le modèle le plus répandu a été celui des « Soins partagés en santé mentale » *Shared Mental Health Care* à l'intérieur duquel un psychiatre et/ou un conseiller en santé mentale travaillent conjointement avec le médecin de famille (Nickels & McIntyre, 1996; Kates, 2002). Ce modèle de collaboration peut se faire soit en personne, à l'intérieur d'un même site, soit hors site par consultation téléphonique ou par télécopieur (Rockman, Ockman, Salach, Gotlib, Cord, *et al.*, 2004; Vingilis, Paquette-Warren, Kates, Crustolo, Greenslade, *et al.*, 2007). Les médecins de famille semblent satisfaits avec ce modèle (Vingilis *et al.*, 2007), mais ils continuent à porter le fardeau des problèmes de santé mentale : la prise en charge des patients restant sous leur entière responsabilité. Certes, les patients souffrant de problèmes graves et/ou chroniques de santé mentale sont bien servis par ce type de modèle où le psychiatre permet d'assurer des interventions pharmacologiques complexes et le conseiller en santé mentale offre le support émotionnel et le *counselling* nécessaires. Cependant, la majorité des problèmes psychologiques communément rencontrés en cabinet médical comme la dépression, les troubles anxieux et les cas de plaintes somatiques associées à des problèmes d'ordre psychologique, ne nécessitent pas « toujours » l'intervention d'un psychiatre et peuvent aussi se situer à l'extérieur du champ de pratique des conseillers génériques en santé mentale ou des travailleurs sociaux; par contre, ces problèmes courants répondent bien à l'expertise diagnostique et thérapeutique du psychologue.

Santé mentale en soins primaires Les problèmes de santé mentale sont courants en soins primaires et le fardeau de l'identification, du diagnostic et du traitement des troubles les plus fréquents comme l'anxiété et la dépression repose essentiellement sur les médecins de famille (Boerma, & Verhaak, 1999; Kates, Craven, & Collaborative Working Group of the College of Family Physicians of Canada, 2002;

Health Canada, 2002). Les problèmes physiques sont aussi souvent associés et/ou reliés à des problèmes d'ordre psychologique. Il n'est donc pas surprenant que les écrits mentionnent qu'environ 30 % à 70 % des consultations médicales en soins primaires relèvent de la sphère psychologique (Barrett, Barrett, Oxman, & Gerber, 1988; Creed, Gowrisunkur, Russell, & Kinsey, 1990; Shiber, Maoz, Antonovsky, & Antonovsky, 1990; Craven, Cohen, Campbell, Williams, & Kates, 1997). On sait aussi que la majorité des médecins de famille décrivent la nature de leurs interventions psychologiques en soins primaires comme étant soit du support émotionnel soit du *counselling* (écouter et donner des conseils) plutôt qu'un traitement psychologique proprement dit (Craven *et al.*, 1997).

Place du psychologue en soins primaires Plusieurs études et rapports (Hunsley, Elliott, & Therrien, 2014; Hunsley, 2003; Ontario Psychological Association, 1997; Ontario Psychological Association, 1997) ont montré que les problèmes courants de santé mentale (dépression et anxiété) associés ou non à des maladies chroniques peuvent être efficacement diagnostiqués et traités par des psychologues et notamment par des traitements psychologiques scientifiquement reconnus comme étant efficaces et efficaces en termes de coûts des interventions. La psychologie contemporaine ne prend pas seulement en considération la santé mentale. La psychologie considère la santé au sens large du terme (comme le fait la médecine familiale) et porte attention au lien souvent bidirectionnel entre santé mentale et santé physique. Ceci concerne l'anxiété, la dépression et les troubles de stress post-traumatique associés à un diagnostic ou une maladie physique, tout comme la gestion psychologique des maladies chroniques comme le diabète, les maladies cardio-vasculaires, l'arthrite, ou la douleur chronique (Hunsley *et al.*, 2014; Hunsley, 2003). Les psychologues représentent le plus grand groupe de professionnels de la santé mentale (18 000) au Canada ayant reçu une formation spécialisée et supervisée pour offrir des services psychologiques (Canadian Psychological Association, 2013). Ils peuvent donc formuler/communiquer un diagnostic (acte autorisé) et offrir une vaste gamme de traitements ou d'interventions psychologiques informés par la science et les données probantes. À titre de comparaison, il y a près de quatre fois plus de psychologues que de psychiatres au Canada (Canadian Psychological Association, 2013; Canadian Psychiatric Association (n.d.). How many psychiatrists are there in Canada? Accessible à: <http://www.cpa-apc.org/browse/>

documents/19). Il s'agit donc d'un groupe de professionnels de la santé en mesure de contribuer de manière significative à offrir des services de santé mentale tant diagnostiques que thérapeutiques en soins primaires.

La réforme encourageait donc l'intégration de divers professionnels de santé à l'équipe de soins primaires, et le psychologue pouvait venir renforcer la qualité de la prise en charge de la santé mentale en soins primaires et venir appuyer les médecins de famille. C'est dans cette conjoncture que le projet de démonstration sur l'Intégration de Psychologues au sein des Équipes de Médecins de famille (IPEM) a été mis en œuvre. Puisque la méthodologie et les résultats du projet sont détaillés ailleurs (Chomienne *et al.*, 2011), seuls les points saillants seront présentés ici.

Projet de démonstration IPEM

Postulat, Méthode et Participants Le projet postulait que médecins de famille et psychologues pratiquant sous un même toit en viendraient à collaborer de manière naturelle, améliorant ainsi la qualité des soins aux patients et les conditions de pratique pour les médecins en matière de prise en charge des problèmes courants de santé mentale. Deux équipes médicales de la région d'Ottawa au Canada ont accepté de participer. L'étude comptait 14 médecins: 10 médecins dans une clinique urbaine desservant 1 200 patients par médecin, et 4 médecins dans une clinique rurale desservant 6 000 patients (pas tous actifs) par médecin. Dans le cadre du projet, un psychologue salarié à temps complet a été intégré dans chacune des deux cliniques pendant 12 mois.

Dans un but d'échange de connaissances, l'étude a inclus 4 séminaires/présentations de 90 minutes préparés et animés par le psychologue. Ces présentations étaient accréditées par le Collège des médecins de famille comme formation continue; les médecins et le psychologue de chaque clinique décidaient conjointement du thème à discuter. Le dossier médical électronique ou papier était partagé entre médecins et psychologue. L'étude privilégiait des interventions psychologiques de courte durée: 8 à 12 séances d'une heure, incluant l'évaluation initiale. Seuls les patients enregistrés dans les cliniques pouvaient participer. Ils avaient le choix de s'autoréférencer ou d'être référés au psychologue par leur médecin. Les données ont été recueillies par des questionnaires auprès des médecins, psychologues et patients. Des mesures de santé et qualité de vie ont été administrées aux patients (Outcome Questionnaire OQ-45 et EuroQol-EQ-5) (Mesures, O. Q.,

2009; Lambert, & Finch, 1999; EuroQol Group, 2009). Les médecins et les psychologues ont aussi participé, séparément, à des groupes de discussion. Une étude rétrospective des dossiers a permis le recueil de données administratives sur le nombre de visites médicales avant et après l'intégration du psychologue dans la clinique.

Résultats

Patients

Au total, 376 patients ont été vus par les psychologues au cours de la durée du projet (12 mois). Les caractéristiques des patients participants sont présentées au tableau 1.

L'anxiété et la dépression étaient les raisons les plus fréquentes pour lesquelles les médecins faisaient une demande de consultation. Les patients (94 %) se sont dit « satisfaits à très satisfaits » du rôle du psychologue dans la clinique et près de 75 % d'entre eux ont estimé que le psychologue était mieux formé que leur médecin pour prendre en charge leurs problèmes psychologiques. Les patients ont été vus par le psychologue en moyenne 5 fois (minimum et maximum étant 1 et 23 respectivement). À leur dernière séance, 78 % des patients se sentaient mieux équipés pour faire face à leurs problèmes. De plus, 31 % des patients ont démontré une réduction significative de leurs symptômes (Outcome Questionnaire OQ-45) (Measures, O. Q., 2009; Lambert & Finch, 1999) et l'ensemble des patients démontrait une amélioration significative sur la mesure de qualité de vie (EuroQol-EQ-5) (EuroQol Group, 2009). La taille d'effet observée ($d = 0.50$) était comparable à celle rapportée dans le cadre d'une étude d'efficacité du programme australien *Access to Allied Psychological Services* (ATAPS), dans le cas des personnes recevant des services psychologiques pour anxiété (Fletcher, King, Bassilios, Reifels, Blashki, *et al.*, 2012; INESSS, 2015).

Professionnels de la santé

Les caractéristiques des médecins et des psychologues des deux cliniques participantes sont présentées au tableau 2.

Médecins Les médecins référaient non seulement pour des interventions psychologiques, mais aussi pour obtenir une opinion ou faire préciser le diagnostic. En général (78 %) les médecins se considéraient insuffisamment formés pour prendre en charge des problèmes psychologiques. Tous (100 %) ont déclaré que leurs connaissances

TABLEAU 1

Caractéristiques des patients participants dans chaque clinique

<i>Caractéristiques</i>	<i>Clinique rurale</i>		<i>Clinique urbaine</i>	
	<i>N</i>	<i>n (%)</i>	<i>N</i>	<i>n (%)</i>
PATIENTS	131		188	
Âge	131		188	
8-12		1 (0,8)		4 (2,1)
12-24		24 (18,3)		25 (13,3)
25-44		59 (45,0)		101 (53,8)
45-64		41 (31,3)		51 (27,1)
65 et plus		6 (4,6)		7 (3,7)
Genre	131		186	
Homme		34 (26,0)		62 (33,3)
Femme		97 (74,0)		124 (66,7)
Statut marital	131		185	
Célibataire, jamais marié		24 (18,3)		48 (25,9)
Marié, conjoint de fait		85 (64,9)		102 (56,3)
Séparé, Divorcé		18 (13,7)		29 (15,7)
Veuf/veuve		4 (3,1)		4 (2,1)
Éducation	131		170	
Aucun post secondaire (< 12 ans)		71 (54,2)		59 (34,7)
Diplôme technique/métier (13 ans)		21 (16,0)		21 (12,4)
Collège/Université (≥15 ans)		39 (29,8)		90 (52,9)
Origine ethnique	129		171	
Caucasien		125 (96,9)		158 (92,4)
Autre		4 (3,1)		13 (7,6)
Assurances privées pour services psychologiques	130		183	
Non		66 (50,8)		71 (38,8)
Oui		41 (31,5)		60 (32,8)
Ne sais pas		23 (14,6)		52 (28,4)
Emploi	131		183	
Employé (temps plein/temps partiel)		76 (58,0)		119 (65,0)
À la maison		6 (4,6)		12 (6,6)
Retiré		13 (9,9)		10 (5,5)
Sans emploi		7 (5,3)		10 (5,5)
Invalidité		2 (1,5)		8 (4,4)
Étudiant		17 (13,0)		14 (7,7)
Autre		10 (7,7)		10 (5,3)
Revenu familial	128		176	
0 \$-20 000 \$		14 (10,9)		28 (15,9)
20 001 \$-40 000 \$		35 (17,4)		41 (23,3)
40 001 \$-60 000 \$		30 (23,4)		42 (23,8)
60 001 \$-80 000 \$		21 (16,4)		20 (11,4)
Plus de 80 000 \$		26 (20,3)		40 (22,7)
Ne sais pas		2 (1,6)		4 (2,3)
NA		0 (0,0)		1 (0,6)

TABLEAU 2

Caractéristiques des médecins et psychologues dans chaque clinique

<i>Caractéristiques</i>	<i>Clinique rurale</i>		<i>Clinique urbaine</i>	
	<i>N</i>	<i>n (%)</i>	<i>N</i>	<i>n (%)</i>
MÉDECINS				
Genre	4		10	
Homme		3 (75,0)		8 (80,0)
Femme		1 (25,0)		2 (20,0)
Années de pratique	4		10	
0 à 10 ans		1 (25,0)		0 (00,0)
11 à 20 ans		3 (75,0)		10 (100,0)
20 ans et plus		0 (00,0)		0 (00,0)
Type de pratique du médecin	4		10	
Généraliste avec pratique hospitalière		4 (100,0)		0 (00,0)
Fonction universitaire/enseignement		4 (100,0)		2 (20,0)
Pratique de groupe		4 (100,0)		10 (100,0)
PSYCHOLOGUES				
Genre	1		1	
Homme		0 (00,0)		1 (100,0)
Femme		1 (100,0)		0 (00,0)
Années de pratique	1		1	
0 à 10 ans		0 (00,0)		0 (00,0)
11 à 20 ans		1 (100,0)		0 (00,0)
20 ans et plus		0 (00,0)		1 (100,0)
Expérience antérieure de pratique	1		1	
Pratique privée		1 (100,0)		1 (100,0)
Pratique hospitalière		1 (100,0)		1 (100,0)

des évaluations et traitements psychologiques s'étaient améliorées. Ils constataient qu'un traitement psychologique est une approche complexe, rigoureuse et structurée; à savoir qu'une intervention psychologique allait au-delà de l'écoute attentive et du fait de donner des conseils. Les médecins ont eu un sentiment de responsabilité partagée pour les soins. Ils considéraient le psychologue comme tout autre collègue-médecin. Les médecins étaient d'avis que les champs de pratique étaient clairs et qu'il n'y avait aucune guerre de territoire entre les deux professions. Le partage de dossiers a été considéré comme un outil essentiel à la collaboration. Les médecins de façon unanime ont souhaité que les psychologues puissent être impliqués et intégrés davantage en soins primaires. De plus, la plupart (80 %) ont fait état

d'une amélioration de leur qualité de vie et de l'atmosphère au travail, rapportant une réduction de stress au travail.

Du point de vue économique, nous avons pu mesurer une réduction relative de la facturation des médecins pour des services en santé mentale : soit une réduction de 15 % pour la clinique urbaine et de 33 % pour la clinique rurale. Il est à noter que la clinique urbaine comprenait un médecin-psychothérapeute qui a maintenu sa facturation pour des services de santé mentale.

Psychologues Les psychologues se sont sentis accueillis et respectés comme des pairs et comme égaux en termes de professionnels autonomes. Ils ont estimé que ce type de collaboration n'était pas intimidant pour les patients et qu'il y avait moins de chance pour ceux-ci de se sentir stigmatisés puisque les consultations avec le psychologue se faisaient sous le couvert du bureau de leur médecin de famille. En ce qui concerne le développement de la collaboration entre médecins et psychologues, les séminaires de transfert des connaissances ont souvent été le lieu de discussion de cas et ont facilité le travail en équipe et les soins en collaboration. Les psychologues auraient préféré un type plus structuré ou « formel » de collaboration (séances de discussion de cas plus systématisées et plus fréquentes), mais ont été satisfaits des pratiques de collaboration plus informelles.

Ce projet de démonstration a donc permis de documenter que les psychologues et les médecins de famille sont des alliés naturels et complémentaires en soins primaires, ce qui est cohérent avec les études dans d'autres pays comme l'Australie (Vines, Richards, Thomson, Brechman-Toussaint, Kluin, *et al.*, 2004; Hickie, 2000). Il nous a également permis de conclure que les maladies mentales à forte prévalence (anxiété et troubles de l'humeur – souvent associés à des maladies chroniques) se prêtent bien à des interventions psychologiques. Ce projet a également démontré une réduction de la rémunération en ce qui a trait aux soins de santé mentale réclamée par les médecins de famille; laquelle réduction pourrait être allouée pour contribuer à couvrir les frais d'un psychologue.

La mise en œuvre du projet de démonstration n'a pas connu d'obstacles proprement dits – hormis un problème d'espace de travail pour accueillir le psychologue. Il n'y a pas eu de résistance de la part des médecins, ni de conflits, ni de protectionnisme par rapport aux champs de pratique. Notre interprétation est que ceci correspond à un besoin réel qu'ont les médecins pour accomplir leur travail et qui répond aux

meilleures pratiques. Les médecins dans notre projet de démonstration ont noté que le plus grand obstacle qu'ils rencontrent pour référer un patient à un psychologue est bien l'aspect financier pour grand nombre de patients qui n'ont pas d'assurance pour couvrir ces frais, les psychologues n'étant pas accessibles dans le régime de santé publique. Au-delà de la question financière, on peut certes évoquer un manque de volonté politique ou une incompréhension du rôle et autres contributions potentielles des psychologues pour ouvrir l'accès à de tels services dans le cadre du régime public d'assurance-santé.

Les messages clés du projet sont présentés au tableau 3.

Discussion

À ce jour, malgré des résultats encourageants, ce projet de démonstration financé dans le contexte même de la réforme des soins primaires ne semble pas avoir eu d'impact notable sur l'inclusion des psychologues dans les ÉSF.

En effet l'Ontario compte environ 13,6 millions d'habitants (Ontario Ministry of Finance, 2015) et approximativement 12 000 médecins de famille (The Ontario Physician Human Resources Data Centre, 2013). Depuis le début de la réforme des soins primaires, approximativement 200 ÉSF ont été mis sur pied avec un rapport d'environ 1 400-1 600 patients par médecin de famille. Un peu plus de 20 % des Ontariennes et Ontariens sont inscrits avec un médecin de famille dans une ÉSF, et chacune intègre une équipe composée de divers professionnels de la santé incluant entre autres, infirmières, diététistes, kinésilogues, pharmaciens, conseillers en santé mentale, travailleurs sociaux et psychologues.

Au cours de la dernière décennie, plusieurs médecins de famille ont communiqué avec nous en tant que chercheurs, pour indiquer qu'ils avaient effectivement demandé d'avoir des psychologues intégrés dans leur plan d'affaires pour une ÉSF, mais que leur demande avait été refusée. On leur aurait dit qu'on pourrait leur offrir deux ou trois conseillers ou travailleurs sociaux au lieu d'un psychologue.

On constate qu'un nombre très limité des ÉSF ont été autorisées à inclure des psychologues dans leurs équipes. Sur 3 378 psychologues en Ontario, environ 23 travaillent dans les ÉSF ($\approx 0,01\%$) (Peachey, Hicks, & Adams, 2013). Sur ces 23 psychologues, approximativement 2 ou 3 sont à temps plein et les autres travaillent souvent à temps partiel, de 1 à 3 jours par semaine. Selon nos observations et expériences cliniques,

TABLEAU 3

Messages clés du projet de démonstration

<i>Messages clés</i>
• Les psychologues et médecins de famille sont des alliés naturels et complémentaires en soins primaires. • Les maladies mentales à forte prévalence (anxiété et troubles de l'humeur), souvent associées à des maladies chroniques, s'apprêtent bien à des interventions psychologiques. • Ce projet a démontré une réduction de la rémunération en ce qui a trait aux soins de santé mentale réclamée par les médecins de famille, laquelle réduction pourrait être utilisée à couvrir les frais d'un psychologue. • L'inclusion des psychologues en soins primaires est cruciale pour alléger le fardeau des médecins de famille en soins primaires et venir les appuyer. • Les psychologues ont des contributions pertinentes à faire dans le dépistage et la prise en charge des problèmes courants de santé mentale. • Dans un contexte actuel de soins centrés sur le patient, les psychologues permettent un accès en temps opportun à des services psychologiques diagnostiques et thérapeutiques (le bon service, au bon moment, au bon endroit, et avec le fournisseur de soins de santé approprié). • L'inclusion et l'intégration des psychologues en soins primaires ouvrirait davantage l'accès à des traitements psychologiques efficaces et fondés sur des données probantes. • Les psychologues permettent d'offrir une alternative thérapeutique efficace, ou complémentaire, aux patients réticents à prendre un traitement pharmacologique. • Tout comme pour le médecin de famille en matière de santé physique, le psychologue est en quelque sorte le « généraliste » en soins primaires, en matière de santé mentale.

This demonstration project helped us document that psychologists and family physicians are natural and complementary allies in primary care, which is consistent with studies in other countries such as Australia. It also helped us conclude that since common mental illnesses (anxiety & mood disorders - even intertwined with medical/physical problems) are amenable to evidence-based psychological interventions, bringing highly trained regulated providers such as psychologists within primary health care teams simply makes sense. Psychologists have pertinent contributions to make in helping to alleviate the burden on family physicians but mostly to improve primary mental health care and implement cost-effective psychological treatments in primary care. In collaborative patient-centered care, psychologists allow timely access to psychological services that include diagnosis and treatment (the right person, at the right place, at the right time). This project also demonstrated that the cost of integrating psychologists to provide evidence-based interventions can be off-set by savings elsewhere; in this case through a reduction in physicians' mental health billing.

ce sont des travailleurs sociaux et des conseillers en santé mentale qui fournissent la majorité des services de santé mentale dans les ÉSF et en matière de soins primaires sous forme de *counselling* générique, stratégies de résolution de problèmes, interventions éducatives, et aiguillage vers des ressources communautaires. La majorité des médecins de famille offrent un traitement pharmacologique et/ou des conseils (Talbot, Clark, Yuzda, Charron, & McDonald, 2014; Roberge, Fournier, Menear, & Duhoux, 2014), et certains (1,6 % des médecins de famille en Ontario) offrent de la psychothérapie à titre de médecins de famille psychothérapeutes (General Practice Psychotherapy Association. [n.d.]. Accessible à : <http://gppaonline.ca/>). Or il est rapporté que près de 66 % des patients en soins primaires souffrant de troubles anxieux reçoivent des interventions qui ne sont pas conformes aux lignes directrices cliniques fondées sur les preuves (Stein, Sherbourne, Craske, Means-Christensen, Bystritsky, *et al.*, 2004; Stein, Roy-Byrne, Craske, Campbell-Sills, Lang, *et al.*, 2011).

Il est de notre avis qu'actuellement, les compétences et les pleins champs de pratique des professionnels en santé mentale dans les ÉSF ne sont pas distribués de manière optimale. Ce ne sont pas tous les patients qui peuvent accéder au « professionnel le plus approprié » selon le niveau de complexité de leur(s) problème(s). Malheureusement, de nombreuses ÉSF bénéficient seulement d'un type de professionnel de la santé mentale non médicale (le plus souvent, c'est un travailleur social) pour voir tous les cas, indépendamment de leur niveau de complexité, et indépendamment du niveau d'expertise du professionnel.

Pourquoi si peu de psychologues dans les ÉSF? Il est difficile de comprendre les raisons qui sous-tendent cet état de fait. Au cours des dix dernières années dans nos représentations auprès des décideurs et personnes-clés, nous avons constaté une méconnaissance de la formation et des compétences des différents professionnels de santé mentale, notamment l'expertise spécifique des psychologues. Pour certains, « la thérapie cognitivo-comportementale peut être apprise sur internet... », ou « tout ce dont les patients ont besoin c'est de parler à quelqu'un... », pour d'autres « les psychologues ne sont-ils pas trop qualifiés pour cela?... », ou même « les psychologues sont trop coûteux, alors pourquoi ne pas former d'autres personnes pour faire ce travail? ».

L'argument à savoir qu'il serait moins coûteux d'embaucher d'autres professionnels de la santé mentale, propose la formation de conseillers

en santé mentale ou d'intervenants pour offrir des traitements dits « manualisés » (c'est-à-dire, dont le processus est formalisé dans un manuel technique). Il s'agit d'une option tout à fait appropriée pour certaines conditions avec une présentation claire. Mais pour les cas avec comorbidités complexes, il est important de savoir quelle condition traiter en premier, et pourquoi. Il est tout aussi important de connaître les indications précises ainsi que les contre-indications de telle, ou telle, intervention. Offrir un traitement psychologique s'apparente à offrir un traitement médical : il nécessite des compétences pour poser un diagnostic différentiel, une bonne connaissance des lignes directrices cliniques, être prêt à modifier le contenu du traitement, la durée du traitement, ainsi que le rythme de traitement, ou référer ailleurs quand indiqué. Comme c'est le cas pour un traitement médical, offrir un traitement psychologique nécessite un répertoire de connaissances et un jugement clinique qui ne peuvent être développés que par une formation intensive et une quantité adéquate de pratique supervisée par des superviseurs expérimentés. Tout comme en médecine, certains cas sont suffisamment bien pris en charge avec l'application de techniques tandis que d'autres, plus complexes, requièrent une fine orchestration de la science et de l'art qu'est la psychologie. Cette fine orchestration de la science et de l'art ne se lit pas dans les manuels techniques. La santé mentale se trouve ainsi stigmatisée par des représentants – défenseurs du système de santé. Certes, on n'oserait pas affirmer qu'un cardiologue est trop qualifié et/ou trop coûteux pour traiter les maladies cardiaques. Pourquoi alors suggérer qu'un psychologue serait trop qualifié et trop coûteux pour évaluer et traiter la santé mentale ? Ces commentaires suggèrent la présence d'un manque de connaissance, de compréhension, ou de considération quant à la nature et la complexité des problèmes psychologiques, leur impact économique sur le système de santé et la société, ainsi qu'un manque de connaissance des résultats de la recherche sur l'existence de psychothérapies efficaces cliniquement, et rentables économiquement.

Les initiatives phares internationales Dans la quête d'améliorer les initiatives existantes de soins primaires, telles les ÉSF, et d'accroître l'accès aux services psychologiques, l'Ontario et les autres provinces pourraient examiner de plus près les éléments gagnants de certaines initiatives pour améliorer l'accès aux psychothérapies telles qu'initiées en Australie et au Royaume-Uni ; respectivement, *Better Access to Psychiatrists, Psychologists and General Practitioners through the*

Medicare Benefits Schedule – Better Access (Pirkis, Harris, Hall, & Ftanou, 2011) et *Improving Access to Psychological Therapies – IAPT* (Clark, Layard, Smithies, Richards, Suckling, *et al.*, 2009).

Dès 2006, le gouvernement australien décide de financer l'accès à la psychothérapie à l'intérieur du système public de soins de santé. Un partenariat est donc développé entre le système public et les professionnels en pratique privée offrant de la psychothérapie; psychiatres, ergothérapeutes, et en majorité des psychologues. Les médecins de famille peuvent donc référer leurs patients pour être évalués et recevoir jusqu'à 10-12 séances (en individuel ou en groupe) de psychothérapie par un psychologue ou autre professionnel reconnu par le programme. Le système public défraie une majeure portion du taux horaire recommandé par les associations professionnelles des thérapeutes; certains patients doivent donc défrayer une portion des coûts et ce système de co-paiement est dans une certaine mesure ajusté en fonction du revenu du patient. Les thérapeutes doivent communiquer avec le médecin référant et certains paramètres doivent être respectés pour que les services soient maintenus (par exemple, un rapport de progrès doit être envoyé au médecin après 6 séances). Comme c'est le cas pour le Royaume-Uni, l'accent est mis sur les interventions éprouvées empiriquement. La communication avec le médecin référant est une composante obligatoire.

Depuis 2008, le programme IAPT du Royaume-Uni se concentre sur l'amélioration de l'accès aux thérapies psychologiques fondées sur des preuves empiriques tel que recommandé dans le National Institute for Health and Clinical Excellence (National Institute for Health and Clinical Excellence, 2006), une autorité scientifique indépendante qui recueille des lignes directrices en matière de meilleures pratiques. L'approche aux soins est par paliers, *stepped-care approach*, et maximise l'utilisation judicieuse des professionnels de la santé mentale dont les qualifications reflètent divers niveaux de compétences et de formation supervisée. Certains thérapeutes sont donc suffisamment qualifiés pour offrir des services à « faible intensité » et d'autres sont suffisamment qualifiés pour offrir des services de « moyenne » et de « haute intensité »; reconnaissant ainsi que le niveau de complexité du patient requiert les services de professionnels possédant différents niveaux de formation et de compétences. Le système priorise la notion d'un bon équilibre entre thérapeutes pouvant adresser divers types de problèmes et niveaux de complexité. Des psychologues participent à divers

niveaux de la formation, supervision clinique et développement de programmes.

Pour l'intégration des psychologues en soins primaires L'inclusion des psychologues en soins primaires est cruciale pour alléger le fardeau des médecins de famille en soins primaires et venir les appuyer. Les psychologues ont des contributions pertinentes à faire dans la prise en charge des problèmes courants de santé mentale. Dans un contexte actuel de soins centrés sur le patient, les psychologues permettent un accès en temps opportun à des services psychologiques diagnostiques et thérapeutiques (le bon service, au bon moment, au bon endroit, et avec le fournisseur de soins de santé approprié). Leur inclusion et leur intégration en soins primaires ouvrirait davantage l'accès à des traitements psychologiques efficaces et fondés sur des données probantes. Les psychologues permettent d'offrir une alternative thérapeutique efficace ou complémentaire aux patients réticents à prendre un traitement pharmacologique. À l'instar du médecin de famille en matière de santé physique en soins primaires, le psychologue est en quelque sorte le « généraliste » en matière de santé mentale en soins primaires.

Les psychologues forment le plus grand groupe de professionnels de la santé au pays ayant reçu une formation spécialisée et supervisée à offrir des services en santé mentale et comportementale. De nombreuses études et rapports (Hunsley *et al.*, 2014; Hunsley, 2003; Peachey *et al.*, 2013) soulignent que les traitements psychologiques sont à la fois cliniquement et économiquement efficaces et que les contributions des psychologues sont utiles et appropriées là où il y a un besoin pour : 1) des évaluations psychologiques, 2) la formulation et la communication d'un diagnostic, 3) un processus de triage, 4) des interventions de haute intensité pour des cas complexes, avec multiples comorbidités ainsi que pour 5) la supervision clinique, et la formation des professionnels de la santé.

Conclusion

Ce projet de démonstration ainsi que notre expérience clinique soutenue en santé mentale en soins primaires sont à divers égards, cohérents avec la littérature scientifique. Les problèmes de santé mentale courants sont, par définition, hautement prévalents, et de ce fait les coûts pour la société sont excessivement élevés. Un diagnostic précoce et précis est crucial pour guider la mise en œuvre des meilleures

pratiques qui reposent sur des traitements psychologiques éprouvés, efficaces, et qui sont « coût-efficaces ». Tous les traitements (pharmacologiques ou non pharmacologiques) fondés sur des preuves devraient être la norme et accessibles universellement pour tous les Canadiens. L'intégration de ces meilleures pratiques peut s'appuyer sur des modèles de pratique et des équipes multidisciplinaires existantes, mais aussi sur des mécanismes novateurs reliant les secteurs public et privé comme la réforme en santé mentale dans le système de soins australien. Les équipes interprofessionnelles devraient intégrer une combinaison judicieuse des compétences en santé mentale avec un juste équilibre entre les diverses compétences requises pour répondre efficacement aux complexités des problèmes de santé mentale de la population desservie. On ne peut s'attendre à ce qu'un seul type de professionnel de la santé mentale sur une équipe (que ce soit un conseiller, travailleur social, infirmière en santé mentale, psychologue, ou psychiatre – même s'il s'agit de substituer la diversité en accordant 2, 3 ou 4 individus d'une même profession à moindres coûts) soit en mesure de répondre adéquatement à tous les niveaux de complexité des problèmes rencontrés en soins primaires. La réalité est que chaque équipe devrait bénéficier d'une combinaison judicieuse de divers types de professionnels de la santé mentale. En ce moment, il y a un manque à combler dans les ÉSF et les soins primaires au sens large, et il semble tout à fait logique que les psychologues soient davantage invités à joindre l'équipe.

RÉFÉRENCES

- Barrett, J. E., Barrett, J. A., Oxman, T. E. & Gerber, P. D. (1988). The prevalence of psychiatric disorders in a primary care practice. *Archives of General Psychiatry*, 45(12), 1100-1106.
- Boerma, W. G. & Verhaak, P. F. (1999). The general practitioner as the first contacted health professional by patients with psychosocial problems: a European study. *Psychological medicine*, 29(03), 689-696.
- Canadian Psychological Association. (2013). Strategic Plan 2013 – 2018 of the Canadian Psychological Association. Accessible à : http://www.cpa.ca/docs/File/Governance/CPA_Strategic_Plan-FINALAPRIL2013.pdf
- Canadian Psychiatric Association. How many psychiatrists are there in Canada? Accessible à : <http://www.cpa-apc.org/browse/documents/19>
- Chomienne, M.-H., Grenier, J., Gaboury, I., Hogg, W., Ritchie, P. & Farmanova-Haynes, E. (2011). Family doctors and psychologists working together: doctors » and patients » perspectives. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 17(2), 282-287.

- 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.
- Commission on the Future of Health Care in Canada & Romanow, R. J. (2002). *Commission on the future of health care in Canada*. Commission on the Future of Health Care in Canada.
- Craven, M. A., Cohen, M., Campbell, D., Williams, J. & Kates, N. (1997). Mental health practices of Ontario family physicians: a study using qualitative methodology. *Can J Psychiatry*. 42(9): 943-949.
- Creed, F., Gowrisunkur, J., Russell, E. & Kincey, J. (1990). General practitioner referral rates to district psychiatry and psychology services. *British Journal of General Practice*, 40(340), 450-454.
- EuroQol Group (2009) *What is EQ-5D?* Accessible à : <http://www.euroqol.org/>
- Fletcher, J., King, K., Bassilios, B., Reifels, L., Blashki, G., Burgess, P. & Pirkis, J. (2012). Evaluating the Access to Allied Psychological Services (ATAPS) program: Nineteenth interim evaluation report. Melbourne, Australie: Centre for Health Policy, Programs and Economics; 2012. Disponible à : https://atapsmds.com/site/assets/files/1019/19th_interim_evaluation_report.pdf.
- Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires. (2007). Gouvernement du Canada. Accessible à : <http://canadiensensante.gc.ca/health-system-systeme-sante/services/primary-primaires/transition-adaptation-fra.php>
- General Practice Psychotherapy Association. Accessible à : <http://gppaonline.ca/>
- Health Canada. A Report on Mental Illnesses in Canada. Ottawa, Canada 2002. Accessed at : http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/miic-mmacc/pdf/men_ill_e.pdf
- Hickie, I. (2000). Building mental health: providing effective psychological treatments in general practice. *Australian Doctor*, 25, 57-58.
- Hunsley, J., Elliott, K. & Therrien, Z. (2014). The efficacy and effectiveness of psychological treatments for mood, anxiety, and related disorders. *Canadian Psychology/Psychologie Canadienne*, 55(3), 161. Accessible à : <http://dx.doi.org/10.1037/a0036933>
- Hunsley, J. (2003). Cost effectiveness and medical cost-offset considerations in psychological service provision. *Canadian Psychology/psychologie canadienne*, 44(1), 61.
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). (2015). Avis sur l'accès équitable aux services de psychothérapie. Volet II – Analyse des modalités et des conditions d'accès aux services de psychothérapie pour le traitement des adultes atteints de troubles dépressifs et anxieux. Rapport rédigé par Alvine Fansi et Cédric Jehanno. Québec, Qc: INESSS.
- Kates, N., Craven, M. & Collaborative Working Group of the College of Family Physicians of Canada, Canadian Psychiatric Association. (2002). Shared mental health care. Update from the Collaborative Working Group of the

- College of Family Physicians of Canada and the Canadian Psychiatric Association. *Canadian Family Physician*, 48, 936.
- Kates, N. (2002). Shared mental health care. The way ahead. *Canadian Family Physician*, 48, 853.
- Kirby, M. & Keon, M. J. (2006). Out of the Shadows at Last: Transforming Mental Health, Mental Illness, and Addictions in Canada. *Ottawa, ON: The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science, and Technology*.
- Lambert, M. J. & Finch, A. E. (1999). The outcome questionnaire. In Maruish, Mark E. (Ed), (1999). *The use of psychological testing for treatment planning and outcomes assessment* (2nd ed.), (pp. 831-869). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates Publishers, xvi, 1507 pp.
- Measures, O. Q. (2009) *Measures and instruments*. Accessible à: <http://www.oqmeasures.com>
- Mental Health Commission of Canada. (2012). Changing directions, changing lives: The mental health strategy for Canada. Calgary, Alberta. Accessible à: http://www.mentalhealthcommission.ca/English/system/files/private/MHStrategy_Strategy_ENG_0.pdf
- National Institute for Health and Clinical Excellence. (2006). Methods for development of Nice public health guidance. Accessible at: <http://www.nice.org.uk/guidance/ph1/resources/methods-for-development-of-nice-public-health-guidance2>
- Nickels, M. W. & McIntyre, J. S. (1996). A model for psychiatric services in primary care settings. *Psychiatr Serv.* 1996; 47(5): 522-526.
- Ontario Ministry of Finance. Economic & Revenue Forecasting & Analysis Branch, Office of Economic Policy, Ontario Fact Sheet. (2015). Accessible à: <http://www.fin.gov.on.ca/en/economy/ecupdates/factsheet.html>
- Ontario Psychological Association. (1997). Interdisciplinary primary care models – final version. *Working group on interdisciplinary care models*. Toronto.
- Ontario Psychological association. (1997). Psychological services in primary care. *Ontario Psychological Association*.
- Peachey, D., Hicks, V. & Adams, O. (2013). An imperative for change: Access to psychological services for Canada. *Ottawa, ON: Canadian Psychological Association*. Accessible at: http://www.cpa.ca/docs/File/Position/An_Imperative_for_Change.pdf
- Pirkis, J., Harris, M., Hall, W. et Ftanou, M. (2011). Evaluation of the better access to psychiatrists, psychologists and general practitioners through the Medicare Benefits Schedule Initiative. *Melbourne, VA: Centre For Health Policy, Programs and Economics*. Accessible à: [https://measureup.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/5F330C940AFDB767CA257BF0001DE702/\\$File/sum.pdf](https://measureup.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/5F330C940AFDB767CA257BF0001DE702/$File/sum.pdf)
- Roberge, P., Fournier, L., Menear, M. & Duhoux, A. (2014). Access to psychotherapy for primary care patients with anxiety disorders. *Canadian Psychology/ Psychologie canadienne*, 55(2), 60.

- Rockman, P., Ockman, P., Salach, L., Gotlib, D., Cord, M. & Turner, T. (2004). Shared mental health care: Model for supporting and mentoring family physicians. *Canadian family physician*, 50(mar), 397-402.
- Shiber, A., Maoz, B., Antonovsky, A. & Antonovsky, H. (1990). Detection of emotional problems in the primary care clinic. *Family Practice*, 7(3), 195-200.
- Starfield, B., Shi, L. & Macinko, J. (2005). Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank quarterly*, 83(3), 457-502.
- Stein, M. B., Sherbourne, C. D., Craske, M. G., Means-Christensen, A., Bystritsky, A., Katon, W., ... Roy-Byrne, P. P. (2004). Quality of Care for Primary Care Patients with Anxiety Disorders. *American Journal of Psychiatry*, 161(12), 2230-2237.
- Stein, M. B., Roy-Byrne, P. P., Craske, M. G., Campbell-Sills, L., Lang, A. J., Golinelli, D., ... Sherbourne, C. D. (2011). Quality of and patient satisfaction with primary health care for anxiety disorders. *The Journal of clinical psychiatry*, 72(7), 970.
- Talbot, F., Clark, D. A., Yuzda, W. S., Charron, A. & McDonald, T. (2014). "Gatekeepers" perspective on treatment access for anxiety and depression: A survey of New Brunswick family physicians. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*, 55(2), 75.
- The Ontario Physician Human Resources Data Centre (2013). Physicians in Ontario 2013. Reports from the Active Physician Registry. Accessible à : <http://www.ophrdc.org/>
- Vines, R. F., Richards, J. C., Thomson, D. M., Brechman-Toussaint, M., Kluin, M. & Vesely, L. (2004). Clinical psychology in general practice: a cohort study. *Medical Journal of Australia*, 181, 74-77.
- Vingilis, E., Paquette-Warren, J., Kates, N., Crustolo, A. M., Greenslade, J. & Newnam, S. (2007). Descriptive and a process evaluation of a shared care program. *The Internet Journal of Allied Health Science and Practice*, 5(4), 1-10.

Les programmes de prise en charge financière des psychothérapies en Australie et en Angleterre

Helen-Maria Vasiliadis^a

Anne Dezetter^b

RÉSUMÉ L'article décrit les programmes de prise en charge financière des psychothérapies en Australie et en Angleterre.

Au début des années 2000, le gouvernement australien a implanté une réforme de santé publique visant à permettre un meilleur accès, gratuit ou peu coûteux, aux psychothérapies brèves, en soin primaire, pour les personnes souffrant de troubles mentaux courants. Cette réforme reconnaît l'importance du rôle du médecin généraliste dans la prise en charge des troubles, et la collaboration avec les professionnels de santé mentale. Deux programmes ont été mis en œuvre: *Access to Allied Psychological Services* en 2003 et *Better Access* en 2006. En 2009, deux millions d'Australiens ont reçu onze millions de séances de psychothérapies. Les études ont montré des résultats positifs sur l'amélioration de l'accès aux soins de santé mentale primaires et sur la santé des patients.

L'Angleterre a mis en place le programme *Improving Access to psychological Therapies* en 2007 en offrant un service de psychothérapies brèves pour les personnes souffrant de troubles mentaux courants. Le modèle de soin en étape suit les guides cliniques du *National Institute for Health and Clinical Excellence*, le type de professionnel (*counselor* ou psychothérapeute formés), le nombre de séances (4 à 13) et la méthode thérapeutique varient selon la sévérité du trouble. Un million de patients ont été traités depuis le début du programme. Les études ont aussi montré

-
- a. Ph. D., M. Sc., Professeure agrégée, Département des sciences de la santé communautaire, Centre de recherche, Hôpital Charles-Le Moyne, Université de Sherbrooke.
- b. Ph. D., Département des sciences de la santé communautaire, Centre de recherche, Hôpital Charles-Le Moyne, Université de Sherbrooke.

des résultats de santé positifs pour les patients du programme. En conclusion les programmes de prise en charge des psychothérapies s'avèrent coûts-efficaces.

MOTS CLÉS accès aux services de santé mentale, couverture de santé, programme de santé, psychothérapie, Australie, Angleterre

Publicly funded programs of psychotherapy in Australia and England

ABSTRACT Quebec's HealthCommissioner on the performance of the health system clearly highlighted gaps in the collaboration between primary care physicians and mental health specialists, decreased accessibility and inequity in access to effective mental health services such as psychotherapy.

Objectives The aim of this article was to describe the implementation of two publicly funded programs of psychotherapy in Australia and England with similar gatekeeper systems to the one in Quebec.

Findings Following the *Access to Allied Psychological Services* (ATAPS) program introduced in Australia in 2003, one of the most important initiatives from the Council of Australian Governments' National Action Plan on Mental Health 2006-2011 was the *Better Access* Initiative which commenced in 2006. The plan included AUD1.2 billion in funding for integrating and improving the mental health care system. The purpose of *Better Access* was to improve the treatment and management of mental illnesses and increasing community access to mental health professionals and providing more affordable mental health care. GPs were encouraged to work more closely with mental health professionals. Under this program, these professionals are able to provide mental health services on a fee-for-service basis subsidized through Medicare. Access to psychological therapies is provided through private providers, rather than through fund holding arrangements. As of 2009 in Australia, 2 million people (1 in 11) had received over 11.2 million subsidized mental health services. A recent study showed clinical improvements in patients with depression associated with *Better Access*, concluding that the program is meeting previously unmet mental health needs.

In the case of England, the IAPT – *Improving Access to psychological Therapies* program enabled primary care trusts (PCTs) to implement evidence-based psychological therapies as recommended by *National Institute for Health and Clinical Excellence* for people suffering from depression and anxiety. In October 2007, the Secretary of State for Health announced additional funds totalling £173 million between 2008 and 2011 that would be used to deliver a major training program that would build a skilled workforce of qualified psychological therapists in 4 therapy areas for adults and children: cognitive behaviour therapy; psychodynamic psychoanalytic therapy; systemic and family therapy; humanistic therapy. The main goals of the program were to have: (i) 3,600 newly trained therapists with an appropriate skill mix and supervision arrangements; (ii) 900,000 more people treated; (iii) 50%

of people who leave treatment are recovered; (iv) 25,000 fewer people on sick pay and benefits.

Conclusion To date, the results in both countries have shown clinical improvements in symptoms associated with depression and anxiety for people entering the programs and at a population level, decreasing the unmet mental health needs of the population by allowing self-referrals to the program, and therefore rendering access to services to populations otherwise not reached.

KEYWORDS mental health services accessibility, health coverage, health program, psychotherapy, Australia, England

Introduction

Les plus récentes commissions sénatoriales canadiennes de Kirby (2006) et de Romanow (2002) ainsi que le Forum de la Table de la santé mentale (CPA, 2011) ont appelé à une réorganisation du système de prestation de santé mentale pour accroître et améliorer l'accès aux services de santé fondés sur des preuves dans les soins primaires. Dans la même lignée, le Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec a lancé un Plan d'action en santé mentale (MSSS, 2005) ayant comme objectif de doter le Québec d'un système de santé mentale plus efficient, offrant de meilleurs soins et permettant un meilleur accès aux traitements en soin primaire, en particulier pour les personnes souffrant de troubles dépressifs ou anxieux ou de troubles mentaux sévères. Le récent plan d'action en santé mentale de l'Organisation mondiale de la Santé 2013-2020 (WHO, 2013) a souligné à nouveau les importantes lacunes et la nécessité des systèmes de santé de répondre aux besoins en santé mentale de la population. Le rapport de 2013 du Commissaire à la santé et au bien-être du Québec (2013) sur la performance du système de santé a clairement mis en évidence les lacunes quant à la collaboration entre les médecins de soins primaires et les spécialistes de santé mentale, une diminution de l'accessibilité, des inégalités d'accès aux services de santé mentale efficaces telles que la psychothérapie et la nécessité de réévaluer les mécanismes d'allocation des ressources.

Questionner l'accès aux psychothérapies, en termes de profil de patients à prendre en charge (c.-à-d. symptomatologie, âge, minorité...), de modalité de traitement, de financement, de coûts et de bénéfices du traitement pour un programme qui pourrait être mis en place au Québec et dans d'autres provinces, requiert d'étudier ce qui a été

entrepris dans d'autres pays, en particulier les programmes anglais et australien, sur lesquels nous disposons d'une importante littérature pouvant nous guider. Par ailleurs, le ministre de la Santé et des Services sociaux a confié à l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) le mandat d'effectuer une analyse descriptive des modalités et des conditions d'accès aux psychothérapies dans divers pays. Les premiers rapports (INESSS, 2015), idéalement combinés à des données d'études locales (Bradley et Drapeau, 2014) servent actuellement de base à l'INESSS pour son dernier rapport annoncé en 2016, sur l'élaboration de modèles adéquats d'assurabilité et d'introduction de la psychothérapie dans l'offre thérapeutique du Québec en vue d'augmenter l'accessibilité à la psychothérapie.

Contexte et méthodologie de l'étude

En 2009, l'une des auteures (HMY), a reçu une subvention dans le cadre des programmes « Subventions de planification et activités de dissémination » des Instituts de Recherche en Santé du Canada où elle a eu l'occasion de rencontrer en Angleterre (2009) et en Australie (2010) des décideurs et des chercheurs qui ont participé et agit comme catalyseurs afin que la psychothérapie soit remboursée par l'État et le régime d'assurance de santé publique. En Angleterre, on parle du programme IAPT « *Improving Access to Psychological Therapies* » et en Australie du programme « *Better Access* ». Deux rapports, un pour l'Angleterre et un pour l'Australie, ont été produits pour introduire et résumer le processus d'implantation de ces programmes.

À la suite de ceci, deux réunions ont été organisées, le 26 avril et le 17 mai 2010, au Centre de Recherche Fernand-Seguin, aujourd'hui l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal.

Les invités comptaient un nombre de décideurs dont: Y. Brunelle (analyste émérite des politiques, MSSS); A. Delorme (directeur national de la santé mentale, Direction de la santé mentale, MSSS); H. Chodos (directeur de Stratégie en matière de santé mentale de la Commission de la santé mentale du Canada); G. Mulvale (analyste senior des politiques, Commission de la santé mentale du Canada); R.-M. Charest (présidente, Ordre des psychologues du Québec); C. Yarrow (registraire et directrice, Collège des psychologues de l'Ontario); P. Upshall (Société pour les troubles de l'humeur du Canada); J.-R. Provost (directeur général de Revivre, Association québécoise de soutien aux personnes souffrant de troubles anxieux, dépressifs ou bipolaires); ainsi que des

cliniciens et chercheurs, dont D. Streiner (Baycrest Center and University of Toronto); M.-H. Chomienne et J. Grenier (Université d'Ottawa), C. Hudon (Université de Sherbrooke), C. Dewa (Centre de toxicomanie et de santé mentale, Toronto) et P. Jacobs (Institute of Health Economics, Alberta).

La conclusion de ces deux réunions était qu'il existait déjà une pléthore d'études sur l'efficacité des psychothérapies. Il y avait consensus sur le besoin d'études portant sur les coûts et bénéfices (effets cliniques) d'un éventuel programme ayant pour but d'améliorer l'accès à la psychothérapie au niveau de la population, ce type d'étude permettant de fournir des données à la commission canadienne pour supporter et informer l'allocation des ressources provenant du fédéral pour la santé mentale et la toxicomanie.

À la suite de ces rencontres, en 2012, nous avons reçu, avec ce comité, une subvention de fonctionnement s'intitulant: *System level costs and benefits of improving access to psychological services for depression in Canada*. L'objectif de ce projet est de modéliser, pour les cas incidents de dépression, les coûts et effets (qualité de vie liée à la santé) sur une période de 40 années, associés avec une augmentation à l'accès à la psychothérapie pour les personnes ne recevant pas un traitement adéquat pour leur dépression et rapportant un besoin de santé mentale non comblé.

Nous rapporterons ici les résultats de ces entrevues et revues des documents australiens et britanniques, et nous discuterons des premiers résultats de la modélisation des coûts d'un accès équitable à la psychothérapie pour la dépression au Canada, celle-ci n'étant pas encore complétée.

Nous présentons donc les résultats des entrevues effectuées en 2009 (IRSC) (voir Tableau 1 pour les personnes rencontrées) qui avaient comme objectif de documenter les étapes menant au financement public de services psychologiques par des thérapies cognitivo-comportementales (TCC), au Royaume-Uni et en Australie. Ce, afin de décrire et d'avoir une meilleure perception de l'instauration, de l'expérience et des processus de mise en œuvre de programmes visant l'amélioration de l'accès aux psychothérapies, à la fois au Royaume-Uni et en Australie. Nous avons consulté les documents et articles scientifiques indiqués par les répondants et par nos propres recherches subséquentes. Nous présentons les résultats de façon narrative pour les lecteurs de la revue *Santé mentale au Québec*.

Résultats

Le programme IAPT en Angleterre

En octobre 2007, l'Angleterre a mis en place une politique de prise en charge des psychothérapies, le programme *Improving Access to Psychological Therapies (IAPT)*, financé par l'organisme de sécurité sociale anglais, le *National Health Service (NHS)*, pour les personnes souffrant de troubles courants de santé mentale (troubles dépressifs et anxieux). Le recours aux psychothérapies dans le cadre du programme est totalement gratuit pour le patient.

L'idée du programme a émergé dans une problématique de santé publique révélant que les Anglais souffrant de troubles de santé mentale courants présentaient une consommation élevée de psychotropes. En Angleterre, les psychotropes étaient le traitement le plus disponible, par delà le plus utilisé, ce qui impliquait un problème d'offre de traitements en santé mentale (Layard, 2006). Ces patients montraient ainsi un faible recours aux traitements psychothérapeutiques, alors que ces soins montraient des preuves de leur efficacité clinique (Layard, 2006; NICE, 2010). En 2005, le *National Health Service* a demandé un rapport d'expertise à l'équipe de recherches du Pr Richard Layard (le Plan Layard). Ce rapport a évalué la situation des besoins de soins et de l'offre en santé mentale en Angleterre, et a évalué les coûts imputables et évitables à la mise en place d'une politique de remboursement des traitements psychologiques (Layard, 2005; Layard, Clark, Knapp *et al.*, 2006).

Le but du programme IAPT est de promouvoir l'accès aux thérapies structurées afin de diminuer rapidement le recours au traitement psychotrope seul. La finalité du programme est d'épargner des dépenses de santé et de réduire les coûts indirects pour la société (liés à la productivité et l'incapacité) dus aux troubles de santé mentale courants, grâce au suivi du traitement psychothérapeutique (Clark, 2011).

Le patient est généralement référé par son médecin à un centre de soin; le patient peut aussi s'adresser directement au centre – ce qui a été le cas pour 9 % des patients (Glover, Webb et Evison, 2010). Après évaluation, un programme de soins sera proposé au patient, programme qui suit les recommandations de pratiques cliniques du *National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE)*. Le NICE est une agence qui est responsable d'établir les standards cliniques du système de santé britannique, elle est comparable à l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) du Québec.

Le programme *IAPT* inclut la formation de 6 000 thérapeutes sur 7 ans (2008-2015). Le coût d'une formation d'un psychothérapeute de basse intensité est de 5 000 £, celui d'une formation de haute intensité est de 10 000 £, et les frais de formations autres que les thérapies cognitivo-comportementales (TCC), *counselling* pour la dépression, la psychothérapie interpersonnelle brève et la thérapie de couple s'élèvent à 3 000 £. Le coût de formation des thérapeutes entre 2011 et 2017 est estimé à 41 M£ (NHS, 2011; NHS-IAPT, 2011).

La prise en charge s'effectue dans une approche de soins en étape (*stepped-care approach*) dont le traitement proposé est adapté à la symptomatologie du patient et gradué, s'intensifiant selon le niveau de sévérité du trouble. Le type de prise en charge selon la symptomatologie et la sévérité du trouble psychique suit les recommandations des guides de pratiques cliniques du *NICE*. Le niveau 1 correspond au diagnostic du trouble psychique. Le niveau 2 propose, pour les personnes souffrant des troubles les plus légers, du *self-help* (assisté par ordinateur ou par bibliothérapie) seul ou guidé par un professionnel, et/ou des séances de psychoéducation en groupe. Pour les personnes souffrant de troubles légers à modérés, selon la pathologie, sont proposées des séances de *counseling*, ou une thérapie dite de basse intensité, dont la méthode utilisée est généralement la TCC. Le niveau 3, qui est réservé aux personnes souffrant de troubles plus sévères, complexes, chroniques et/ou récurrents, propose des psychothérapies de haute intensité. Plusieurs méthodes psychothérapeutiques peuvent être envisagées, dont la TCC, l'EMDR (*Eye Movement Desensitization and Reprocessing*), la psychothérapie interpersonnelle.

La méthode thérapeutique largement proposée est la TCC, toutefois chaque centre doit pouvoir proposer des psychothérapies interpersonnelles et des psychothérapies de couple (NHS, 2011). Le patient a théoriquement la possibilité de choisir la méthode psychothérapeutique (mais l'offre de psychothérapie interpersonnelle est limitée et requiert une seconde évaluation).

Plusieurs types de professionnels sont impliqués dans le programme : (1) les PWP (*Psychological Well-being Practitioner*), professionnels de l'accompagnement au *self-help*, pouvant délivrer des conseils et interventions psychologiques de basse intensité, ils ne sont toutefois pas psychothérapeutes. (2) Les *counselors* ou thérapeutes pour les thérapies (TCC) de basse intensité et (3) les psychologues cliniciens pour les thérapies de haute intensité (TCC ou psychothérapie interpersonnelle) (NHS, 2008; NHS, 2010).

En 2006, le Plan Layard a estimé que le coût annuel, pour les deux premières années, du programme *IAPT* allait s'élever à 600 M£ pour soigner 800 000 patients. Cette population de 800 000 patients a été calculée à partir des 30 % des 2,75 millions d'Anglais, en âge de travailler (18-64 ans), souffrant d'un problème de santé mentale qui consultent annuellement un professionnel de santé (Layard, Clark, Knapp *et al.*, 2006). Ce qui correspond à 8,4 % de la population anglaise.

Les deux premières années du programme *IAPT* ont été axées sur les personnes en âge de travailler (18-64 ans). À partir de la troisième année, le programme a été élargi aux patients plus jeunes, plus âgés et ouverts à un plus large éventail de symptomatologie – troubles bipolaires et de schizophrénie (Layard, 2005 ; Clark, Layard, Smithies *et al.*, 2009 ; NHS, *IAPT*, 2011). Les résultats des deux sites pilotes (NHS-*IAPT*, 2011) ont permis d'estimer les coûts (comprenant le salaire du thérapeute, charges incluses, les frais d'administration et de structure – hors frais de formation) d'une thérapie par patient en différenciant les thérapies de haute intensité à celles de basse intensité. Pour les troubles modérés ou sévères (thérapie de haute intensité), le coût d'une psychothérapie s'élève à 754 £ pour une moyenne de 13 séances. Pour les troubles légers (de basse intensité), une psychothérapie coûte 136 £ pour le suivi de 4 à 5 séances.

Les résultats obtenus sur deux sites pilotes, Doncaster et Newham (Glover, Webb et Evison, 2010), ont montré que sur les 41 724 patients ayant pris contact, 95 % ont reçu un traitement. Parmi ceux qui ont été traités, 61 % ont reçu un traitement de faible intensité, 46 % un traitement de haute intensité, et 19 % ont reçu les deux. La forme la plus courante de traitement pour les thérapies de haute intensité est la TCC, puis le *counseling*. Quelques psychothérapies interpersonnelles et thérapies de couple ont également été délivrées. 38 % des patients ayant fini leur traitement ont jugé l'avoir terminé, 22 % ont abandonné, 9 % ont refusé le traitement, 12 % ont été jugés inappropriés (la plupart du temps quand le traitement avait commencé), les 20 % restant sont des données manquantes. Le nombre déclaré de séances de traitement par patient a été plus faible en comparaison aux recommandations *NICE*, avec 13 séances suivies en moyenne pour les thérapies de haute intensité et entre 4 et 5 pour les thérapies de basse intensité. Les auteurs précisent que cette constatation doit être prise avec prudence en raison de la fiabilité des résultats (Glover, Webb et Evison, 2010).

Les résultats ont été démontrés comme probants pour la rémission des symptômes : 55 % des patients ont retrouvé leur santé psychique

post-traitement, et maintenu les gains à 10 mois (Clark, Layard, Smithies *et al.*, 2009). La récente étude de Chan et Adams (2014) confirme un taux similaire de rémission (52,6 %) dans un autre centre IAPT.

Les dernières publications (*Health and Social Care Information Centre* 2014a, 2014b) sur le suivi du programme IAPT montrent qu'en 2013, 947 640 personnes ont bénéficié du programme. En ce qui concerne les caractéristiques de ces utilisateurs qui ont bénéficié du programme en 2013, 63 % sont des femmes, la majorité a entre 25 et 29 ans, 27 % souffrent de dépression seulement, 26 % présentent un diagnostic dépressif et anxieux, et 48 % souffrent de troubles anxieux sans symptôme dépressif. Concernant les délais de consultation, 61 % des patients ont reçu un traitement dans les 28 jours et 89 % dans les 90 jours. En moyenne, les patients ont suivi 6 séances. Le plus grand nombre de séances a été suivi chez les personnes souffrant d'un trouble obsessionnel compulsif (soit 9 séances). Les TCC ont été pratiquées dans 38 % des séances thérapeutiques, suivi par le *self-help* guidé par un professionnel et par le *counselling* dans 20 % et 15 % des cas.

L'évaluation des résultats a montré que 60 % des patients ayant terminé leur psychothérapie ont montré une rémission évaluée à partir du *Patient Health Questionnaire* (PHQ-9), du *Generalised Anxiety Disorderscale* (GAD7) et du *Anxiety Disorder Specific Measure* (ADSM). Treize pour cent (13 %) des personnes qui prenaient un traitement pharmacologique de psychotropes au début de la prise en charge psychothérapeutique n'en prenaient plus à la fin. La moitié des patients ont conservé leur emploi et 10 % ont retrouvé un emploi. Les arrêts pour maladie de longue durée ont aussi baissé (*Health and Social Care Information Centre*, 2014a 2014b). De plus, ces études ont rapporté une réduction dans l'utilisation des soins de santé (consommation de médicaments, consultation et hospitalisation) avec des économies pour le système de santé estimées à la hauteur de 272 M£ d'ici 2017 (NIMH, 2012).

De 2011 à 2015, le NHS a de nouveau investi 400 M£ afin d'étendre le programme IAPT auprès des enfants, des adolescents, des personnes âgées et de leurs aidants, les personnes souffrant de troubles mentaux graves et celles souffrant de problèmes de santé physique chroniques (Thornicroft 2011 ; Jolley *et al.*, 2015).

Les programmes australiens : ATAPS et *Better Access*

À la fin des années 1990, plusieurs rapports australiens ont montré que l'Australie présentait d'importantes prévalences de troubles anxieux et dépressifs, d'importants coûts liés aux incapacités et la perte de

productivité, associés à ces troubles. Elle présentait aussi une forte inégalité d'accès aux soins, le fait que seulement une personne souffrant de troubles de santé mentale sur trois utilisait les services de santé mentale, que la majorité d'entre eux ne consultait que leur médecin généraliste et qu'une minorité recevait un traitement psychologique. Cette situation a permis de faciliter l'implantation d'une réforme pour un meilleur accès aux services de santé mentale. La première phase de la réforme australienne en santé mentale consistait initialement à réorganiser le secteur spécialisé en santé mentale afin d'améliorer l'accès des patients souffrant des troubles peu prévalents (des troubles psychotiques principalement), puis la réforme s'est élargie à un plus grand nombre d'usagers, en mettant l'accent sur les services de santé mentale de première ligne, en favorisant les personnes souffrant des troubles mentaux courants : troubles dépressifs et anxieux (Hickie, Davenport, Naismith, *et al.*, 2001; Australian Institute of Health and Welfare 1999; The Australian Psychological Society Limited, 2003).

L'objectif de la réforme australienne était, et demeure aujourd'hui d'améliorer les résultats de santé des patients en offrant une alternative aux traitements pharmacologiques, par une offre de psychothérapies brèves basées sur les preuves, en soin primaire. Cette réforme reconnaît l'importance du rôle du médecin généraliste dans la prise en charge des troubles, et l'orientation des patients aux professionnels de santé mentale.

Le gouvernement australien a mis en place deux principaux programmes :

(1) *Better Outcomes in Mental Health Care* (BOiMHC), introduit en 2003 qui est composé de *Access to Allied Psychological Services* (ATAPS) et de *GP Psych Support* qui offre la formation des médecins généralistes et un soutien de la part des psychiatres. (2) *Better Access to Psychiatrists, Psychologists and General Practitioners* qui a été mis en place en 2006. Le but plus spécifique de *Better Access* est d'améliorer les traitements et l'organisation des soins pour les troubles de santé mentale courants, d'améliorer l'accès aux professionnels et aux équipes de soin en santé mentale, et d'offrir des soins de qualité qui soient financièrement accessibles. Les médecins généralistes sont encouragés à travailler de façon étroite et en collaboration avec les psychiatres, psychologues et psychothérapeutes.

Ces programmes permettent aux médecins généralistes de référer un patient souffrant de troubles mentaux courants aux services appropriés. Les soins dispensés sont offerts par des professionnels de la santé

mentale : des psychologues (dans 9 cas sur 10), ainsi que des travailleurs sociaux, infirmiers, et ergothérapeutes ; 75 % des séances sont couvertes par le régime public ; le reste à charge pour le patient varie entre 5 AUD et 20 AUD. Les méthodes thérapeutiques employées sont basées sur des données probantes, majoritairement la TCC. Le nombre de séances varie selon la sévérité du trouble : entre 6 et 18 pour ATAPS et entre 6 à 10 pour *Better Access*.

La majorité des patients souffrent de troubles dépressifs (76 %) et de troubles anxieux (59 %) avec une importante comorbidité des troubles. Le programme offre largement des services aux personnes à bas revenus (68 % des patients) et celles vivant dans des zones rurales ou éloignées (45 % des patients).

Les deux programmes fonctionnent selon deux modèles de financement. Dans les deux cas, une contribution financière peut être demandée à l'usager par les fournisseurs de services (voir aussi Bradley et Drapeau, ce numéro, pour des équivalences au Québec). Dans le cas d'ATAPS, le financement dispensé est plafonné par l'État et les structures locales de *Medicare* reçoivent un montant fixe pour mener les projets du programme et pour payer les professionnels. Le gouvernement australien a alloué environ 27 MAUD par an au programme ATAPS. Pour *Better Access*, le financement fourni par le gouvernement australien n'est pas plafonné et une remise provenant de *Medicare* Australie est donnée aux fournisseurs de services selon les règles sur les indemnités d'assurance maladie. À partir de décembre 2009, *Better Access* compte 16 450 professionnels de santé mentale non-médecin, 24 000 médecins généralistes et 1 700 psychiatres.

ATAPS est généralement considéré comme étant plus apte à répondre aux besoins des groupes. Par contre, *Better Access* a une plus grande portée globale qu'ATAPS (Bassilios, Pirkis, Fletcher *et al.*, 2010). Plusieurs sous-programmes d'ATAPS ont été mis en place afin de s'occuper prioritairement des populations plus à risque, par exemple, la dépression périnatale, les services spécialisés pour le suicide et les enfants souffrant de troubles mentaux (Reifels, Bassilios, King *et al.*, 2013).

Pour le programme ATAPS, 113 107 usagers (25 135 par an) ont reçu des services entre janvier 2006 et juin 2010. Parmi ces patients, 45 % n'avaient pas d'antécédent de soins de santé en santé mentale, mais 72 % avaient déjà reçu un diagnostic de dépression et/ou d'anxiété. 82 % ont bénéficié de 6 séances ou moins et 69 % d'une TCC. Les résultats pré – et post-traitement obtenus ont montré une amélioration statistiquement significative au niveau des échelles du *Depression Anxiety*

Stress Scales (DASS 21) mesurant la dépression, l'anxiété, le stress et le Kessler-10 (K-10) mesurant la détresse psychologique en général (Pirkis, Bassilios, Fletcher, *et al.*, 2011). Les patients présentant des niveaux de détresse psychologique élevée et très élevée ont vu leur santé s'améliorer, en présentant des scores de détresse modérés sur le K-10. Les patients présentant des niveaux de dépression, d'anxiété et de stress modéré et élevé avant l'intervention ont rapporté des niveaux normal ou modéré sur le DASS-21 en post-traitement.

Dans le cas du programme *Better Access*, 2 016 495 utilisateurs ont reçu des soins pendant les trois premières années (2007 à 2009). Parmi eux, 58 % n'avaient jamais reçu de service de santé mentale. Les plus forts déterminants de l'utilisation de *Better Access* sont le diagnostic et la sévérité de la maladie. Environ 90 % des utilisateurs ont bénéficié d'une TCC. Les utilisateurs ont présenté des améliorations statistiquement significatives pour le K-10 (Kessler 10 ; détresse psychologique) et les scores DASS (dépression, anxiété et stress) entre le pré – et le post-traitement (Pirkis, Ftanou, Williamson, *et al.*, 2011). Il faut cependant noter l'absence des groupes témoins pour évaluer l'effet des programmes sur les symptômes évalués avec le DASS-21 et le K-10. Les évaluations pré- et post-traitement ont été réalisées dans le même groupe de patients, ainsi l'amélioration des scores peut être liée à des facteurs non attribuables au programme lui-même.

ATAPS propose aussi des services spécifiques auprès des usagers présentant ou non un diagnostic de maladie mentale et étant à risque de suicide. L'étude de King *et al.* (2013) rapporte qu'entre octobre 2008 et juin 2011, plus de 2 070 personnes ont reçu des services (752 par an), dont 35 % n'avaient pas d'antécédent de soins en santé mentale et 86 % avaient déjà reçu un diagnostic de troubles mentaux (majoritairement la dépression). Plus de 10 503 séances ont été prodiguées pendant cette période (moyenne de 5,2 par usager), 43 % étaient des interventions cognitives et 25 % des interventions comportementales. Des améliorations ont été observées avec le MSSI (*Modified Scale for Suicidal Ideation*), le DASS et le K-10 (King, Bassilios, Reifels *et al.*, 2013). Comme dans l'étude précédant, on constate l'absence de groupe témoin.

Face au succès du programme, en 2011, le programme ATAPS s'est vu doté d'un budget de 206,1 MAUD sur une période de cinq ans afin de prendre en charge des populations plus vulnérables : minorités et autochtones, les personnes habitant dans des zones défavorisées ou éloignées, ainsi que les enfants et leur famille (Russell, 2011).

En conclusion, les programmes ATAPS et *Better Access* semblent avoir amélioré l'accès aux soins de santé mentale primaires pour les personnes souffrant de troubles mentaux courants. Le fait qu'ils opèrent sous différents modèles de financement et avec différents systèmes de prestation de services permet de penser que bon nombre de leurs caractéristiques pourraient être applicables dans d'autres contextes.

Discussion

Les programmes d'accès à la psychothérapie en Australie et en Angleterre ont montré qu'un nombre important de personnes avec des troubles de santé mentale et un besoin en santé mentale non comblé ont eu accès à des services de psychothérapies efficaces basés sur des données probantes. En Australie comme en Angleterre, une personne sur 10 a bénéficié du programme de prise en charge. Ces programmes ont aussi permis une meilleure accessibilité à des services de santé mentale auprès des personnes souffrant de troubles de santé mentale n'ayant pas reçu de soins de services de santé antérieurement. L'efficacité de ces programmes a aussi été démontrée par une amélioration des symptômes de troubles de santé mentale et de détresse psychologique chez près de la moitié des patients. Ces conclusions permettent de supposer que la mise en place d'un programme dans un pays comparable, basé sur le modèle de l'un des deux programmes permettrait d'améliorer aussi la santé des patients et d'avoir des retombées économiques favorables pour la société. Le programme IAPT a montré qu'un investissement de 1 £ permettait au secteur public de sauver 1,75 £ (NHS, 2011).

À cet effet, l'étude de Vasiliadis, Dezetter, Latimer, Drapeau et Lesage (2015) porte sur une modélisation populationnelle, avec un suivi sur 40 années, des effets associés avec une augmentation de l'accès à la psychothérapie au Canada pour les cas incidents de dépression ayant rapporté un besoin de santé mentale non comblé pour la psychothérapie et avoir reçu des traitements de santé mentale inadéquats vis-à-vis des lignes directrices pour le traitement de la dépression. Dans le contexte de l'organisation des services de santé au Québec, le modèle de financement de l'Australie a été utilisé dans l'étude de Vasiliadis *et al.* (2015) où les personnes devraient consulter le médecin généraliste ou omnipraticien pour avoir accès à des services de psychothérapie. Le modèle australien serait adapté à la situation québécoise puisque dans les deux pays, le médecin généraliste est la porte d'entrée vers les soins

et que le Québec compte déjà 7 700 psychothérapeutes. Les analyses de coût-efficacité et de coût-utilité incrémentaux préliminaires montrent que l'augmentation des investissements par l'État pour couvrir les services psychologiques est associée à des coûts du système de santé inférieurs dus à une diminution des taux de rechute et une diminution de l'invalidité associée à la dépression. Accroître l'accès aux services psychologiques pour les personnes souffrant de dépression s'avère rentable. Les résultats de l'étude ont montré qu'un investissement de 1 \$ permettrait de réaliser des économies de 2 \$ pour la société.

Remerciements

Cet article a reçu le soutien financier d'une bourse de subventions de planification et de dissémination des Instituts de recherche en santé du Canada (MOP 2009 et MOP 201203).

Dre Vasiliadis détient une bourse salariale senior du Fonds de recherche du Québec-Santé.

Dre Dezetter a reçu une bourse de recherche du Centre de recherche de l'Hôpital Charles-Le Moyne/TD, et un complément des IRSC subvention de recherche (MOP 201203).

RÉFÉRENCES

- Australian Institute of Health and Welfare. (1999). The burden of disease and injury in Australia Summary report, November 1999. AIHW cat. no. PHE 18 ISBN 1 74024 022 7.
- Australian Psychological Society. (2010). Medicare rebates for mental health services provided by psychologists. Fact sheet. ABN 23 000 543 788.
- Bassilios, B., Pirkis, J., Fletcher, J., Burgess, P., Gurrin, L., King, K., ... Blashki, G. (2010). The complementarity of two major Australian primary mental health care initiatives. [Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Aust N Z J Psychiatry*, 44(11), 997-1004.
- Bradley, S. & Drapeau, M. (2014). Increasing access to mental health care through government-funded psychotherapy: The perspectives of clinicians. *Canadian Psychology*, 55(2), 80-89.
- Chan, S. W. & Adams, M. (2014). Service use, drop-out rate and clinical outcomes: a comparison between high and low intensity treatments in an IAPT service. [Comparative Study Randomized Controlled Trial]. *Behav Cogn Psychother*, 42(6), 747-759. doi: 10.1017/S1352465813000544
- 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. *Behav Res Ther*, 47(11), 910-920.

- Clark, D. M. (2011). Implementing NICE guidelines for the psychological treatment of depression and anxiety disorders: the IAPT experience. [Research Support, Non-U.S. Gov't Review]. *Int Rev Psychiatry*, 23(4), 318-327. doi: 10.3109/09540261.2011.606803
- Comité sénatorial permanent des affaires sociales des sciences et de la technologie. (2006). De l'ombre à la lumière. Résumé et recommandations du rapport final au sujet de la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie.
- Commissaire à la santé et au bien-être. (2013). La performance du système de santé et de services sociaux québécois. Gouvernement du Québec.
- Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada. (2002). Guidé par nos valeurs. L'avenir des soins de santé au Canada. Rapport final. Novembre 2002.
- Contandriopoulos A.P. (1999). La régulation d'un système de soins sans murs. In Claverane JP *et al.* (éd.), La santé demain: vers un système de soins sans murs. Paris, Economica, 87-102.
- Glover, G., Webb, M. & Evison, F. (2010). Improving Access to Psychological Therapies. A review of the progress made by sites in the first rollout year. In North East Public Health Observatory (éd.).
- Hickie, I. B., Davenport, T. A., Naismith, S. L. & Scott, E. M. (2001). SPHERE: a national depression project. SPHERE National Secretariat. *Med J Aust*, 175 Suppl, S4-5.
- Health and social care information centre. (2014). Psychological Therapies, Annual Report on the use of IAPT services: England – 2013/14. Experimental statistics.
- Health and social care information centre. (2014). Psychological Therapies, England: Annual Report on the use of Improving Access to Psychological Therapies services – 2012/13.
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux. (2015). Avis sur l'accès équitable aux services de psychothérapie, Volet II: Analyse des modalités et des conditions d'accès aux services de psychothérapie pour le traitement des adultes atteints de troubles dépressifs et anxieux.
- Jolley, S., Garety, P., Peters, E., Fornells-Ambrojo, M., Onwumere, J., Harris, V., ... Johns, L. (2015). Opportunities and challenges in Improving Access to Psychological Therapies for people with Severe Mental Illness (IAPT-SMI): evaluating the first operational year of the South London and Maudsley (SLaM) demonstration site for psychosis. [Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Behav Res Ther*, 64, 24-30. doi: 10.1016/j.brat.2014.11.006
- King, K., Bassilios, B., Reifels, L., Fletcher, J., Ftanou, M., Blashki, G., ... Pirkis, J. (2013). Suicide prevention: evaluation of a pilot intervention in a primary care context. [Research Support, Non-U.S. Gov't]. *J Ment Health*, 22(5), 439-448.
- Layard, R. (2005). Mental health: Britain's biggest social problem? London: Prime Ministers Strategy Unit Paper.
- Layard, R. (2006). The case for psychological treatment centres. *Bmj*, 332(7548), 1030-1032.

- Layard, R., Clark, D., Knapp, M. & Mayraz, G. (2006). Implementing the NICE guidelines for depression and anxiety. A cost-benefit analysis: Centre of Economic Performance, The London School of Economics and Political Science.
- Ministère de la Santé et Services sociaux du Québec. (2005). Plan d'action en santé mentale 2005-2010. La force des liens. Ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec, Canada.
- National Health Service – Department of Health. (2010). Talking therapies: A four-year plan of action. A supporting document to no health without mental health: A cross government mental health outcomes strategy for people of all ages NHS.
- National Health Service. (2011). Improving Access to Psychological Therapies (IAPT), Guidance for Commissioning IAPT Training 2011/12 – 2014/15. London: IAPT Program, Department of Health.
- National Health Service. (2011). Impact Assessment of the expansion of Talking Therapies. London: Department of Health.
- National Health Service department of Health. (2008). Improving Access to Psychological Therapies (IAPT): Psychological Wellbeing Practitioners, Best Practice Guide, NHS, National IAPT Program.
- National Institute for Clinical Excellence (NICE) & National Collaborating Centre for Mental Health. (2010). Depression. The treatment and management of depression in adults. National Clinical Practice Guideline 90. In The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrists (Ed.).
- National Institute for Mental Health in England. (2012). IAPT three-year report. The first million patients.
- Pirkis, J., Bassilios, B., Fletcher, J., Sanderson, K., Spittal, M. J., King, K., ... Blashki, G. (2011). Clinical improvement after treatment provided through the Better Outcomes in Mental Health Care (BOiMHC) program: do some patients show greater improvement than others? [Evaluation Studies Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Aust N Z J Psychiatry*, 45(4), 289-298.
- Pirkis, J., Ftanou, M., Williamson, M., Machlin, A., Spittal, M. J., Bassilios, B. & Harris, M. (2011). Australia's Better Access initiative: an evaluation. [Evaluation Studies Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Aust N Z J Psychiatry*, 45(9), 726-739.
- Pirkis, J., Harris, M., Hall, W. & Ftanou, M. (2011). Evaluation of the Better Access to Psychiatrists, Psychologists and General Practitioners through the Medicare Benefits Schedule Initiative Centre for health policy, programs and economics.
- Reifels, L., Bassilios, B., King, K. E., Fletcher, J. R., Blashki, G. & Pirkis, J. E. (2013). Innovations in primary mental health care.[Research Support, Non-U.S. Gov't]. *AustHealthRev*, 37(3), 312-317.
- Russell, L. (2011). Mental health provisions in the 2011-12 budget. Sydney, Australia Menzies Centre for Health Policy.

- Société canadienne de psychologie. (2011). Forum de la Table de la santé mentale, rapport final. Quelles portes mènent où ?, Ottawa.
- Tansella, M. & Thornicroft, G. (1998). A conceptual framework for mental health services: the matrix model. [Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Psychol Med*, 28(3), 503-508.
- Thornicroft, G. & Tansella, M. (1999). The Mental Health Matrix. A Manual to Improve Services. Cambridge University Press. Cambridge.
- Thornicroft, G. (2011). A new mental health strategy for England. [Editorial]. *Bmj*, 342, d1346. doi: 10.1136/bmj.d1346
- Vasiliadis, H.-M., Dezetter, A., Latimer, E., Drapeau, M. & Lesage A. (2015). ENEMSH conference, October 1-3 Malaga.
- World Health Organization. (2013). Comprehensive mental health action plan 2013-2020. WHO. Geneva.

TABLEAU 1

Rencontres en Angleterre	Dates et lieux
Professor Martin Knapp Directeur du Centre for the Economics of Mental Health à l'Institute of Psychiatry, King's College de Londres	30 septembre 2009, London School of Economics
Sir David Goldberg Professeur émérite de psychiatrie à l'Institute of Psychiatry, King's College de Londres	30 septembre 2009, King's College London, Institute of Psychiatry
Lord Richard Layard Économiste et professeur émérite en économie à la London School of Economics and Political science	1 ^{er} octobre 2009, London School of Economics
Jeremy Clarke Économiste au Government Economics Service de Londres	1 ^{er} octobre 2009, IAPT program
Professor David Clark Professeur émérite de psychologie à l'Institute of Psychiatry, University of London	2 octobre 2009, King's College London, Institute of Psychiatry
Professor Sue Bailey Professeur honoraire en politique de santé mentale à l'University of Central Lancashire	26 novembre 2009, Overseas conference call
Rencontres en Australie	
Professor Ian Hickie Professeur de psychiatrie au Central Clinical School Sydney Medical School et Co-Directeur du Health and Policy, Brain and Mind Centre, University of Sydney	23 février 2010, Brain & Mind Research Institute, Sydney
Dr Judy Proudfoot Professeur associé à la School of Psychiatry de l'University of New South Wales de Sydney	23 février 2010, Black Dog Institute, Sydney
Leonie Young Président du conseil d'administration à l'organisation nongouvernementale : Grow: Australian & international mental health, mutual help and peer support community	26 février 2010, Beyond Blue, Melbourne
Professor Paul R. Martin Professeur de psychologie clinique à la Monash University	26 février 2010 The Australian Psychological Society Melbourne
David L. Stokes Conseiller sur les pratiques professionnelles à l'Australian Psychological Society	26 février 2010, The Australian Psychological Society, Melbourne
Professor Jane Pirkis Professeur et directeur du Centre for Mental Health à la Melbourne School of Population and Global Health	1 ^{er} mars 2010, Melbourne School of Population Health, Melbourne
Dr Morton Rawlin Vice président du Royal Australian College of General Practitioners	2 mars 2010, The Royal Australian College of GPs, Melbourne
Professor Harvey Whiteford Professeur de santé mentale des populations à la School of Public Health à l'University of Queensland	18 mars 2010, Overseas conference call

Coûts et bénéfices d'un programme de financement des psychothérapies auprès des Français souffrant de troubles dépressifs ou anxieux

Anne Dezetter^a

Xavier Briffault^b

■ **RÉSUMÉ** Les psychothérapies structurées sont des traitements des troubles dépressifs ou anxieux recommandés par les guides de bonne pratique internationaux, dont l'efficacité et l'impact positif sur la santé et les coûts, ont été largement démontrés. Toutefois en France, malgré le lourd fardeau économique que ces troubles représentent, les psychothérapies effectuées avec un psychothérapeute non-médecin ne sont pas remboursées.

L'étude vise à évaluer les coûts et bénéfices qu'un programme de prise en charge partiel des psychothérapies permettrait pour les Français souffrant de troubles dépressifs ou anxieux.

Les données sont issues d'une enquête transversale portant sur 20 777 adultes en population générale. L'évaluation économique s'est inspirée de la méthodologie du programme anglais *Improving Access for Psychological Therapies* adaptée à la France. Le coût de la séance a été estimé à 41 EUR, le taux de remboursement à 60 %; les coûts annuels induits par les troubles dépressifs à 4 702 EUR, par les troubles anxieux à 1 500 EUR; et le taux de rémission attribuable aux psychothérapies à 30 % +/-10 %.

-
- a. Ph. D., Département des sciences de la santé communautaire, Centre de recherche, Hôpital Charles-Le Moyne, Université de Sherbrooke.
b. Chercheur en sociologie de la santé mentale, CERMES3 (CNRS UMR 8211, EHESS, Université Paris Descartes, Sorbonne Paris-Cité, Inserm U988).

La recherche a reçu le soutien financier de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnamts).

Résultats Pour le suivi moyen de 12,1 séances, le coût du suivi psychothérapeutique annuel s'élèverait à 308 millions EUR pour le régime obligatoire, pour traiter 2,3 % de la population. Le ratio coût-bénéfice de la psychothérapie s'élèverait, pour les troubles dépressifs à 1,95 EUR (1,30-2,60) et pour les troubles anxieux à 1,14 EUR (0,76-1,52).

Financer les psychothérapies s'avère être un investissement rentable à court et long terme, d'autant plus que l'impact sur la rémission des troubles somatiques n'a pas été évalué. Le nombre de psychothérapeutes nécessaires s'avère suffisant pour cette prise en charge.

MOTS CLÉS psychothérapies, analyse medico-économique, accès aux services de santé mentale, programme national de santé, économie de la santé, analyse coût-bénéfice utilisation des services de santé mentale, troubles dépressifs et anxieux, France

Costs and benefits of a funding program for psychotherapies for French people suffering from depressive or anxious disorders

ABSTRACT Objectives Depressive or anxious disorders are a major source of social and economic burden. Many international good practice guidelines recommend structured psychotherapy for treating depressive or anxious disorders. The positive impact of psychotherapy on health, quality of life, productivity, and on the direct and indirect costs has been widely demonstrated. Nevertheless, the psychotherapies provided in private practice with a non-medical psychotherapist are not reimbursed to patients by French health cover systems.

This article aims (1) to assess the cost and benefit of providing a funding program for psychotherapies for the community for French adults suffering from severe or recurrent depressive or anxious disorders, and (2) to estimate the number of psychotherapists that this program would be needed.

Methods Data are based on the *Enquête Indicateurs de santé mentale dans quatre régions françaises*: a cross-sectional survey of a representative sample of 20,777 adults in the general population conducted in 2005. The questionnaires were administered by a telephone interview with the Composite International Diagnostic Interview – short form. A financial evaluation of covering the cost of psychotherapies was performed using the methodology of the British program *Improving Access for Psychological Therapies* adapted to the French context. The annual cost generated by depressive disorders was estimated at EUR4,702, cost generated by anxiety disorders at EUR1,500. The remission rate attributable to psychotherapies was assessed to be 30% $\pm$ 10%. The number of sessions to be covered was defined according to clinical guidelines of the *National Institute for Health and Clinical Excellence*. The cost of a session was estimated at EUR41, the reimbursement rate by the compulsory health insurance system at 60%.

Results The yearly cost for the cover of psychotherapeutic care – for 12.1 sessions on average was M EUR 514 (M EUR 308 for the compulsory systems) to treat 1,033M

individuals in France, or 2.3% of the population. In terms of the cost-benefit ratio, EUR1 invested in psychotherapeutic treatment could, save from EUR1.14 (0.76-1.52) to EUR1.95 (1.30-2.60) for anxious or depressive disorders respectively.

France has the 14,300 professionals qualified to provide the psychotherapies required to treat this population.

Conclusion A funding program for psychotherapies proves to be a cost-efficient investment for the community from the short term, for both direct (health costs) and indirect (productivity, quality of life) costs, that is further that the positive impact and costs of psychotherapy on somatic disorders were not taken into account.

With a view to providing appropriate care for patients, inter-professional collaboration among GPs and mental health professionals, and between clinical psychiatrists and psychologists, appears essential. These recommendations should be defined in national good practice guidelines.

KEYWORDS psychotherapy/economics, community mental health services/supply & distribution, national health programs, policy making, public health/economics, cost-benefit analysis, mental health services utilization, mental disorders, France

Contexte de l'étude

En France, l'ensemble des troubles diagnostiqués comme «de santé mentale» occupe le deuxième poste de dépenses de santé hors prévention (Fenina, Geffroy, Minc *et al.*, 2006). Pour la population en âge de travailler, les coûts directs et indirects liés à la dépression s'élèvent à 14,5 milliards d'euros, ceux liés aux troubles anxieux à 5,4 milliards d'euros (Andlin-Sobocki, Jonsson, Wittchen, *et al.*, 2005).

L'efficacité des psychothérapies a été largement démontrée sur la rémission des symptômes et sur la persistance des effets et la prévention des rechutes (Roth et Fonagy, 2005; INSERM, 2004; Lambert, 2013; Wampold, 2013; Biesheuvel-Leliefeld, Kok, Bockting, *et al.*, 2015) et de nombreuses études médico-économiques ont démontré un impact positif du recours aux psychothérapies sur les consultations médicales, les hospitalisations, la consommation de médicaments, en réduisant la consommation de ces services et leurs coûts directs associés, ainsi que sur les coûts indirects, en particulier sur les arrêts de travail (deMaat, Philipszoon, Schoevers *et al.*, 2007; Abass, Kisely, Rasic *et al.*, 2015). Les études ont aussi montré que les psychothérapies contribuent à améliorer la qualité de vie des patients et de leur entourage (Hertenstein, Thiel, Herbst *et al.*, 2013).

Appuyées sur ce type de données scientifiques, les psychothérapies structurées sont des traitements des troubles dépressifs ou anxieux qui sont recommandés par de nombreux guides de bonne pratique clinique internationaux et français (APA, 2010 ; GAC, 2007 ; NICE, 2005 ; NICE, 2009 ; NICE, 2011 ; HAS, 2001 ; HAS, 2002), ainsi que par de récents rapports français (HAS, 2014 ; INSERM, 2004 ; Clery-Melin, Pascal et Kovess, 2003 ; Briot, 2006 ; Couty, 2009).

Plusieurs pays industrialisés ont développé une politique de prise en charge partielle ou totale des psychothérapies pour les personnes souffrant de troubles dépressifs ou anxieux, parmi lesquels l'Angleterre, l'Australie, les Pays-Bas, la Finlande, la Suède, l'Autriche, l'Allemagne, et depuis janvier 2015 la Suisse. Le nombre de séances remboursées varie selon les pays et la symptomatologie psychique et son degré de sévérité, allant généralement de 6 à 40 séances (Dezetter, Briffault, Ben Lakhdar *et al.*, 2013).

Malgré ces recommandations, en France, les psychothérapies effectuées en libéral avec un psychothérapeute non-médecin ne sont remboursées ni par le régime obligatoire de santé, ni par les régimes complémentaires à l'exception de très rares contrats d'assurance. Notons que le régime obligatoire couvre l'ensemble de la population dont les soins (consultations, médicaments) sont généralement couverts à hauteur de 60 % à 70 %. Plus de 90 % des Français sont couverts par un régime complémentaire de santé, qui rembourse généralement le reste à charge du patient. (Dezetter, Briffault, Bruffaerts *et al.*, 2013 ; Dezetter, Briffault, Ben Lakhdar *et al.*, 2013).

Ceci engendre une situation paradoxale incitant les patients à avoir recours aux psychiatres, auprès desquels les séances sont au moins partiellement remboursées, mais qui sont les professionnels les plus coûteux pour la société et aussi les plus rares, tout en encourageant la médicalisation des soins (Kovess-Masféty, Saragoussi, Sevilla-Dedieu *et al.*, 2007). Malgré le fait que les psychothérapies soient un traitement préféré aux traitements psychotropes (Kovess-Masféty, Saragoussi, Sevilla-Dedieu *et al.*, 2007), la balance entre les traitements psychothérapeutiques et pharmacologiques reste fortement déséquilibrée en faveur de ces derniers (Briffault, Morvan, Rouillon *et al.*, 2008), la France demeurant un pays très consommateur de médicaments pour des problèmes de santé mentale (Briot, 2006).

La conjonction du lourd fardeau économique que les troubles dépressifs ou anxieux représentent, de l'existence d'approches psychothérapeutiques structurées à l'efficacité démontrée, et l'intérêt accordé

par les autorités sanitaires nationales et internationales à la prise en charge psychothérapeutique, incitent aujourd'hui à repenser la question du remboursement des psychothérapies en France.

Objectifs

Il s'agira (1) d'estimer les coûts et bénéfices qu'un programme de prise en charge des psychothérapies présenterait pour la collectivité, pour les adultes français souffrant de troubles dépressifs ou anxieux, sévères ou récurrents, et (2) d'estimer le nombre de psychothérapeutes nécessaires à cette prise en charge.

Méthode

Enquête, échantillon, données collectées

Les données sont issues de l'*Enquête Indicateurs de santé mentale dans quatre régions françaises 2005*, qui est une enquête transversale réalisée par téléphone, auprès d'un échantillon aléatoire dans quatre régions françaises (Île-de-France, Haute-Normandie, Lorraine et Rhône-Alpes). Les données ont été recueillies auprès de 20 777 personnes avec un taux de réponse de 62,70 %. Le redressement de l'échantillon a porté sur les variables : genre, âge, catégorie professionnelle, catégorie de commune et département pour chacune des quatre régions.

Troubles de santé mentale

Le *Composite International Diagnostic Interview Short-Form (CIDI-SF)* a été utilisé pour collecter les informations sur les troubles de santé mentale selon les critères du DSM-IV (APA, 1994). Dans cet article, les troubles dépressifs et anxieux incluent : l'épisode dépressif majeur (EDM), le trouble d'anxiété généralisée (TAG), la phobie spécifique, la phobie sociale, les troubles panique, avec ou sans agoraphobie, le trouble obsessionnel compulsif, et l'état de stress post-traumatique.

Le *Sheehan Disability Scale (SDS)* a permis de déterminer, sur une échelle de 0 (absence de retentissement) à 10, le retentissement fonctionnel que les troubles psychiques peuvent engendrer dans quatre domaines de la vie quotidienne du souffrant (les tâches ménagères, la capacité de travail, la capacité à établir ou maintenir des relations proches avec les autres, la vie sociale) (Leon, Olfson, Portera *et al.*, 1997).

TABLEAU 1
Descriptif de l'échantillon de l'Enquête Indicateurs de santé
mentale dans quatre régions françaises 2005, (N = 20,777)

	%
Genre	
Homme	47,9%
Femme	52,1 %
Groupe d'âge	
18-34 ans	12,5 %
35-49 ans	20,4 %
50-64 ans	29,3 %
65-74 ans	21,1 %
75 ans et plus	16,8%
Statut matrimonial	
Célibataire	19,7%
Conjoint	68,2 %
Divorcé, veuf, séparé	12,1 %
Éducation	
Sans diplôme	11,5 %
<=12 ans	62,0 %
>12 ans	14,9%
Statut d'emploi	
En emploi	55,2 %
Sans emploi	5,7 %
Étudiant	7,7 %
Retraité	21,5 %
Autre	9,9 %
Population du lieu de résidence	
Moins de 20 000 habitants	34,9%
Entre 20 000 et 100 000 habitants	13,9%
Plus de 100 000 habitants	51,2 %
Troubles dépressifs ou anxieux	22,5 %
EDM	8,3 %
Troubles anxieux	19,3 %

Définition des seuils diagnostiques de sévérité et de chronicité
des troubles

Dans le cadre d'une prise en charge financière des psychothérapies, il s'agit de proposer un traitement qui s'adresse aux personnes souffrant d'une gêne importante due à leurs troubles de santé mentale, et d'écarter de la prise en charge les personnes souffrant de troubles passagers – dont la rémission naturelle surviendrait quelques semaines après le

diagnostic – et/ou souffrant de troubles n'entraînant pas de gêne manifeste dans leur vie quotidienne. En l'occurrence, ont été considérées comme éligibles à une prise en charge psychothérapique les personnes souffrant d'un EDM pendant au moins 6 mois avec un score ≥ 4 sur le SDS (soit un retentissement modéré à sévère), ou souffrant d'un TAG avec un score ≥ 4 , ou souffrant d'un autre trouble anxieux avec un score ≥ 7 (soit un retentissement sévère). Trois niveaux de sévérité des troubles ont été définis selon le nombre de domaines de la vie quotidienne du SDS sur lequel le trouble psychique a un retentissement : (1) léger : un seul domaine ; (2) modéré : deux domaines ; (3) sévère : trois ou quatre domaines.

Recours aux soins pour un problème de santé mentale

La question du recours à un professionnel de santé pour un problème de santé mentale, au cours de l'année précédant l'entretien, a été posée à l'ensemble des enquêtes dans deux sections du questionnaire : à la fin de chaque section diagnostique et dans la section consommation de services ($n = 6\,950$). La question du recours aux psychothérapies a été posée dans la section consommation de services ($n = 479$).

Estimation de l'intensité de la psychothérapie

L'estimation du nombre de séances nécessaires, selon la symptomatologie et le degré de sévérité du trouble psychique a été basée sur les recommandations de bonne pratique clinique du *NICE* (NICE, 2005 ; NICE, 2009 ; NICE, 2011 ; Glover, Webb et Evison, 2010).

Estimation de la proportion de la population à soigner

L'estimation de la proportion de patients à soigner annuellement, s'est inspirée de la méthodologie du Programme *IAPT* (Layard, Clark, Knapp *et al.*, 2006 ; Layard, Clark, Knapp *et al.*, 2007) qui a intégré les facteurs et hypothèses suivants : (1) Le taux de personnes consultant, *pour* et *avec* un problème de santé mentale, un professionnel de santé, (a) appuyé sur l'hypothèse selon laquelle l'ensemble des personnes souffrant de troubles dépressifs ou anxieux ne consultera pas pour ces problèmes, (b) ajouté au fait qu'un premier accès au système de soin favorisera l'accès aux psychothérapies (Glover, Webb et Evison, 2010). (2) Le taux de patients qui accepteraient ou refuseraient la psychothérapie. (3) Enfin l'hypothèse d'un recours aux psychothérapies plus élevé dans le cadre de la mise en place d'un programme de santé publique (Layard, Clark, Knapp *et al.*, 2006 ; Layard, Clark, Knapp *et al.*, 2007).

À partir de ces indicateurs, le Programme *IAPT* a estimé que 30 % des patients consultant un professionnel de santé, avec et pour un trouble dépressif ou anxieux, accéderaient à et accepteraient la psychothérapie. Cette méthodologie a été choisie après avoir vérifié que les prévalences des troubles dépressifs et anxieux, de la consommation de médicaments psychotropes et de psychothérapie entre l'Angleterre et la France étaient similaires.

La population de référence

La population de référence concerne les personnes âgées de 18 à 75 ans vivant en France métropolitaine ou dans un département d'outre-mer.

Coût de la séance et taux de remboursement

Le coût de la séance de psychothérapie a été estimé à 41 EUR qui est le coût d'une consultation avec un psychiatre conventionné de secteur 1 (CNAM-TS 2015) et qui est cohérent avec la somme déclarée pour une séance de psychothérapie auprès d'un psychiatre (40,70 EUR) ou d'un psychologue (40,30 EUR) (Dezetter, Briffault, Ben Lakhdar *et al.*, 2013). Le taux de remboursement d'une séance de psychothérapie se base sur celui d'une consultation avec un auxiliaire médical, soit 60 % pour le régime obligatoire, 40 % pour le régime complémentaire ou reste à charge de l'usager (CNAM-TS, 2015).

Coûts induits par les troubles dépressifs et anxieux

Les coûts induits par les troubles dépressifs ou anxieux sont issus des données de Andlin-Sobock, Jonsson, Wittchen *et al.* (2005). Les auteurs ont estimé le coût global annuel, par patient français, induit par l'EDM à 4 702 EUR et celui induit par l'ensemble des troubles anxieux à 1 500 EUR.

Concernant l'EDM, les coûts directs associés aux consultations médicales et aux hospitalisations représentent 26 % de ce coût global, ceux associés aux médicaments à 9 %. Les coûts indirects associés aux arrêts de travail et aux retraites anticipées sont estimés à 61 % et ceux associés à la mortalité prématurée à 4 % (Sobocki, Ekman, Agren *et al.*, 2006). La répartition par poste de dépenses varie selon la pathologie anxieuse (Sobocki, Ekman, Agren *et al.*, 2006) qui a été basée sur celle du TAG (coûts directs: 33 %, coûts indirects: 67 %). Ce choix a été motivé par les raisons suivantes: d'une part les prévalences des symptomatologies anxieuses autres que le TAG non comorbide sont faibles; d'autre part, les analyses économiques sur les coûts induits par

poste de dépenses, concernant les symptomatologies anxieuses autres que le TAG, chez les patientèles comparables à celle de la présente étude, sont quasiment inexistantes, ou sont elles aussi regroupées en une seule catégorie symptomatologique.

Taux de rémission attribuable aux psychothérapies

L'évaluation du taux de rémission attribuable aux psychothérapies pour les symptomatologies dépressives ou anxieuses se base sur une importante revue de littérature incluant des revues de méta-analyses, méta-analyses d'ECR, ECR et enfin des études prospectives (Dezetter, Briffault, Ben Lakhar *et al.*, 2013). Le groupe contrôle devait être une absence de traitement ou un traitement habituel. On considère comme une rémission le fait que le patient n'est plus diagnostiqué comme souffrant d'un trouble modéré ou sévère. L'évaluation du suivi varie selon les études, variant du post-traitement à 24 mois. Au final, le taux de rémission inclut les critères suivants : (1) Taux de rémission, moins (2) taux de rechute, moins (3) taux de rémission naturelle, hors (4) taux de rechute chez les patients ayant présenté une rémission naturelle.

En compilant ces données, le bénéfice attribuable aux psychothérapies est estimé à 30 % de rémissions supplémentaires avec une sensibilité variant de - à + 10 %.

Analyses statistiques

Les taux de consultations sont exprimés en nombre absolu et en pourcentage pondérés avec un intervalle de confiance à 95 %. La signification statistique a été testée en utilisant le test du Chi², le seuil de probabilité a été fixé à 5 %. Les analyses ont été effectuées avec le logiciel Stata/IC 11.1.

Analyses économiques

Les coûts évitables par les psychothérapies correspondent aux coûts induits par les troubles hors coûts de non-rémission attribuable aux psychothérapies et hors coûts investis dans la psychothérapie. Le ratio coût-bénéfice du suivi de la psychothérapie a été évalué selon la formule : coûts épargnés par la psychothérapie/coûts investis dans la psychothérapie.

Ces éléments méthodologiques sont regroupés dans le modèle présenté dans le Tableau 2.

La méthode est présentée en détail dans l'article de Dezetter, Briffault, Ben Lakhdar *et al.* (2013).

TABLEAU 2
Modèle médico-économique

	Âge: 18-75 ans
Sélection de la population à traiter	Diagnostic: souffrant de troubles dépressifs ou anxieux sévères et/ou récurrents Proportion de patients qui accepteraient et bénéficieraient de la psychothérapie: 30 % de la population consultant un professionnel de santé pour/avec un trouble dépressif ou anxieux
Estimation du nombre de séances nécessaires	Basée sur les recommandations du <i>NICE</i> , selon la symptomatologie et la sévérité des troubles
Coût de la séance	41 EUR
Niveau de remboursement par le régime obligatoire	60 %
Estimation du coût total, et pour le régime obligatoire d'une psychothérapie par patient	Coût de la psychothérapie par patient, selon la symptomatologie Coût de la prise en charge de l'ensemble des patients à traiter, selon la symptomatologie Coûts pour le régime obligatoire et restant à la charge du régime complémentaire et/ou du patient
Estimation du nombre de psychothérapeutes nécessaires pour traiter cette population	Psychologues cliniciens et psychanalyses, en équivalent temps plein
Estimation des coûts induits par les troubles psychiques	EDM = 4 702 EUR; Troubles anxieux = 1 500 EUR
Estimation du taux de rémission attribuable à la psychothérapie	30 % +/-10 %
Estimation des coûts induits et bénéfices selon la répartition par poste de dépenses	EDM: coûts directs médicaux = 26 %; médicaments = 9 %; coûts indirects = 65 % Troubles anxieux, basés sur le TAG: coûts directs = 67 %; coûts indirects = 33 %
Ratio coût-bénéfice du suivi psychothérapeutique pour la collectivité	Par symptomatologie – avec analyse de sensibilité à +/-10 %

Résultats

Estimation du nombre de patients à traiter

Parmi les répondants âgés de 18 à 75 ans, 31,61 % (IC = 30, 87-32,35) ont eu recours, au cours des 12 derniers mois, à un professionnel de santé, pour des raisons de santé mentale, qu'ils soient ou non diagnostiqués comme souffrant de troubles de santé mentale.

Parmi ces 31,61 % de patients consultant pour un problème de santé mentale, 24,0 % (IC = 22, 82-25,21) souffrent d'un trouble dépressif ou anxieux récurrent ou sévère. Parmi eux, 5,7 % souffrent d'un EDM pur, 2,6 % d'une comorbidité EDM et TAG, 4,8 % d'un TAG pur et 10,9 % d'un autre trouble anxieux. Les prévalences varient selon le niveau de retentissement de chaque symptomatologie. Extrapolé à l'ensemble de la population, 7,59 % de Français consultent un professionnel de santé avec et pour un trouble dépressif ou anxieux récurrent ou sévère.

En estimant que 30 % de ces 7,59 % des patients consultant avec et pour un trouble dépressif ou anxieux accepteraient et accèderaient aux psychothérapies, on estime au final que 2,28 % de la population française de 18 à 75 ans bénéficieraient de la prise en charge psychothérapeutique, soit 1 032 677 Français.

Évaluation du nombre de séances par patient

À partir des recommandations du *NICE*, en moyenne 12,1 séances seraient suivies par patient: 17,6 séances pour ceux souffrant d'EDM et 9,6 séances pour ceux souffrant de troubles anxieux.

Estimation des coûts du suivi psychothérapeutique

Le coût total annuel moyen d'une psychothérapie (à 41 EUR la séance) s'élèverait à 498 EUR par patient (723 EUR pour les EDM, 395 EUR pour les troubles anxieux). En adoptant l'hypothèse d'un remboursement par le régime obligatoire de 60 %, le coût de la psychothérapie pour le régime obligatoire s'élèverait à 299 EUR (434 EUR pour les EDM, 237 EUR pour les troubles anxieux). Le coût restant à la charge du régime complémentaire et/ou du patient serait de 199 EUR (289 EUR pour les EDM, 158 EUR pour les troubles anxieux).

Pour traiter les 1,033 million de Français, le coût annuel du suivi des psychothérapies s'élèverait à 514 millions d'euros (178 M EUR pour les EDM, 336 M EUR pour les troubles anxieux), dont 60 % pour le régime obligatoire soit 308 M EUR.

TABLEAU 3
Évaluation économique de la prise en charge des psychothérapies,
par patient et pour l'ensemble de la population à traiter

	Total	EDM dont comorbidité EDM et troubles anxieux	Troubles anxieux hors EDM
Prévalences	2,28 %	0,79 % (34,61 %)	1,49 % (65,39 %)
Nombre d'individus éligibles	1 032 677	357 408	675 269
Nombre moyen de séances	12,14	17,63	9,63
Coût moyen d'une psychothérapie par patient :			
Coût total (41€/séance)	497,73 EUR	722,83 EUR	394,83 EUR
Coût pour le régime obligatoire (60 %) (24,60€/séance)	298,64 EUR	433,70 EUR	236,90 EUR
Coût restant à charge durégime complémentaireet/ou du patient(16,40€/séance)	199,09 EUR	289,13 EUR	157,93 EUR
Coût de la prise en charge pour la population à traiter (en millier d'euros)			
Coût total	513,995 k EUR	252,862 k EUR	261,133 k EUR
Coût pour le régime obligatoire (24,60€/séance)	308,397 k EUR	151,717 k EUR	156,680 k EUR
Coût restant à charge durégime complémentaireet/ou du patient (16,40€/séance)	205,598 k EUR	101,145 k EUR	104,453 k EUR

**Estimation des coûts évitables et des coûts-bénéfices
des psychothérapies**

Pour évaluer les coûts évitables et les coûts-bénéfices pour la société des psychothérapies, la démarche utilisée est la suivante: (1) nous utilisons l'évaluation des coûts induits par les troubles de santé mentale en France réalisée par Andlin-Sobock, Jonsson, Wittchen *et al.* (2005) soit 4 702 EUR pour l'EDM pur ou comorbide et 1 500 EUR pour les troubles anxieux sans comorbidité avec un EDM;(2) ces coûts sont répartis selon les postes de dépenses estimés par les études de Andlin-Sobock, Jonsson, Wittchen *et al.* (2005) et Sobocki, Ekman, Agren *et al.* (2006). (3) les coûts totaux de prise en charge par la psychothérapie sont estimés par notre étude à 723 EUR pour les EDM (dont EDM

comorbide aux troubles anxieux) et à 395 EUR pour les troubles anxieux sans comorbidité avec un EDM. (4) le taux de rémission attribuable à la psychothérapie est estimé à 30 % +/-10 %. (5) Les coûts évitables par la psychothérapie pour la population à traiter, par symptomatologie, ont été estimés pour l'EDM à 1 411 EUR (selon l'analyse de sensibilité entre 640 EUR et 1 881 EUR) et pour les troubles anxieux à 450 EUR (selon l'analyse de sensibilité entre 300 EUR et 600 EUR).

Ces données permettent d'estimer le bénéfice médico-économique pour la collectivité, en termes de ratio coût-bénéfice de la psychothérapie par an et par patient : pour les patients souffrant d'EDM, 1 EUR dépensé dans la totalité du suivi psychothérapeutique permettrait d'épargner 1,95 EUR des coûts directs et indirects induits par ce trouble (de 1,30 EUR à 2,60 EUR selon l'analyse de sensibilité). Concernant les troubles anxieux, le ratio coût-bénéfice de la psychothérapie est estimé à 1,14 EUR (selon l'analyse de sensibilité de 0,76 EUR à 2,60 EUR).

Effectif des psychothérapeutes nécessaires à la prise en charge thérapeutique

En s'appuyant sur deux études (Samacher 2005 ; Sarnin 2011), on peut estimer le nombre de psychologues cliniciens qui seraient disponibles, en équivalent temps plein, selon le domaine à 5 000 en libéral ; 3 000 en hôpital psychiatrique ; 2 800 en demande d'emploi ; 2 000 en équivalent temps plein dont le métier de psychologue est à temps partiel ; et parmi les 3 870 psychologues cliniciens qui exercent un autre métier, on fait l'hypothèse que 20 % d'entre eux pourraient accepter un emploi adapté à leur formation, soit 770 professionnels. Selon ces estimations, au total 13 570 psychologues cliniciens seraient disponibles. Sur les 2 000 psychanalystes pouvant légalement user du titre de psychothérapeute, on estime à au moins un tiers de professionnels qui seraient disponibles, soit environ 700 psychanalystes. Au final, en équivalent temps plein, 14 270 psychothérapeutes habilités (psychologues cliniciens ou psychanalystes) seraient disponibles pour une prise en charge psychothérapeutique par an.

Les études de Layard estiment qu'un thérapeute peut traiter 80 patients par an sur une base de 11 séances par psychothérapie (Layard, Clark, Knapp *et al.*, 2006 ; Layard, Clark, Knapp *et al.*, 2007). Ainsi, pour une psychothérapie de 12,14 séances – estimation de la présente étude – 72,5 patients pourraient être traités par psychothérapeute par an. En conséquence, pour prendre en charge 1 033 M de Français,

TABLEAU 4

Coûts investis dans la psychothérapie face aux coûts épargnés par ce traitement, par personne, symptomatologie et par poste de dépenses

	EDM dont comorbidité EDM et troubles anxieux dont TAG	Troubles anxieux non comorbides avec EDM
Coût total de la psychothérapie	723 EUR	395 EUR
Fardeau économique évalué par an, en France		
Coûts des troubles par personne	4 702 EUR	1 500 EUR
Coûts des soins médicaux ^(a) : 26 % ^(b)	1 223 EUR	390 EUR
Coûts des médicaments : 9 % ^(b)	423 EUR	
Coûts indirects : 65 % ^(b)	3 056 EUR	
Coûts directs : 67 % ^(c)		1 005 EUR
Coûts indirects : 33 % ^(c)		495 EUR
Coûts évités selon le niveau de rémission attribuable à la psychothérapie, par personne		
Estimation avec une moyenne de 30 % de rémission	1 411 EUR	450 EUR
Coûts des soins médicaux ^(a) : 26 % ^(b)	367 EUR	
Coûts des médicaments : 9 % ^(b)	127 EUR	
Coûts indirects : 65 % ^(b)	917 EUR	
Coûts directs : 67 % ^(c)		302 EUR
Coûts indirects : 33 % ^(c)		149 EUR
Analyse de sensibilité estimée à +/- 10 % du taux de rémission attribuable à la psychothérapie		
Estimé à 20 % (soit -10 %)	940 EUR	300 EUR
Coûts des soins médicaux ^(a) : 26 % ^(b)	245 EUR	
Coûts des médicaments : 9 % ^(b)	85 EUR	
Coûts indirects : 65 % ^(b)	611 EUR	
Coûts directs : 67 % ^(c)		201 EUR
Coûts indirects : 33 % ^(c)		99 EUR
Estimé à 40 % (soit +10 %)	1 881 EUR	600 EUR
Coûts des soins médicaux ^(a) : 26 % ^(b)	489 EUR	
Coûts des médicaments : 9 % ^(b)	169 EUR	
Coûts indirects : 65 % ^(b)	1 223 EUR	
Coûts directs : 67 % ^(c)		402 EUR
Coûts indirects : 33 % ^(c)		198 EUR
Ratio coût-bénéfice		
Pour 1€ investi dans la prise en charge psychothérapeutique	1,95	1,14
Prise en charge totale avec analyse de sensibilité (+/- 10 %)	(1,30 ; 2,60)	(0,76 ; 1,52)

(a) Consultation et hospitalisation

(b) Répartition basée sur le coût de l'EDM

(c) Répartition basée sur le coût du TAG

TABLEAU 5

Effectif des psychothérapeutes nécessaires à la prise en charge thérapeutique

Psychologues cliniciens	
Libéral en temps plein	5 000
Actuellement en temps partiel	2 000
Fonction publique hospitalière	3 000
Demandeur d'emploi	2 800
Actuellement exerçant autre métier	770
	13 570
Psychanalystes	
~1/3 des 2000 inscrits sur annuaire de leur association	700
Nombre total de psychothérapeutes disponibles	14 270
Nombre de psychothérapeutes nécessaires pour soigner 1 033 M de français	14 244

14 244 psychothérapeutes en équivalent temps plein par an seraient nécessaires.

En conclusion, l'offre de professionnels de santé mentale disponible en France, en particulier celles des psychologues, se révèle suffisante pour prendre en charge les patients pouvant bénéficier d'un traitement psychothérapeutique.

Discussion

Limites

Les prévalences des troubles de santé mentale courants et de leurs niveaux de chronicité et de sévérité ont été extrapolées à partir des données de l'Enquête Indicateurs 4 régions (2005) comptant 20 777 adultes. Il serait nécessaire de répliquer et de comparer ces résultats avec une autre enquête d'envergure française, telle que le Baromètre Santé de l'Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé.

Le coût de la séance envisagé est le même, quel que soit la méthode psychothérapeutique, la durée de la séance ou le professionnel impliqué. À l'instar du programme *IAPT*, il pourrait être envisagé deux types de psychothérapie, adaptés aux symptomatologies de la patientèle, ayant des coûts de séances sensiblement différents (qui varie de 20 % pour le programme *IAPT*: des psychothérapies de basse intensité avec des conseillers psychologiques (« counselor ») pour les troubles les plus

légers, et haute intensité avec des psychothérapeutes confirmés pour les troubles plus sévères (Layard, Clark, Knapp *et al.*, 2006; Layard, Clark, Knapp *et al.*, 2007). Dans ce cas, deux types de formation seraient à envisager.

Les coûts restant à charge des régimes complémentaires ou des usagers n'ont pas été détaillés, du fait des nombreux modèles économiques qui pouvaient être envisagés. En effet, les taux de remboursement des soins varient à la fois entre les mutuelles ou assurances santé couvrant plus de 90 % de la population et selon les forfaits proposés. L'analyse n'a pas pris en compte la proportion de personnes bénéficiant d'une prise en charge financière totale dans le secteur public (centres hospitaliers, centres médico-psychologiques), tel que pour celles présentant une affection de longue durée.

Les seuils de sévérité et chronicité des troubles pourraient être abaissés, afin de prendre en charge des personnes dont le retentissement sur la vie quotidienne est moins important, ou dont la durée de l'EDM est inférieure à six mois. On peut émettre l'hypothèse qu'en fonction des situations, une psychothérapie peut être proposée à des patients souffrant de chronicité ou de retentissement inférieurs à ceux estimés dans cette étude, cela avec l'accord du médecin-conseil du régime obligatoire de santé.

Concernant les limites méthodologiques relatives à l'évaluation du bénéfice attribuable aux psychothérapies, les résultats issus de la revue de littérature présentent les limites méthodologiques intrinsèques aux méta-analyses (étendue de la période des études, groupe de patients hétérogènes, pondérations variables selon la taille de l'échantillon) (Cuijpers, Andersson, Donker *et al.*, 2011), dont les résultats varient selon la sélection des ECR. Les scores d'efficacité clinique des ECR varient selon la symptomatologie, l'échelle diagnostique utilisée, la méthode thérapeutique employée (Ioannidis, 2008) et le moment auquel ont été évaluées les rémissions ou les rechutes. Les ECR inclus dans notre revue de littérature ont généralement étudié les bénéfices du traitement chez les moins de 65 ans, alors que notre estimation intègre aussi les personnes âgées de 65 à 75 ans, ce qui réduit sensiblement les bénéfices en termes de productivité. L'étude ne distingue pas la part relative ou les effets conjoints que pourraient représenter les prises en charge pharmacothérapeutiques et psychothérapeutiques combinées sur les taux de rémission des différents troubles.

Le bénéfice attribuable aux psychothérapies a été estimé pour l'ensemble des troubles dépressifs et anxieux, sans distinction entre les

différentes pathologies en raison du fait que rares sont les études qui distinguent les différentes symptomatologies, et que les données portant sur les différentes symptomatologies anxieuses sont rares. Pour pallier ces limites, l'analyse de sensibilité devait permettre d'inclure ces différentes variabilités.

Une estimation de l'offre de psychologues et de psychanalystes qui seraient disponibles devrait être plus approfondie, en intégrant les professionnels qui quittent la profession et ceux qui arrivent sur le marché de l'emploi (estimés à 3 700 psychologues par Sarnin [2011]).

Malgré ces limites, l'étude suggère qu'une participation financière dans la prise en charge des psychothérapies s'avérerait être un investissement rentable pour la collectivité à court et long terme. Cela d'autant plus que les bénéfices médico-économiques des psychothérapies ont été estimés au plus bas. En effet, (a) les coûts induits par les troubles dépressifs ou anxieux ont été minimisés, car ils ont été basés sur les coûts induits incluant aussi les troubles légers alors que le coût des psychothérapies concerne les troubles dépressifs ou anxieux sévères ou récurrents. Ainsi, pour l'EDM, les coûts induits par les troubles modérés ou sévères peuvent être augmentés de 12,6 % par rapport à l'ensemble des EDM (Sobocki, Ekman, Agren *et al.* 2006) et les coûts associés aux troubles comorbides peuvent être majorés de 60 % par rapport à un trouble non comorbide (Andlin-Sobock, Jonsson, Wittchen *et al.*, 2005). (b) De plus, deux types de coûts évitables par la psychothérapie n'ont pas été intégrés : les coûts collatéraux induits par les troubles somatiques interagissant avec les troubles psychiques, tels que les maladies cardio-vasculaires, les troubles musculo-squelettiques, le diabète qui sont des fardeaux économiques très lourds (Prince, Patel, Saxena *et al.*, 2007) et les coûts intangibles tels que ceux associés aux conséquences sur l'entourage du souffrant (Wang, Simon et Kessler, 2005). Les données sur la répartition par poste montrent que la majorité (61 %) des coûts induits par les EDM sont associés aux arrêts de travail et retraites anticipées. Ainsi pour cette patientèle, le bénéfice de la prise en charge financière des psychothérapies présente un intérêt particulier pour les employeurs, qui sont, par ailleurs, les principaux financeurs de la branche maladie de la sécurité sociale (Direction de la Sécurité sociale, 2011) via la baisse de l'absentéisme et de la perte de productivité.

L'offre de psychothérapeutes – psychologues cliniciens et psychanalystes, estimés à 14 270 en équivalent temps plein, serait suffisante pour prendre en charge ces 1 033 millions de patients à traiter. Une

étude plus approfondie mériterait d'être menée pour estimer le contingent de psychothérapeutes nécessaires pour traiter les patients souffrant de troubles de santé mentale courants au-dessous du seuil diagnostique envisagé ou souffrant d'autres pathologies psychiques.

Enfin, une étude plus approfondie serait nécessaire pour détailler les coûts et bénéfices de la prise en charge des psychothérapies par et pour les différents acteurs concernés par ce financement (régimes de santé obligatoire et complémentaire, pour les usagers et les employeurs) et ses retombées (en termes de coûts directs et indirects), ainsi que le reste à charge supportable par le patient.

Conclusions

En plus de permettre aux régimes de santé et à la société d'épargner des coûts de santé et de morbidité, d'accroître la qualité de vie du souffrant et de son entourage, une participation financière à la prise en charge des psychothérapies permettrait de contribuer à réduire les inégalités sociales de santé en permettant l'accès aux psychothérapies à des personnes jusqu'alors empêchées par la barrière économique.

Promouvoir l'accès aux psychothérapies structurées permettrait de diminuer rapidement le recours aux seuls traitements pharmacologiques, et d'améliorer l'adéquation des soins chez les personnes souffrant de troubles dépressifs ou anxieux.

Rembourser les séances auprès des psychothérapeutes non-médecin permettrait également d'améliorer l'allocation des ressources de professionnels de santé mentale, en particulier en désengorgeant la file active des psychiatres, leur permettant de se recentrer sur leur cœur de métier, les troubles psychiatriques.

Afin de permettre une prise en charge psychothérapeutique adéquate des patients, la mise en place de dispositifs de coordination, de collaboration et d'échanges interprofessionnels intégrant *a minima* médecins généralistes, professionnels de santé mentale, psychiatres et psychothérapeutes sera enfin nécessaire.

ANNEXE 1

Recours aux professionnels pour un problème de santé mentale

Questions posées dans la section « diagnostic » :

« Avez-vous parlé à un médecin de ces problèmes de tristesse ? »

« S'agissait-il d'un (*réponse à choix multiple*) : médecin généraliste ; psychiatre ; un autre médecin »

« Et en avez-vous parlé à (*réponse à choix multiple*) : un psychologue ; un psychothérapeute qui n'était ni un médecin ni un psychologue ; une assistante sociale ou une infirmière ou un autre intervenant »

Questions posées dans la section « consommation de services » :

« Je vais vous citer un certain nombre de professionnels de quelque nature que ce soit, médecin ou non-médecin. Dites-moi, si au cours des 12 derniers mois, vous êtes-vous adressé à l'un d'entre eux, pour des problèmes psychologiques ou psychiatriques ou encore des problèmes de consommation d'alcool et de drogue ? » (*réponses à choix multiple*) : un médecin généraliste ; un psychiatre ; un médecin spécialiste non-psychiatre pour des problèmes psychologiques ou psychiatriques ou encore des problèmes de consommation d'alcool et de drogue ; un psychologue ; un psychanalyste ; un psychothérapeute qui n'était ni un psychiatre, ni un psychologue, ni un psychanalyste ; un travailleur social pour des problèmes psychologiques ou psychiatriques ou encore des problèmes de consommation d'alcool et de drogue ; une infirmière pour des problèmes psychologiques ou psychiatriques ou encore des problèmes de consommation d'alcool et de drogue ; un spécialiste des médecins douces qui n'est pas un médecin pour des problèmes psychologiques ou psychiatriques ou encore des problèmes de consommation d'alcool et de drogue ; un prêtre, un pasteur ou un autre officier du culte pour des problèmes psychologiques ou psychiatriques ou encore des problèmes de consommation d'alcool et de drogue »

Recours aux psychothérapies

« Au cours de votre vie, avez-vous déjà suivi une psychothérapie pour des problèmes psychologiques ou psychiatriques ou des problèmes de drogues ou d'alcool ? »

« Avez-vous suivi une séance de psychothérapie au cours des 12 derniers mois ? »

RÉFÉRENCES

- Abbass, A., Kisely, S., Rasic, D., Town, J. M. & Johansson, R. (2015). Long-term healthcare cost reduction with Intensive Short-term Dynamic Psychotherapy in a tertiary psychiatric service. *J Psychiatr Res*, 64, 114-120.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM IV*.
- American Psychiatric Association. (2010). *Practice Guideline for the Treatment of Patients With Major Depressive Disorder*, Third Edition: APA.
- Andlin-Sobocki, P., Jonsson, B., Wittchen, H. U. & Olesen, J. (2005). Cost of disorders of the brain in Europe. *Eur J Neurol*, 12 Suppl 1, 1-27.
- Biesheuvel-Leliefeld, K. E., Kok, G. D., Bockting, C. L., Cuijpers, P., Hollon, S. D., van Marwijk, H. W. & Smit, F. (2015). Effectiveness of psychological interventions in preventing recurrence of depressive disorder: meta-analysis and meta-regression. [Review]. *J Affect Disord*, 174, 400-410.
- Briffault, X., Morvan, Y., Rouillon, F., Dardennes, R. & Lamboy, B. (2008). [Use of services and treatment adequacy of major depressive episodes in France]. *Encephale*, 36 Suppl 2, D48-58.
- Briot, M. (2006). Rapport sur le bon usage des médicaments psychotropes. Paris, Assemblée nationale: Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé.
- Caisse nationale de l'Assurance Maladie des travailleurs salariés (CNAM-TS). (2015). Tarifs des consultations, en métropole, des médecins correspondants (applicables au 21 avril 2015).
- Clery-Melin, P., Kovess, V. & Pascal, J.-C. (2003). Plan d'action pour le développement de la psychiatrie et la promotion de la santé mentale: Ministère de la Santé, de la Famille et des personnes handicapées.
- Couty, E. (2009). Missions et organisation de la santé mentale et de la psychiatrie. Paris: ministère de la Santé et des Sports.
- Cuijpers, P., Andersson, G., Donker, T. & van Straten, A. (2011). Psychological treatment of depression: Results of a series of meta-analyses. *Nord J Psychiatry*, 65 (6), 354-364.
- De Maat, S., Philipszoon, F., Schoevers, R., Dekker, J. & de Jonghe, F. (2007). Costs and benefits of long-term psychoanalytic therapy: changes in health care use and work impairment. *Harv Rev Psychiatry*, 15(6), 289-300.
- Dezetter, A., Briffault, X., Ben Lakhdar, C. & Kovess-Masfety, V. (2013). Costs and benefits of improving access to psychotherapies for common mental disorders. *J Ment Health Policy Econ*, 16(4), 161-177.
- Dezetter, A., Briffault, X., Bruffaerts, R., De Graaf, R., Alonso, J., Konig, H. H., . . . Kovess-Masfety, V. (2013). Use of general practitioners versus mental health professionals in six European countries: the decisive role of the organization of mental health-care systems. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 48(1), 137-149.

- Direction de la Sécurité sociale. (2011). Les chiffres clés de la sécurité sociale 2010. Paris: ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé.
- Fenina, A., Geffroy, Y., Minc, C. & Renaud, T. (2006). Les dépenses de prévention et les dépenses de soins par pathologie en France. Études et résultats, DREES(64).
- Glover, G., Webb, M. & Evison, F. (2010). Improving Access to Psychological Therapies. A review of the progress made by sites in the first rollout year. In North East Public Health Observatory (Ed.).
- Guidelines Advisory Committee. (2007). Psychological Therapy and Counseling. Ontario: Ministry of Health and Long-Term Care, the Ontario Medical Association.
- Haute Autorité de Santé (HAS). (2014). Dépression de l'adolescent: comment repérer et prendre en charge? Paris: Haute Autorité de Santé.
- Haute Autorité de Santé (HAS). (2002). Prise en charge d'un épisode dépressif isolé de l'adulte en ambulatoire in Recommandations pour la pratique clinique. In Service des recommandations et références professionnelles (Éd.). Paris: Haute Autorité de Santé.
- Haute Autorité de Santé (HAS). (2001). Diagnostic et prise en charge en ambulatoire du trouble anxieux généralisé de l'adulte in Recommandations pour la pratique clinique. In Service des recommandations et références professionnelles (Éd.). Paris: Haute Autorité de Santé.
- Hertenstein, E., Thiel, N., Herbst, N., Freyer, T., Nissen, C., Kulz, A. K. & Voderholzer, U. (2013). Quality of life changes following inpatient and outpatient treatment in obsessive-compulsive disorder: a study with 12 months follow-up. *Ann Gen Psychiatry*, 12(1), 4.
- Institut national de prévention et d'éducation à la santé (INPES). (2007). La dépression. En savoir plus pour en sortir. Paris: INPES.
- Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM). (2004). Psychothérapies: trois approches évaluées. Paris: INSERM.
- Ioannidis, J. P. (2008). Effectiveness of antidepressants: an evidence myth constructed from a thousand randomized trials? *Philos Ethics Humanit Med*, 3, 14.
- Kovess-Masfety, V., Saragoussi, D., Sevilla-Dedieu, C., Gilbert, F., Suchocka, A., Arveiller, N., ... Hardy-Bayle, M. C. (2007). What makes people decide who to turn to when faced with a mental health problem? Results from a French survey. *BMC Public Health*, 7, 188.
- Lambert, M. J. (ed.) (2013). *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, ed. 6. Hoboken, NJ: John Wiley & sons.
- Layard, R., Clark, D., Knapp, M. & Mayraz, G. (2007). Cost-Benefit Analysis of Psychological Therapy. Discussion Paper No 829. In London School of Economics and Political Science (Ed.). London, U.K.: Centre for Economic Performance.
- Layard, R., Clark, D., Knapp, M. & Mayraz, G. (2006). Implementing the NICE guidelines for depression and anxiety. A cost-benefit analysis: Centre of Economic Performance, The London School of Economics and Political Science.

- Leon, A. C., Olfson, M., Portera, L., Farber, L. & Sheehan, D. V. (1997). Assessing psychiatric impairment in primary care with the Sheehan Disability Scale. *Int J Psychiatry Med*, 27(2), 93-105.
- National Institute for Clinical Excellence (NICE). (2011). Generalized anxiety disorder and panic disorder (with or without agoraphobia) in adults. NICE clinical guideline 113. London: National Collaborating Centre for Mental Health and the National Collaborating Centre for Primary Care.
- National Institute for Clinical Excellence (NICE). (2009). The treatment and management of depression in adults. NICE clinical guideline 90. London, U.K.: National Collaborating Centre for Mental Health.
- National Institute for Clinical Excellence (NICE). (2005). Obsessive-compulsive disorder: core interventions in the treatment of obsessive-compulsive disorder and body dysmorphic disorder. NICE clinical guideline 31.
- Prince, M., Patel, V., Saxena, S., Maj, M., Maselko, M., Phillips, M. & Rahman, A. (2007). No health without mental health. *Lancet*, 370, 859-877.
- Roth, A. & Fonagy, P. (2005). What works for whom: a critical review of psychotherapy research. New York: Guilford.
- Samacher, R. (2005). Psychologie clinique et psychopathologie. Paris: Bréal.
- Sarnin, P. (2011). Profession: Psychologue. Journée intermasters. Institut de psychologie de l'Université Lumière Lyon 2.
- Sobocki, P., Ekman, M., Agren, H., Runeson, B. & Jonsson, B. (2006). The mission is remission: health economic consequences of achieving full remission with antidepressant treatment for depression. *Int J Clin Pract*, 60(7), 791-798.
- Wampold, B. E. (2013). *The great psychotherapy debate: Models, methods, and findings*, 9. London, U.K.: Routledge.
- Wang, P. S., Simon, G. & Kessler, R. C. (2003). The economic burden of depression and the cost-effectiveness of treatment. *Int J Methods Psychiatr Res*, 12(1), 22-33.

Efficacité de la psychothérapie comparativement à la pharmacothérapie dans le traitement des troubles anxieux et dépressifs chez l'adulte : une revue de la littérature

Alvine Fansi^a

Cedric Jehanno^b

Micheline Lapalme^c

Martin Drapeau^d

Sylvie Bouchard^e

RÉSUMÉ Dans l'optique de l'amélioration d'une couverture de la psychothérapie au Québec, le ministère de la Santé et des Services sociaux a confié à l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux le mandat d'évaluer l'efficacité de la psychothérapie comparée à la pharmacothérapie dans le traitement des adultes souffrant de troubles anxieux et dépressifs. Une mise à jour d'une revue

-
- a. M.D., Ph. D., Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) – Département des sciences de la santé communautaire – Centre de recherche Hôpital Charles-LeMoine – Chaire de recherche du Canada en Évaluation et Amélioration du Système de Santé – EASY, Université de Sherbrooke.
 - b. B. Sc., MBA, Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS).
 - c. Ph. D., Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS).
 - d. Ph. D., Département de psychologie du counselling et de psychiatrie, Université McGill.
 - e. B. Pharm., D.P.H., M. Sc., MBA, Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS).

de la littérature récente et de bonne qualité a été effectuée grâce à une revue des revues systématiques traitant de la psychothérapie comparée à la pharmacothérapie dans le traitement des adultes anxieux et dépressifs avec un horizon temporel compris entre 2009 et 2013. Le niveau de l'ensemble de la preuve scientifique permet de dire que de manière générale, il n'y a pas de différence significative entre la psychothérapie et la pharmacothérapie sur le plan de la réduction des symptômes des patients souffrant de troubles anxieux ou dépressifs modérés, ce qui indique une efficacité comparable de ces deux modes de traitement. Cependant, les avantages de la psychothérapie sont maintenus plus longtemps après la fin du traitement que ceux des médicaments. La psychothérapie offre donc une meilleure protection contre la rechute. Par ailleurs, la combinaison de la psychothérapie et de la pharmacothérapie présente une efficacité supérieure à celle de la psychothérapie seule dans les cas chroniques ou graves.

MOTS CLÉS efficacité, psychothérapie, pharmacothérapie, troubles anxieux et dépressifs

Effectiveness of psychotherapy compared to pharmacotherapy for the treatment of anxiety and depressive disorders in adults: a literature review

ABSTRACT Introduction In Quebec, mental disorders affect one in five people in their lifetime. Anxiety and depressive disorders are the main common or moderate mental health disorders. They affect both the individuals with the disorder and the people around them and have substantial economic impact. Psychotropic drugs are the treatment option most often proposed to patients presenting with moderate mental health disorders. Psychotherapy is nevertheless a treatment that should be given consideration.

Physical and financial access to psychotherapy remains limited because only one third of professionals qualified to offer it practise in the public sector, and the coverage and reimbursement policy for this service is very restricted. In order to improve such coverage, the Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) mandated the Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) to assess the evidence on the effectiveness of psychotherapy compared with those of pharmacotherapy for the treatment of adults with anxiety and depressive disorders.

Methods An update of a review of recent and good quality literature was conducted through a review of systematic reviews dealing with psychotherapy compared to pharmacotherapy in the treatment of anxiety and depression in adults. The period covered included 2009 to 2013. The literature search strategy, modelled on that of the reference review, was applied to Medline, Cochrane Library, CINAHL, Web of Science and health technology assessment agencies. Exploration of the grey literature focused on information available on the websites of various health assessment organizations.

Results The level of scientific evidence overall was judged to be of moderate to high quality. In general, the data showed no significant difference between psychotherapy and pharmacotherapy in terms of symptoms reduction in patients with moderate anxiety or depressive disorders, indicating comparable effectiveness of these two modes of treatment. However, the benefits of psychotherapy lasted longer after the end of treatment than those of medication. Psychotherapy therefore offers better protection against relapse. Furthermore, the combination of psychotherapy and pharmacotherapy is more effective than psychotherapy alone in severe or chronic cases.

Conclusion Psychotherapy appears to be as effective as pharmacotherapy in the treatment of adult patients with moderate anxiety and/or depressive disorders. Moreover, the beneficial effects of psychotherapy last longer after the end of treatment with a lower likelihood of relapse.

KEYWORDS effectiveness, psychotherapy, pharmacotherapy, anxiety and depressive disorders

Les troubles mentaux constituent la principale cause d'invalidité et entraînent des coûts importants notamment en termes de perte de productivité. En 2010, les données d'enquêtes de l'Institut de la statistique du Québec (ISQ) indiquaient que près de 1 personne sur 5 serait atteinte d'un trouble mental au cours de sa vie (ISQ, 2010). En 2012, un rapport de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) estimait que la prévalence annuelle des troubles mentaux au Québec se situait autour de 12 %. Les troubles anxieux et dépressifs représentent près de 65 % de l'ensemble des troubles mentaux (INSPQ, 2012).

Les médicaments psychotropes demeurent l'option thérapeutique la plus souvent proposée aux patients qui présentent des troubles mentaux modérés (Fleury & Grenier, 2012). En effet, la prévalence de l'usage des antidépresseurs chez l'adulte assurés par le régime public d'assurance médicaments est passée de 8,1 % en 1999 à 14,4 % en 2009 (Fleury & Grenier, 2012). La psychothérapie représente pourtant un traitement qu'il conviendrait de considérer et ce d'autant plus que la plupart des guides de pratique clinique recommandent la psychothérapie pour le traitement de différents troubles mentaux modérés (AIHW, 2010; CANMAT, 2009; NICE, 2004; NICE, 2005a; NICE, 2005b; NICE, 2009; NICE, 2011). Celle-ci est ainsi considérée comme un traitement indépendant ou un complément efficace à la médication (APA, August, 2012). Elle constitue également l'option thérapeutique

préférée par les patients dans une proportion de 0,75 (95 % CI, 0,69-0,80 (McHugh, Whitton, Peckham, Welge, & Otto, 2013).

Dans le but d'améliorer l'accès à ces services, le Ministère de la Santé et des Services sociaux a confié à l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux le mandat d'évaluer l'efficacité de la psychothérapie. L'objectif de cette étude est donc d'analyser les données probantes portant sur l'efficacité de la psychothérapie comparative-ment à ceux de la pharmacothérapie dans le traitement des adultes souffrant de troubles anxieux et dépressifs.

Méthodologie

Un premier recensement des revues de littérature traitant de la psychothérapie comparée à la pharmacothérapie dans le traitement des adultes souffrant de troubles mentaux a d'abord été effectué. Une de ces revues (APS, 2010), par ailleurs la plus récente, fut évaluée avec l'outil d'évaluation *Assessment of Multiple Systematic Reviews* (AMSTAR) (Shea *et al.*, 2007) et fut jugée de bonne qualité; elle a donc été choisie comme revue de base ou de référence, c'est-à-dire comme point de départ aux fins d'analyse. Celle-ci fut ensuite mise à jour en effectuant une revue des revues systématiques qui ont été publiées entre 2009 et 2013. La stratégie de recherche documentaire (voir Figure 1), inspirée de celle de la revue de référence de l'*Association for Psychological Science* (APS) (2010), a été appliquée aux bases de données *Medline* (par l'interface *PubMed*), *Cochrane Library*, *CINAHL*, *Web of Science* et des agences d'évaluation des technologies de la santé ou *Health technology assessment – HTA* (administrée par le *Centre for Reviews and Dissemination*). L'exploration de la littérature grise a été centrée sur l'information disponible sur les sites Web du *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE), de la *Haute Autorité de Santé* (HAS) (France), du *Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health* (CADTH), et de l'*American Psychological Association* (APA). Seuls les documents publiés en anglais ou en français ont été retenus. De plus, une catégorisation des niveaux de la qualité de l'ensemble de la preuve scientifique établie en fonction des plans d'étude de même qu'en fonction de la nature des données recueillies a été effectuée.

Critères de sélection des études

La sélection des études a été faite par un des auteurs, C. Jehanno (CJ), et validée par un deuxième, A. K. Fansi (AKF); les divergences ont été

réglées par consensus. Le test de concordance *Kappa* mesurant l'accord interjuges a été utilisé (Landis & Koch, 1977). Les critères d'inclusion étaient les suivants : le type des études était les études de synthèse telles que les revues systématiques, les méta-analyses et les rapports d'évaluation des technologies en santé (ÉTS); la population incluait les adultes souffrant de troubles anxieux ou dépressifs; les interventions concernaient tous les types de psychothérapies; les comparateurs étaient essentiellement la pharmacothérapie ou la combinaison de la psychothérapie et de la pharmacothérapie; les résultats illustrant l'efficacité étaient essentiellement la réduction des symptômes d'anxiété et de dépression; la durée du suivi devait être de soit court, moyen ou long termes; les milieux hospitaliers, les soins ambulatoires et les consultations externes étaient pris en considération.

Les types de publications qui ont été exclus de l'analyse étaient les études primaires¹ incluant les essais cliniques randomisés ou non, les études observationnelles (études de cohortes, études cas témoins); et les études de cas, les enquêtes, les éditoriaux, les lettres, les résumés et rapports de conférence; et enfin les études sur des personnes souffrant d'autres troubles de santé mentale tels que la dysthymie², le trouble bipolaire, la démence, la schizophrénie, le trouble de la personnalité, le trouble de l'alimentation, la toxicomanie, etc.

Analyse de la qualité des études retenues

L'analyse de la qualité méthodologique des études a été effectuée en double et de façon indépendante par deux auteurs (AKF, CJ). La grille d'évaluation AMSTAR a été utilisée pour l'évaluation des revues systématiques avec ou sans méta-analyse (Shea, *et al.*, 2007).

Catégorisation de la qualité de la preuve

La catégorisation de la qualité de la preuve a été effectuée par un auteur et validée par le deuxième; les divergences ont été réglées par consensus. Cette catégorisation tenait compte du devis des études incluses dans les revues de synthèse retenues, mais aussi la nature des données recueillies (quantitatives ou qualitatives) et l'échelle proposée par le groupe de travail de l'American College of Chest Physicians (Guyatt et

1. Les études primaires sont exclues parce qu'elles sont déjà incluses dans les études de synthèse recherchées.

2. Ce trouble n'a pas été inclus dans la revue bien qu'il soit considéré comme un trouble dépressif.

coll., 2006). Ce système distingue les catégories suivantes pour juger de la qualité de la preuve scientifique fondée sur les données probantes : – élevée : si la preuve est soutenue par les résultats d'essais cliniques randomisés (ECR) sans limites méthodologiques importantes ou études observationnelles comportant de forts éléments de preuve ; – modérée : si cette preuve est fondée sur des ECR ayant des limites importantes (résultats contradictoires, failles méthodologiques et preuve indirecte ou imprécise) ou études observationnelles comportant de très forts éléments de preuve ; – faible : si la preuve est fondée sur des études observationnelles ou des séries de cas.

Extraction des données

L'extraction des données a été faite de façon indépendante par les deux auteurs. Une grille d'extraction a été établie afin de documenter les caractéristiques des études [plan, taille de l'échantillon et de la population recrutée (âge, sexe et diagnostic), les interventions, la durée des suivis, les résultats et les conclusions]. L'efficacité de la psychothérapie a été évaluée à partir de la taille de l'effet des résultats sur le degré de réduction des symptômes, mesuré à l'aide de différentes échelles de dépression ou d'anxiété telles que le *Beck Depression Inventory* (BDI), le *Beck Hopelessness Scale*, le *Hamilton Depression Rating Scale* (HDRS), le *Generalised Anxiety Disorder Assessment* (GAD-7), le *Panic Disorder Severity Scale* (PDSS) et le *Clinical Global Impression of Severity* (CGI).

Résultats

La recherche documentaire et l'application de critères d'inclusion et d'exclusion prédéfinis ont permis de retenir des 804 articles répertoriés, 1 revue systématique de littérature de référence et 12 revues systématiques (Figure 2). Ces revues ont été jugées de bonne qualité selon les grilles AMSTAR (voir Tableau 1). Le coefficient *Kappa* était de 0,70, stipulant un accord fort entre les juges lors de la sélection des revues systématiques incluses (Landis & Koch, 1977). Le niveau de l'ensemble de la preuve scientifique a été jugé de qualité modérée à élevée.

Caractéristiques des études incluses

La revue de la littérature de référence, c'est-à-dire utilisée comme point de départ, est celle publiée par l'Australian Psychological Society (APS, 2010). Elle est fondée sur les données de 9 études de synthèse relativement récentes dont, pour les troubles dépressifs, 3 revues

systématiques comptant 107 études primaires (De Mello, De Jesus Mari, Bacaltchuk, Verdeil, & Neugebauer, 2005) (Oei & Dingle, 2008) (NICE, 2009) et 1 ECR portant sur 40 adultes (Laidlaw *et al.*, 2008); et les troubles anxieux, 3 revues systématiques comptant au moins 124 études primaires (Mitte, 2005; NICE, 2004), 1 ECR indépendant portant sur 150 participants (Van Apeldoorn *et al.*, 2008) et 1 EC non randomisé portant sur 87 adultes (Ferrero *et al.*, 2007). Les paramètres de résultats examinés ne sont pas présentés de façon détaillée et n'ont pas fait l'objet d'une méta-analyse.

Les résultats de la mise à jour réalisée afin de compléter la revue australienne de référence incluaient 12 revues systématiques, y compris les méta-analyses, dont :

- 2 revues systématiques qui traitent à la fois des troubles dépressifs et des troubles anxieux (Cuijpers *et al.*, 2013; Roshanaei-Moghaddam *et al.*, 2011) avec pour Cuijpers et ses collaborateurs 67 ECR (40 sur les troubles dépressifs et 27 sur les troubles anxieux) totalisant 5 993 patients, et pour Roshanaei-Moghaddam et ses collaborateurs, 42 études (21 sur les troubles dépressifs et 21 sur les troubles anxieux) totalisant 3 293 patients;
- 9 revues systématiques qui portent uniquement sur les troubles dépressifs (Bell & D'Zurilla, 2009; Cuijpers, Andersson, Donker, & Van Straten, 2011; Cuijpers *et al.*, 2011; Cuijpers, Reynolds, *et al.*, 2012; Cuijpers, Van Straten, Warmerdam, & Andersson, 2009; Gould, Coulson, & Howard, 2012; Khan, Faucett, Lichtenberg, Kirsch, & Brown, 2012; Spielmans, Berman, & Usitalo, 2011; Van Hees, Rotter, Ellermann, & Evers, 2013) incluant environ 138 études avec 18 707 patients;
- et 1 revue systématique qui porte uniquement sur les troubles anxieux (Canton, Scott, & Glue, 2012) incluant 9 ECR totalisant environ 922 patients.

La liste des études retenues avec leurs principales caractéristiques est présentée dans le Tableau 2. La mesure des paramètres de résultats, tels que la diminution des symptômes, a été effectuée à l'aide d'échelles validées dans la littérature scientifique. La durée de suivi post-traitement varie de 3 à 24 mois permettant la mesure de l'effet de la psychothérapie.

Résultats sur l'efficacité

Pour les troubles dépressifs

Dans la revue de la littérature de l'APS (basée sur 3 revues systématiques et 1 ECR), l'efficacité de la psychothérapie, et particulièrement de la thérapie cognitivo-comportementale (TCC), s'est avérée comparable à celle des antidépresseurs, lors de l'évaluation post-traitement, sur le plan de l'amélioration des symptômes cliniques (NICE, 2009) (Laidlaw, *et al.*, 2008). Cependant, la TCC s'est avérée plus efficace que les antidépresseurs au suivi de 6 à 12 mois et présentait un taux de rechutes moindre (NICE, 2009) (Laidlaw, *et al.*, 2008). La TCC s'est avérée aussi efficace lorsqu'elle était administrée en format de groupe ou individuel (Oei & Dingle, 2008).

Par ailleurs, aucune différence statistiquement significative n'a été décelée entre la thérapie interpersonnelle (TIP) et les antidépresseurs (De Mello, *et al.*, 2005) (NICE, 2009). Les résultats sont toutefois moins unanimes en ce qui concerne la thérapie psychodynamique (TPD). En effet, une étude de la revue systématique réalisée par le NICE (2009) indique que ce type de thérapie présente une efficacité similaire à celle de la pharmacothérapie alors qu'une autre indique que l'efficacité de la pharmacothérapie est supérieure à celle de ce type de thérapie (NICE, 2009).

Les nouvelles revues de synthèse corroborent, dans la plupart des cas, les résultats de la revue de littérature de référence et indiquent que l'efficacité de la psychothérapie est similaire à celle de la pharmacothérapie chez les adultes atteints de troubles dépressifs (Tableau 3). Ce constat est relevé par les deux revues systématiques traitant à la fois des troubles dépressifs et des troubles anxieux (Cuijpers, *et al.*, 2013; Roshanaei-Moghaddam, *et al.*, 2011) et les revues systématiques traitant seulement des troubles dépressifs. Ainsi, outre la TCC, l'efficacité de la TIP individuelle est similaire à celle de la pharmacothérapie (Van Hees, *et al.*, 2013) et ce, auprès de diverses populations adultes que cela soit les adultes avec des troubles dépressifs, les personnes âgées souffrant de dépression (3 études, nombre moyen de patients = 62), les patients dépressifs avec un problème de santé physique, les patients dépressifs hospitalisés, suivis en première ligne (21 études, nombre moyen de patients = 149) ainsi que les patients atteints de dépression mineure (2 études, nombre moyen de patients = 39) et de dépression chronique (1 étude, nombre de patients = 218) (Cuijpers, Reynolds, *et al.*, 2012). Cependant, dans des circonstances spécifiques, ces mêmes

auteurs ont trouvé que la pharmacothérapie était plus efficace que la psychothérapie notamment chez les patientes souffrant de dépression post-partum ($g = -0,48$, IC à 95 %: $-0,75$, $-0,22$) ainsi que chez les femmes ayant des problèmes d'infertilité ($g = -0,94$, IC à 95 %: $-1,47$, $-0,41$). Ces derniers résultats doivent toutefois être interprétés avec prudence, puisqu'ils ne reposent que sur une seule étude comptant respectivement 109 et 30 patientes.

La revue systématique de Khan et ses collaborateurs (2012), quant à elle, ne montre aucune différence entre la psychothérapie (TCC et TIP) et les antidépresseurs (Khan, *et al.*, 2012). Dans leur revue systématique de 2011, Cuijpers et ses collaborateurs mentionnent que l'efficacité de la psychothérapie dans le traitement de la dépression légère et modérée est similaire à celle de la pharmacothérapie. De même, Spielmans et ses collaborateurs (2011) ont montré que l'efficacité d'une psychothérapie *bona fide*³ et spécifiquement la TCC, n'était pas, sur l'échelle de dépression, statistiquement significativement différente de celle des antidépresseurs de deuxième génération, à court terme. Cependant, les effets bénéfiques de la psychothérapie étaient légèrement supérieurs à ceux des antidépresseurs au suivi allant jusqu'à 40 semaines ($d = -0,26$, $p = 0,003$, $I^2 = 7,88\%$).

Selon Bell et D'Zurilla (2009), la thérapie de résolution des problèmes (TRP) était aussi efficace que les médicaments, sans leur être supérieure. Enfin, Gould et ses collaborateurs (2012) n'ont rapporté aucune différence statistiquement significative entre la TCC et les autres formes de traitement (autres psychothérapies ou pharmacothérapie) dans le traitement des troubles dépressifs.

En ce qui a trait à la comparaison entre la psychothérapie seule et la psychothérapie combinée à la pharmacothérapie, les données tendent à montrer une efficacité supérieure du traitement combiné chez certains patients souffrant de troubles dépressifs. Ainsi, en 2012, Cuijpers

3. *Bona fide* si la psychothérapie (TCC) remplit les conditions suivantes: 1) le thérapeute est formé à cette fin et a obtenu une maîtrise ou est inscrit dans un programme universitaire dans un champ approprié, dont la psychologie clinique, le counseling psychologique ou le travail social; 2) le thérapeute a développé une relation avec le client qui repose sur les rencontres en face à face et un traitement individuel, et 3) les traitements comportent au moins deux des trois critères suivants: a) une approche de psychothérapie établie ou élaborée dans un établissement établi; b) la description de la thérapie a été faite dans l'article, y compris la référence à la procédure psychologique; c) un manuel de traitement a été utilisé pour guider le traitement; d) les éléments actifs du traitement ont été indiqués et présentés.

et ses collaborateurs ont montré que la combinaison de traitements pharmacologique et psychologique était significativement plus efficace que la psychothérapie seule chez les patients souffrant de dépression chronique (1 étude, $g = 0,54$, IC à 95 % : 0,35, 0,73), nombre moyen de patients = 221, $p < .001$) ainsi que chez les patients dépressifs ayant des troubles mentaux concomitants qui reçoivent des soins ambulatoires (9 études, $g = 0,40$, IC à 95 % : 0,13-0,67, nombre moyen de patients = 44, $p < .01$, coefficient d'hétérogénéité significative et modérément élevée) (Cuijpers, Reynolds, *et al.*, 2012). De même, la revue systématique de Khan et ses collaborateurs (2012) montre que la combinaison des antidépresseurs et de la psychothérapie contribue à une plus grande réduction des symptômes dépressifs et peut procurer un léger avantage par rapport à la psychothérapie seule ($p = .022$). Dans leur revue systématique de 2011 et 2009, Cuijpers et ses collaborateurs mentionnent également que la combinaison de traitements est plus efficace que la psychothérapie seule dans le traitement des troubles dépressifs (Cuijpers, Clignet, *et al.*, 2011; Cuijpers, *et al.*, 2009). La taille de l'effet moyenne concernant la combinaison de la psychothérapie et de la pharmacothérapie est faible ($g = 0,35$, IC à 95 % : 0,24-0,45; $p < .001$). Les analyses de sous-groupes ont montré que cette différence était significativement plus faible dans les études où la TCC était examinée; elle avait tendance à être plus grande dans les études portant sur des populations spécifiques (sujets âgés, VIH, dépression chronique) plutôt que dans les études sur les adultes et les études où les antidépresseurs tricycliques (ATC) et les inhibiteurs sélectifs du recaptage de la sérotonine (ISRS) étaient comparés aux médicaments prévus dans le protocole ou à d'autres antidépresseurs. Aucune différence n'a été relevée au cours du suivi.

Pour les troubles anxieux

Les données tendent à montrer une efficacité similaire ou une absence de différence statistiquement significative lorsque l'on compare la psychothérapie à la pharmacothérapie chez les patients souffrant de troubles anxieux. En effet, dans la revue de la littérature de l'APS (basée sur 3 revues systématiques, 1 ECR et 1 essai clinique ou EC non randomisé), aucune différence statistiquement significative n'a été démontrée dans les paramètres de résultats entre la thérapie psychodynamique (TPD) et la pharmacothérapie. Un EC non randomisé d'une durée de 12 mois sur des patients souffrant d'un trouble d'anxiété généralisée (TAG) a permis de montrer les bénéfices de la psychothérapie en termes

de soulagement de symptômes (Ferrero, *et al.*, 2007). En ce qui a trait au trouble panique, aucune différence statistiquement significative n'a été établie concernant l'efficacité de la TCC comparée à celle de la pharmacothérapie, y compris les ATC et les ISRS (NICE, 2004) (Mitte, 2005; Van Apeldoorn, *et al.*, 2008).

Les nouvelles revues de synthèse issues de la mise à jour de la revue de la littérature de référence montrent que les observations vont dans le même sens que celles précédemment répertoriées (Tableau 4). Ainsi, les données tendent à montrer une efficacité similaire lorsque l'on compare la psychothérapie à la pharmacothérapie chez les patients souffrant de troubles anxieux. Ce constat est relevé par les deux revues systématiques traitant à la fois des troubles dépressifs et des troubles anxieux (Cuijpers, *et al.*, 2013; Roshanaei-Moghaddam, *et al.*, 2011). Malgré la grande hétérogénéité des 30 études considérées dans la revue systématique de Cuijpers et ses collaborateurs, celle-ci indique une légère supériorité de la psychothérapie, surtout la TCC, comparative-ment à la pharmacothérapie dans le traitement des patients atteints de troubles anxieux en général ($g = 0,10$; IC à 95 % : -0,05, 0,25, $I^2 = 71$ %; IC à 95 % : 59 à 80). De façon spécifique, la psychothérapie s'est avérée plus efficace (effet moyen) que la pharmacothérapie dans le traitement des patients ayant un trouble obsessionnel-compulsif (TOC) ($g = 0,64$; IC à 95 % : 0,20 à 1,08; $I^2 = 72$ %; IC à 95 % : 36 à 88), mais cet effet n'était que faiblement significatif. Dans la revue systématique effectuée par Roshanaei-Moghaddam et ses collaborateurs (2011), l'efficacité de la psychothérapie, spécifiquement la TCC, était similaire à celle de la pharmacothérapie ($d = 0,25$; IC à 95 % : -0,02 à 0,55). L'effet de la TCC sur le trouble panique était statistiquement supérieur à celui de l'effet de la médication ($d = 0,50$, IC à 95 % : 0,02 à 0,98). Un effet similaire a été observé sur les TOC ($d = 0,49$; IC à 95 % : -0,11, 1,09). Aucune différence significative n'a été relevée entre la pharmacothérapie et la psychothérapie concernant l'effet sur la phobie sociale ($d = -0,22$, IC à 95 % = -0,50, 0,06).

En outre, dans la revue systématique de Canton et ses collaborateurs (2012), les conclusions sont les mêmes que les précédentes allant dans le sens d'une efficacité similaire entre la psychothérapie et la pharmacothérapie chez les patients souffrant de troubles anxieux. Ainsi, aucune différence statistiquement significative n'a été établie, sur le plan de l'efficacité, entre les ISRS et les traitements psychologiques (Canton, *et al.*, 2012) et entre les inhibiteurs de la monoamine oxydase (IMAO) et les traitements psychologiques. Comme dans le cas

des troubles dépressifs, les traitements psychologiques ont montré un meilleur maintien des gains thérapeutiques à long terme et une protection accrue contre la rechute comparativement à ceux des traitements pharmacologiques.

En ce qui a trait à la comparaison entre la psychothérapie et la combinaison de la psychothérapie et de la pharmacothérapie, les données tendent à montrer une efficacité supérieure de la combinaison chez les patients souffrant de troubles anxieux. Ainsi, dans la revue de la littérature de référence, soit celle de l'APS, la combinaison de la TCC et de la pharmacothérapie était légèrement plus efficace que la TCC seule pour traiter les symptômes du trouble panique (Mitte, 2005; Van Apeldoorn, *et al.*, 2008). Canton et ses collaborateurs (2012) tendent également à montrer une efficacité supérieure de la combinaison pharmacothérapie à l'aide des IMAO et traitement psychologique comparée au traitement psychologique seul. Cependant, ce constat était fondé sur des études où les échantillons étaient de petite taille et, par conséquent, avaient un pouvoir statistique limité.

Discussion

Les données montrent une efficacité similaire de la psychothérapie et de la pharmacothérapie chez les patients souffrant de troubles dépressifs ou de troubles anxieux. Cependant, les bénéfices tirés de la psychothérapie se maintiennent plus longtemps après la fin du traitement que ceux des médicaments. Ainsi, la psychothérapie permet une meilleure prévention de la rechute.

Par ailleurs, la psychothérapie combinée à la pharmacothérapie est plus efficace que la psychothérapie seule dans le traitement de certains patients souffrant de troubles anxieux ou dépressifs, notamment chez les patients souffrant de dépression chronique sévère. Même si aucune différence n'a été relevée au cours du suivi entre la psychothérapie seule et la combinaison, selon certaines études, la combinaison contribuerait à une diminution plus substantielle des symptômes dépressifs.

La qualité de la preuve scientifique de ces études considérées est qualifiée de modérée à élevée. Les revues systématiques d'ECR ont été prises en compte et certaines limites méthodologiques ont été relevées dans ces ECR. Celles-ci ont trait, entre autres, à l'utilisation préalable ou concomitante de médicaments ou de la psychothérapie chez les participants, au transfert de patients dans l'autre groupe de traitement en l'absence de réponse au traitement initial, à l'augmentation de la

dose ou au changement du type d'antidépresseur en cours de traitement, alors que ce type d'ajustement n'est pas possible dans le cas de la psychothérapie, et à l'exclusion des patients qui ne répondent pas à une thérapie lors du prétest (Spielmanns, *et al.*, 2011).

Ne faire qu'une revue des revues de synthèse mène au fait que l'évaluation de l'efficacité porte principalement sur un paramètre de résultat, notamment l'amélioration des symptômes mesurée par différentes échelles standardisées. Cela limite l'exploration approfondie de certains autres paramètres de résultats, tels que l'amélioration de la qualité de vie et le retour au travail. En outre, ces revues de synthèse n'ont pas traité spécifiquement des effets néfastes de la psychothérapie (par exemple l'aggravation des symptômes ou l'absence d'amélioration) ni des effets secondaires associés aux médicaments. L'analyse des études primaires aurait sans doute permis d'obtenir plus d'information sur ces éléments. Le type exact de psychothérapie ou de médicament utilisé n'est pas toujours précisé dans les publications. Bien que la revue systématique de Spielmanns et ses collaborateurs (2011) ne rapporte aucun impact du mode psychothérapeutique privilégié par l'auteur sur les résultats obtenus en faveur de certaines psychothérapies, de nombreuses méta-analyses ont rapporté de façon constante une corrélation notable entre le type de psychothérapie privilégié par l'auteur et l'efficacité de la psychothérapie (Cuijpers, Driessen, *et al.*, 2012; Cuijpers, *et al.*, 2013; Luborsky *et al.*, 1999). Par ailleurs, les résultats sur l'efficacité de certaines psychothérapies, notamment la thérapie d'orientation psychodynamique (TPD), n'ont pas été explorés en profondeur.

Les coefficients d'hétérogénéité rapportés dans les différentes revues variaient de faibles à élevés, indiquant ainsi une variabilité importante entre les études incluses dans ces revues. Cette variabilité peut s'expliquer par plusieurs éléments, notamment la fiabilité des diagnostics des patients, le type d'échelle utilisée pour mesurer les symptômes et leur gravité, la durée du traitement et la durée des suivis post-traitement. De plus, peu d'études ont mesuré les effets des traitements à long terme (plus de 2 ans).

Par ailleurs, plusieurs troubles n'ont pas été considérés dans notre revue en raison, entre autres, du nombre restreint d'études d'efficacité portant sur ces troubles. C'est le cas notamment de la dysthymie, de la dépression saisonnière, des troubles bipolaires et des troubles de l'adaptation. Notre analyse porte principalement sur la dépression majeure et les principaux troubles anxieux et ne nous permet pas de statuer sur l'efficacité comparée de la psychothérapie et de la pharmacothérapie

dans le traitement des autres troubles dépressifs et anxieux. La revue des revues de synthèse n'a pas non plus tenu compte de la gravité, de la chronicité et des affections concomitantes associées aux troubles anxieux ou dépressifs. Plusieurs ECR portent sur des médicaments de moins en moins utilisés, par exemple les ATC et les IMAO ; les résultats obtenus pourraient donc être différents dans le contexte actuel.

En conclusion, la psychothérapie semble être aussi efficace que la pharmacothérapie chez les patients adultes souffrant de troubles dépressifs ou de troubles anxieux modérés. Les bénéfices tirés de la psychothérapie se maintiennent plus longtemps après la fin du traitement que ceux des médicaments. Cependant, au regard de quelques limites méthodologiques, d'autres études plus approfondies sont nécessaires.

FIGURE 1

Stratégies de recherche d'information scientifique

Efficacité

Dates de la recherche: 11-17 juillet 2013

Limites: 2009-2013 ; anglais et français

MEDLINE (PubMed)

- #1 psychotherapy[majr]
- #2 mental disorders[majr:noexp] OR (anxiety disorders[majr] OR mood disorders[majr:noexp] OR depressive disorder[majr] OR depression[majr]) NOT (dysthymic disorder[mh] OR seasonal affective disorder[mh] OR bipolar disorder[mh])
- #3 clinical trial[ptyp] OR comparative study[ptyp] OR controlled clinical trial[ptyp] OR evaluation studies[ptyp] OR consensus development conference[ptyp] OR meta-analysis[ptyp] OR practice guideline[ptyp] OR guideline[ptyp] OR randomized controlled trial[ptyp] OR review[ptyp] OR systematic[sb]
- #4 #1 AND #2 AND #3
- #5 (psychotherap*[ti] OR [psychosocial*[ti] OR psycholog*[ti] OR cognitive[ti]] AND [therapy[ti] OR therapies[ti] OR therapist*[ti] OR treatment*[ti] OR treating[ti] OR treated[ti] OR intervention*[ti] OR mode[ti] OR model[tiab] OR models[ti] OR program*[ti] OR approach*[ti] OR initiative*[ti] OR policy[ti] OR policies[ti]])
- #6 (mental*[ti] OR depression*[ti] OR depressive[ti] OR anxiety[ti] OR agoraphobi*[ti] OR panic[ti] OR phobic[ti] OR phobia[ti] OR stress[ti] OR ptsd[ti] OR obsessive-compulsive[ti]) NOT (dysthymic[tw] OR seasonal affective[tw] OR bipolar[tw] OR cyclothymic[tw])
- #7 clinical trial[tw] OR clinical trials[tw] OR comparative study[tw] OR comparative studies [tw] OR evaluation study[tw] OR evaluation studies[tw] OR ([singl*[tw] OR doubl*[tw] OR trebl*[tw] OR tripl*[tw]) AND [mask*[tw] OR blind*[tw]]) OR placebo[tw] OR random*[tw] OR control group*[tw] OR prospective*[tw] OR retrospective*[tw] OR meta-analy*[tw] OR metaanaly*[tw] OR cohort[tw] OR case

report*[tw] OR case study[tw] OR case studies[tw] OR consensus[tw] OR guideline*[tw]

#8 #5 AND #6 AND #7

#9 #4 OR #8

#10 pharmacotherap*[tw] OR placebo[tw] OR antidepress*[tw] OR medicat*[tw] OR drug[tw] OR drugs[tw]

#11 #9 AND #10

#12 sexual[tiab] OR earthquake*[tiab] OR disaster*[tiab] OR war[tiab] OR combat disorder*[tiab] OR veteran*[tiab] OR militar*[tiab]

#13 #11 NOT #12

PsycINFO (OvidSP)

#1 exp *psychotherapy/

#2 *mental disorders/ OR *anxiety disorders/ OR *death anxiety/ OR *generalized anxiety disorder/ OR *obsessive compulsive disorder/ OR *panic disorder/ OR exp *phobias/ OR *posttraumatic stress disorder/

#3 #1 AND #2

#4 limit #3 to ("0451 prospective study" OR "0800 literature review" OR "0830 systematic review" OR 1200 meta analysis OR 1600 qualitative study OR "2000 treatment outcome/clinical trial")

#5 ([psychotherap* OR (psychosocial* OR psychologist* OR cognitive)] ADJ5 [intervention* OR treatment* OR treating OR approach* OR therapy OR therapies OR therapist* OR mode OR model OR models OR program* OR approach* OR initiative* OR policy OR policies]).ti.

#6 (mental* OR depression* OR depressive OR anxiety OR agoraphobi* OR panic OR phobic OR phobia OR post-traumatic OR ptsd OR obsessive-compulsive).ti. **NOT (dysthymic OR seasonal affective OR bipolar OR cyclothymic).tw.**

#7 (clinical trial OR clinical trials OR comparative study OR comparative studies OR evaluation study OR evaluation studies OR ((singl* OR doubl* OR trebl* OR tripl*) ADJ3 (mask* OR blind*)) OR placebo OR random* OR control group* OR prospective* OR retrospective* OR meta-analy* OR metaanaly* OR cohort OR case report* OR case study OR case studies OR consensus OR guideline*).ti,ab.

#8 #5 AND #6 AND #7

#9 #4 OR #8

#10 (sexual OR earthquake* OR disaster* OR war OR combat disorder* OR veteran* OR militar*).tw.

#11 #9 NOT #10

#12 (pharmacotherap* OR placebo OR antidepress* OR medicat* OR drug OR drugs).tw.

#13 #11 AND #12

EBM Reviews (OvidSP) : Cochrane Database of Systematic Reviews

#1 ([psychotherap* OR (psychosocial* OR psychologist* OR cognitive)] ADJ5 [intervention* OR treatment* OR treating OR approach* OR therapy OR therapies OR therapist* OR mode OR model OR models OR program* OR approach* OR initiative* OR policy OR policies]).ti.

#2 (mental* OR depression* OR depressive OR anxiety OR agoraphobi* OR panic OR phobic OR phobia OR post-traumatic OR ptsd OR obsessive-compulsive).ti. NOT (dysthymic OR seasonal affective OR bipolar OR cyclothymic).tw.

#3 #1 AND #2

EBM Reviews (OvidSP) : Cochrane Central Register of Controlled Trials ; Database of Abstracts of Reviews of Effects ; Health Technology Assessment

#1 ([psychotherap* OR (psychosocial* OR psycholog* OR cognitive)] ADJ5 [intervention* OR treatment* OR treating OR approach* OR therapy OR therapies OR therapeut* OR mode OR model OR models OR program* OR approach* OR initiative* OR policy OR policies]).ti.

#2 (mental* OR depression* OR depressive OR anxiety OR agoraphobi* OR panic OR phobic OR phobia OR post-traumatic OR ptsd OR obsessive-compulsive).ti. NOT (dysthymic OR seasonal affective OR bipolar OR cyclothymic).tw.

#3 (pharmacotherap* OR placebo OR antidepress* OR medicat* OR drug OR drugs).tw.

#4 #1 AND #2 AND #3

#5 (sexual OR earthquake* OR disaster* OR war OR combat disorder* OR veteran* OR militar*).tw.

#6 #4 NOT #5

CINAHL Plus with Full Text (EBSCO)

#1 TI ([psychotherap* OR (psychosocial* OR psycholog* OR cognitive)] N5 [intervention* OR treatment* OR treating OR approach* OR therapy OR therapies OR therapeut* OR mode OR model OR models OR program* OR approach* OR initiative* OR policy OR policies])

#2 TI (mental* OR depression* OR depressive OR anxiety OR agoraphobi* OR panic OR phobic OR phobia OR post-traumatic OR ptsd OR obsessive-compulsive)

#3 TX (dysthymic OR seasonal affective OR bipolar OR cyclothymic)

#4 TX (sexual OR earthquake* OR disaster* OR war OR combat disorder* OR veteran* OR militar*)

#5 (#1 AND (#2 NOT #3)) NOT #4

#6 TX ([clinical trial OR clinical trials OR comparative study OR comparative studies OR evaluation study OR evaluation studies OR ((singl* OR doubl* OR trebl* OR tripl*) N3 (mask* OR blind*)) OR placebo OR random* OR control group* OR prospective* OR retrospective* OR meta-analy* OR metaanaly* OR cohort OR case report* OR case study OR case studies OR consensus OR guideline*])

#7 TX (pharmacotherap* OR placebo OR antidepress* OR medicat* OR drug OR drugs)

#8 #5 AND #6 AND #7

Current Contents (Thomson Reuters)

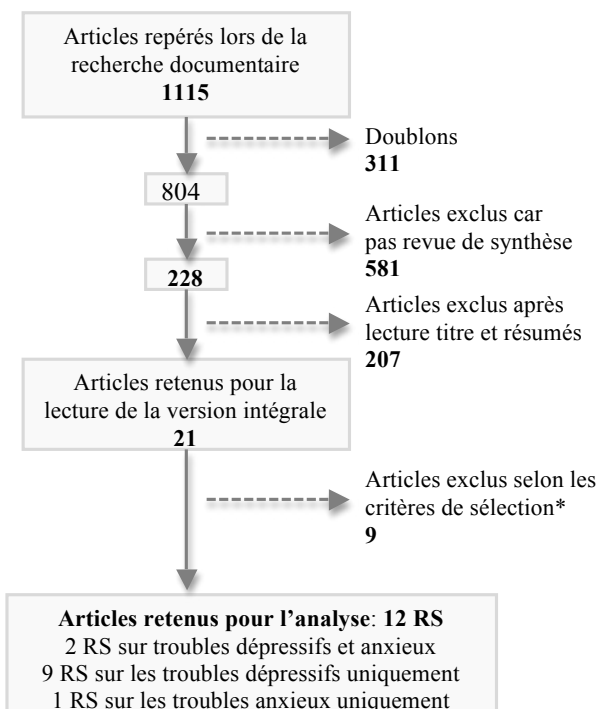
#1 TI=(psychotherap* OR [psychosocial* OR psycholog* OR cognitive] N/5 [intervention* OR treatment* OR treating OR approach* OR therapy OR therapies OR therapeut* OR mode OR model OR models OR program* OR approach* OR initiative* OR policy OR policies])

#2 TI=(mental* OR depression* OR depressive OR anxiety OR agoraphobi* OR panic OR phobic OR phobia OR post-traumatic OR ptsd OR obsessive-compulsive) NOT TS=(dysthymic OR seasonal affective OR bipolar OR cyclothymic)

- #3 TS=(clinical trial OR clinical trials OR comparative study OR comparative studies OR evaluation study OR evaluation studies OR ((singl* OR doubl* OR trebl* OR tripl*) N/3 (mask* OR blind*)) OR placebo OR random* OR control group* OR prospective* OR retrospective* OR meta-analy* OR metaanaly* OR cohort OR case report* OR case study OR case studies OR consensus OR guideline*)
- #4 TS=(sexual OR earthquake* OR disaster* OR war OR combat disorder* OR veteran* OR militar*)
- #5 ((#1 AND #2 AND #3) NOT #4)
-

FIGURE 2

Diagramme de sélection des études sur l'efficacité de la psychothérapie comparativement à la pharmacothérapie pour les troubles anxieux et dépressifs



* Il s'agit ici essentiellement des articles avec les études où il y avait une absence de comparaison directe entre la psychothérapie et la pharmacothérapie

TABLEAU 1

Évaluation des revues systématiques à partir de la grille AMSTAR

ITEM	CRITÈRES	The Australian, 2010	Van Hees <i>et al.</i> , 2013	Cuijpers <i>et al.</i> , 2013	Cuijpers <i>et al.</i> , 2012b	Canton <i>et al.</i> , 2012	Gould <i>et al.</i> , 2012	Khan <i>et al.</i> , 2012	Cuijpers <i>et al.</i> , 2011a	Cuijpers <i>et al.</i> , 2011b	Spielmanns <i>et al.</i> , 2011	Roshanaei-Moghadam <i>et al.</i> , 2011	Bell <i>et al.</i> , 2009	Cuijpers <i>et al.</i> , 2009
1	Un plan de recherche établi a priori est-il fourni ?	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI
2	La sélection des études et l'extraction des données ont-elles été faites par au moins deux personnes ?	S.O.*	S.O.*	S.O.*	OUI	S.O.*	OUI	S.O.*	S.O.*	S.O.*	OUI	S.O.*	S.O.*	OUI
3	La recherche documentaire était-elle exhaustive ?	S.O.*	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI
4	La nature de la publication (littérature grise, par exemple) était-elle un critère d'inclusion ?	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	S.O.*	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI
5	Une liste des études (incluses et exclues) est-elle fournie ?	NON	OUI	S.O.*	OUI	NON	S.O.*	OUI	OUI	NON	OUI	OUI	OUI	OUI
6	Les caractéristiques des études incluses sont-elles indiquées ?	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI
7	La qualité scientifique des études incluses a-t-elle été évaluée et consignée ?	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	S.O.*	OUI	OUI	OUI	S.O.*	OUI	OUI
8	La qualité scientifique des études incluses dans la revue a-t-elle été évaluée adéquatement dans la formulation des conclusions ?	OUI	NON	S.O.*	OUI	OUI	S.O.*	NON	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI
9	Les méthodes utilisées pour combiner les résultats des études sont-elles appropriées ?	Sans objet	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI
10	La probabilité d'un biais de publication a-t-elle été évaluée ?	NON	NON	OUI	OUI	NON	OUI	NON	OUI	OUI	OUI	OUI	NON	OUI
11	Les conflits d'intérêts ont-ils été déclarés ?	NON	OUI	NON	OUI	OUI	OUI	OUI	NON	OUI	NON	NON	NON	NON

* S.O. : Sans objet, car il est impossible d'y répondre, Source : (Shea, *et al.*, 2007)

TABLEAU 2
Caractéristiques des revues systématiques retenues issues de la mise à jour relativement aux troubles dépressifs ou anxieux

Objectifs	Van Hees <i>et al.</i> , 2013	Cuijpers <i>et al.</i> , 2013	Gould <i>et al.</i> , 2012	Canton <i>et al.</i> , 2012	Cuijpers <i>et al.</i> , 2012b	Khan <i>et al.</i> , 2012	Cuijpers <i>et al.</i> , 2011b	[Cuijpers <i>et al.</i> , 2011a]	Spielmanns <i>et al.</i> , 2011	Roshanai-Moghadam <i>et al.</i> , 2011	Bell <i>et al.</i> , 2009	Cuijpers <i>et al.</i> , 2009
	Évaluer l'efficacité et l'efficacité de la TIP en la comparant avec des formes de traitement standardisées pour le traitement des patients ayant un diagnostic primaire de trouble de dépression majeure	Évaluer l'efficacité comparée de la psychothérapie et de la pharmacothérapie dans le traitement des troubles dépressifs et anxieux	Évaluer la thérapie cognitive-comportementale (TCC) dans le traitement de la dépression chez les personnes âgées de même âge que les facteurs associés à son efficacité	Déterminer le traitement optimal du trouble d'anxiété social (TAS) ou phobie sociale	Déterminer les caractéristiques de l'individu permettant de prévoir le résultat d'un traitement spécifique, dans le but d'obtenir une adéquation entre l'individu et le traitement reçu	Évaluer l'efficacité relative entre divers traitements de la dépression de même que les procédures de contrôle, y compris les placebo	Effectuer une revue systématique des traitements psychologiques chez les patients hospitalisés souffrant de dépression	Descrivre les résultats d'une série de méta-analyses examinant la contribution de l'ensemble de la recherche à la connaissance des traitements psychologiques de la dépression	Comparer l'efficacité des antidépresseurs de deuxième génération avec celle de la psychothérapie	Déterminer l'effet relatif de la TCC comparée à la médication dans le traitement de la dépression comparativement au traitement des troubles anxieux	Évaluer si la thérapie de résolution des problèmes (TRP) est efficace sur les symptômes de dépression	Déterminer si le léger avantage de la combinaison de traitements dans le traitement des troubles dépressifs rapporté dans les méta-analyses précédentes est toujours présent lorsque le nombre d'études est augmenté.
Période couverte par la recherche documentaire	Janvier 1970 à août 2012	-	-	1950 à janvier 2012	1966 à janvier 2011	1975 à 2009	1966 à janvier 2010	1966 à janvier 2011	1966 à mai 2007	Du début à juillet 2010	-	1966 à janvier 2007

	Van Hees <i>et al.</i> , 2013	Cuijpers <i>et al.</i> , 2013	Gould <i>et al.</i> , 2012	Canton <i>et al.</i> , 2012	Cuijpers <i>et al.</i> , 2012b	Khan <i>et al.</i> , 2012	Cuijpers <i>et al.</i> , 2011b	[Cuijpers <i>et al.</i> , 2011a]	Spielmann <i>et al.</i> , 2011	Roshanaei-Moghaddam <i>et al.</i> , 2011	Bell <i>et al.</i> , 2009	Cuijpers <i>et al.</i> , 2009
Interventions	Thérapie interpersonnelle (TIP) en individuel seule	TCC, TIP, thérapie de résolution des problèmes (TRP), counseling non directif de soutien (CNS), psychothérapie psychodynamique et autres	TCC	Différents types de psychothérapie (TCC principalement, thérapie d'exposition)	Psychothérapie	Traitements actifs : antidépresseurs + psychothérapie ou autres traitements ; antidépresseurs en plus d'une prise en charge clinique minimale ; psychothérapies seules jugées acceptables dans le traitement de la dépression (TCC et autres) et groupe de traitement traditionnellement accepté comme une thérapie de remplacement dans le traitement de la dépression	Psychothérapie	Traitements psychologiques	TCC	Psychothérapie	TRP	Psychothérapie
Comparateurs	Autres types de psychothérapie, traitement combiné ou pharmacothérapie	Différents types d'antidépresseurs (ISRS, TCA, IMAO), autres traitements vus par un protocole, y compris plusieurs antidépresseurs	Contrôles actifs ou non et autres traitements (pharmacothérapie et autres types de psychothérapie)	Différents types d'antidépresseurs (ISRS, IMAO) et traitement combinant psychothérapie et pharmacothérapie	Pharmacothérapie et combinaison pharmacothérapie et psychothérapie	Traitement contrôle : placebo (médication), différentes procédures (fausse acupuncture, thérapie non spécifique de la dépression, régime thérapeutique partiel) ; traitement usuel et liste d'attente	Groupe témoin, y compris le traitement usuel et la pharmacothérapie	Groupe témoin Pharmacothérapie ; combinaison psychothérapie et pharmacothérapie	Antidépresseurs de deuxième génération	Pharmacothérapie	Autres thérapies psychologiques, médicaments, groupe témoin de soutien et liste d'attente	Combinaison psychothérapie et pharmacothérapie

	Van Hees <i>et al.</i> , 2013	Cuijpers <i>et al.</i> , 2013	Gould <i>et al.</i> , 2012	Canton <i>et al.</i> , 2012	Cuijpers <i>et al.</i> , 2012b	Khan <i>et al.</i> , 2012	Cuijpers <i>et al.</i> , 2011b	[Cuijpers <i>et al.</i> , 2011a]	Spielmann <i>et al.</i> , 2011	Roshanaei-Moghaddam <i>et al.</i> , 2011	Bell <i>et al.</i> , 2009	Cuijpers <i>et al.</i> , 2009
Milieux	Ambulatoire, première ligne		Ambulatoire, première ligne, communautaire, mixte		Ambulatoire, première ligne		Hospitalier	Tous les milieux				
Type de thérapie privilégié par l'auteur												
Paramètres mesurés	Symptômes de dépression	Symptômes de dépression		Symptômes de dépression	Symptômes de dépression	Pourcentage de réduction des symptômes	Symptôme de dépression	Symptôme de dépression	Symptôme de dépression	Symptôme de dépression	Symptôme de dépression	
Données probantes	8 ECR dont 5 ECR comparant une pharmacothérapie	67 ECR (dont 40 ECR sur les troubles dépressifs et 27 ECR sur les troubles anxieux)	23 ECR (dont 1 ECR comparant la TCC à la pharmacothérapie)	9 ECR	52 ECR (dont 33 ECR comportant une comparaison directe de la psychothérapie et de la pharmacothérapie et 14 ECR de la psychothérapie et des traitements combinés)	115 études sur l'efficacité de la psychothérapie et 67 études pivots sur les antidépresseurs	12 ECR (dont 9 ECR où les patients ont reçu la pharmacothérapie)	243 ECR	15 ECR	21 ECR sur les troubles dépressifs et 21 ECR sur les troubles anxieux	20 ECR	18 ECR

	Van Hees <i>et al.</i> , 2013	Cuijpers <i>et al.</i> , 2013	Gould <i>et al.</i> , 2012	Canton <i>et al.</i> , 2012	Cuijpers <i>et al.</i> , 2012b	Khan <i>et al.</i> , 2012	Cuijpers <i>et al.</i> , 2011b	[Cuijpers <i>et al.</i> , 2011a]	Spielmanns <i>et al.</i> , 2011	Rooshanai-Moghaddam <i>et al.</i> , 2011	Bell <i>et al.</i> , 2009	Cuijpers <i>et al.</i> , 2009
Résultats	Les résultats obtenus à l'aide de l'échelle HRSD par la TIP étaient significativement supérieurs à ceux obtenus par la PHT-CM (t (96) = 2,26; p < 0,05; d = -0,50). Pas de différence statistiquement significative entre la TCC et la PHT-CM (t = -1,35; p = 0,37; d = -0,28). Les symptômes dépressifs mesurés à l'aide des échelles HAM-D et BDI se sont améliorés significativement (p < 0,001) dans les 6 premiers mois chez les patients recevant la TIP ou la venlafaxine.	La taille d'effet global/moyen indiquait une différence entre la psychothérapie et la pharmacothérapie au post-test relativement à toutes les comparaisons. Cette différence était de 0,02 (IC à 95 % : -0,07 à 0,10), en faveur de la psychothérapie, mais non significativement différent de zéro, avec un coefficient d'hétérogénéité variant de modéré à élevé (I² = 62 %; IC à 95 % : 52 à 70). La taille d'effet était significativement associée au type de trouble mental (p < 0,05), plus spécifiquement, la pharmacothérapie est plus efficace que la psychothérapie en cas de dysthymie (taille d'effet différentiel : g = -0,30; IC à 95 % : -0,60 à -0,00; I² = 55 %; IC à 95 % : 0 à 83).	On ne rapporte aucune différence statistiquement significative entre la TCC et les autres formes de traitement (autres psychothérapies ou pharmacothérapie).	Sur le plan de l'efficacité, on ne rapporte aucune différence statistiquement significative en termes d'efficacité entre les ISRS et les traitements psychologiques. Celle des IMAO tend à être supérieure à celle des traitements psychologiques, mais cette différence n'est pas statistiquement significative. Les traitements ont montré un long maintien du bénéfice du traitement et une protection contre la rechute, ce qui n'est pas le cas des traitements pharmacologiques.	La pharmacothérapie est plus efficace que la psychothérapie en cas de dysthymie (taille d'effet différentiel : g = -0,28; IC à 95 % : -0,53 à -0,04) chez les patients atteints de dépression post-partum et sur la dépression chez les femmes ayant un problème d'infertilité, mais chacun de ces résultats est basé sur une seule étude. On ne rapporte aucune différence statistiquement significative entre la psychothérapie et la pharmacothérapie chez les patients ayant recus des services ambulatoires, de première ligne, atteints de dépression chronique et les adultes.	La combinaison des antidépresseurs et de la psychothérapie contribue à une plus grande réduction des symptômes que la psychothérapie seule et peut procurer un léger avantage (p = 0,02). On ne rapporte aucune différence entre la psychothérapie et les antidépresseurs.	Les traitements psychologiques ont un effet additionnel faible (g = 0,29), mais significatif sur la dépression quand on les compare au traitement usuel et aux traitements pharmacologiques. L'hétérogénéité était de 0 et non significative dans plusieurs analyses.	L'efficacité de la psychothérapie pour traiter la dépression légère et modérée est égale à celle de la pharmacothérapie. La combinaison de traitements est plus efficace que la psychothérapie seule. La psychothérapie est efficace non seulement chez les adultes dépressifs en général, mais aussi chez les personnes âgées, les femmes souffrant d'une dépression post-partum, les patients ayant des problèmes de santé physique, les patients hospitalisés, ceux des services ambulatoires ou de première ligne, les patients atteints de dépression chronique ou au seuil de la dépression.	L'efficacité de la psychothérapie basée sur l'échelle de dépression était, à court terme, équivalente à celle des antidépresseurs de deuxième génération mais dans le suivi, elle leur était légèrement supérieure. Aucune différence statistiquement observable entre les traitements relativement à la réponse au traitement et au taux de rémission.	La taille d'effet concernant les études sur les troubles dépressifs était de 0,05 (IC à 95 % : -0,09-0,19) ; aucun avantage de la médication ou de la TCC n'a été établi. Par contre, la taille d'effet résultant des études sur les troubles anxieux était de 0,25 (IC à 95 % : -0,02-0,55; p = 0,07). L'effet de la TCC sur le trouble panique était significativement supérieur à celui de la médication (0,50; IC à 95 % : 0,02-0,98).	La TTP montre la même efficacité que celle des médicaments (d = -0,13; p = 0,23), sans être statistiquement plus efficace.	La thérapie combinée (psychothérapie et pharmacothérapie) est plus efficace que la psychothérapie seule dans le traitement des troubles dépressifs. La taille d'effet moyen indiquant une différence entre la psychothérapie et l'effet moyen était de 0,35 (IC à 95 % : 0,24-0,45; p < 0,001) avec une hétérogénéité faible. Cette différence était significativement faible dans les études où la TCC était examinée.

Van Hees <i>et al.</i> , 2013	Cuijpers <i>et al.</i> , 2013	Gould <i>et al.</i> , 2012	Canton <i>et al.</i> , 2012	Cuijpers <i>et al.</i> , 2012b	Khan <i>et al.</i> , 2012	Cuijpers <i>et al.</i> , 2011b	[Cuijpers <i>et al.</i> , 2011a]	Spielmann <i>et al.</i> , 2011	Roshanai-Moghadam <i>et al.</i> , 2011	Beil <i>et al.</i> , 2009	Cuijpers <i>et al.</i> , 2009
Bien que le groupe recevant la venlafaxine ait montré une meilleure amélioration que celui recevant la TIP, la différence n'était pas significative	À l'inverse, la psychothérapie était plus efficace que la pharmacothérapie en cas de TOC (taille d'effet combinée à tel $g = 0.64$; IC à 95 % : 0.20 à 1.08; $I^2 = 72$; IC à 95 % : 36 à 88).		Concernant les ISRS, on rapporte un effet non significatif de la combinaison pharmacothérapeutique combinée à la psychothérapie supérieur à celui du traitement psychologique seul.	La combinaison de traitements pharmacologique et psychologique était significativement plus efficace que la psychothérapie seule chez les patients ayant reçus des services ambulatoires ($g = 0.48$; IC à 95 % : 0.34 à 0.63) dans le traitement de la dépression chronique (résultat basé sur 1 étude). Chez les patients dépressifs ayant reçus des services ambulatoires, la taille d'effet était de 0.40 (IC à 95 % : 0.13 à 0.67) avec une hétérogénéité significative et modérément élevée.					Un effet similaire, mais non significatif, a été observé sur les TOC (0.49; IC à 95 % : -0.11, 1.09). Concernant le TAS, la médication présentait un avantage non significatif sur la psychothérapie (-0.22; IC à 95 % : -0.50, 0.06). On observe un avantage non significatif de la TCC sur la pharmacothérapie dans le traitement des troubles anxieux comparativement au traitement des troubles dépressifs (IB = 0.14; IC à 95 % : -0.14, 0.43)		Elle avait tendance à être plus grande dans les études sur des populations spécifiques (sujets âgés, VIH, dépression chronique) que dans les études sur des adultes et dans les études sur les ATC et les ISRS
6 semaines. Il n'existe pas de différence statistiquement significative entre la TIP et la nortriptyline, et ce, peu importe le moment.	significativement associé aux différentes tailles d'effet ($p < 0.05$). Le traitement par ATC était significativement moins efficace que la psychothérapie ($g = 0.21$; IC à 95 % : 0.04 à 0.39; $I^2 = 52$; IC à 95 % : 19 à 71), alors qu'il n'y avait pas de différence statistiquement significative entre les autres types de pharmacothérapie et la psychothérapie. Le CUDS était moins efficace que la pharmacothérapie ($g = -0.33$; IC à 95 % : -0.64 à -0.02; $I^2 = 69$; IC à 95 % : 27 à 87).		Concernant les IMAO, cet effet était significatif. Ce constat découle des études où les échantillons sont de petites tailles; la puissance de test est donc limitée.								comparativement aux médicaments visés par le protocole ou d'autres antidépresseurs. Aucune différence n'a été relevée au suivi.

Résultats
(suite)

Abréviations : ATC : antidépresseurs tricycliques, BDI : beck depression inventory, CNDs : counselling non directif de support, ECR : essai clinique randomisé, ESPT : état de stress post-traumatique, HDRS : hamilton depression rating scale, IC : intervalle de confiance, IMAO : inhibiteurs de la monoamine oxydase, ISRS : inhibiteurs sélectifs du recaptage de la sérotonine, TAG : trouble d'anxiété généralisée, TAS : trouble d'anxiété sociale, TCC : thérapie cognitivo-comportementale, TIP : thérapie interpersonnelle, TOC : trouble obsessionnel-compulsif, TRP : thérapie axée sur la résolution de problèmes.

TABLEAU 3
Effets de la psychothérapie comparés aux effets de la pharmacothérapie sur les patients souffrant de troubles dépressifs

Étude	Durée du traitement (sem.)	Durée du suivi (sem.)	Populations (N inclus/N ayant terminé le traitement)	Interventions (N patients)	Sous-groupes (N études)	Indices de taille d'effet	I ² (%) (IC à 95 %)	P
Cuijpers <i>et al.</i> , 2013	Nombre de séances de traitement : de 6 à 20, le plus souvent de 12 à 18 séances	n. d.	Adultes ayant un trouble dépressif ou un trouble anxieux (panique avec ou sans agoraphobie, TAG, TAS, TOC, ou ESPT) (5 993/-)	Psychothérapie : TCC, TIP, TRP, TPD et autres (3 142) Comparateurs : différents types d'antidépresseurs (ISRS, ATC, IMAO, autres traitements ayant fait l'objet d'un protocole, y compris plusieurs antidépresseurs) (2 851)	Dépression majeure (n = 39)	g* (IC à 95 %) 0,02 (-0,10 à 0,13)	46 (22 à 63)	n. d.
Gould <i>et al.</i> , 2012	n. d.	4 à 96	Adultes de plus de 50 ans ayant un trouble dépressif (1 815/1 539)	Psychothérapie : TCC Comparateurs : autres traitements (autre psychothérapie, combinaison, pharmacothérapie, liste d'attente traitement habituel)	TCC comparée à un autre traitement (n = 8) Combinaison TCC et autre traitement comparée à la TCC (n = 3)	-0,12 (-0,51 à 0,27) -0,02 (-0,35 à 0,32)	57,7 0	
						d* (IC à 95 %)		

Étude	Durée de traitement (sem.)	Durée du suivi (sem.)	Populations (N inclus/N ayant terminé le traitement)	Interventions (N patients)	Sous-groupes (N études)	Indices de taille d'effet	I ² (%) (IC à 95 %)	P
Van Hees et al., 2013	12 à 16	8 à 16	Adultes atteints de dépression majeure (1 233/854)	Psychothérapie: TIP, TCC Comparateurs: différents types de traitement (néfazodone, placebo, venlafaxine, nortriptyline, traitement usuel, pharmacothérapie)	Psychothérapie comparée à la pharmacothérapie (n = 3)	-0,28	n. d.	0,37
Cuijpers et al., 2012b	Nombre de séances de traitement: de 6 à 56	n. d.	Adultes ayant obtenu un diagnostic de trouble dépressif (4 734)	Psychothérapie: traitements psychologiques (1 720) Comparateur: pharmacothérapie (1 925), combinaison (1 089)	Psychothérapie comparée à la pharmacothérapie (n = 2 mineure + trouble concomitant) Traitement combiné comparé à psychothérapie (n = 1 – dépression chronique)	-0,09 (-0,44 à 0,26) 0,54 (0,35 à 0,73)	n. d. n. d.	n. s. 0,001
Roshanaei-Moghaddam et al., 2011	n. d.	n. d.	Adultes atteints de trouble dépressif majeur, de trouble panique avec ou sans agoraphobie, TAG, TAS, TOC ou SPT (3293/-)	Psychothérapie: TCC Comparateurs: pharmacothérapie (2 027 atteints de trouble dépressif et 1 266 atteints de trouble anxieux)	Troubles dépressifs (n = 21)	0,05 (-0,09 à 0,19)	54,9 (20,2-82,8)	n. d.
Cuijpers et al., 2011b	Nombre de séances de traitement: de 6 à 47, le plus souvent de 6 à 15 séances	Jusqu'à 18 mois	Patients ayant obtenu un diagnostic de trouble dépressif	Psychothérapie: traitements psychologiques Comparateurs: autres traitements, y compris traitement usuel et pharmacothérapie	Psychothérapie comparée à la pharmacothérapie (n = 37) Psychothérapie comparée au traitement combiné (n = 19)	-0,07 (-0,15-0,01) 0,35 (0,24-0,45)	21,31 0	n. d. n. d.
Spielmanns et al., 2011	6 à 26	0 à 40	Adultes atteints de dépression majeure (1975/-)	Interventions: traitements psychologiques (<i>bona fide</i> TCC, <i>bona fide</i> non TCC) Comparateurs: antidépresseurs	Post-traitement (n = 19) Au suivi (n = 8)	-0,19 0,26	78,30 7,88	0,06 0,003

Étude	Durée du traitement (sem.)	Durée du suivi (sem.)	Populations (N inclus/N ayant terminé le traitement)	Interventions (N patients)	Sous-groupes (N études)	Indices de taille d'effet	I ² (%) (IC à 95 %)	P
Bell <i>et al.</i> , 2009	n. d.	4 à 52	Toute personne ayant des symptômes de dépression (-/1426)	Interventions : TRP Comparateurs : pharmacothérapie	Pré- et post-traitement TRP	-0,13	n. d.	0,23
Cuijpers <i>et al.</i> , 2009	Nombre de séances de traitement : de 5 à 24	1 à 24 mois	Adultes atteints de trouble dépressif (1838/-)	Interventions : traitements psychologiques Comparateurs : combinaison pharmacothérapie et psychothérapie	Toutes les études (n = 18)	0,35 (0,24-0,45)	0	< 0,001

Abréviations : ATC : antidépresseurs tricycliques ; ESPT : état de stress post-traumatique ; IC : intervalle de confiance ; IMAO : inhibiteur de la monoamine oxydase ; ISBS : inhibiteur sélectif du recaptage de la sérotonine ; N : nombre ; n. d. : non disponible ; n. s. : non significatif ; SPT : stress post-traumatique ; TAG : trouble d'anxiété généralisée ; TAS : trouble d'anxiété sociale ; TOC : trouble obsessionnel-compulsif ; TCC : thérapie cognitivo-comportementale ; TIP : thérapie interpersonnelle ; TRP : thérapie de résolution des problèmes ; TPD : thérapie psychodynamique

* * Les indices de taille d'effet peuvent être calculés en utilisant les coefficients **g** de Hedges [Hedges et Olkin, 1985] ou **d** de Cohen [Cohen, 1988]. Le **g** de Hedges est une variation du **d** de Cohen qui corrige les biais dus à la petite taille des échantillons. Son ampleur ou sa taille peut être interprétée comme le **d** de Cohen, soit faible (0,2), moyen (0,5) ou fort (0,8) [Hofmann *et al.*, 2010]. Concernant l'effet différentiel de la psychothérapie et de la pharmacothérapie illustré par le **g** de Hedges, la valeur positive indique ici l'effet supérieur de la psychothérapie.

† Le test d'homogénéité des tailles d'effet entre les études est effectué en calculant la statistique **P**. Une valeur de 0 % signifie qu'aucune hétérogénéité n'a été observée et les valeurs plus élevées indiquent une hétérogénéité croissante. Ainsi, une valeur de 25 à 49 % = faible, de 50 à 74 % = modérée et > 75 % = élevée [Higgins *et al.*, 2003].

TABLEAU 4
Effets de la psychothérapie comparés aux effets de la pharmacothérapie sur les patients souffrant de troubles anxieux

Étude	Durée du traitement (sem.)	Durée du suivi (sem.)	Populations (N inclus/N ayant terminé le traitement)	Intervention (N patients)	Sous-groupes (N études)	Indices de taille d'effet*	RC (IC à 95 %)	I ² (IC à 95 %)	P
Cuijpers <i>et al.</i> , 2013	Nombre de séances de traitement: de 6 à 20, le plus souvent de 12 à 18	n. d.	Adultes atteints de trouble dépressif, de trouble panique avec ou sans agoraphobie, TAG, TAS, TOC ou SPT (5 993/-)	Interventions : TCC, TIP, TRP, TPD et autres (3 142) Comparateurs: différents types d'antidépresseurs (ISRS, ATC, IMAO, autres traitements visés par un protocole, y compris plusieurs les antidépresseurs) (2 851)		g (IC à 95 %)			
					Tous les troubles anxieux (n = 30)	0,10 (-0,05 à 0,25)	n. d.	71 (59 à 80)	s.
					Trouble panique (n = 12)	0,00 (-0,28 à 0,28)	n. d.	62 (28 à 79)	s.
					TAS (n = 9)	-0,03 (-0,34 à 0,28)	n. d.	74 (50 à 87)	s.
					TOC (n = 6)	0,64 (0,20 à 1,08)	n. d.	72 (36 à 88)	s.
						d (IC à 95 %)			
Roshanaei-Moghaddam <i>et al.</i> , 2011	n. d.	n. d.	Adultes atteints de trouble dépressif majeur, de trouble panique avec ou sans agoraphobie, TAG, TAS, TOC ou SPT (3 293/-)	Interventions : Traitements psychologiques Comparateurs : pharmacothérapie (2 027 atteints de trouble dépressif et 1 266 atteints de trouble anxieux)	Troubles anxieux (n = 21)	0,25 (-0,02 à 0,55)	n. d.	80,0 (69,3-91,4)	n. s.

Étude	Durée du traitement (sem.)	Durée du suivi (sem.)	Populations (N inclus/N ayant terminé le traitement)	Intervention (N patients)	Sous-groupes (N études)	Indices de taille d'effet*	RC (IC à 95%)	I ^{2†} (IC à 95%)	P
Canton <i>et al.</i> , 2012	12	52	Adultes atteints de TAS (phobie sociale)	Interventions : TCC Comparateurs : pharmacothérapie (ISRS, IMAO) et combinaison psychothérapie et pharmacothérapie (ISRS, IMAO)	Interventions : TCC (90/210) Comparateurs : ISRS (64/144)	n. d.	1,19 (0,76 à 1,84)	n. d.	n. s.
					Interventions : TCC (60/111) Comparateurs : IMAO (66/99)	n. d.	1,86 (0,94 à 3,69)	n. d.	n. s.
					Interventions : TCC (90/210) Comparateurs : ISRS + psychothérapie (72/147)	n. d.	0,71 (0,46 à 1,09)	n. d.	n. s.
					Interventions : TCC (35/58) Comparateurs : IMAO + psychothérapie (44/54)	n. d.	0,31 (0,12 à 0,79)	n. d.	s.

Abréviations : IC : intervalle de confiance ; IMAO : inhibiteurs de la monoamine oxydase ; ISRS : inhibiteurs sélectifs du recaptage de la sérotonine ; N. : nombre ; n. d. : non disponible ; n. s. : non significatif ; RC : rapport de cotes ; SPT : stress post-traumatique ; TAG : trouble d'anxiété généralisée ; TAS : trouble d'anxiété sociale (aussi appelé phobie sociale) ; TOC : trouble obsessionnel-compulsif ; TCC : thérapie cognitivo-comportementale ; TIP : thérapie interpersonnelle ; TRP : thérapie de résolution des problèmes ; s. : significatif ; TPD : thérapie psychodynamique

* Les indices de taille d'effet peuvent être calculés en utilisant les coefficients **g** de Hedges [Hedges et Olkin, 1985] ou **d** de Cohen [Cohen, 1988]. Le **g** de Hedges est une variation du **d** de Cohen qui permet de corriger les biais dus à la petite taille des échantillons. Son ampleur ou sa taille peut être interprétée comme celle du **d** de Cohen, soit faible (0,2), moyen (0,5) et fort (0,8) [Hofmann *et al.*, 2010]. Concernant l'effet différentiel de la psychothérapie et de la pharmacothérapie illustré par le **g** de Hedges, la valeur positive indique ici l'effet supérieur de la psychothérapie.

† Le test d'homogénéité des tailles d'effet entre les études est effectué en calculant la statistique **I²**. Une valeur de 0% signifie qu'aucune hétérogénéité n'a été observée et les valeurs plus élevées indiquent une hétérogénéité croissante. Ainsi, une valeur de 25 à 49% = faible, de 50 à 74% = modérée et > 75% = élevée [Higgins *et al.*, 2003].

RÉFÉRENCES

- American psychological association (August, 2012). Resolution on the recognition of psychotherapy effectiveness - Approved August 2012. *Washington, DC: APA*. Retrieved from <http://www.apa.org/about/policy/resolution-psychotherapy.aspx>
- Australian Institute of Health and Welfare (AIHW). (2010). Mental health services in Australia 2007-08. Mental health series no. 12. *Canberra, Australie: AIHW*. Retrieved From : <http://www.aihw.gov.au/WorkArea/DownloadAsset.aspx?id=6442457209>
- Australian Psychological Society (2010). Evidence-based psychological interventions in the treatment of mental disorders : A literature review. Third edition. *Melbourne, Australie: APS*. Retrieved From : <http://www.psychology.org.au/assets/files/evidence-based-psychological-interventions.pdf>
- Bell, A. C. et D'Zurilla, T. J. (2009). Problem-solving therapy for depression: a meta-analysis. *Clin Psychol Rev*, 29(4), 348-353. doi: 10.1016/j.cpr.2009.02.003
- Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) (2009). Clinical guidelines for the management of major depressive disorder in adults. *J Affect Disord*, 117(Suppl 1), S1-S64.
- Canton, J., Scott, K. M. et Glue, P. (2012). Optimal treatment of social phobia: Systematic review and meta-analysis. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 8, 203-215.
- Cuijpers, P., Andersson, G., Donker, T. et Van Straten, A. (2011). Psychological treatment of depression : results of a series of meta-analyses. *Nord J Psychiatry*, 65(6), 354-364. doi: 10.3109/08039488.2011.596570
- Cuijpers, P., Clignet, F., Van Meijel, B., Van Straten, A., Li, J. et Andersson, G. (2011). Psychological treatment of depression in inpatients: a systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev*, 31(3), 353-360. doi: 10.1016/j.cpr.2011.01.002
- Cuijpers, P., Driessen, E., Hollon, S. D., van Oppen, P., Barth, J. et Andersson, G. (2012). The efficacy of non-directive supportive therapy for adult depression : a meta-analysis. *Clin Psychol Rev*, 32(4), 280-291. doi: 10.1016/j.cpr.2012.01.003
- Cuijpers, P., Reynolds, C. F., 3rd, Donker, T., Li, J., Andersson, G. et Beekman, A. (2012). Personalized treatment of adult depression : medication, psychotherapy, or both? A systematic review. *Depress Anxiety*, 29(10), 855-864. doi: 10.1002/da.21985
- Cuijpers, P., Sijbrandij, M., Koole, S. L., Anderson, G., Beekman, A. T. et Reynolds III, C. F. (2013). The efficacy of psychotherapy and pharmacotherapy in treating depressive and anxiety disorders: a meta-analysis of direct comparisons. *World Psychiatry*, 12, 137-148.
- Cuijpers, P., Van Straten, A., Warmerdam, L. et Andersson, G. (2009). Psychotherapy versus the combination of psychotherapy and pharmacotherapy in the treatment of depression: a meta-analysis. *Depress Anxiety*, 26(3), 279-288. doi: 10.1002/da.20519

- De Mello, M., De Jesus Mari, J., Bacaltchuk, J., Verdeil, H. et Neugebauer, R. (2005). A systematic review of research findings on the efficacy of interpersonal therapy for depressive disorders. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 255(2), 75-82.
- Ferrero, A., Piero, A., Fassina, S., Massola, T., Lanteri, A., Abbate Daga, G. et Fassino, S. (2007). A 12-month comparison of brief psychotherapy and pharmacotherapy treatment in subjects with generalised anxiety disorders in a community setting. *European Psychiatry*, 22, 530-539.
- Fleury, M. J. et Grenier, G. (2012). État de situation sur la santé mentale au Québec et réponse du système de santé et de services sociaux. *Québec, Qc: Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE)*. Retrieved From: http://www.bibliotheque.assnat.qc.ca/DepotNumerique_v2/AffichageFichier.aspx?idf=71970.
- Gould, R. L., Coulson, M. C. et Howard, R. J. (2012). Cognitive behavioral therapy for depression in older people: a meta-analysis and meta-regression of randomized controlled trials. *J Am Geriatr Soc*, 60(10), 1817-1830. doi: 10.1111/j.1532-5415.2012.04166.x
- Guyatt, G., Gutterman, D., Baumann, M. H., Addrizzo-Harris, D., Hylek, E. M., Phillips, B., . . . Schünemann, H. (2006). Grading strength of recommendations and quality of evidence in clinical guidelines: Report from an American College of Chest Physicians task force. *Chest*, 129(1), 174-181.
- Institut de la statistique du Québec (ISQ) (2010). Étude sur la santé mentale et le bien-être des adultes québécois: une synthèse pour soutenir l'action. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (cycle 1.2). *Québec, Qc: ISQ*. Retrieved From: <http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/sante/etat-sante/mentale/sante-mentale-action.pdf>
- Institut national de santé publique du Québec (2012). Surveillance des troubles mentaux au Québec: prévalence, mortalité et profil d'utilisation des services. Rapport préparé par Lesage, A. et Émond, V. . *Surveillance des maladies chroniques, Numéro 6. Québec, Qc: INSPQ*. Retrieved From: http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1578_SurvTroublesMentauxQc_PrevalMortaProfilUtiliServices.pdf
- Khan, A., Faucett, J., Lichtenberg, P., Kirsch, I. et Brown, W. A. (2012). A systematic review of comparative efficacy of treatments and controls for depression. *PLoS One*, 7(7), e41778. doi: 10.1371/journal.pone.0041778
- Laidlaw, K., Davidson, K., Toner, H., Jackson, G., Clark, S., Law, J., . . . Cross, S. (2008). A randomised controlled trial of cognitive behaviour therapy vs treatment as usual in the treatment of mild to moderate late life depression. *Int J Geriatr Psychiatry*, 23(8), 843-850. doi: 10.1002/gps.1993
- Landis, J. R. et Koch, G. G. (1977). The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*, 33(1), 159-174.
- Luborsky, L., Diguer, L., Seligman, D. A., Rosenthal, R., Krause, E. D., Johnson, S., . . . Schweizer, E. (1999). The researcher's own therapy allegiances: A "wild card" in comparisons of treatment efficacy. *Clin Psychol Sci Pract.*, 6, 95-106.

- McHugh, R. K., Whitton, S. W., Peckham, A. D., Welge, J. A. et Otto, M. W. (2013). Patient preference for psychological vs pharmacologic treatment of psychiatric disorders : a meta-analytic review. *J Clin Psychiatry*, 74(6), 595-602. doi: 10.4088/JCP.12r07757
- Mitte, K. (2005). A meta-analysis of the efficacy of psycho- and pharmacotherapy in panic disorder with and without agoraphobia. *J Affect Disord*, 88(1), 27-45. doi: S0165-0327(05)00127-8 [pii] 10.1016/j.jad.2005.05.003
- National institute for health and clinical excellence (NICE) (2004). Clinical guidelines for the management of anxiety: Panic disorder (with or without agoraphobia) and generalised anxiety disorder: Management of anxiety (panic disorder, with or without agoraphobia, and generalised anxiety disorder) in adults in primary, secondary and community care. . *Londres, Angleterre: NICE*. Retrieved From: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK45834/pdf/TOC.pdf>
- National Institute for health and Clinical Excellence (NICE) (2005a). Obsessive-compulsive disorder: core interventions in the treatment of obsessive-compulsive disorder and body dysmorphic disorder. NICE clinical guideline. *Londres, Angleterre: NICE*. Retrieved From: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg31>
- National Institute for health and Clinical Excellence (NICE) (2005b). Post-traumatic stress disorder (PTSD): the management of PTSD in adults and children in primary and secondary care. NICE clinical guideline. *Londres, Angleterre: NICE*. Retrieved From: <https://www.nice.org.uk/guidance/CG26>
- National institute for health and clinical excellence (NICE) (2009). The treatment and management of depression in adults. NICE Guideline 90. *Londres, Angleterre: NICE*. Retrieved From: <https://www.nice.org.uk/guidance/CG90>
- National Institute for health and Clinical Excellence (NICE) (2011). Generalised anxiety disorder and panic disorder (with or without agoraphobia) in adults. NICE clinical guideline. *Londres, Angleterre: NICE*. Retrieved From: <http://www.nice.org.uk/guidance/cg113/>
- Oei, T. P. et Dingle, G. (2008). The effectiveness of group cognitive behaviour therapy for unipolar depressive disorders. *J Affect Disord*, 107(1-3), 5-21. doi: S0165-0327(07)00271-6 [pii] 10.1016/j.jad.2007.07.018
- Roshanaei-Moghaddam, B., Pauly, M. C., Atkins, D. C., Baldwin, S. A., Stein, M. B. et Roy-Byrne, P. (2011). Relative effects of CBT and pharmacotherapy in depression versus anxiety : is medication somewhat better for depression, and CBT somewhat better for anxiety? *Depress Anxiety*, 28(7), 560-567. doi: 10.1002/da.20829
- Shea, B. J., Grimshaw, J. M., Wells, G. A., Boers, M., Andersson, N., Hamel, C., . . . Bouter, L. M. (2007). Development of AMSTAR: a measurement tool to assess the methodological quality of systematic reviews. *BMC Med Res Methodol*, 7, 10. doi: 1471-2288-7-10 [pii] 10.1186/1471-2288-7-10
- Spielmanns, G. I., Berman, M. I. et Usitalo, A. N. (2011). Psychotherapy versus second-generation antidepressants in the treatment of depression: a meta-analysis. *J Nerv Ment Dis*, 199(3), 142-149. doi: 10.1097/NMD.0b013e31820caefb

- Van Apeldoorn, F. J., Van Hout, W. J. P. J., Mersch, P. P. A., Huisman, M., Slaap, B. R., Hale, W. W. et Den Boer, J. A. (2008). Is a combined therapy more effective than either CBT or pharmacotherapy (SSRI) alone? Results of a multicentre trial on panic disorder with or without agoraphobia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 117, 260-270.
- Van Hees, M. L., Rotter, T., Ellermann, T. et Evers, S. M. (2013). The effectiveness of individual interpersonal psychotherapy as a treatment for major depressive disorder in adult outpatients: a systematic review. *BMC Psychiatry*, 13, 22. doi: 10.1186/1471-244x-13-22

Accessibilité à la psychothérapie subventionnée par l'État : comparaisons entre les perspectives des psychologues et des psychothérapeutes

Stacy Bradley^a

Rachelle Doucet^b

Erich Kohler^c

Martin Drapeau^d

RÉSUMÉ L'amélioration de l'accès aux traitements en santé mentale est depuis longtemps une priorité tant au Québec que sur la scène canadienne et internationale. Des initiatives pour accroître l'accès à la psychothérapie subventionnée par l'État ont entre autres été mises de l'avant en Australie et au Royaume-Uni. La présente étude a visé à documenter comment les psychologues et les psychothérapeutes se distinguent dans leurs attitudes quant aux différents aspects qui définissent ces programmes d'accès à la psychothérapie subventionnée par l'État. Les participants (N = 1 275) ont été recrutés par courriel et invités à remplir une série de questionnaires en ligne, lesquels portaient notamment sur : les différents services et modalités de service qui devraient être assurés par l'État ; le rôle et l'autonomie des cliniciens si les services de psychothérapie devaient être assurés par l'État ; les tarifs, les modalités de remboursement et les conditions de travail des cliniciens. Les résultats indiquent que les psychothérapeutes valorisent davantage la thérapie de couple et familiale, l'aide à l'emploi et l'orientation professionnelle

-
- a. M.A., Ph. D. Candidate, McGill University, Department of Counselling Psychology.
 - b. B.A., Psychology, McGill University.
 - c. M.A., Counselling Psychology, McGill University.
 - d. Ph. D., Clinical Psychology, Associate Professor of Counselling Psychology and of Psychiatry at McGill University.

que les psychologues. Quant à ces derniers, ils valorisent davantage l'utilisation de pratiques fondées sur des données probantes ainsi que le suivi en continu des résultats du traitement, et la publication du niveau de satisfaction quant aux traitements reçus par la clientèle desservie. Des différences entre les deux groupes ont aussi été observées concernant leurs préférences quant aux modalités de paiement et de remboursement des services. Ces résultats peuvent avoir des implications pour l'implantation d'un programme de psychothérapie subventionnée par l'État au Québec.

MOTS CLÉS psychologue, psychothérapeute, psychothérapie, sondage, accès, données probantes, assurance publique, État

Access to government-funded psychotherapy: comparing the point of view of psychologists and psychotherapists

ABSTRACT Objectives Within the Quebec context, as well as the larger Canadian and International context, increasing access to mental health care treatment has become a major health care priority (see Peachey, Hicks, & Adams, 2013). Initiatives to increase access through government-funded psychotherapy have been successfully implemented in Australia and the United Kingdom. The current study sought to document how licensed psychologists and psychotherapists in Quebec differ in their attitudes about the components of these government-funded psychotherapy programs and increasing access to psychotherapy treatment.

Methods The target population for the study included both psychologists and psychotherapists whom were licensed to practice psychotherapy with the Ordre des Psychologues of Quebec. Participants (N = 1 275) were recruited by email to participate in an online questionnaire focusing on components such as the services that should be offered in a new government-funded psychotherapy model (e.g., individual therapy, family therapy; including employment and debt counselling), the choice and autonomy clinicians have in their treatment interventions, the role of the referring General Practitioner (GP), the fees per psychotherapy hour, the hiring structure (e.g., in the public sector versus reimbursing private psychotherapy services), among others.

Results The results indicated that psychotherapists were more in favour of including family and couple therapy, and employment/vocational counselling than psychologists. Psychologists were more in favour of using evidence-based practices as well as tracking treatment outcomes using validated measures, and publishing treatment satisfaction ratings to the public. Psychotherapists were more in favour of being paid on a session-to-session basis as opposed to be being hired on a salaried basis to offer government-funded psychotherapy.

Conclusions Given that psychologists and psychotherapists differ in their training background and have historically played different roles in the health care system, it is important to understand how they differ in their perspectives on accessibility

to psychotherapy. The implications for implementing government-funded psychotherapy initiatives in Quebec given the different professional perspectives of the two groups are discussed.

KEYWORDS accessibility, psychotherapy, psychologist, psychotherapist, survey, mental health care

Selon la Commission de la santé mentale du Canada (2012), approximativement un Canadien sur cinq souffre d'un problème de santé mentale. Le Centre de toxicomanie et de santé mentale indique qu'au moins 20 % des Canadiens souffrant d'une maladie mentale font également face à un problème d'abus de substances (Rush, *et al.*, 2008). De plus, les adultes affectés par des problèmes de santé mentale sévères voient leur espérance de vie réduite de façon dramatique comparativement à la population générale (Commission de la santé mentale du Canada, 2012; Laurence, Kiseley & Pais, 2010). Récemment, le fardeau économique que représentent les problèmes de santé mentale a lui aussi été examiné. Ce fardeau, qui prend notamment compte des coûts reliés à l'utilisation des soins de la santé et de la perte de productivité au travail, est estimé à 51 milliards de dollars par année au Canada (Cohen & Peachy, 2014; Commission de la santé mentale du Canada, 2012). Les individus atteints d'un problème de santé mentale présentent un taux de chômage beaucoup plus élevé (Centre de toxicomanie et de santé mentale, 2012; Dewa & McDaid, 2010); il est par ailleurs estimé que parmi les travailleurs employés au Canada, 500 000 doivent s'absenter du travail chaque semaine pour cause de problèmes de santé mentale, faisant des troubles mentaux la principale cause d'invalidité au Canada (Centre de toxicomanie et de santé mentale, 2012).

Ces données soulignent la nécessité d'offrir de meilleurs services de santé mentale (voir notamment Peachey, Hicks & Adams, 2013; Drapeau, 2014). Malheureusement, seulement un tiers des individus souffrant d'un problème de santé mentale rapportent avoir cherché et reçu des services d'aide (Statistique Canada, 2003; voir aussi Cox, 2014; Roberge *et al.*, 2014). Pourtant, des preuves convaincantes existent concernant l'efficacité de plusieurs interventions en santé mentale, notamment pour les interventions psychologiques et plus spécifiquement en ce qui concerne la psychothérapie pour le traitement de nombreux troubles mentaux. *L'American Psychological Association*

(2013), l'*Australian Psychological Society* (2010) et plus récemment, la Société canadienne de psychologie (Hunsley, Elliot, & Therrien, 2013) fournissent toutes des revues de l'efficacité des thérapies psychologiques, démontrant par ailleurs que celles-ci sont rentables financièrement et permettent une réduction de l'utilisation des services de soins de santé (voir aussi, Cavaliere, 2014; Cohen & Peachey, 2014; Hunsley, 2002).

Ainsi, des programmes visant à augmenter l'accès aux soins en santé mentale, en mettant notamment l'accent sur l'accès à la psychothérapie, ont été mis en place avec succès à l'extérieur du Québec (Département de la santé, 2008; Commission de la santé mentale du Canada, 2012; Votta-Bleeker & Cohen, 2014). Par exemple, le programme *Improving Access to Psychological Therapies (IAPT)* instauré au Royaume-Uni propose notamment un modèle de soins par paliers offrant des traitements psychothérapeutiques et autres fondés sur des données probantes (telles qu'identifiées par le *National Institute for Clinical Excellence*; Clark, 2011; Clark *et al.*, 2009). Dans le cadre de ce programme, le gouvernement finance des *Primary Care Trusts* (groupes de soins primaires), qui sont eux-mêmes responsables de la distribution de soins de santé au sein d'une région géographique, ainsi que de la formation et l'embauche de cliniciens offrant des traitements fondés sur la thérapie cognitivo-comportementale. Alors que les références en psychothérapie peuvent provenir de sources multiples (par exemple, l'autoréférence ou la référence par un médecin de famille), l'accès au traitement s'effectue exclusivement à travers le groupe de soins primaires. D'autres caractéristiques de ce programme d'accès à la psychothérapie incluent notamment le suivi des résultats (*outcome*) du traitement, ainsi que l'aide à l'emploi et l'orientation professionnelle, puisque le retour au travail est l'objectif principal du programme (Clark *et al.*, 2009; Clark, 2011; Department of Health, 2008b; aussi voir www.iapt.nhs.uk/about-iapt/).

De façon similaire, un autre programme (*Better Outcome Program*) visant à accroître l'accès à la psychothérapie a été mis en place il y a quelques années en Australie (Hickie & Groom, 2002; Hyde, 2014; Pirkis, Burgess, *et al.*, 2006). Un aspect central de ce programme est l'*Access to Allied Psychological Services (ATAPS)* (Accès aux services psychologiques associés), qui permet de soutenir les groupes de pratique générale pour que les médecins généralistes puissent référer leurs patients à des cliniciens spécialisés en santé mentale offrant des traitements psychologiques fondés sur des données probantes (Australian Government Department of Health, 2013a; Pirkis, Burgess, *et al.*,

2006). Contrairement au programme IAPT du Royaume-Uni, dans lequel les professionnels ont un emploi désigné, les professionnels en santé mentale du programme ATAPS peuvent être embauchés par le service ou être placés sous contrat et payés à la séance (Pirkis, Stokes, *et al.*, 2006). Les patients peuvent, sur référence médicale, recevoir 12 séances individuelles, en plus de 12 séances en groupe par année (Australian Government Department of Health, 2013a). Toujours en Australie, un second programme, le *Better Access Program* permet aux usagers de recevoir des services de santé mentale offerts par des cliniciens autorisés, et ce, jusqu'à concurrence de 10 séances de thérapie (Australian Government Department of Health, 2013b). La voie de référence pour le programme *Better Access* est plus étroite que celle du programme IAPT au Royaume-Uni, puisque les références en psychothérapie doivent provenir d'un médecin généraliste, d'un psychiatre ou d'un pédiatre. De plus, le professionnel faisant la référence doit lui-même préparer «un plan de traitement de santé mentale», ce qui implique une évaluation de la santé mentale du patient ainsi que des recommandations pour le traitement destinées à l'attention du professionnel traitant (Australian Government Department of Health, 2013b; Pirkis *et al.*, 2011; pour une discussion de certains problèmes liés à ce modèle, voir Hyde, 2014).

Il existe ainsi certains points communs entre les différents programmes d'accès à la psychothérapie mis en place à l'extérieur du Québec. Mais ils sont aussi différents à plusieurs égards. Dans une série d'études, certaines complétées et d'autres toujours en cours, nous avons examiné ces différents programmes dans le détail puis tenté de documenter les opinions des psychologues et des psychothérapeutes du Québec quant aux principales caractéristiques de ces programmes existants ailleurs. Si le Québec compte aller de l'avant avec la mise en place d'un programme de couverture de la psychothérapie, il faut que les cliniciens qui offriront les services adhèrent au programme. Il est donc essentiel que le programme soit généralement cohérent avec leurs opinions, leurs préférences et leur expertise, et prenne en considération certaines des particularités culturelles et professionnelles du Québec.

Ainsi, dans une première étude portant sur l'opinion de 1275 psychologues et psychothérapeutes québécois francophones quant aux caractéristiques et composantes des programmes australiens et du programme du Royaume-Uni (Bradley & Drapeau, 2014), nous avons notamment trouvé que ces cliniciens estimaient nécessaire d'accroître les services pour les troubles anxieux, la dépression, la schizophrénie,

les difficultés reliées à la santé et les difficultés reliées à la famille. Les répondants étaient aussi favorables au paiement par séance (c.-à-d. selon un modèle *fee for service*, ou paiement à l'acte), à l'utilisation de pratiques fondées sur des données probantes, ainsi qu'au maintien de la discrétion du clinicien (autonomie professionnelle) quant au type de traitement à offrir à chaque patient. Contrairement à ce qui se fait en Australie, les répondants ne percevaient pas de façon favorable le rôle central du médecin de famille pour permettre l'accès aux services; les résultats obtenus auprès des praticiens québécois reflétaient en effet une préférence pour une diversité des voies de référence. Par ailleurs, les répondants percevaient de façon positive la supervision obligatoire des cliniciens, financée par l'État, ainsi que l'inclusion de l'aide à l'emploi et de l'orientation professionnelle pour les usagers de services, comme c'est le cas dans le programme IAPT du Royaume-Uni (Clark, 2011; pour plus d'information sur les résultats, voir Bradley & Drapeau, 2014).

Avec la présente étude, nous avons cherché à réévaluer certaines de ces données, cette fois en tentant de déterminer s'il existe des différences entre les psychologues et les psychothérapeutes. Malheureusement, nous en savons très peu au Québec sur la pratique des psychologues, aucune donnée n'étant colligée de façon régulière sur ces professionnels. Ainsi, nous en savons peu sur les services qu'ils offrent, leur efficacité, les populations qu'ils traitent, le coût de leurs services, ainsi que sur d'autres aspects cruciaux de leur pratique. Par ailleurs, les psychologues n'ayant pas d'association unique pour les représenter¹, il n'existe pour l'instant aucun organisme ou mécanisme – la voix officielle des psychologues – qui permettrait de faire connaître leurs opinions quant aux composantes qui définiraient un éventuel programme d'accès à la psychothérapie.

La situation est similaire pour les psychothérapeutes. Comme ils proviennent de différentes professions (p. ex. infirmier, conseiller

1. Il existe plusieurs associations de psychologues au Québec, souvent créées en fonction d'un champ d'exercices particulier ou d'une région. La principale association généraliste, c.-à-d. qui n'est ni liée à une région, ni restreinte à un champ d'exercices particulier, est l'Association des psychologues du Québec (www.apqc.ca), qui compte tout près de 1600 membres (données de 2015; à noter qu'il y a plus de 8600 psychologues au Québec [données de 2014]). Il s'agirait ici selon toute vraisemblance d'un interlocuteur privilégié pour représenter les psychologues dans un contexte de négociations éventuelles avec le Gouvernement.

d'orientation, travailleur social, etc.) et comme cette activité, la psychothérapie, n'est que depuis peu réglementée au Québec, nous en savons très peu sur la pratique et le point de vue de ces cliniciens, ceux-ci n'étant pas, eux non plus, représentés par un regroupement ou une association unique et formelle. L'objectif de la présente étude est ainsi d'examiner les différences existant entre psychologues et psychothérapeutes quant à leurs attitudes face aux principes et composantes-clés de différents modèles d'accès à la psychothérapie subventionnée par l'État. Si des différences existent entre les deux groupes, il pourrait s'avérer nécessaire de mettre en place un modèle d'accès à la psychothérapie qui tient compte de ces différences, ou de prévoir des mécanismes différents pour assurer l'adhésion des deux groupes à un tel programme.

Méthode

Participants

La présente étude portait sur un échantillon colligé par Bradley et Drapeau (2014) auprès de psychothérapeutes (ayant un permis de pratique) et de psychologues offrant des services de psychothérapie au Québec. Une invitation à participer à un sondage fut envoyée sous forme de courriel par l'Ordre des Psychologues du Québec (OPQ) à 5101 psychologues (dont 4 542 francophones) et 600 psychothérapeutes (dont 512 francophones; voir Bradley & Drapeau, 2014). La présente étude porte sur les 1275 participants francophones ayant répondu à l'invitation, dont 13 % étaient des psychothérapeutes. Les principales données démographiques sont rapportées au Tableau 1. Pour de l'information additionnelle sur l'échantillon, voir Bradley et Drapeau (2014).

Le sondage

Le sondage fut développé à la suite d'une analyse systématique, par une équipe de chercheurs, des programmes d'accès à la psychothérapie offerts en Angleterre et en Australie. Cette analyse permit d'identifier les principes directeurs, les caractéristiques et les composantes de ces programmes (voir Bradley & Drapeau, 2014). La majorité des questions du sondage faisaient usage d'une échelle de type « Likert » de 5 points (1- Fortement en désaccord; 5- Fortement en accord). Le sondage comprenait plusieurs sections, dont une portant sur les particularités démographiques des participants, et d'autres portant sur l'opinion des

répondants concernant les caractéristiques de programmes subventionnés par l'État tels qu'implantés ailleurs (voir *Résultats* et les Tableaux pour les questions).

Résultats

Services à être offerts

Nous avons demandé aux participants d'indiquer quels formats de psychothérapie (par exemple, la thérapie de couple, la thérapie individuelle, etc.; voir Tableau 2) devraient être offerts dans le cadre d'un programme de psychothérapie subventionnée par l'État. Compte tenu de la distribution non normale des données, des tests *U* Mann-Whitney ont été utilisés afin de comparer les réponses des psychologues à celles des psychothérapeutes. Les résultats obtenus (Tableau 2) indiquaient une différence significative concernant l'inclusion de la thérapie de couple ($U = 92, 507, z = 2.58, p = .01$), les psychothérapeutes l'ayant évalué plus favorablement que les psychologues. Les psychothérapeutes présentaient aussi une tendance significativement plus élevée que les psychologues à favoriser l'inclusion de la thérapie familiale dans un programme de psychothérapie subventionnée par l'État.

Les résultats d'un test *U* Mann-Whitney ont relevé chez les psychothérapeutes une évaluation nettement plus favorable que chez les psychologues à l'inclusion de l'aide à l'emploi et l'orientation professionnelle dans un programme de psychothérapie subventionnée par l'État ($U = 92,126, z = 1.98, p = .048$). Aucune différence ne fut cependant observée entre les deux groupes pour l'inclusion d'un service consultatif en matière de dettes.

L'approche psychothérapeutique

Nous avons demandé aux participants d'évaluer leur degré d'accord avec des items portant sur les modalités de psychothérapie à favoriser au sein d'un programme de psychothérapie subventionnée par l'État, ainsi que la documentation clinique à utiliser lors du traitement (Tableau 2). Les résultats d'un test *U* Mann-Whitney comparant les psychologues et les psychothérapeutes ont révélé que les scores en faveur de l'utilisation d'une approche psychothérapique fondée sur des données probantes, et recommandée par un organisme neutre après l'examen des données scientifiques, étaient significativement plus élevés ($U = 63,136, z = 4.08, p < .01$) chez les psychologues que chez les

psychothérapeutes. Quant au matériel à utiliser en cours de traitement, les résultats obtenus n'ont révélé aucune différence entre les deux groupes.

Conditions d'emploi et questions financières

Nous avons demandé aux participants de qualifier leur degré d'accord face à différentes modalités d'emploi et de rémunération qui seraient possibles si un programme de psychothérapie subventionnée par l'État était mis en place au Québec (voir Tableau 3). Les résultats indiquent que les psychologues sont significativement plus en faveur, afin d'offrir les services, d'un emploi à temps plein avec salaire annuel ($U = 64,433$, $z = 3.67$, $p < .01$), et en faveur d'un emploi à temps partiel avec salaire annuel ($U = 67,301$, $z = 2.43$, $p = .015$), que ne le sont les psychothérapeutes. Les psychothérapeutes rapportent une préférence significativement plus élevée que les psychologues pour la rémunération par séance (rémunération à l'acte; $U = 93,962$, $z = 2.39$, $p = .017$).

Les psychologues et psychothérapeutes étaient tous deux favorables à ce que l'État établisse un tarif fixe par séance ou encore à déterminer par eux-mêmes leur tarif. Les questions suivantes furent aussi posées aux participants (Tableau 3): a) quel serait le taux horaire minimum qu'ils accepteraient pour leurs services si un tarif *prédéterminé* devait être fixé par le programme d'accès à la psychothérapie (c.-à-d., par le Gouvernement)? b) quel serait le taux horaire qu'ils demanderaient s'ils pouvaient eux-mêmes établir un tarif et qu'une partie de ce montant leur était payé par l'État? et c) quel serait le montant minimum que devrait rembourser l'État si le clinicien pouvait lui-même fixer son tarif? En ce qui concerne le montant minimum qui serait accepté pour une séance de psychothérapie d'environ une heure, les résultats ont révélé que les scores des psychologues étaient significativement plus élevés que ceux des psychothérapeutes ($U = 55,431$, $z = 6.70$, $p < .01$; voir Tableau 3). De plus, les psychologues étaient significativement plus en faveur d'établir leur propre tarif horaire, compte tenu d'un remboursement partiel par l'État ($U = 58,150$, $z = 6.00$, $p < .01$). Quant au montant en dollars qui devrait être remboursé aux clients par l'État pour chaque heure de psychothérapie, ils étaient significativement plus élevés ($U = 66,316$, $z = 3.96$, $p < .01$) chez les psychologues que chez les psychothérapeutes.

Nombre de séances

En ce qui a trait au nombre de séances qui devraient être assurées par année dans un programme public de psychothérapie, nous n'avons pas identifié de différences significatives entre les psychologues et les psychothérapeutes : 1 % des psychologues et des psychothérapeutes estimaient qu'une seule séance suffirait ; 20 % des psychologues et 27 % des psychothérapeutes estimaient que 5-10 séances devraient être offertes ; 20 % des psychologues et des psychothérapeutes estimaient que 11-16 séances devraient être offertes ; 21 % des psychologues et 13 % des psychothérapeutes ont rapporté que 17-22 séances devraient être assurées ; et 32 % des psychologues de même que 35 % des psychothérapeutes ont rapporté une préférence pour 17 séances et plus.

Le rôle du médecin de famille

Nous avons demandé aux participants leur opinion face à une possible division des tâches et responsabilités entre les médecins de famille et les psychologues ou psychothérapeutes (par ex., décisions quant au type et à la durée du traitement, la nécessité d'un suivi après la fin du traitement, et à la rédaction d'un rapport d'étape au médecin à mi-traitement ; voir Tableau 4). Les psychothérapeutes étaient plus en faveur que les psychologues de l'idée que le médecin de famille choisisse le type de psychothérapie à administrer ($U = 91,366$, $z = 1.20$, $p = .26$). Comparativement aux psychologues, les psychothérapeutes étaient aussi significativement plus ouverts à l'idée que la décision quant à la durée du traitement provienne du médecin de famille ($U = 90,617$, $z = 2.02$, $p = .044$). Les résultats indiquent par ailleurs que les psychologues étaient significativement plus enclins que les psychothérapeutes à estimer que la décision quant à la durée du traitement devrait relever du psychologue ou du psychothérapeute ($U = 78,088$, $z = 2.26$, $p = .024$) plutôt que du médecin. Finalement, les psychologues étaient plus ouverts que les psychothérapeutes à l'idée de soumettre un rapport de mi-traitement au médecin de famille ($U = 73,724$, $z = 2.52$, $p = .012$).

Le suivi des résultats et la satisfaction des usagers

Les items concernant le suivi des résultats (*outcome*) du traitement et la satisfaction sont rapportés dans le Tableau 4. Nous avons trouvé des différences significatives pour l'item concernant le suivi des résultats du traitement en utilisant des méthodes validées ; comparativement aux psychothérapeutes, les psychologues avaient une tendance signifi-

cativement plus élevée à favoriser les suivis des résultats du traitement ($U = 70,867$, $z = 2.93$, $p = .003$). De plus, les résultats ont révélé que les psychologues étaient significativement plus en faveur que les psychothérapeutes de la publication et la diffusion publique des résultats des thérapies et de la satisfaction des usagers ($U = 76,446$, $z = 2.05$, $p = .04$).

Discussion

Les résultats de la présente étude illustrent les différences entre les psychologues et les psychothérapeutes face aux diverses composantes pouvant éventuellement définir un programme de psychothérapie subventionnée par l'État. Puisque la nécessité d'une augmentation de l'accessibilité aux traitements de soins de santé mentale est de plus en plus reconnue au Québec, il est essentiel d'apprécier les points de vue respectifs de ces deux groupes de praticiens afin de déterminer la meilleure façon d'implanter un programme d'accessibilité qui soit efficace et cohérent avec les opinions des fournisseurs de services. Dans un projet toujours en cours, nous sondons aussi les médecins de famille, lesquels peuvent tout comme les psychologues offrir des services de psychothérapie. Ces informations devront ensuite être ajoutées à celles colligées ici.

En termes des services à couvrir, les psychothérapeutes étaient plus en faveur de l'inclusion de la thérapie de couple et familiale que ne l'étaient les psychologues, bien que les psychologues et les psychothérapeutes aient tous deux classé la thérapie individuelle comme étant une forme de thérapie plus importante à assurer (voir aussi Bradley & Drapeau, 2014). Ceci est possiblement un reflet de l'expérience et de la formation spécifique des psychothérapeutes (par exemple chez les thérapeutes conjugaux et familiaux), ou peut simplement découler du fait que les psychologues offrent davantage de thérapie individuelle que de thérapie familiale ou de couple (Hunsley, 2012). De plus, les psychothérapeutes ont évalué l'aide à l'emploi et l'orientation professionnelle plus favorablement que les psychologues. Encore une fois, ceci pourrait être un reflet de l'expérience et de la formation des psychothérapeutes, puisqu'un nombre non négligeable de ceux-ci sont aussi conseillers d'orientation. Un objectif central du programme britannique IAPT est la réduction des coûts associés aux arrêts de travail et le retour au travail, ce qui explique l'importance accordée à l'aide à l'emploi et à l'orientation professionnelle dans ce programme (Clark, 2011). Étant donné que la réduction du fardeau économique relié aux problèmes de

santé mentale pourrait et devrait aussi être une priorité importante dans le contexte québécois, il est surprenant que les psychologues sondés ici n'aient pas souligné autant que les psychothérapeutes l'importance de l'aide à l'emploi et de l'orientation professionnelle. Si le retour au travail devait être l'une des priorités d'un programme québécois d'accès à la psychothérapie, il semblerait pertinent de sensibiliser les psychologues quant à la pertinence d'interventions centrées sur l'emploi.

Tarifs et emploi

Comparativement aux psychothérapeutes ($Md = 80 \$$; Tableau 3), le tarif horaire souhaité était plus élevé chez les psychologues ($Md = 90 \$$) si l'État devait établir un tarif fixe par séance. De plus, le tarif demandé par les psychologues ($Md = 100 \$$) était plus élevé que celui demandé par les psychothérapeutes ($Md = 90 \$$) si chaque professionnel pouvait fixer son propre tarif et qu'une partie de celui-ci devait être remboursée par l'État. Enfin, si le professionnel pouvait établir son propre tarif, le montant à rembourser aux clients était plus élevé chez les psychologues ($Md = 75 \$$) que chez les psychothérapeutes ($Md = 60 \$$). Cependant, en raison des tarifs moins élevés rapportés par les psychothérapeutes, la proportion à être remboursée selon les deux groupes est très similaire.

Ces résultats sont peut-être un reflet des tarifs en vigueur dans la pratique de ces deux groupes de cliniciens. Les psychologues sont plus nombreux à détenir un doctorat, ce qui pourrait justifier des tarifs plus élevés en raison non seulement de leur diplôme plus avancé, mais aussi du fait qu'ayant été étudiants plus longtemps, ils n'ont pas eu de revenus pendant plus longtemps et ont possiblement contracté plus de dettes d'étude. Seules des analyses plus poussées et portant notamment sur les années d'expérience permettront de nuancer ces résultats. Il importe cependant de souligner une possible variable confondante pour les psychothérapeutes, à savoir que pour certains d'entre eux (par ex., le conseiller d'orientation), les services psychothérapiques doivent être taxés alors que pour les psychologues (mais aussi pour certains psychothérapeutes, les infirmiers par exemple), ce même acte ne l'est pas, ce qui force certains psychothérapeutes à réduire le montant encaissable (avant taxes) afin de demeurer compétitifs. Ici encore, seules des analyses plus poussées pourront permettre de vérifier l'impact de ceci sur le tarif demandé par les différents cliniciens. Soulignons par ailleurs qu'il est possible que les montants rapportés par certains psychothérapeutes dans ce sondage soient inférieurs à ce qu'ils factureraient

(avec taxes) aux patients, si bien que dans certains cas, les tarifs des deux groupes pourraient être plus similaires que différents.

Les psychothérapeutes favoriseraient par ailleurs une rémunération à la séance plutôt qu'une embauche pour un poste salarié. Ceci peut s'expliquer du fait que les psychologues jouent depuis longtemps un rôle au sein des services publics tels que les hôpitaux. Puisque le titre et la fonction de psychothérapeute n'ont été que récemment définis, les psychothérapeutes n'ont pas encore de rôle reconnu dans le secteur public comme c'est le cas pour les psychologues, d'où peut-être leur tendance moins marquée à privilégier des postes dans le secteur public avec salaire annuel plutôt qu'une rémunération à l'acte. Cependant, on peut raisonnablement envisager des changements importants à ce chapitre. D'une part, alors que le rôle des psychologues tend à s'accroître dans le secteur public dans plusieurs provinces (Humbke, Brown, Welder, Fillion, Dobson & Arnett, 2004; Owens *et al.*, 2013), au Québec les conditions de travail des psychologues, notamment la rémunération, seraient si déplorables (voir http://www.apqc.ca/includes/documents/AnalysedecisionCRT_201506_Cloutier.pdf) qu'il y a pénurie artificielle de psychologues dans le réseau (c.-à-d. que les psychologues ne cherchent pas à occuper et à conserver des postes dans le réseau public), laquelle pénurie ne pourra aller qu'en s'aggravant à moins que des réformes importantes ne soient entreprises². D'autre part, au fur et à mesure que le rôle potentiel des psychothérapeutes dans le réseau sera mieux défini, ceux-ci seront peut-être appelés à jouer un rôle plus important dans le secteur public. À ceci s'ajoute le fait que certains psychothérapeutes auront un champ d'exercices aussi, sinon plus large que celui des psychologues. Par exemple, un conseiller d'orientation détenant un permis de psychothérapeute et une attestation pour l'évaluation des troubles mentaux pourra effectuer essentiellement les mêmes tâches que le psychologue en plus de celles propres à l'orientation, et ce probablement à moindre coût. La réforme récente dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines (le projet de loi 21) représente certainement une amélioration dans les mécanismes de protection du public en ayant notamment réservé l'exercice de la

2. Soulignons qu'au moment où ces lignes ont été écrites, plusieurs psychologues et l'Association des psychologues du Québec envisageaient comme moyen de pression, pour l'année à venir, un arrêt des stages de formation pour les étudiants. Voir http://www.apqc.ca/includes/documents/apq-rs_arret_stagesvol7no12.pdf.

psychothérapie aux seuls professionnels compétents. Cependant, en découplant la profession de psychologue et en partageant avec d'autres professionnels cette activité – la psychothérapie – qui était au cœur de l'identité même de plusieurs psychologues québécois, en plus d'activités telles que l'évaluation des troubles mentaux, cette réforme forcera les psychologues à repenser certains aspects de leur pratique et de leur identité professionnelle; alors que la mise en place des changements à court terme aura beaucoup mobilisé les ressources de l'Ordre et de plusieurs autres organismes, les conséquences à plus long terme de ces changements, l'*après-projet* de loi 21, demeurent incertaines, les psychologues devant désormais redéfinir ce qui rend leur profession unique et démontrer la contribution unique qu'ils peuvent faire au système public. On pourrait ainsi envisager que les psychologues, notamment, peut-être, ceux détenant un doctorat et ayant ainsi des compétences plus larges ou plus poussées, interviennent auprès d'une clientèle plus difficile (par exemple dans le cadre d'un programme de soins par étapes), occupent des fonctions de gestionnaires d'équipes et de services (à ce titre, il serait pertinent pour les universités d'envisager la création de Ph. D.-M.B.A. ou D.Ps.-M.B.A., tout comme il existe déjà certains programmes de M.D.-M.B.A.), ou jouent un rôle en lien avec le transfert de connaissances, l'identification des meilleures pratiques, et l'évaluation de programmes (ce qui implique notamment des connaissances poussées en méthodologie de recherche).

La pratique fondée sur des données probantes et le suivi des résultats du traitement et de la satisfaction des usagers

Une composante centrale des modèles australien et britannique est l'utilisation d'interventions fondées sur des données probantes. Tel qu'indiqué par Bradley et Drapeau (2014), les participants de l'échantillon se disaient généralement en faveur d'accorder un pouvoir décisionnel aux cliniciens quant aux interventions psychothérapiques à mettre en place, mais ont aussi indiqué leur soutien pour l'utilisation de pratiques fondées sur des données scientifiques telles qu'évaluées par un organisme neutre (par exemple, les énoncés de NICE au Royaume-Uni). Les psychologues ont cependant rapporté un soutien plus fort que les psychothérapeutes pour l'utilisation de thérapies fondées sur des données probantes. De tout temps, la psychologie a accordé une grande importance à la recherche scientifique, aux méthodes de recherche, et plus récemment, au transfert des connaissances, bien que plusieurs améliorations soient encore nécessaires dans ce domaine (voir Dozois

et al., 2014; Drapeau & Hunsley, 2014; Hunsley, Dobson, Johnston & Mikail, 1999; Stamoulios *et al.*, 2014). Ces activités, qui caractérisent d'ailleurs le modèle du scientifique-praticien (*scientist-practitioner*), mais aussi du praticien académique (*practitioner-scholar*), propres à plusieurs programmes de formation doctorale en psychologie, sont aussi présentes dans l'établissement des réseaux de cliniciens-chercheurs et des communautés de pratique que l'on retrouve en psychologie (pour un exemple canadien, voir Tasca *et al.*, 2014). Compte tenu de cette culture de la recherche, il n'est pas surprenant que les psychologues, en raison peut-être du nombre de répondants détenant un doctorat en psychologie, évaluent plus positivement que les psychothérapeutes l'utilisation de pratiques fondées sur des données probantes, ces derniers étant fort probablement moins exposés à une telle pratique et à ce qui la sous-tend. De même, les psychologues étaient aussi plus en faveur du suivi des résultats (*outcome*) du traitement en utilisant des mesures validées. Ceci revêt une importance particulière puisque le suivi en continu des résultats peut améliorer l'efficacité d'un traitement (Lambert & Shimokawa, 2011; Overington & Ionita, 2012; Shimokawa, Lambert & Smart, 2010). Or, ici encore, il est possible que ceci soit lié à la présence d'un nombre plus élevé de détenteurs de doctorat chez les psychologues, une étude récente ayant démontré que les docteurs en psychologie avaient une plus grande expertise que les maîtres en psychologie en matière de suivi en continu et d'évaluation de l'issue thérapeutique (Ionita & Fitzpatrick, 2014). Des analyses plus poussées seront ici nécessaires afin de départager la contribution de chacune des variables d'intérêt.

Le rôle du médecin de famille

De manière générale, les psychologues et les psychothérapeutes étaient fortement favorables à privilégier l'autonomie du psychologue ou du psychothérapeute traitant, notamment face au médecin de famille, et ce, autant pour les décisions cliniques quant au type et la durée du traitement, que pour la décision d'offrir une séance de suivi après la fin du traitement. Les psychothérapeutes étaient cependant plus ouverts à l'idée que le médecin de famille soit en charge de certaines décisions cliniques (quant au type et la durée de la psychothérapie), alors que les psychologues croyaient fortement que de telles décisions doivent relever du clinicien traitant. De plus, les psychologues étaient plus en faveur de soumettre un rapport de mi-traitement à l'attention du médecin de famille ayant référé le patient, et étaient aussi plus

ouverts que les psychothérapeutes à l'idée que le taux de satisfaction des usagers soit publié.

Ces tendances reflètent d'une part une forte culture de l'imputabilité dans le domaine de la psychologie, laquelle continue de prendre de l'ampleur grâce à des initiatives collaboratives de soins, de suivi des résultats, et d'évaluation de la satisfaction des usagers. Elles reflètent d'autre part l'autonomie professionnelle des psychologues. La psychologie n'est en effet pas une profession à actes délégués, ce qui implique que les psychologues sont entièrement et depuis très longtemps autonomes pour exercer, tant en matière d'évaluation des troubles mentaux (par. ex., diagnostics selon le DSM) que du traitement de ceux-ci. La situation est différente pour plusieurs détenteurs d'un permis de psychothérapeute qui pendant longtemps, et encore aujourd'hui pour certains, n'ont traditionnellement pu exercer certaines activités cliniques que grâce à une délégation d'actes, ou ont historiquement été plus exposés à un modèle multidisciplinaire dans lequel le médecin joue un rôle central, ou encore dont la compétence à exercer certaines activités cliniques n'était jusqu'à tout récemment pas reconnue (par ex., le conseiller d'orientation pour ce qui est de l'évaluation des troubles mentaux).

Conclusion

Selon les résultats de notre enquête, les psychologues sont plus ouverts à l'utilisation de pratiques fondées sur des données probantes et à l'évaluation de l'issue thérapeutique, et croient plus fortement que les fournisseurs de services en psychothérapie devraient conserver un pouvoir décisionnel et une indépendance face au médecin quant aux choix de traitements. Les psychothérapeutes sont quant à eux plus ouverts à offrir des services parallèles à la psychothérapie, tels que l'aide à l'emploi et l'orientation professionnelle, et sont plus en faveur d'offrir de la thérapie familiale et de couple.

Ces résultats, comme les autres rapportés dans cet article, doivent cependant être pondérés par le fait que la présente étude a un certain nombre de limites, à savoir notamment la présence de possibles variables confondantes (par ex. le niveau de scolarité des psychologues, certains détenant un doctorat, d'autres une maîtrise) et l'exclusion des médecins exerçant la psychothérapie. Par ailleurs, compte tenu d'intervalles de confiance de 95 % avec 5 % de marge d'erreur, il aurait été préférable d'obtenir un taux de réponse de 35 % pour les psychothéra-

peutes afin de constituer un échantillon représentatif; notre taux de réponse est en effet de 28 %. Le taux de réponse au sondage de 21,7 % pour les psychologues est quant à lui considéré comme étant suffisant et donc l'échantillon est représentatif de cette population (Research Direction, 2011). Ainsi, nos conclusions sont plus solides et généralisables pour les psychologues que pour les psychothérapeutes. Il importe par ailleurs de souligner que l'échantillon est généralement représentatif en terme de genre/sexe, et en terme de distribution dans le secteur privé et au public (voir le rapport annuel de l'OPQ, 2013-2014 : https://www.ordrepsy.qc.ca/pdf/Rapport_annuel_epreuve_finale.pdf).

Il n'en demeure pas moins que lors de l'élaboration d'un éventuel programme de psychothérapie subventionnée par l'État, d'importants éléments relevés dans la présente étude se devraient d'être pris en considération tels que les différences de rémunération pour les deux groupes de professionnels, ainsi que les différences dans l'offre de services (par exemple, l'aide à l'emploi pour les psychothérapeutes). Puisque les psychologues semblent plus à l'aise avec l'utilisation de pratiques fondées sur des données probantes et l'évaluation des résultats, ceux-ci, et notamment ceux détenant un doctorat, pourraient agir en tant que gestionnaires, superviseurs ou conseillers auprès des psychothérapeutes, ou encore pourraient leur offrir des formations concernant les meilleures pratiques en santé mentale, plus particulièrement pour la psychothérapie. Soulignons enfin que le modèle qui serait le moins dispendieux pour l'État semblerait en être un selon lequel le professionnel pourrait établir son propre tarif et se faire rembourser une partie seulement de ce tarif par le gouvernement. Ceci n'est cependant pas sans risque. En effet, il est possible que les cliniciens « surfacturent » leurs services, se faisant ainsi rembourser une partie de leur tarif par le gouvernement et facturant la différence au client, ce qui pourrait avoir comme conséquence une augmentation des tarifs et donc une réduction de l'accès aux services de psychothérapie pour les beaucoup moins fortunés. Nous sommes cependant d'avis que s'il y avait remboursement partiel par le gouvernement et possibilité de « surfacturation », nous observerions une courbe normale des tarifs selon laquelle certains cliniciens ne surfactureraient pas, facilitant ainsi l'accès pour les moins fortunés, et selon laquelle d'autres surfactureraient plus, subvenant aux besoins de patients plus fortunés. Il importe de souligner qu'il existe des précédents similaires pour les psychologues québécois, notamment avec la SAAQ et l'IVAC.

L'un des principaux enjeux que la mise en place d'un programme d'accès à la psychothérapie mettra de l'avant pour les professionnels a trait à la représentation des psychologues et des psychothérapeutes auprès des instances gouvernementales. Il n'est pas inhabituel de rencontrer des psychologues qui croient que l'Ordre des psychologues du Québec les représente et que la mission de cet organisme en est une qui inclut la défense et la promotion des intérêts des psychologues. Or, le mandat de l'Ordre en est un de protection du public et est en ce sens généralement comparable au mandat des *Colleges of psychologists* dans les autres provinces canadiennes. Cette confusion dans la perception qu'ont certains psychologues quant au mandat de l'Ordre est due à, ou entretenue par, plusieurs facteurs; parmi ceux-ci, soulignons entre autres que l'Ordre occupe des sièges auprès d'organismes qui eux visent à défendre les intérêts des psychologues, ou encore occupe des sièges qui sont habituellement occupés par un organisme dont le mandat est la défense des intérêts des psychologues. Par exemple, l'Ordre des psychologues siège au *Council of Professional Associations of Psychologists (CPAP)*, un regroupement des associations provinciales et territoriales en psychologie, alors que ce siège devrait être occupé, comme son nom l'indique, par une association ou un syndicat québécois de psychologues. L'Ordre siège aussi à la Direction générale de la Pratique (*Practice Directorate*) de la Société canadienne de psychologie et au *Council of Representatives* de l'*American Psychological Association*; les autres provinces canadiennes y sont représentées par des associations de psychologues plutôt que par des *Colleges* (ou ordres professionnels).

L'un des défis que posera rapidement la mise en place d'un programme d'accès à la psychothérapie, pour les professionnels et les instances gouvernementales du moins, en sera donc un de représentation. Il sera nécessaire qu'une association unique, comparable aux associations et fédérations de médecins, soit désignée pour négocier au nom des psychologues. Ce défi sera similaire, sinon plus grand, pour les psychothérapeutes. Ceux-ci sont en effet membres de différents ordres professionnels et n'ont pour le moment aucun organisme pour les représenter.

Si un programme d'accès à la psychothérapie devait être mis en place au Québec, il est impératif à la fois que les besoins des usagers soient à l'avant-plan et que les opinions et préférences des professionnels soient prises en considération afin de favoriser leur adhésion au programme. Il importe donc que la mise en place d'un tel programme implique de véritables négociations, mais plus important encore, une

approche fondée sur des données solides colligées auprès des principaux intéressés, et ce, pour limiter les effets potentiellement délétères d'une approche qui serait fondée principalement sur des anecdotes et le lobbying de groupes de pression.

Remerciements

Les auteurs remercient la Fondation Graham Boeckh (www.grahamboeckhfoundation.org) pour son important soutien à ce projet.

RÉFÉRENCES

- Australian Government Department of Health. (2013b). *Better access to psychiatrists, psychologists and general practitioners through the MBS (Better Access) initiative*: <http://www.health.gov.au/mentalhealth-betteraccess>
- Australian Government Department of Health. (2013a). *Programs: Access to Allied Psychological Services (ATAPS)*: <http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/content/mental-boimhc-ataps>
- Bradley, S. & Drapeau, M. (2014). Increasing access to mental health care through government-funded psychotherapy: The perspectives of clinicians. *Canadian Psychology*, 55(2), 80-89. doi: 10.1037/a0036453
- Cavaliere, R., (2014). Improved access to psychotherapy services: It's time for action! *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*, 55(2), 135-138. <http://dx.doi.org/10.1037/a0036447>
- Centre for Addictions and Mental Health. (2012). *Mental Illness and Addictions Facts and Statistics*: http://www.camh.ca/en/hospital/about_camh/newsroom/for_reporters/Pages/addictionmentalhealthstatistics.aspx
- Clark, D. M. (2011). Implementing NICE guidelines for the psychological treatment of depression and anxiety disorders: The IAPT experience. *International Review of Psychiatry*, 23, 318-327. doi: 10.3109/09540261.2011.606803
- Clark, D. M., Layard, R., Smithies, R., Richards, D. A., Suckling, R. & Wright, B. (2009). Improving access to psychological therapies: Initial evaluation of two UK demonstration sites. *Behaviour Research and Therapy*, 47, 910-920. doi:10.1016/j.brat.2009.07.010
- Cohen, K. R. & Peachey, D. (2014). Access to psychological services for Canadians: Getting what works to work for Canada's mental and behavioural health. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*, 55(2), 126-130. <http://dx.doi.org/10.1037/a0036499>
- Commissaire à la santé et au bien-être du Québec. (2012). *Toward more equity and results for mental health in Quebec 2012: Report on the performance appraisal of the health and social services system summary*: <http://www.csbe.gouv.qc.ca>

- Cox, D. W. (2014). Gender differences in professional consultation for a mental health concern: A Canadian population study. *Canadian Psychology*, 55(2), 68-74.
- Department of Health. (2008a). *IAPT Three Year Report: The first Million Patients*. Retrieved February 15, 2014 from <http://www.iapt.nhs.uk/silo/files/iapt-3-year-report.pdf>
- Department of Health. (2008b). *Improving access to physiological therapies: Implementation plan: National guidelines for regional delivery*. Retrieved from: <http://www.iapt.nhs.uk/silo/files/implementation-plan-national-guidelines-for-regional-delivery.pdf>
- Dewa and McDaid. (2010). Investing in the mental health of the labor force: Epidemiological and economic impact of mental health disabilities in the workplace. In I. Z. Schultz and E. Sally Rogers (Eds.), *Handbook of Work Accommodation and Retention in Mental Health*, 33-51. New York, NY: Springer.
- Dozois, D. J., Mikail, S. F., Alden, L. E., Bieling, P. J., Bourgon, G., Clark, D., ... Johnston, C. (2014). The CPA presidential task force on evidence-based practice of psychological treatments. *Canadian Psychology/ Psychologie canadienne*, 55(3), 153-160. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/a0035767>
- Drapeau, M. (2014). Let's do something about it. *Canadian Psychology/ Psychologie canadienne*, 55(2), 57-59. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/a0036450>
- Drapeau, M. & Hunsley, J. (2014). Where's the science? *Canadian Psychology*, 55(3), 145-152.
- Humbke, K. L., Brown, D. L., Welder, A. N., Fillion, D. T., Dobson, K. S. & Arnett, J. L. (2004). A survey of hospital psychology in Canada. *Canadian Psychology/ Psychologie canadienne*, 45(1), 31-41. doi: 10.1037/h0086969
- Hunsley, J. (2002). *The cost-effectiveness of psychological interventions*. Ottawa, Ontario: The Canadian Psychological Association.
- Hunsley, J., Dobson, K. S., Johnston, C. & Mikail, S. F. (1999). Empirically supported treatments in psychology: Implications for Canadian professional psychology. *Canadian Psychology*, 40, 289-302.
- Hunsley, J., Elliot, K. & Therrien, Z., (2013). *The efficacy and effectiveness of psychological treatments*. Toronto, Ontario: The Canadian Psychological Association.
- Hyde, J. (2014). Lessons from Australia in the public funding of mental health services. *Canadian Psychology/ Psychologie canadienne*, 55(2), 139-143.
- Ionita, G. & Fitzpatrick, M. (2014). Bringing science to clinical practice: A Canadian survey of psychological practice and usage of progress monitoring measures. *Canadian Psychology/ Psychologie canadienne*, 55(3), 187-196.
- Lambert, M. J. & Shimokawa, K. (2011). Collecting client feedback. *Psychotherapy*, 48(1), 72-79. doi: 10.1037/a0022238
- Laurence, D., Kisely, S. & Pais, J. (2010). The epidemiology of excess mortality in people with mental illness. *Canadian Journal of Psychiatry*, 55(12), 752-760.

- Mental Health Commission of Canada. (2012). *Changing directions, changing lives: The mental health strategy for Canada*. Calgary, Alberta: Mental Health Commission of Canada.
- Owens, S. J., Wallance, L. M., Liu, I., Newman, K. R., Thomas, C. & Dobson, K. (2013). Hospital psychology in Canada: An update. *Canadian Psychology*, 54(3), 147-152.
- Overington, L. & Ionita, G. (2012). Progress monitoring measures: A brief guide. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*, 53(2), 82-92.
- Pirkis, J., Burgess, P., Kohn, F., Morley, B., Blashki, G. & Naccarella, L. (2006). Models of psychological service provision under Australia's Better Outcomes in Mental Health Care Program. *Australia Health Review*, 30, 277-285. <http://dx.doi.org/10.1071/AH060277>
- Pirkis, J., Ftanou, M., Williamson, M., Machlin, A., Spittal, M. J., Bassilios, B. & Harris, M. (2011). Australia's Better Access initiative: An evaluation. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 45, 726-739. <http://dx.doi.org/10.3109/00048674.2011.594948>
- Peachey, D., Hicks, V. & Adams, O. (2013). *An imperative for change: Access to psychological services for Canada*. Toronto, Ontario: Health Intelligence Incorporated.
- Research Direction. (2011). Sample size calculator, from <http://www.direction-researchgroup.com/sample.php>
- Roberge, P., Fournier, L., Menear, M. & Duhoux, A. (2014). Access to psychotherapy for primary care patients with anxiety disorders. *Canadian Psychology*, 55(2), 60-67.
- Rush, B., Urbanoski, K., Bassani, D., Castel, S., Wild, T. C., Strike, C., ..., Somers, J. (2008). Prevalence of co-occurring substance use and other mental disorders in the Canadian population. *Canadian Journal of Psychiatry*, 53(12), 800-809.
- Shimokawa, K., Lambert, M. J. & Smart, D. W. (2010). Enhancing treatment outcome of patients risk of treatment failure: Meta-analytic and mega-analytic review of a psychotherapy quality assurance system. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78, 298-311. doi: 10.1037/a0019247
- Stamoulos, C., Reyes, A., Trepanier, L. & Drapeau, M. (2014). The methodological quality of clinical practice guidelines in psychology: A pilot study of the guidelines developed by the Ordre des Psychologues du Québec. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*, 55(3), 177-186.
- Statistics Canada (2003). *Canadian community health survey: Mental health and well-being*. The Daily, 3 September: <http://www.statcan.gc.ca/daily-quotidien/030903/dq030903a-eng.htm>.
- Tasca, G., Grenon, R., Fortin-Langelier, B. & Chyurlia, L. (2014). Addressing challenges and barriers to translating psychotherapy research into clinical practice: The development of a psychotherapy practice research network in Canada. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*, 55(3), 197-203.

The American Psychological Association (2013).Recognition of psychotherapy effectiveness. *Psychotherapy*, 50, 102-109.

The Australian Psychological Society (2010). *Evidence-based psychological interventions in the treatment of mental disorders: A literature review* (3rd ed.): <http://www.psychology.org.au/Assets/Files/Evidence-Based-Psychological-Interventions.pdf>

Votta-Bleeker, L. & Cohen, K. R. (2014). Matching need, supply, and demand in psychology: How many to do what for whom? *Canadian Psychology/ Psychologie canadienne*, 55(2), 131-134.

TABLEAU 1
Données démographiques

	Psychologues	Psychothérapeutes
Homme	28%	33%
Femme	72%	66%
Âge		
25 - 34	14%	10%
35 - 44	31%	13%
45 - 54	23%	27%
55 - 64	24%	32%
65+	8%	18%
Éducation		
BA	0%	19%
MA	63%	72%
Psy. D.	14%	.6%
Ph. D.	21%	7%
Ed. D.	0%	0%
Scolarité de doctorat	2%	.6%
Autre	0%	.6%
Années d'expérience		
< 5	12%	4%
5 - 10	17%	33%
11 - 15	22%	18%
16 - 20	13%	12%
21 - 25	15%	11%
26 - 30	10%	11%
> 30	11%	11%
Secteur d'emploi		
Secteur public	45%	63%
Secteur privé	55%	37%

TABLEAU 2

Services offerts et autonomie professionnelle

Questions	Psychologue Mdn	Psycho- thérapeute Mdn	Psychologue Rang moyen	Psycho- thérapeute Rang moyen	Psychologue ET	Psycho- thérapeute ET
SERVICES OFFERTS						
Les services suivants devraient être inclus dans un nouveau système de santé dans lequel les frais de la psychothérapie seraient assumés par l'État :						
Thérapie de couple	4	4	588,82	705,30	1,12	1,20
Thérapie de groupe	4	4	592,47	571,40	1,10	1,11
Thérapie familiale	4	5	605,95	678,19	0,86	0,77
Thérapie individuelle	5	5	624,34	633,66	0,70	0,69
Les services suivants devraient être offerts parallèlement à la psychothérapie dans le cadre d'un nouveau système de santé dans lequel les frais de la psychothérapie seraient assumés par l'État :						
Service consultatif en matière de dettes	3	3	609,09	640,60	1,08	1,14
Aide à l'emploi ou orientation professionnelle	4	4	614,83	672,36	1,02	1,06
AUTONOMIE PROFESSIONNELLE						
Dans un nouveau système de santé dans lequel les frais de la psychothérapie seraient assumés par l'État, le psychologue ou le psychothérapeute traitant devrait pouvoir choisir et offrir...						
Toute approche psychothérapeutique (p. ex., thérapie centrée sur les émotions, thérapie interpersonnelle) qu'il juge appropriée	4	5	607,63	655,32	1,18	1,06
Toute approche psychothérapeutique considérée par un organisme neutre comme étant fondée sur des données probantes après un examen des données scientifiques	4	3	625,16	503,49	1,24	1,26
Toute approche psychothérapeutique approuvée au préalable par le programme public de psychothérapie	4	4	611,02	598,66	1,33	1,38
En ce qui concerne le matériel écrit remis aux clients (par ex., documents d'information sur un trouble mental), le psychologue ou le psychothérapeute offrant un traitement dans le cadre d'un nouveau système de santé dans lequel les frais de la psychothérapie seraient assumés par l'État devrait...						
Pouvoir choisir tout matériel ou document qu'il juge approprié	5	5	623,09	610,40	0,92	0,95
N'utiliser que le matériel et les documents approuvés par le programme public de psychothérapie	2	2	608,78	626,74	1,17	1,18
Utiliser le matériel et les documents imposés par le programme public de psychothérapie (p. ex., des livres d'autosoins [self help] précis)	2	2	603,08	634,78	1,07	1,08

TABLEAU 3

Conditions d'emploi et questions financières

Les cliniciens offrant des services de psychothérapie subventionnés par l'État devraient...

être employés à temps plein par l'État et recevoir un salaire annuel	3	2	619,94	509,86	1,34	1,22
être employés à temps partiel par l'État et recevoir un salaire annuel	3	2	613,25	539,87	1,26	1,25
être payés par l'État pour chaque séance de psychothérapie (rémunération à l'acte)	5	5	614,14	680,82	1,06	0,98

CONDITIONS DE TRAVAIL ET FINANCES**Si les cliniciens pouvaient offrir des services de psychothérapie subventionnés par l'État dans leur propre clinique en bureau privé, ils devraient...**

recevoir un tarif par séance fixé par l'État pour les clients référés pour des services de psychothérapie assurés par l'État	4	4	606,11	633,28	1,31	1,25
déterminer leur propre tarif, dont une partie serait ensuite remboursée par l'État, pour tous clients référés pour des services de psychothérapie assurés par l'État	4	4	614,21	632,29	1,27	1,18
Si l'État devait établir un tarif prédéterminé par séance, quel est le tarif minimal (en dollars) que vous accepteriez pour une heure de psychothérapie ?	90	80	639,34	437,44	15,34	15,47
Si vous pouviez fixer votre propre tarif par séance, une portion duquel serait remboursée par l'État, quel serait votre tarif horaire total (en dollars) pour une séance de psychothérapie ?	100	90	632,95	455,09	17,00	14,54
Quel est selon vous le montant minimum (en dollars) que devrait rembourser le gouvernement pour une heure de psychothérapie ?	75	60	624,61	505,85	20,32	18,77

TABLEAU 4

Collaboration avec le médecin de famille

Le médecin de famille***Si la référence pour des services de psychothérapie provient d'un médecin de famille...***

le psychologue ou psychothérapeute traitant devrait décider du type (la modalité) de psychothérapie (p. ex., thérapie cognitive-comportementale ou humaniste)	5	5	628,23	598,55	0,56	0,86
le médecin de famille devrait décider du type (la modalité) de psychothérapie (p. ex., thérapie cognitive-comportementale ou humaniste)	1	1	614,37	667,46	0,74	0,73
le psychologue ou psychothérapeute traitant devrait décider de la durée du traitement	5	5	633,56	573,72	0,72	0,91
le médecin de famille devrait décider de la durée du traitement	1	1	609,86	662,62	0,71	0,80
le psychologue ou psychothérapeute traitant devrait fournir au médecin de famille un rapport d'étape à la moitié du traitement	3	3	628,36	553,64	1,21	1,27
le psychologue ou psychothérapeute traitant devrait être celui ou celle qui est responsable de tenir une rencontre de suivi avec le client après la fin du traitement	4	4	625,31	614,84	0,89	1,04
le médecin de famille devrait être celui ou celle qui est responsable de tenir une rencontre de suivi avec le client après la fin du traitement	3	3	620,11	619,23	1,18	1,20

TABLEAU 5
Évaluation de l'efficacité de la psychothérapie et de la satisfaction
des usagers

L'issue du traitement devrait être évaluée au moyen de mesures validées	4	3	626,76	540,19	1,15	1,09
L'issue du traitement devrait être évaluée au moyen de mesures validées portant sur les symptômes (p. ex., GAD, BDI)	3	3	618,55	577,58	1,12	1,10
L'issue du traitement devrait être évaluée au moyen de mesures validées portant sur le fonctionnement global/général (p. ex., OQ-45)	4	4	616,09	627,35	1,09	1,07
Des données anonymes quant aux résultats (p. ex., réussite ou échec) de la psychothérapie devraient être publiées et rendues publiques	3	3	620,69	579,20	1,27	1,20
La satisfaction du client à l'égard des services de psychothérapie reçus devrait être évaluée	4	4	623,49	623,58	0,96	1,00
Le taux de satisfaction des clients à l'égard des services de psychothérapie reçus devrait être publié et rendu public	4	3	629,67	568,54	1,23	1,34

La formation aux psychothérapies des internes en psychiatrie en France : résultats d'une analyse qualitative

Aude Van Effenterre^a

Marion Azoulay^b

Xavier Briffault^c

Anne Dezetter^d

Françoise Champion^e

■ **RÉSUMÉ Objectif** Connaître l'opinion des internes en psychiatrie sur la qualité perçue de leur formation aux psychothérapies et leurs souhaits de formation.

Méthode Une enquête en deux volets, quantitative et qualitative a été effectuée auprès de 869 internes sur 1334 inscrits au Diplôme d'Études Spécialisées en psychiatrie pour l'année 2009-2010. Cinq thématiques ont été abordées dans les deux volets : formation théorique universitaire, psychanalyse, formation extra-universitaire, supervision, souhaits de formation. Cet article présente les résultats de l'enquête sociologique qualitative qui a été réalisée par entretiens semi-directifs auprès de 27 internes. L'enquête questionnait en détail leurs conceptions et pratiques des psychothérapies et la place qu'ils leur donnent dans l'exercice de la psychiatrie.

a. Pédoopsychiatre. Hôpital de la Pitié-Salpêtrière, Paris, France.

b. Psychiatrie. Hôpital Paul Guiraud, Villejuif, France.

c. Chercheur en sociologie de la santé mentale. CERMES3 (CNRS UMR 8211, EHESS, Université Paris Descartes, Sorbonne Paris-Cité, Inserm U988).

d. Ph. D., Département des sciences de la santé communautaire, Centre de recherche, Hôpital Charles-Le Moyne, Université de Sherbrooke.

e. Chercheuse en sociologie de la santé mentale. CERMES3 (CNRS UMR 8211, EHESS, Université Paris Descartes, Sorbonne Paris-Cité, Inserm U988).

Résultats La grande majorité des internes est intéressée par la psychothérapie tout en considérant sa formation insatisfaisante. Un interne sur deux opte pour des formations extra-universitaires, coûteuses en temps et en finances. Les orientations et méthodes psychothérapeutiques choisies sont diverses, parce que cette diversité est considérée comme une richesse et pour une bonne pratique de la psychiatrie. Ils conçoivent la psychothérapie comme une pratique médicale, estimant qu'il est de la responsabilité de la psychiatrie d'assurer la formation aux psychothérapies.

Conclusion L'absence de véritable formation aux psychothérapies des internes en psychiatrie est un préjudice pour la qualité des soins en psychiatrie. La création récente d'un titre protégé de psychothérapeute auquel les psychiatres peuvent prétendre de droit, sans formation additionnelle, appelle d'urgence l'élaboration d'une formation. Une proposition des auteurs devrait être discutée en relation avec les réflexions déjà menées ou en cours dans d'autres pays.

MOTS CLÉS formation, psychothérapie, psychiatres, France

Initial training in psychotherapy for psychiatrists in France, a national qualitative study

ABSTRACT Objectives To explore the level of satisfaction among residents regarding their training in psychotherapies, the interest they have in these therapies, and their wishes in the area of training.

Methods A survey including both a quantitative and qualitative methodology was undertaken among 869 residents out of 1,334 enrolled in the psychiatric residency program. In the 2009-2010 academic year. The survey included five themes of study: theoretical academic training, psychoanalysis, training in institutes outside the university, supervision, wishes in the area of training. This article presents results from the qualitative sociological survey using a semi-guided interview with 27 residents. Their conceptions and practice in the field of psychotherapy, and its place in psychiatric practice were questioned in-depth.

Results The vast majority of residents were interested in psychotherapy, but simultaneously dissatisfied with the training they had received. Almost half opted for various sorts of extra-curricular training, costly in time and money. The psychotherapeutic orientations among these residents were varied, and a plurality of methods and theoretical approaches was advocated both for reasons of having a wider viewpoint and good practice in psychiatry, and because the residents considered this plurality to be an essential component in their training. They saw psychotherapy as a medical practice, and considered that it is the responsibility of the psychiatric discipline to provide training in psychotherapies.

Conclusion The absence of any real training in psychotherapies for residents in psychiatry is damaging for care quality in psychiatry. The recent creation of a protected title of psychotherapist for psychiatrists without the need of additional training suggests an urgent need to develop a training course. A proposal by the

authors should be discussed in light of reflections and proposals already underway in other countries.

KEYWORDS training, psychotherapy, psychiatrists, France

Introduction

Faisant suite à six années d'études médicales, la formation en psychiatrie en France – le Diplôme d'Etudes Spécialisées de psychiatrie (DES) – dure 4 ans. Cette formation, assurée par le secteur public, est organisée à un niveau régional. Vingt-six villes universitaires accueillent chaque année environ 500 nouveaux internes de psychiatrie ; leur formation associe théorie et pratique selon des modalités très diverses définies par chacun des 26 coordonnateurs régionaux du DES à partir du bulletin officiel n° 39 d'octobre 2004 qui définit de manière très succincte les grandes lignes des aspects pratiques et théoriques de la formation. Dans ce programme national, la formation à la psychothérapie apparaît au milieu d'une quinzaine de thématiques à enseigner sous la formulation suivante « Modèles théoriques de référence : biologique et neuroanatomique, comportemental et cognitif, psychanalytique, systémique... » (Bulletin officiel n° 39 du 28 octobre 2004, p. 2245) sans que ne soit, aucunement, précisé son contenu. On peut regretter l'imprécision de ce contenu au regard du fait que la nécessité reconnue d'une formation à la psychothérapie n'a finalement abouti qu'à une définition de la psychothérapie en termes de niveau, débutant par l'aide psychologique, puis la « psychothérapie de soutien » et jusqu'à la « psychothérapie structurée » ; tout en sachant que la pratique s'acquiert sur le tas, dans la pratique clinique, et non dans le cadre de la formation (Fussinger, 2008).

Concrètement, il existe dans chaque région française des cours théoriques dont le nombre et la qualité sont très variables d'une région à l'autre. La formation théorique est principalement basée sur la participation des internes à des « séminaires » dont le nombre proposé varie de 7 à 40 selon l'université. Ces enseignements regroupent des formats très variés : cours magistraux, séances de bibliographies, lectures de textes, cas cliniques ou journées de formation dans la grande majorité des universités, la moitié d'entre elles proposent également des présentations vidéo et des jeux de rôle. Concernant les thèmes des séminaires : les troubles de l'humeur, les troubles anxieux, les psychoses et

la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent sont enseignés dans toutes les universités; la pharmacologie et les troubles de la personnalité dans la plupart d'entre elles. La psychiatrie périnatale et la psychiatrie du sujet âgé sont enseignées dans près de la moitié des universités. Enfin, l'histoire de la psychiatrie et l'ethnopsychiatrie ne sont enseignées que dans 9 universités sur 25 (Azoulay, Lasfar & Van Effenterre, 2012). Quant à la formation pratique, elle est quasi absente, se déroulant uniquement par la supervision durant les stages, supervision souvent peu fréquente et nullement réservée aux aspects psychothérapeutiques du travail des internes.

En 2010, une enquête en deux volets, menée par l'Association Française Fédérative des Etudiants en Psychiatrie (AFFEP) et le Laboratoire de recherche spécialisé en Sciences Sociales de la Santé du CESAMES-CERMES a été réalisée auprès des internes inscrits à l'une des quatre années que compte le DES de psychiatrie à travers la France, soit 26 villes au total, pour l'année universitaire 2009-2010. L'objectif de l'étude visait à connaître le niveau de satisfaction des internes français sur leur formation à la psychothérapie, à évaluer leur intérêt et leur engagement dans la pratique psychothérapeutique, ainsi qu'à comprendre leurs attentes en matière de formation.

Le premier volet était une enquête quantitative dont nous présentons ici brièvement la méthode et les résultats, qui sont détaillés dans deux précédentes publications (Van Effenterre, Azoulay, Briffault & Champion, 2012) (Van Effenterre, Azoulay, Champion & Briffault, 2013).

Un questionnaire de 24 questions, autoadministré a été transmis par courriel ainsi qu'en format papier par les internes référents lors des rassemblements d'internes. Celui-ci comportait cinq thématiques: la formation théorique du DES de psychiatrie, la psychanalyse (en raison des spécificités de la formation à la psychanalyse en France), la formation extra-universitaire dans les instituts, la supervision et les souhaits de formation. Par exemple, la question sur le niveau de satisfaction de la formation théorique était formulée ainsi: « Comment qualifieriez-vous la formation théorique aux psychothérapies de votre DES de psychiatrie dans ces trois domaines (Thérapie conitivo-comportementale; Systémie; Psychanalyse)? Très insuffisante, insuffisante, satisfaisante, très satisfaisante. »

Sur les 1 334 internes inscrits, 869 ont répondu, soit un taux de participation de 65 %.

Ce volet quantitatif a fait apparaître les résultats suivants. La grande majorité des internes a un intérêt pour la psychothérapie, tout en considérant que la formation reçue est insatisfaisante. La moitié des internes optent pour divers genres de formations extra-universitaires, coûteuses en temps et en finances, les orientations psychothérapeutiques choisies sont diverses (26 % ont fait une cure psychanalytique ou une psychothérapie analytique, 47 % se sont formés aux thérapies cognitivo-comportementales [TCC] et 42 % à la systémie). L'insatisfaction quant à la formation est cohérente avec le niveau d'offre de formation de l'université de l'interne. Les internes demandent largement aussi un meilleur accès à la supervision.

Un second volet, qualitatif, a été conçu afin d'explorer en détail les thématiques abordées dans le volet quantitatif, en particulier pour ce qui a trait aux conceptions et pratiques des internes concernant les psychothérapies et la place qu'ils leur donnent dans la pratique de la psychiatrie.

Méthodologie

Le second volet, construit conjointement à l'enquête quantitative, était une enquête sociologique qualitative réalisée auprès de ces mêmes internes, par entretiens semi-directifs menés selon la méthode « par saturation », c'est-à-dire jusqu'à ce que l'ajout de nouveaux entretiens n'apporte plus de nouvelles données pertinentes. Finalement, 27 entretiens d'une durée moyenne d'une heure et quart ont été réalisés. La plupart (23/27) des enquêtés ont été recrutés par l'AFFEP qui a envoyé plusieurs courriels de sollicitation à ses membres.

Lors du recrutement des internes, il a été clairement précisé que l'enquête ne concernait pas seulement les internes motivés par la psychothérapie, mais aussi les internes pas ou peu intéressés, et de tels internes ont été interviewés.

Les entretiens avaient pour objectif de questionner en profondeur les cinq dimensions suivantes : (1) Les conceptions de la place, du rôle et de l'importance de la psychothérapie dans la psychiatrie ; (2) Les conceptions à propos de la psychiatrie dans la médecine ; (3) L'« engagement » et les orientations des internes en matière de psychothérapie ; (4) L'itinéraire personnel, les rencontres et la manière de concevoir la formation (notamment, dans quelle mesure la psychothérapie peut être un temps d'exploration, la psychothérapie doit-elle s'effectuer pendant les études et être obligatoire ou plus tard ?) ; (5) Les rapports à l'instituté

et à la tradition psychiatrique. Le guide d'entretien est présenté en annexe.

Plus de la moitié (15/27) des enquêtés ont suivi une formation à la psychothérapie ou fait une analyse ou une psychothérapie analytique, en dehors du DES de psychiatrie. Sachant que seulement un tiers des enquêtés du volet quantitatif avaient suivi une telle formation, on peut considérer que les répondants de l'enquête qualitative sont plus engagés dans la psychothérapie que la population d'internes en général. Une attention particulière a été portée à la diversité de l'échantillon du volet qualitatif, le recrutement s'est opéré en veillant à diversifier les enquêtés, en termes de genre (20 femmes, 7 hommes), l'année d'internat (du deuxième semestre au huitième) et la ville où le DES est effectué (Angers, Amiens, Brest, Caen, Lille, Lyon, Nancy, Nantes, Paris, Rennes, Strasbourg, Tours).

Résultats

La demande d'une meilleure formation et l'intérêt des internes pour les psychothérapies

Les internes ont jugé largement leur formation comme insatisfaisante, et ont parallèlement exprimé une demande d'une meilleure formation aux psychothérapies.

Certains internes optent pour une formation pratique hors du DES. Près d'un interne sur quatre de 4^e année suit ou a suivi une formation complémentaire pratique à une modalité psychothérapeutique (parfois à deux modalités). Précisons pour les lecteurs peu informés de la situation française que la psychothérapie psychodynamique ne constitue pas en France une catégorie de psychothérapie se situant sur le même plan que les TCC ou la systémie : le questionnaire distinguait donc la « formation aux psychothérapies » de l'expérience d'une cure analytique ou d'une psychothérapie d'inspiration psychanalytique qui concerne ou a concerné un quart des internes de 4^e année. Cette cure ou psychothérapie d'inspiration psychanalytique est néanmoins le plus souvent considérée comme un type de formation à la psychothérapie. On peut donc estimer qu'au total près de la moitié des internes se sont formés au terme de leur cursus en dehors de la formation académique à une méthode ou une autre de psychothérapie. D'ailleurs si l'on ajoute, à ceux qui se sont effectivement formés, les internes qui envisagent une formation, c'est plus de 9 internes sur 10 qui estiment nécessaire une

véritable formation à la psychothérapie. Les rares internes ayant exprimé que la psychothérapie est de peu d'intérêt pour la psychiatrie signalent eux-mêmes qu'ils se démarquent du consensus régnant parmi les internes faisant de la psychothérapie une pratique constitutive du travail du psychiatre.

Cette opinion s'accompagne d'une forte variabilité dans l'intensité des engagements en faveur de la psychothérapie, se distribuant entre deux pôles : d'un côté, la psychothérapie est conçue comme l'essentiel de la psychiatrie – le choix de la psychiatrie s'est fondé sur la volonté de faire des psychothérapies – de l'autre, elle est considérée comme une pratique parmi d'autres de la psychiatrie que l'interne ne pratiquera pas forcément à titre personnel, du moins s'agissant de « psychothérapie structurée ». S'agissant des internes les plus concernés par la psychothérapie, ils ne veulent pas laisser le terrain de la pratique effective aux seuls psychologues : ils ne veulent pas être seulement des « prescripteurs » de psychothérapie, mais faire preuve sur le terrain d'une vraie compétence dans sa pratique.

La diversité des orientations psychothérapeutiques

Rappelons que les orientations psychothérapeutiques des formations suivies par les internes sont diverses (thérapie cognitivo-comportementale, systémie, approche psychanalytique).

La plupart des internes s'affirment vigoureux partisans d'une diversité des orientations psychothérapeutiques : un mot revient ainsi de manière récurrente, celui d'« ouverture »/« ouvert », en tant qu'il s'oppose à la « fermeture »/« fermé » ou au « dogmatisme », même si lorsqu'une méthode a été choisie elle est vigoureusement défendue. L'idée d'une méthode se voulant seule valable est rejetée. Les internes ont alors en ligne de mire l'époque où la psychanalyse était en situation de monopole, la plupart pensant que tous les psychiatres faisaient une analyse, voire qu'elle était obligatoire, et se montrant étonnés d'apprendre que tel n'était pas le cas.

Cependant, il faut ici le préciser, non pas officiellement, mais de fait, la psychiatrie française avait bien délégué à la psychanalyse la formation à la psychothérapie : elle était assurée par les psychanalystes collectivement « au sein » des associations, et individuellement « par » les psychanalyses « didactiques ». C'est en raison de cet arrangement tacite que la question d'une véritable formation à la psychothérapie dans le cursus de psychiatrie n'a jamais été véritablement envisagée. En termes sociologiques (Abbott, 1988), la psychothérapie était sous la

juridiction intellectuelle de la psychanalyse, juridiction d'ailleurs fort paradoxale puisque la psychothérapie n'était guère pensée dans sa spécificité et sa valeur propre. Remarquons à ce propos qu'il n'y a pas vraiment de vocabulaire stabilisé pour parler des « psychothérapies analytiques », « psychothérapie d'orientation analytique » ou « d'inspiration analytique » ; le qualificatif de « psychodynamique » émerge timidement depuis quelques années dans le vocabulaire français relatif aux psychothérapies.

La pluralité des méthodes est défendue pour elle-même en tant que richesse et bonne pratique de la psychiatrie permettant au psychiatre d'avoir le choix de proposer au patient une palette de réponses thérapeutiques, non seulement en fonction du patient, mais aussi en fonction de sa sensibilité personnelle. Elle l'est aussi parce que les internes l'estiment indispensable à leur formation. Même ceux qui ont déjà choisi de faire une formation approfondie dans une méthode souhaitent découvrir une autre orientation dans leur stage. Ils aspirent à voir pleinement reconnue la nécessité d'une formation plurielle : *« Mais il y a encore des questions sur les courants idéologiques qui peuvent se poser. Quand je dis que j'ai fait une sensibilisation aux TCC, que moi-même j'ai été amenée à animer des groupes dans mon premier stage de psychiatrie, là, on peut me renvoyer : "mais qu'est-ce que tu fais alors chez nous ?". Moi je réponds que, pour ma formation de psychiatre, c'est important de voir différentes manières d'exercer, de me sensibiliser, et après de trouver les outils qui me correspondent le plus, avec lesquels je serais plus à l'aise, tout en sachant que d'autres choses existent. Pour moi, animer un groupe de TCC, ça me permettait vraiment de me mettre en situation. Ce n'est pas incompatible avec le fait de venir ensuite dans un stage où on utilise la psychanalyse lacanienne. »*

La psychanalyse constitue encore une référence essentielle des conceptions des internes. Si beaucoup sont ambivalents à son égard, la plupart n'envisagent pas que leur internat puisse ne pas comporter un stage d'orientation psychanalytique. La psychanalyse ne constitue plus l'étalon-or de la pratique psychothérapeutique, mais ses cadres de pensée demeurent souvent prévalents dans la pratique clinique quotidienne des internes en termes d'élaborations psychopathologiques et étiologiques permettant d'avoir une « compréhension » du patient par-delà ses symptômes. Les TCC et la systémie profitent à égalité de la baisse de l'attractivité de l'orientation analytique, égalité qui peut surprendre, eu égard à la très forte poussée des TCC dans de nombreux

pays et au fait qu'elle soit la thérapie la plus validée dans les études expérimentales.

Psychothérapie, psychiatrie, médecine

À la question : « *Seriez-vous favorable, au sein du DES de psychiatrie, à une formation aux psychothérapies, en deux temps : formation théorique obligatoire aux différents grands courants psychothérapeutiques (psychanalyse, TCC, systémie, etc.) en première partie d'internat, puis la possibilité d'une formation approfondie dans un ou plusieurs de ces courants ?* », la quasi-totalité des internes ont répondu positivement. Si ce consensus montre leur volonté d'instituer un pluralisme des méthodes, il montre aussi leur aspiration à voir la formation à la psychothérapie intégrée dans le cursus de psychiatrie. Cette aspiration peut avoir pour motif la prise en charge, au moins partielle, du coût en finances et en temps que représente actuellement pour les internes l'engagement dans une formation hors DES. Mais cette position signifie aussi de fait l'aspiration à voir la formation aux psychothérapies pleinement relever de la responsabilité, du contrôle – de la juridiction, donc – de la psychiatrie. Cette attente, le plus souvent implicite et confuse, peut se faire plus explicite : « *On avait un [praticien hospitalier] qui était formé aux thérapies cognitivo-comportementales, un autre qui était formé à la thérapie familiale, et la responsable qui était plutôt de formation psychanalytique, freudienne. Mais ça fonctionnait très très bien. Et pour le coup, c'était de la vraie psychiatrie* ».

Vouloir que le détenteur de la juridiction sur la psychothérapie soit la psychiatrie apparaît conduire à définir nettement la psychothérapie comme une pratique médicale (et moins comme une pratique psychologique) en même temps qu'à un vigoureux consensus sur l'appartenance de la psychiatrie à la médecine. Néanmoins, la relation aux médecins et aux internes en médecine somatique est généralement mal vécue par les internes en psychiatrie. Sur fond de ce consensus, l'appartenance affirmée de la psychiatrie à la médecine se décline diversement selon qu'on lui donne plus ou moins de spécificité, les internes se situant aux deux pôles – la psychiatrie s'apparente totalement aux autres spécialités médicales « *la psychiatrie, c'est du somatique* » vs la psychiatrie est fondamentalement une médecine spécifique – étant très minoritaires.

Ces conceptions sont en partie liées avec les conceptions sur la psychothérapie. La mise en avant de la toute spécificité de la psychiatrie va de pair avec une importance décisive donnée à la psychothérapie,

en priorité d'orientation analytique. La conception du tout somatique est associée à un désintérêt pour la psychothérapie et au projet de s'orienter plutôt vers la recherche : en effet, le refus de toute psychothérapie est pratiquement impossible s'il s'agit « d'exercer » le métier de psychiatre, tout particulièrement en libéral, ce qui est plus ou moins l'idée de tous les internes, qui voient mal toute leur carrière se développer en institution. Une majorité d'internes considère que tout psychiatre est nécessairement aussi psychothérapeute, ne serait-ce qu'en accompagnant son traitement médicamenteux d'une « psychothérapie de soutien ».

Discussion

Le nombre conséquent d'internes qui se sont formés ou qui envisagent de se former aux psychothérapies en dehors de leur cursus de formation (d'autant plus que celles-ci sont coûteuses en temps et en finances), contredit la position estimant que la psychothérapie est de peu d'intérêt pour la psychiatrie. Actuellement, en France, les internes font de la psychothérapie une pratique constitutive du travail du psychiatre.

Les comparaisons internationales montrent que les formations des internes en psychiatrie, en particulier en psychothérapie, sont très hétérogènes. La France se distingue de la plupart des pays par l'absence de toute volonté de formation en psychothérapie de la part des organisations de psychiatres (Fussinger, 2005) (Fussinger, 2008).

Différentes enquêtes ont été menées sur l'opinion qu'ont les internes de la formation qu'ils reçoivent. Dans une enquête américaine (Calabrese, Sciolla & Zisook, 2010), les internes sont globalement satisfaits, en considérant largement leur formation à la psychothérapie comme « de haute qualité », leur supervision « excellente », en trouvant que leurs enseignants sont des psychothérapeutes bien formés et en estimant que leur encadrement les soutient activement dans leur formation à la psychothérapie ; ces internes s'estiment compétents en psychothérapie.

Une étude canadienne (Hadjipavlou & Ogrodniczuk, 2007) révèle qu'au moins les trois quarts des internes considèrent que la psychothérapie est suffisamment représentée dans leur formation, dont ils sont largement satisfaits, comme de leur supervision. La grande majorité des internes canadiens, parce que positivement influencés par la qualité de leur formation et du sentiment de compétences acquises, prévoit de pratiquer la psychothérapie.

Les résultats positifs de ces deux études font encore davantage ressortir l'insatisfaction et le malaise des internes français. On peut penser qu'il en aurait été différemment il y a encore une vingtaine d'années lorsque la juridiction de la psychanalyse sur la psychothérapie – et largement aussi sur la psychiatrie – n'était que très peu contestée : il y avait un modèle normatif évident et prestigieux du travail psychologique. Cependant, le malaise et l'insatisfaction des internes ont aussi un côté positif : les bouleversements actuels leur permettent de prendre individuellement et collectivement des positions et des initiatives novatrices, comme sur la nécessaire pluralité de la psychothérapie et d'une véritable formation à la psychothérapie sous juridiction de la psychiatrie. Mais les réflexions sur les changements à opérer sont encore floues. Ainsi sur ce que sont les psychothérapies, problème qui surgit tout particulièrement à propos de deux modalités particulièrement présentes dans la pratique des internes, l'orientation analytique et ladite « psychothérapie de soutien ». Force est ici de reconnaître que le questionnaire et le guide d'entretien de notre enquête a peut-être repris certains *a priori* des conceptions établies dans le milieu de la psychiatrie : d'une part, la toute spécificité de l'orientation analytique qui ne pourrait pas relever d'un cursus de formation à la différence des TCC ou de la systémie. D'autre part, en ne s'intéressant pas du tout à la psychothérapie de soutien, l'idée que celle-ci n'appelle pas de formation spécifique, mais se « bricole » sur le tas. La réflexion pourrait aussi s'approfondir sur les moyens d'une meilleure reconnaissance de la psychiatrie par la médecine somatique à laquelle les internes aspirent. Dans cette perspective ne pourra être négligée, comme c'est le cas aujourd'hui (Shaley, 2007), l'extension de *Evidence-Based Medicine* à la médecine mentale.

Conclusion, perspectives

L'absence de formation aux psychothérapies des internes en psychiatrie, alors même que c'est une dimension essentielle du travail du psychiatre, apparaît comme un préjudice pour la qualité des soins en psychiatrie. C'est aussi un très mauvais point pour le statut de la psychiatrie dans la médecine que de laisser à penser – comme c'est le cas actuellement – que la psychothérapie n'appelle pas forcément une formation rigoureuse et de haut niveau, et peut relever d'un « bricolage ». La création récente en France (2010) d'un titre protégé de psychothérapeute auquel les psychiatres peuvent prétendre de droit – sans

formation additionnelle – rend encore plus intenable l’absence de formation à la psychothérapie : il y a urgence à élaborer une formation, et d’autant plus dans un contexte où la question du remboursement des psychothérapies par l’assurance maladie publique commence à se poser de façon aiguë en France, plusieurs pays européens ayant déjà mis en place des systèmes de prise en charge opérationnels (UEMS 2009).

Le modèle de formation proposé par l’AFFEP qui consiste à initier les internes aux bases de la psychothérapie et aux différents courants psychothérapeutiques existants, puis à leur permettre, en deuxième partie d’internat, l’accès à une formation approfondie dans un courant psychothérapeutique, peut constituer un modèle à discuter et à préciser, sachant que ce modèle de formation a été approuvé presque intégralement par les internes que notre étude a consultés. Sa discussion, avec tout particulièrement le Collège national des universitaires en psychiatrie, devrait s’effectuer en relation avec les réflexions déjà menées ou en cours dans d’autres pays européens ou ailleurs dans le monde (Douglas, 2008) (Holmes, Mizen & Jacobs, 2007) (Mellman & Beresin, 2003) (Naber & Hohagen, 2008) (Nawka, Kuzman & Giacco, 2010) (Oakley & Malik, 2010) (Piper, 2004) (Roupert, Karila & Kerneis, 2010) (Shaley, 2007) (UEMS, 2009) (Weerasekera, Manring & Lynn, 2010) et ce, tout particulièrement avec ceux qui articulent étroitement cours théoriques, cours de présentation de cas, travail sur soi et pratique psychothérapeutique supervisée de façon approfondie (p. ex., en Allemagne une séance pour 4 heures de psychothérapie). Notons que, en Allemagne, l’organisation de la formation totalement reconstruite en 1992 (Oakley & Malik, 2010), inclut nécessairement une formation à la psychothérapie prise en charge financièrement par les universités. Remarquons aussi que ce modèle allemand pose une question majeure et redoutable : la formation approfondie aux psychothérapies doit-elle être obligatoire ? C’est le cas en Allemagne. Les internes français semblent souhaiter que l’initiation soit obligatoire, mais que l’approfondissement dans un courant psychothérapeutique soit facultatif, car certains internes, estimant trop lourde une formation approfondie pendant leur internat, préféreraient attendre la fin de celui-ci.

La mise sur pied d’une véritable formation aux psychothérapies prendra nécessairement un certain temps. En attendant, il est impératif que la supervision soit mise en œuvre de façon systématique et approfondie sur chaque lieu de stage accueillant des internes. L’absence d’un dispositif de supervision conforme aux exigences de la formation pratique des internes devrait pouvoir entraîner le retrait de l’agrément

de stage. Il ne s'agit pas de proposer une homogénéisation technocratique « descendante » de la formation à la psychothérapie, mais que sur des points essentiels, tous les internes, quel que soit le lieu où ils se forment, puissent bénéficier d'une formation de qualité.

RÉFÉRENCES

- Abbott, A. (1988). *The System of Professions: An Essay on the Division of Expert Labour*. Chicago, Ill: The University of Chicago Press.
- Azoulay, M., Lasfar, M., & van Effenterre, A. (2012). Psychiatres de demain, formation(s) d'aujourd'hui: état des lieux de la formation du D.E.S. de psychiatrie. *L'information psychiatrique*, 88(2), 139-144.
- Bulletin officiel n° 39 du 28 octobre 2004, Enseignement supérieur, recherche et technologie, page 2245. Etudes médicales (RLR: 432-3b) Liste et réglementation des diplômes d'études spécialisées de médecine – arrêté du 22-9-2004 JO du 6-10-2004 (NORMENS0402086A).
- Calabrese, C., Sciolla, A., Zisook, S., et autres (2010). Psychiatric residents' views of quality of psychotherapy training and psychotherapy competencies: a multisite survey. *Acad Psychiatry*, 34(1), 13-20.
- Dezetter, A., Briffault, X., Lakhdar, C.B. & Kovess-Masfety, V. (2014). Costs and benefits of improving access to psychotherapies for common mental disorders, *Journal of Mental Health Policy and Economic*, 16(4), 161-177.
- Douglas, C. J. (2008). Teaching supportive psychotherapy to psychiatric residents. *Am J Psychiatry*, 165(4), 445-52.
- Fussinger, C. (2005). Formation des psychiatres et psychothérapies: regards croisés sur les situations suisse et française. PSN; III(14).
- Fussinger, C. (2008). *Quelle place pour la formation dans les réglementations sur l'exercice de la psychothérapie?* In Champion, F. Psychothérapie et société, Paris, France: Armand Colin.
- Hadjipavlou, G. & Ogrodniczuk, J. S. (2007). A national survey of Canadian psychiatry residents' perceptions of psychotherapy training. *Can J Psychiatry*, 52(11), 710-7.
- Holmes, J., Mizen, S. & Jacobs, C. (2007). Psychotherapy training for psychiatrists: UK and global perspectives. *International Review of Psychiatry*, 19(1), 93-100.
- Martin, L., Saperson, K. & Maddigan, B. (2003). Residency training: challenges and opportunities in preparing trainees for the 21st century. *Can J Psychiatry*, 48(4), 225-31.
- Mellman, L. A. & Beresin, E. (2003). Psychotherapy competencies: development and implementation. *Acad Psychiatry*, 27(3), 149-53.
- Naber, D. & Hohagen, F. (2008). Training in psychiatry and psychotherapy in Germany. *Encephale*, 34(2), 107-9.

- Nawka, A., Kuzman, M. R., Giacco, D. et autres (2010). Mental health reforms in Europe : challenges of postgraduate psychiatric training in Europe : a trainee perspective. *Psychiatr Serv*, 61(9), 862-4.
- Oakley, C. & Malik, A. (2010). Psychiatric training in Europe. *The Psychiatrist*, 34(10), 447-50.
- Piper, W. E. (2004). Implications of psychotherapy research for psychotherapy training. *Canadian Journal of Psychiatry-Revue canadienne de psychiatrie*, 49(4), 221-29.
- Roupret, M., Karila, L., Kerneis, S., et autres (2010). [Is the learning process of "evidence-based medicine" influenced by determined factors? Results from a national survey of 1870 French students in their sixth year]. *Presse Med*, 39, e126-133.
- Shalev, A. Y. (2007). Teaching psychotherapy to psychiatric residents in Israel. *Isr J Psychiatry Relat Sci*, 44(3), 167-75 ; discussion 75-7.
- UEMS (2009). European Board of Psychiatry. European Framework for Competencies in Psychiatry. Ljubljana, Slovenia.
- Van Effenterre, A., Azoulay, M., Briffault, X. & Champion, F. (2012). Psychiatres... et psychothérapeutes? Conceptions et pratiques des internes en psychiatrie, *L'Information psychiatrique*, 88(4), p.305-313.
- Van Effenterre, A., Azoulay, M., Champion, F. & Briffault, X. (2013). La formation aux psychothérapies des internes de psychiatrie en France: résultats d'une enquête nationale, *L'Encephale*, 39(3), 155-164.
- Weerasekera, P., Manring, J. & Lynn, D. J. (2010). Psychotherapy training for residents: reconciling requirements with evidence-based, competency-focused practice. *Acad Psychiatry*, 34(1): 5-12.

ANNEXE

Guide d'entretien

- Comment appréciez-vous votre formation à la psychothérapie ? Sur le plan théorique, à travers la supervision.
 - Quelle place, quelle importance accordez-vous à la psychothérapie dans la psychiatrie ? (Argumenter théoriquement, à partir de l'expérience, des formations, des conceptions de l'humain, des choix personnels, etc.).
 - Quelle formation à la psychothérapie jugez-vous utile d'avoir dans le cursus de psychiatrie ? Obligatoire ?
 - Comment concevez-vous la psychiatrie dans la médecine ? Spécificité de la psychiatrie comme spécialité médicale ? (Relances autour de l'organique, du génétique, des médicaments, de EBM, de la relation médecin/patient, du rapport aux autres professionnels [psychologues, infirmiers, médecins généralistes].
 - On parle beaucoup de santé mentale aujourd'hui : qu'est-ce que cette référence vous évoque ? Qu'est-ce que la santé mentale par rapport à la psychiatrie ?
 - Importance de la formation proprement médicale ? [la question du stage dans une autre spécialité médicale].
 - « Engagement » et orientation psychothérapeutique ? Avez-vous fait des formations ? Lesquelles ? Pourquoi ces choix selon vous ? Appréciation sur les différentes méthodes : en général, par rapport au type de patient, outils de trouble, etc. ?
 - Itinéraire personnel : quand s'est fait le choix de la psychiatrie ? Choix de telles orientations en psychothérapie ? Rencontres ?
 - Si on revient sur la supervision : rôle des seniors/aînés/maître : quels sont les mots qui vous conviennent le mieux ? De fait la formation à la psychiatrie fait une large place à la formation « sur le tas » : que pensez-vous de cette modalité de formation ? Avez-vous aussi sur vos lieux de stage des séances de bibliographie ? Et plus généralement comment se passe la formation sur vos lieux de stage ?
 - Comment voyez-vous les transformations de la psychiatrie ? Quelle appréciation portez-vous sur la psychiatrie telle que vous la voyez à travers vos stages et votre formation ? Qu'est-ce qui selon vous a changé par rapport à il y a une vingtaine d'années ?
-

La thérapie informatisée : une option pouvant faciliter l'accès à la thérapie chez les jeunes adultes ?

France Talbot^a

Josée LeBlanc^b

Jalila Jbilou^c



RÉSUMÉ Introduction Les jeunes adultes ont, au Canada, les plus hauts taux de prévalence de l'anxiété et de la dépression, et sont aussi ceux qui utilisent le moins les services traditionnels de santé mentale. Faciliter l'accès à la thérapie chez les jeunes est ainsi particulièrement important, et ce, encore davantage dans les régions canadiennes plus rurales et auprès des minorités linguistiques. La thérapie informatisée pourrait être une option.

Objectifs Cette étude vise à évaluer jusqu'à quel point l'autostigmatisation, un besoin d'autonomie et les attitudes face à la thérapie informatisée permettent de prédire l'intention d'utiliser cette thérapie chez de jeunes adultes francophones. L'impact de la visite du site Web d'une clinique virtuelle sur cette intention a également été évalué.

Méthode Quarante-quatre étudiants fréquentant une université francophone du Nouveau-Brunswick ont complété, en ligne, des mesures autorapportées avant et suite à la visite du site Web de la clinique virtuelle MindSpot, en Australie, qui offre des thérapies informatisées.

Résultats Une séquence de corrélations significatives entre les variables étudiées est observée, mais seules des attitudes plus positives à l'égard de la thérapie informatisée sont directement corrélées à une plus grande intention de l'utiliser. La visite du site Web a produit une augmentation significative et importante de l'intention d'utiliser la thérapie informatisée.

a. Ph. D., L. Psych., École de psychologie, Université de Moncton.

b. B.A., École de psychologie, Université de Moncton.

c. M.D., M. Sc., Ph. D., Centre de formation médicale du Nouveau-Brunswick et École de psychologie, Université de Moncton.

Conclusions La thérapie informatisée pourrait faciliter l'accès aux traitements fondés sur les données probantes du stress, de l'anxiété et de la dépression chez les jeunes adultes francophones du Nouveau-Brunswick, voir d'autres parties du Canada. Cette approche demeure peu répandue encore à travers le pays.

MOTS CLÉS thérapie autogérée, thérapie informatisée, jeunes adultes, anxiété, dépression, attitudes

Computerized therapy: An option to facilitate access to therapy among young adults?

ABSTRACT Introduction Of all age groups, young Canadian adults have the highest prevalence rates of anxiety and depression. Yet, they are also the least likely to access traditional face-to-face mental health services. Facilitating access to evidence-based therapy among young adults is thus particularly important, namely in rural parts of Canada as well as among its linguistic minorities. Computerized therapy could be a cost-effective alternative. However, little is known about how young adults perceive it.

Objectives This study aimed to assess the influence of self-stigma, need for autonomy and attitudes toward computerized therapy on the intent of Francophone young adults to use computerized therapy. The impact of visiting the Website of a virtual psychology clinic on their intent to use computerized therapy was also assessed.

Method Forty-four young adults attending a French University in New Brunswick completed online self-report measures before and after visiting the Website of the MindSpot Clinic, a virtual psychology clinic offering evidence-based computerized therapy programs for anxiety and depression.

Results Higher levels of self-stigma were moderately correlated with higher levels of need for autonomy, which in turn were moderately associated with more positive attitudes toward computerized therapy. Only more positive attitudes toward computerized therapy were moderately and directly correlated with a higher intent of using this type of therapy. T-tests revealed that visiting the MindSpot Clinic's Website produced a significant and large increase in the intent to use computerized therapy.

Conclusions Computerized therapy may facilitate access to evidence-based treatments of anxiety and depression among Francophone young adults from New Brunswick, and perhaps from other parts of Canada as well. Websites similar to the one of the MindSpot Clinic may be an efficient strategy to provide young Canadian adults with helpful information on computerized therapy, as this therapy format is not established yet in Canada. A research program conducted by the first author aims to make it accessible in New Brunswick in both official languages.

KEYWORDS self-help therapy, computerized therapy, young adults, anxiety, depression, attitudes

Le Nouveau-Brunswick présente des particularités qui maintiennent les disparités interrégionales dans l'accès aux services de santé mentale, incluant la présence de communautés francophones en situation minoritaire et la prédominance des régions rurales (Bowen, 2001; Starkes, Poulin, & Kisely, 2005). Les jeunes de 15 à 24 ans sont particulièrement vulnérables, ce groupe d'âge présentant les plus hauts taux de prévalence d'anxiété et de dépression (Canadian Community Health Survey, 2003). En 2011, le gouvernement du Nouveau-Brunswick a adopté un plan d'action pour la santé mentale, et depuis, différentes initiatives ciblant les jeunes ont vu le jour (Province du Nouveau-Brunswick, 2013). La province est aussi l'un des 12 sites d'un projet de recherche pancanadien, ACCESS-Canada, qui vise à transformer les services de santé mentale pour les jeunes de 11 à 25 ans (Province du Nouveau-Brunswick, 2015).

Ces efforts sont d'une importance majeure, car bien que les jeunes adultes de 15 à 24 ans soient particulièrement touchés par l'anxiété et la dépression, ils utilisent peu les services traditionnels de santé mentale en face à face (Findlay & Suntherland, 2014). Une barrière fréquemment rapportée par les jeunes concernant l'utilisation de ces services est la peur de la stigmatisation associée à la maladie mentale (Gulliver, Griffiths, & Christensen, 2010). Dans le but de mieux comprendre les raisons qui influencent la recherche d'aide psychologique traditionnelle en face-à-face, Voguel, Wade, & Hackler (2007) ont proposé un modèle conceptuel basé sur la théorie de l'action raisonnée d'Ajzen et Fishbein (1980) tout en prenant en considération la stigmatisation. Il s'agit d'un modèle de médiation selon lequel l'autostigmatisation ou internalisation de la stigmatisation publique (c.-à-d., si je cherche de l'aide, les autres vont penser que je suis fou) et des attitudes négatives face à la thérapie en face à face sont des variables de médiation de la stigmatisation publique (c.-à-d., la perception négative d'une personne par les autres) et d'une moins grande intention de recourir à ce type de service. Ce modèle a été évalué auprès de 676 élèves au collégial à l'aide d'analyses d'équations structurelles. Les résultats appuient le modèle de médiation proposé, qui explique 34 % de la variance dans l'intention de recourir à la thérapie en face à face.

Ce modèle n'explique toutefois pas pour quelle raison les jeunes adultes constituent le groupe d'âge qui consulte le moins. Selon une

recension de 22 études, la stigmatisation, mais aussi une préférence pour gérer ses problèmes soi-même, figurent parmi les barrières les plus importantes de la recherche d'aide traditionnelle en santé mentale rapportées par les jeunes (Gulliver *et al.*, 2010). Cette préférence pourrait découler d'un besoin d'affirmer son indépendance et son autonomie, une étape développementale significative, qui devrait être prise en considération dans les services de santé mentale offerts si l'on veut augmenter l'accès à ces services chez cette population (Wilson, Rickwood, Bushnell, Caputi, & Thomas, 2011).

La thérapie cognitivo-comportementale informatisée via Internet (TCCi) est une thérapie autogérée d'une durée de 5 à 10 semaines présentée sous forme de leçons et devoirs accessibles par Internet et pouvant ou non inclure une guidance clinique généralement par courriels ou téléphone. De par son format autogéré et l'utilisation de l'Internet, ce type de thérapie pourrait davantage répondre aux besoins des jeunes adultes. Des méta-analyses appuient l'efficacité de la TCCi avec guidance clinique auprès de populations adultes principalement pour des problèmes d'anxiété et de dépression. Ces méta-analyses révèlent des tailles d'effet modérées à grandes pour les troubles de panique, d'anxiété sociale, d'anxiété généralisée et de dépression majeure avec maintien des gains thérapeutiques (Andersson & Cuijpers, 2009; Andrews, Cuijpers, Craske, McEvoy, & Titov, 2010), une efficacité comparable à la thérapie traditionnelle (Andersson, Cuijpers, Carlbring, Riper, & Hedman, 2014) et le maintien de son efficacité dans des milieux de pratique clinique (Andersson & Hedman, 2013).

Bien que peu de programmes de TCCi aient été développés pour les jeunes, quelques études suggèrent qu'il s'agirait aussi d'une approche efficace pour cette population. Johnson *et al.* (2014), entre autres, rapportent des données préliminaires appuyant l'efficacité d'une TCCi transdiagnostique avec guidance clinique permettant le traitement à la fois de l'anxiété et de la dépression chez les jeunes de 18 à 24 ans. Les résultats d'une étude pilote menée auprès de 18 participants recrutés dans la population générale révèlent de grandes tailles d'effet au post-traitement ainsi qu'à un suivi de trois mois. Une amélioration cliniquement significative de l'anxiété et la dépression a été observée chez 50 % et 61 % des participants respectivement. L'acceptabilité de la TCCi a de plus été évaluée à l'aide d'un questionnaire de satisfaction. La majorité des participants se sont dits généralement à très satisfaits (11/13 ; 85 %), et tous ont indiqué qu'ils recommanderaient ce traitement à un ami.

Peu d'études ont cependant évalué comment les jeunes perçoivent la TCCi. En s'appuyant sur le modèle de Voguel *et al.* (2007), et tout en considérant le besoin d'autonomie des jeunes, la présente étude vise à évaluer jusqu'à quel point l'autostigmatisation, les attitudes face à la TCCi et un besoin d'autonomie pour gérer ses problèmes permettent de prédire l'intention d'utiliser la thérapie informatisée pour le stress, l'anxiété et la dépression chez de jeunes adultes francophones du Nouveau-Brunswick. L'impact de la visite du site Web d'une clinique virtuelle de psychologie sur cette intention a aussi été évalué. L'intention d'utiliser la thérapie informatisée et traditionnelle a été comparée avant et suite à cette visite.

Méthode

Participants

Un échantillon de 44 étudiants a été recruté à l'Université de Moncton dans le cadre de cours de premier cycle en psychologie suite à une visite en classe et l'envoi d'un courriel incluant un hyperlien menant à l'étude. Les critères d'inclusion à l'étude étaient d'être âgé entre 18 et 24 ans, de posséder une compréhension adéquate de l'anglais, aucun site Web d'une clinique de thérapie informatisée n'étant encore disponible en français, et d'avoir accès à un ordinateur et à l'Internet. Les participants sont principalement de sexe féminin ($n = 35$; 79,5 %), et âgés en moyenne de 19,4 ans ($ET = 1,7$).

Instruments de mesure

Des mesures d'autoévaluation ont été administrées en ligne à l'aide des logiciels SONA et SurveyMonkey. Elles ont été complétées dans leur version originale anglaise.

Perceptions of Computerized Therapy Questionnaire – Version Patient (PCTQ-P; Carper, McHugh, Murray, & Barlow, 2014). Mesure qui évalue des attitudes envers la thérapie informatisée. Deux sous-échelles de neuf et cinq items chacune évaluant les avantages de la thérapie informatisée, et sa compatibilité avec le style de vie du participant, ont été utilisées. Les scores aux deux sous-échelles ont été additionnés (1 [disagree] à 7 [strongly agree]; $\alpha = 0,89$).

Self-Stigma of Seeking Help Scale (SSSHS; Vogel, Wade, & Haake, 2007). Mesure de 10 items qui évalue l'autostigmatisation, laquelle

représente une internalisation de la stigmatisation qui fait qu'un individu se perçoit comme étant inadéquat et inférieur s'il demande de l'aide psychologique (1 (strongly disagree) à 5 (strongly agree); $\alpha = 0,64$).

Barriers to Adolescents Seeking Help Scale – Version Abrégée (BASHS-B; Kuhl, Jarkon-Horlick, & Morrissey, 1997). La sous-échelle *Autonomy*, qui compte deux items, a été utilisée pour mesurer jusqu'à quel point un individu préfère gérer ses problèmes lui-même (1 (strongly disagree) à 6 (strongly agree); $\alpha = 0,87$).

General Help-Seeking Questionnaire – Version Vignette (GHSQ-V; Wilson *et al.*, 2011). Trois vignettes décrivant le cas hypothétique d'un individu ayant des problèmes de stress, d'anxiété et de dépression ont été sélectionnées. Le répondant indique jusqu'à quel point il utiliserait les sources d'aide mentionnées s'il avait le problème décrit dans la vignette (1 [extremely unlikely], 3 [unlikely], 5 [likely] et 7 [extremely likely]). L'intention d'utiliser la thérapie traditionnelle a été mesurée à l'aide d'un item (GHSQ-VT). Quatre items ont été développés pour évaluer l'intention d'utiliser la thérapie informatisée (GHSQ-VI; $\alpha = 0,88$). La moyenne des scores à chaque item a été utilisée.

Déroulement

Les participants ont complété l'ensemble des mesures, puis visité le site Web de la clinique MindSpot située en Australie où des TCCi sont offertes pour l'anxiété et la dépression (www.mindspot.org.au). Les participants ont été dirigés vers deux volets d'information (Take a tour et Watch the Video). Ils ont par la suite complété le GHSQ-VT et GHSQ-VI de nouveau.

Analyses statistiques

Des corrélations de Pearson et analyses de régressions multiples ont été planifiées pour évaluer les relations entre les variables à l'étude et prédire l'intention d'utiliser la TCCi. Des tests-t pour échantillons appariés seront réalisés pour évaluer le changement des scores d'intention pré et post-visite du site Web et pour comparer l'intention d'utiliser la thérapie informatisée et traditionnelle avant et suite à cette visite.

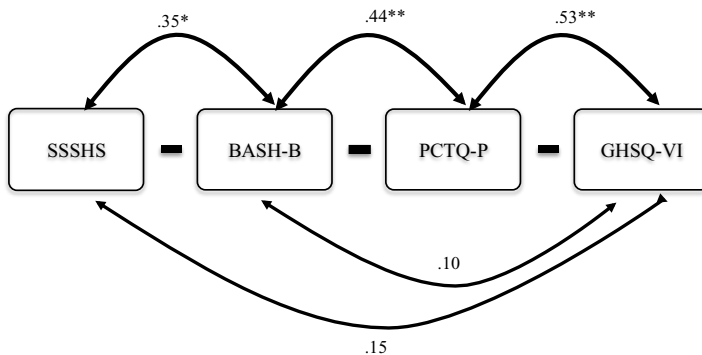
Résultats et Discussion

Contrairement à ce qui a été observé dans le cas de la thérapie traditionnelle (p. ex., Gulliver *et al.*, 2010), les résultats d'analyses corrélationnelles n'ont indiqué aucune corrélation significative entre d'une part, l'autostigmatisation et un besoin d'autonomie, et d'autre part, l'intention d'utiliser la thérapie informatisée. Aucune analyse de régressions multiples n'a ainsi été conduite. Seul le fait d'avoir des attitudes plus positives face à la thérapie informatisée est significativement et directement corrélé à une plus grande intention de ce type de thérapie, et ce, pour des problèmes de stress, d'anxiété ou de dépression.

L'examen de la matrice de corrélations a toutefois révélé une séquence de liens significatifs entre les variables étudiées, séquence illustrée à la Figure 1. La taille des effets est modérée. Ces corrélations suggèrent la présence possible d'un modèle de médiation semblable à celui observé par Vogel *et al.* (2007) selon lequel des niveaux moins élevés d'autostigmatisation contribuent à des attitudes plus positives face à la thérapie traditionnelle, qui à leur tour augmentent l'intention de l'utiliser. Toutefois, dans le cas de la thérapie informatisée, des niveaux plus élevés d'autostigmatisation et un plus grand besoin d'autonomie sont

FIGURE 1

Séquence de Liens entre les Variables à l'Étude



* $p < 0,05$. ** $p < 0,01$.

Note. SSSHs = Self-Stigma of Seeking Help Scale, BASHB = Barriers to Adolescents Seeking Help Scale, PCTQP-P = Perceptions of Computerized Therapy Questionnaire-Patient Version, GHSQ-VI = General Help Seeking Questionnaire – Vignette version, thérapie informatisée. Les corrélations impliquant le GHSQ-VI représentent la moyenne des corrélations pour le stress, l'anxiété et la dépression.

indirectement reliés non pas à une intention moindre, mais plus grande d'utiliser cette thérapie. Des analyses de modélisation par équations structurelles auprès d'un plus grand échantillon permettraient d'appuyer l'existence d'un tel modèle.

En ce qui a trait à l'impact de la visite de MindSpot, avant cette visite, des tests-t ont révélé une préférence pour la thérapie traditionnelle, les scores au GSHQ-VT étant significativement supérieurs à ceux du GSHQ-VI pour le stress ($t [43] = 2,65, p = 0,011, d = 0,81$) l'anxiété ($t [43] = 4,12, p = 0,001, d = 1,26$) et la dépression ($t [43] = 4,40, p = 0,001, d = 1,34$). La visite de la clinique a toutefois produit une augmentation significative et importante de l'intention d'utiliser la thérapie informatisée. Des tests-t pairés comparant les scores au GSHQ-VI pré et post-visite mettent en évidence une augmentation significative des scores et de larges tailles d'effet pour chacun des problèmes psychologiques, alors qu'aucun changement significatif des scores au GSHQ-VT n'a été observé (voir Tableau 1). Ces résultats appuient les données préliminaires de Mitchell et Gordon (2007) suggérant que l'offre d'informations sur la thérapie informatisée augmente l'intention d'y recourir.

Suite à la visite de MindSpot, les scores au GSHQ-VT sont demeurés significativement supérieurs à ceux du GSHQ-VI pour l'anxiété ($t [43] = 2,37, p = 0,022, d = 0,72$) et la dépression ($t [43] = 2,18, p = 0,007, d = 0,66$), alors qu'il n'y avait plus de différence significative dans le cas du stress ($t [43] = 1,47, p = 0,148, d = 0,44$). Il semble donc que la visite de MindSpot ait favorisé une ouverture face à la thérapie informatisée, au point où, pour des problèmes de stress, les participants considère-

TABLEAU 1
Tests-t Pairés des Scores d'Intention au Temps 1 et au Temps 2

Variable	Temps 1		Temps 2		$t(43)$	p	95 % IC		
	M	ET	M	ET			LI	LS	d
GHSQ-VI-S	3,28	1,46	3,97	1,70	-3,65	0,001	-1,07	-0,31	1,11
GHSQ-VI-A	3,30	1,53	4,01	1,74	-3,49	0,001	-1,13	-0,30	1,06
GHSQ-VI-D	3,31	1,66	4,08	1,72	-3,51	0,001	-1,21	-0,33	1,07
GHSQ-VT-S	4,27	1,97	4,55	1,95	-1,60	0,116	-0,62	0,07	0,49
GHSQ-VT-A	4,77	1,84	4,95	2,03	-0,77	0,448	-0,66	0,30	0,23
GHSQ-VT-D	5,05	1,99	5,18	1,86	-0,66	0,514	-0,55	0,28	0,10

Note. GHSQ-VI = General Help Seeking Questionnaire – Version Vignette, Thérapie Informatisée, GHSQ-VT = General Help Seeking Questionnaires – Version Vignette, Thérapie Traditionnelle.

raient l'utiliser au même titre que la thérapie traditionnelle. Une préférence chez les jeunes pour l'utilisation de services de santé mentale en face à face plutôt qu'en ligne dans le cas de la dépression a également été rapportée par Bradford et Rickwood (2014). Le type de problèmes de santé mentale peut influencer la recherche d'aide traditionnelle, les jeunes consultant davantage dans le cas de symptômes de dépression que d'anxiété par exemple (Merikangas *et al.*, 2011). Les résultats de la présente étude, ainsi que ceux de Bradford et Rickwood (2014), suggèrent que le type de problèmes de santé mentale pourrait également influencer le choix de la modalité de thérapie. Cette influence demeure à être davantage évaluée à mesure que des thérapies informatisées seront mises à la disposition des jeunes adultes.

L'étude comporte des limites incluant un petit échantillon, une faible proportion de participants de sexe masculin, le recours à des vignettes ou situations hypothétiques, et l'utilisation d'informations de langue anglaise sur la TCCi. Malgré ces limites, les résultats suggèrent que la thérapie informatisée pourrait faciliter l'accès aux traitements fondés sur des données probantes chez les jeunes adultes francophones du Nouveau-Brunswick, voir d'autres parties du Canada. L'utilisation de sites Web semblables à celui de la Clinique MindSpot pourrait être une stratégie efficace pour informer les jeunes adultes, la thérapie informatisée étant peu répandue encore au Canada. Un programme de recherche piloté par la première auteure vise à rendre cette modalité de thérapie accessible au Nouveau-Brunswick, et ce, dans les deux langues officielles.

RÉFÉRENCES

- Ajzen, I. & Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behaviour*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Andersson, G. & Cuijpers, P. (2009). Internet-based and other computerized psychological treatments for adult depression: a meta-analysis. *Cognitive Behaviour Therapy*, 38, 196-205. doi: 10.1080/16506070903318960
- Andrews, G., Cuijpers, P., Craske, M., McEvoy, P. & Titov, N. (2010). Computer therapy for anxiety and depressive disorders is effective, acceptable and practical health care: A meta-analysis. *PLoS ONE* 5: e13196. doi: 10.1371/journal.pone.0013196
- Andersson, G., Cuijpers, P., Carlbring, P., Riper, H. & Hedman, E. (2014). Guided Internet-based vs. face-to-face cognitive behaviour therapy for psychiatric and somatic disorders: a systematic review and meta-analysis. *World Psychiatry*, 13, 288-295. doi: 10.1002/wps.20151

- Andersson, G. & Hedman, E. (2013). Effectiveness of guided Internet-delivered cognitive behaviour therapy in regular clinical settings. *Verhaltenstherapie*, 23, 140-148. doi: 10.1159/000354779
- Bowen S. (2001). *Language barriers in access to health care/Barrières linguistiques dans l'accès aux soins de santé*. Health Canada Minister of public works and government services: Canada.
- Bradford, S. & Rickwood, D. (2014). Adolescent's preferred modes of delivery for mental health services. *Child and Adolescent Mental Health* 19, 39-45. doi: 10.1111/camh.12002
- Canadian Community Health Survey (2003). Statistics Canada, Share File, Ontario: Ministry of Health and Long-Term Care.
- Carper, M. M., McHugh, R. K., Murray, H. W. & Barlow, D. H. (2014). Psychometric analysis of the perceptions of computerized therapy questionnaire-patient version (PCTQ-P). *Administration and policy in mental health*, 41, 104-113. doi: 10.1007/s10488-012-0440-x
- Findlay, L. C. & Sunderland, A. (2014). Professional and informal mental health support reported by Canadians aged 15 to 24. *Health Reports*, 25, 3-11.
- Gulliver, A., Griffiths, K. M. & Christensen, H. (2010). Perceived barriers and facilitators to mental health help-seeking in young people: A systematic review. *BMC Psychiatry*, 10. doi: 10.1186/1471-244X-10-113
- Johnston, L., Dear, B. F., Gandy M, Fogliati, V. J., Kayrouz, R., Sheehan, J., Rapee, R. M. & Titov, N. (2014). Exploring the efficacy and acceptability of Internet-delivered cognitive behavioural therapy for young adults with anxiety and depression: An open trial. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 48, 819-27. doi: 10.1177/0004867414527524
- Kulh, J., Jarkon-Horlick, L. & Morrissey, R. F. (1997). Measuring barriers to help seeking behaviour in adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 26, 637-650. doi: 10.1023/A:1022367807715
- Merikangas, K. R., He, J. P., Burstein, M., Swendsen, J., Avenevoli, S., Case, B., ... Olfson, M. (2011). Service utilization for lifetime mental disorders in U.S. adolescents: Results of the National Comorbidity Survey-Adolescent Supplement (NCS-A). *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 50, 32-45. doi: 10.1016/j.jaac.2010.10.006
- Mitchell, N. & Gordon, P.K. (2007). Attitudes toward computerized CBT for depression amongst a student population. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 35, 421-430. doi: 10.1017/s1352465807003700
- Province du Nouveau-Brunswick. (2015). *Financement du réseau jeunesse en santé mentale du Nouveau-Brunswick*. Frédéricton.
- Province du Nouveau-Brunswick. (2013). *Publication du rapport d'étape concernant le plan d'action pour la santé mentale*. Frédéricton.
- Starkes, J. M., Poulin, C. C. & Kisely, S. R. (2005). Unmet need for the treatment of depression in Atlantic Canada. *Canadian Journal of Psychiatry*, 50, 580. doi: 10.1037/e508992013-077

- Vogel, D. L., Wade, N. G. & Haake, S. (2007). Perceived public stigma and the willingness to seek counselling: The mediating roles of self-stigma and attitudes toward counselling. *Journal of Counselling Psychology*, 53, 325-337. doi: 10.1037/0022-0167.54.1.40
- Wilson, C. J., Rickwood, D. J., Bushnell, J. A., Caputi, P. & Thomas, S. J. (2011). The effects of need for autonomy and preference for seeking help from informal sources on emerging adults' intentions to access mental health services for common mental disorders and suicidal thoughts. *Advances in Mental Health*, 10, 29-38. doi: 10.5172/jamh.2011.10.1.29

POSTFACE

Les conclusions de la table ronde*

David Levine^a

Michael Sheehan^a

Phil Upshall^b

Marie Hayes^c

Karen Cohen^d

Xavier Briffault^e

Patrick Vanneste^f

Alain Lesage^g

Martin Drapeau^h

Helen-Maria Vasiliadisⁱ

Anne Dezetter^j

* Rédaction réalisée avec la contribution de Rita Cavaliere, conseillère.

- a. Membres de la table ronde, porte-paroles du Collectif pour l'accès à la psychothérapie, <http://capqc.ca/fr>
- b. Membre de la table ronde, Directeur général de la Société pour les troubles de l'humeur du Canada, <http://www.troubleshumeur.ca/>
- c. Membre de la table ronde, membre du Groupe de travail sur les soins de santé mentale partagés, Collège des médecins de famille du Canada, <http://cfpc.ca/Accueil/>
- d. Membre de la table ronde, Chef de la direction de la Société canadienne de psychologie, <http://www.cpa.ca/fr/>
- e. Membre de la table ronde, chercheur en sociologie de la santé mentale, CERMES3 (CNRS UMR 8211, EHESS, Université Paris Descartes, Sorbonne Paris-Cité, Inserm U988).
- f. Membre de la table ronde, Ph. DS., psychologue clinicien et psychothérapeute, Service de psychologie clinique systémique et psychodynamique, Faculté de Psychologie et Sciences de l'Éducation, Université de Mons, Belgique.
- g. M.D., M. Phil., Psychiatre et chercheur, Institut universitaire en santé mentale de Montréal – Professeur titulaire, Département de psychiatrie, Université de Montréal.
- h. Ph. D., Clinical Psychology, Associate Professor of Counselling Psychology and of Psychiatry at McGill University.
- i. Ph. D., M. Sc., Professeure agrégée, Département des sciences de la santé communautaire, Centre de recherche, Hôpital Charles-Le Moyne, Université de Sherbrooke.
- j. Ph. D., Département des sciences de la santé communautaire, Centre de recherche, Hôpital Charles-Le Moyne, Université de Sherbrooke.

La table ronde avait pour principal objectif de connaître les différentes stratégies pouvant permettre d'améliorer l'accès aux psychothérapies au Canada – en particulier la stratégie du Collectif pour l'accès à la psychothérapie (CAP) – et d'échanger avec des intervenants de la France, de la Belgique et de la Suisse sur des enjeux d'implantation d'un programme public de services de psychothérapie ainsi que des stratégies visant à élargir l'accès à ces services.

Pour prendre en considération les différentes perspectives des stratégies, la table ronde comprenait des cliniciens, des chercheurs, des représentants de collège de professionnels et des représentants d'utilisateurs.

La discussion des membres de la table ronde a porté autour de questions prédéfinies voulant soulever et aborder les points sur : l'origine et les événements suscitant la création du CAP et le mandat qu'il s'est donné ; l'utilité de mettre en place d'autres collectifs à travers le Canada et comment faciliter la collaboration interprofessionnelle ; et les modèles de financement et stratégies d'implantation et de financement qui pourraient être mis en place pour faciliter l'assurabilité des services psychologiques pour toute la population canadienne.

Panel Discussion

Increased access to psychotherapy services is seen as a transformational change in the healthcare system that would improve the quality of life of people who live with mental disorders. Some discussion on this issue has taken place in Canada and Québec over the last few years, but no concrete measures have been put in place. Public programs like those in England and Australia have clearly demonstrated that increased access to psychotherapy offers tangible clinical and socio-economic benefits.

The main objective of the panel discussion was to learn about different strategies that would help in improving access to psychotherapy services in Canada, in particular, the strategy developed by the Coalition for Access to Psychotherapy (CAP). The discussion with healthcare practitioners from France, Belgium and Switzerland showed that they shared similar questions about the issues surrounding implementation of a public program for access to psychotherapy as well as the strategies aimed at increasing access to such services.

Members of the panel included clinicians, researchers, representatives of professional orders and patient representatives. This diversity allowed for different perspectives on the issues that were discussed and the strategies that were defined.

Panel members addressed questions that were prepared in advance and that focused on the following points: the events leading to CAP's creation and the mandate that it is carrying out; the importance of creating similar coalitions across Canada; how to facilitate interprofessional collaboration in providing psychotherapy services; financial models for access to psychotherapy services; and financial strategies with respect to implementation of a public insurance program for psychological services for the Canadian population.

The principal recommendations that arose from the panel discussion are the following:

- Anyone suffering from a mental disorder for which psychotherapy would be indicated should have access to it as part of first-line health-care services. In Canada, these services could be available through an insurance program similar to the universal medication insurance program that was put in place in Québec. Patients would have to pay a supplement, but this supplement would be tax deductible.
- To overcome a silo effect in the provision of services, healthcare professionals in mental health should work in a collaborative environment, in which knowledge is shared and interventions draw from evidenced-based practice, and should be initiated to this kind of collaboration during their clinical training. To be effective, interprofessional collaboration must use a patient-centered approach: the patient should not only be informed of the different treatment options that are available, but should also be actively involved in the decision-making process in the choice of treatment.
- Increased access to psychotherapy on a nation-wide basis can only be achieved through concerted, dedicated advocacy for such services. Resistance from organizations and professional corporations would need to be countered by well-founded clinical and socio-economic arguments. Also, for psychotherapy to be regarded by both the public and by other healthcare professionals as a reliable treatment option, it needs to be defined by recognized standards of practice and be regulated within a legal framework for professional services. Norms for quality assurance would need to be defined, with the starting point being appropriate training of psychotherapists as specialists.

Panel members agreed that questions of optimal health for all should no longer be reduced to a debate about different classifications of mental disorders or different schools of psychotherapy. The questions to be addressed now should focus on the quality and the effectiveness of a biopsychosocial healthcare system that integrates knowledge from different healthcare professionals in the provision of services, and on the feasibility of creating such a system through transparent, shared political and public support.

Premier bloc de questions

Le premier bloc de questions portait sur l'origine et les objectifs du Collectif pour l'accès à la psychothérapie, la collaboration interprofessionnelle et les méthodes potentielles de financement :

« *Pourquoi former un collectif sur l'accès aux psychothérapies ?* »

David Levine et Michael Sheehan

Le Collectif pour l'accès à la psychothérapie (CAP) a été mis sur pied par la Fondation Graham Boeckh et la Fondation des maladies mentales en mars 2013, soit trois mois après la publication en décembre 2012 des recommandations du Commissaire à la santé et au bien-être du Québec (CSBE) sur l'accès aux services de psychothérapie (CSBE, 2012). Le rapport a souligné, entre autres, les longues listes d'attente et une iniquité à l'accès à ces services. En lien avec les recommandations du CSBE, le CAP est d'avis :

- que toute personne, de tout âge, atteinte de trouble mental ou de détresse psychologique, pour laquelle des services de psychothérapie sont indiqués puisse en bénéficier sans condition de sa capacité de payer pour ces services ;
- qu'une offre de services de première ligne articulée autour d'une collaboration entre les médecins et les psychologues ou les psychothérapeutes reconnus soit mise en place, selon les approches thérapeutiques basées sur les preuves cliniques pour les services de psychothérapie ;
- que cette offre de services soit disponible à partir d'un programme d'assurance public semblable au programme d'assurance maladie ou d'assurance médicaments.

Le travail du CAP s'inspire de l'approche de la Fondation Graham Boeckh, qui est de promouvoir des changements transformationnels permettant d'améliorer la qualité de vie des personnes vivant avec des troubles mentaux. Il fait appel aussi aux programmes implantés en Angleterre et en Australie qui ont démontré, de façon concluante, qu'un accès élargi aux services de psychothérapie présente des avantages cliniques et socio-économiques importants.

Le CAP est constitué de représentants d'usagers et de familles de personnes vivant avec un problème de santé mentale ainsi que des ordres professionnels des psychologues et des médecins de famille du Québec. Le CAP s'est aussi associé des cliniciens et des scientifiques qui sont des experts des enjeux liés à l'organisation des services de santé et à l'efficacité et aux coûts-bénéfices des services de psychothérapie.

Fort de cette représentation, le CAP agit selon le principe que, comme société, nous devons exiger un accès équitable à des services de santé fondés sur les résultats cliniques ainsi qu'une utilisation optimale des ressources financières dédiées aux services de santé et des services sociaux. Le CAP concentre ses efforts sur les activités suivantes :

- sensibiliser le public, par des interventions médiatiques :
 - o à la problématique de l'accès aux services de psychothérapie ;
 - o au fait qu'un meilleur accès aux services de psychothérapie répond aux besoins des personnes et que ceux-ci constituent des traitements efficaces pour les troubles mentaux courants ;
- alimenter les discussions sur l'importance d'un accès équitable aux services de psychothérapie ;
- diffuser de l'information sur son site web (www.capqc.ca) sur la pertinence et la faisabilité d'accroître l'accès aux services de psychothérapie ;
- assurer le suivi des travaux menés par l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux au sujet de l'accès à la psychothérapie ;
- rencontrer des membres du ministère de la Santé et des Services sociaux afin de soutenir les démarches visant l'implantation d'un programme public d'accès à la psychothérapie.

« Quels modèles pourraient être mis en place et qui devrait financer? »

David Levine

Il ne s'agit pas de payer toutes les psychothérapies, mais seulement celles pour les personnes ayant reçu un diagnostic de troubles de santé mentale défini par un médecin¹.

Un des modèles de prise en charge des psychothérapies pourrait être un modèle similaire à celui de l'assurance médicaments au Québec : les patients auraient un reste à charge pour chaque séance, avec un paiement forfaitaire progressif ou dégressif. De ce reste à charge, un montant fixe serait déduit de leurs impôts, puis le gouvernement paierait, par exemple, deux tiers ou 80 % des coûts, cela quel que soit la hauteur de ces coûts.

« Comment surmonter l'effet de silo qui est cet effet de vase clos, où chacun travaille seul sans partage avec les autres professionnels de santé? »

Michael Sheehan

On peut sortir de cet effet silo en diffusant un message clair et simple sur la situation présente tout en ayant le soutien du public. Bien que la psychothérapie soit l'un des traitements les plus efficaces pour les troubles de santé mentale, en 2011, 200 000 Québécois ont eu besoin et souhaité une psychothérapie sans l'avoir obtenue en raison du fait qu'ils ne pouvaient pas la payer.

Le système de soins de santé couvre les médicaments, mais non la psychothérapie, de telle sorte qu'il exclut l'un des meilleurs traitements, sachant aussi que le traitement pharmacologique seul n'est pas celui qui est recommandé pour les troubles modérés et sévères.

Actuellement, le système public peut fournir des psychothérapies, cependant il peut ne pas le faire ou pas à temps ou un peu trop tard. Trop souvent, le système public propose seulement une psychothérapie au moment où la crise survient ou lorsque la personne fait une tentative de suicide. Le danger est d'arriver à cette limite, car 50 % des cas de suicide avaient fait une première tentative de suicide et donc le risque est qu'il soit trop tard pour les prendre en charge.

1. N.D.L.R. Il importe de noter qu'à la suite de l'adoption du projet de loi 21, l'évaluation des troubles mentaux peut maintenant se faire par un médecin ou un psychologue, mais aussi par un conseiller d'orientation ou un infirmier qui détient une attestation lui permettant de procéder à une telle évaluation.

Marie Hayes

En tant qu'enseignante et responsable d'un groupe de médecins, j'ai souvent dû composer avec la résistance au changement et je pense que l'argument le plus puissant pour amener les gens à désirer le changement dans les soins de santé est de se centrer sur le patient. L'argument qui met fin aux discussions stériles ou aux batailles de clochers est de considérer ce qui est le mieux pour le patient, ce qui permet d'avancer à une nouvelle étape de la prise de décision. Ainsi, être centré sur le patient, qu'il soit conscient des options de traitement, impliquer le patient dans ces choix et l'informer correctement afin qu'il puisse prendre une décision éclairée sont des facteurs qui permettent de limiter l'effet de silo. Les décisions centrées sur le patient se prennent en ayant comme objectif les valeurs de la communauté, des individus et de leurs préférences. Afin de briser cet effet de silo, nous avons besoin de travailler ensemble dès la formation professionnelle, car il est difficile de changer les habitudes des anciennes générations. Tôt dans la formation, on devrait apprendre à travailler en collaboration, avec les patients – qui est le point essentiel –, de comprendre comment chacun travaille, de décloisonner nos disciplines et de faire en sorte que nos méthodes de travail reposent sur des résultats probants. Il faut s'ouvrir à travailler au maximum en se fondant sur une prise de décision basée sur les meilleurs renseignements disponibles (*evidence-informed methods*) et en travaillant ensemble pour le bien des patients.

« Est-ce qu'un collectif de ce type ailleurs qu'au Canada serait important? »

Phil Upshall

L'objectif de la Société pour les troubles de l'humeur du Canada, qui se centre autour du patient et de la famille, est d'obtenir du gouvernement et des fournisseurs de soins de santé qu'ils reconnaissent que les patients peuvent contribuer aux orientations de soins et au plan thérapeutique.

Il y a eu de nombreuses commissions sur la santé mentale, mais qui semblent ne pas avoir abouti, principalement en raison du fait que nous ne sommes pas engagés sur la bonne voie qui devrait être celle des patients. Pour ce faire, nous devons donner à ces derniers les moyens d'être entendus ou d'y participer à part entière. Le comité présidé par le sénateur Michael Kirby et la Commission de la santé mentale du Canada ont souligné la nécessité d'un mouvement national. La Société pour les troubles de l'humeur du Canada défend l'accès aux services

psychologiques financés par la Loi canadienne sur la santé, où il serait nécessaire que deux pour cent supplémentaires du produit intérieur brut soit alloué au budget de la santé. Il est à la fois nécessaire d'aborder le financement des services psychologiques et la question des délais d'attente, car il serait nécessaire d'augmenter le nombre de professionnels offrant ces services.

Actuellement au niveau national, la Société canadienne de psychologie joue un rôle. Selon le groupe des consommateurs de la Société des troubles d'humeur du Canada, le gouvernement fédéral a besoin de s'impliquer et des fonds pour les soins de santé doivent être alloués par les provinces, afin qu'ils soient disponibles pour les services de soins en santé mentale.

Une étude qualitative de la Société pour les troubles de l'humeur du Canada a montré que la stigmatisation la plus forte provient des fournisseurs de soins de santé et des médecins de famille. Cette stigmatisation est principalement due au fait que les médecins ne savent pas comment traiter les troubles mentaux, hormis prescrire des médicaments. Cette stratégie de traitement est basée sur les méthodes de rémunération. Ainsi, dans le cadre d'un accès accru à la psychothérapie, les systèmes de paiement auront également besoin d'être révisés.

Karen Cohen

Au niveau national, la communauté de santé mentale comprend l'Alliance canadienne de la maladie mentale et de la santé mentale, et ceci constitue une importante table de concertation. Celle-ci est unique, sans équivalent au niveau des maladies somatiques, où les organisations représentent les groupes de consommateurs pour les troubles de l'humeur, la schizophrénie, la prévention du suicide et réunissent au niveau des professionnels: des médecins, des psychologues et des travailleurs sociaux. Une des soumissions prébudgétaires est de défendre un fonds de transition alloué à la santé mentale, créé par le gouvernement fédéral et destiné aux innovations en santé mentale. Cet objectif ne pourra pas être atteint en travaillant en silo.

La Société canadienne de psychologie copréside un regroupement national de l'ensemble des organisations professionnelles de soins de santé (hôpitaux d'enseignement, regroupement de médecins, d'ergothérapeutes et autres) qui sont représentées au sein du groupe des innovations en soins de santé qui est une table de concertation des ministres provinciaux de la santé et qui traite des enjeux prioritaires

(personnes âgées, santé mentale, soins primaires). La difficulté est de trouver les outils qui faciliteront la mise en œuvre de ce qui a été collectivement convenu dans les différentes juridictions.

David Levine

La santé devient de plus en plus une question de compétence provinciale. Le gouvernement fédéral se retire de plus en plus, mais maintient son influence à travers les leviers de financement des soins de santé. En conséquence, les provinces ne veulent pas que le fédéral leur dicte où mettre cet argent. Il semble que la table de concertation des ministres provinciaux de la santé peut être un endroit intéressant pour exercer de la pression en faveur des intérêts provinciaux.

Karen Cohen

Le problème est que la question des soins de santé mentale lors de ces tables de concertation est toujours reportée des priorités de l'ordre du jour. Même les assureurs et les employeurs sont d'accord sur leur importance, mais rien n'est fait à ce propos.

Phil Upshall

Un autre problème est que les associations médicales sont parfois contre les réformes de la santé mentale, d'où l'importance des groupes de pression ou des gouvernements provinciaux dans la prise de décisions.

Deuxième bloc de questions

Le deuxième bloc de questions portait sur l'expérience des pays francophones européens :

« Voyez-vous d'autres stratégies ou tactiques que celles présentées lors de la conférence à utiliser pour permettre d'améliorer l'accès aux psychothérapies ? »

Jean-Pierre Daulwalder

Les faits sont clairs : l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) définit : « la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». Cette définition n'a jamais été modifiée depuis 1946.

L'efficacité des psychothérapies et leur complémentarité nécessaire aux pharmacothérapies dans les traitements des affections psychiques sont suffisamment documentées et prouvées.

Cependant, l'image et l'attractivité (p. ex. : salaires) des métiers de la psychothérapie (psychothérapeutes, psychiatres, psychologues) figurent loin derrière les autres spécialisations médicales (chirurgie, gynécologie, oncologie, autre). En plus, les coûts et la durée de spécialisation en psychothérapie sont parmi les plus élevés. Dans plusieurs pays, il y a même de sérieux problèmes de relève. En Suisse, par exemple, on prévoit un manque de 1 000 psychiatres dans 10 ans, sur 3 400 actuellement.

Gouverner c'est prévoir...

La complexité des questions liées à la réalisation d'une santé optimale pour tous dans nos sociétés modernes ne peut plus se réduire à des débats – qui n'ont pas beaucoup de sens aujourd'hui – concernant les questions de classification de troubles psychiques (par exemple, burn-out *versus* dépression) ni l'appartenance à certaines écoles psychothérapeutiques. Ce qui compte, c'est la faisabilité, la qualité et l'efficacité d'un système de santé biopsychosocial complet, intégrant le savoir-faire de multiples professionnels, encadrés par une volonté politique transparente et partagée.

J'ai énormément apprécié les idées présentées lors de cette conférence. En effet, documenter les « bonnes pratiques » et des « données basées sur les preuves » permettent de fixer des « benchmarks » afin d'établir des standards de qualité évolutifs et de former des générations futures de psychothérapeutes sûrs de leurs compétences et de leurs limites. Mais ceci reste vain sans l'acquisition de l'expérience de collaboration pluridisciplinaire, indispensable à l'avenir. C'est pourquoi la documentation des expérimentations de collaborations en cours est si précieuse. Finalement, sans simulation des scénarios d'évolution de l'ensemble du système de santé, l'adéquation des offres futures en psychothérapie risque de ne pas satisfaire les besoins potentiels.

La vraie découverte de cette conférence, cependant, se situe ailleurs. Nous avons vu qu'au Canada, comme en Europe, nous sommes confrontés à des questions similaires. Il y a des « bonnes pratiques » formidables partout; nous pouvons apprendre les uns des autres. Il y a des résistances au changement des institutions et corporations professionnelles partout, mais en partageant nos tactiques à un niveau international, nous pourrions agir ensemble. Il y a aussi une question d'image et de crédibilité auprès des instances politiques partout; peut-être

devrions-nous aussi mieux défendre nos exigences de qualité vers l'interne et nos exigences de reconnaissance et de cadre légal vers l'extérieur.

En conclusion : puisse cette conférence être la première dans une longue série d'échanges stimulants et fructueux !

Patrick Vanneste

Le client qui vient consulter un psychologue ou un psychothérapeute ne sait pas qui il va consulter. La première chose à faire serait de se définir, non pas par rapport aux théories, mais par rapport au client. Par ailleurs, faut-il être reconnu avant d'être remboursé, car pour être remboursé, comment ne pas être reconnu ? Si on n'est pas reconnu, le public toujours va se dire : « ce n'est pas reconnu donc, ce n'est pas fiable. » Si maintenant on rembourse les psychothérapeutes, à condition qu'ils soient reconnus, le public va faire la démarche inverse en se disant : « si on les rembourse et qu'ils sont reconnus, c'est qu'ils sont sérieux et là je pourrai peut-être les interroger. »

Xavier Briffault

Afin de continuer à favoriser l'accès à la psychothérapie, il est nécessaire de prendre des décisions importantes en amont : la première sur le débat sur l'efficacité, la seconde sur la nosographie.

La première question est de savoir comment on va choisir les psychothérapies efficaces.

Aujourd'hui, les psychothérapies doivent être *evidence-based*, autrement dit fondées sur des données probantes. Mais, dans le cas de *evidence-based*, il y a au moins deux manières de concevoir l'efficacité des psychothérapies et c'est le large débat sur l'efficacité des facteurs spécifiques *versus* l'efficacité des facteurs communs.

Si on considère que ce sont des facteurs spécifiques qui sont efficaces dans les psychothérapies, on s'oriente vers un modèle biomédical, avec techniques spécifiques, pouvant être regroupées en modules cohérents, telles qu'une *Mindfulness-Based Cognitive Therapy* pour la prévention de la rechute dépressive, une *Mindfulness-Based Stress Reduction* pour la gestion du stress. Ces techniques spécifiques vont cibler des troubles spécifiques qu'on va trouver dans les nosographies. On s'oriente vers un modèle à faible coût, puisqu'on va pouvoir former des techniciens de la psychothérapie, en grand nombre et en peu de temps, à l'instar du programme *Improving Acces to Psychological Therapies* en Angleterre.

La deuxième solution est de considérer que c'est un ensemble de facteurs communs – appelés aussi contextuels – qui participent à l'efficacité de la psychothérapie. Dans ce cas-là, les psychothérapeutes seront formés à des principes beaucoup plus généraux au fonctionnement psychologique et aux techniques d'intervention au sein desquelles il peut y avoir des techniques formalisées, mais seulement dans le contexte de principes plus généraux. Cette optique nous oriente plutôt vers le modèle suisse, c'est-à-dire la formation de spécialistes de très haut niveau, à la formation très coûteuse et très longue, très difficile, mais des psychothérapeutes qui sont extrêmement compétents.

Le problème, c'est comment choisir ?

Sur la base des données probantes dont on dispose, on sait que l'efficacité des psychothérapies ne repose ni dans la méthode ni dans des techniques spécifiques, mais dans un ensemble de stratégies beaucoup plus générales fondées sur des principes, ce qui nous orienterait plutôt vers des formations complètes des psychothérapeutes.

Qu'est-ce qui se passerait si on construisait aujourd'hui un modèle dans lequel les décisions de recourt à la psychothérapie étaient fondées sur une nosographie, en l'occurrence sur le DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*), qui fait aujourd'hui l'objet d'une attaque en règle qui pourrait bien s'avérer beaucoup plus décisive que les autres, c'est l'attaque des RDoC (*Research Domain Criteria*) du *National Institute of Mental Health* (NIMH). Le NIMH a conçu un large programme qui considère que les nosographies psychiatriques du DSM ont été conçues il y a bien trop longtemps, bien avant que l'on ait des résultats solides, et que les troubles nosographiés aujourd'hui par le DSM agrègent des choses qui ne correspondent en rien aux fonctions neuropsychologiques qui les supportent. Donc, le NIMH propose de repartir sur des fonctions neuropsychologiques de base, et finance maintenant des études qui utilisent la grille matricielle des RDoC plutôt que les nosographies du DSM.

Je pense qu'il faut prendre position dans ces deux débats qui sont des débats d'ordre épistémologique. Qu'est-ce qui est efficace dans la psychothérapie, le modèle spécifique ou modèle contextuel ? Qu'est-ce que cible la psychothérapie, des troubles nosographiés du DSM ou bien des dimensions de la psychopathologie ? Je pense qu'il ne faut pas se tromper de chemin, parce que ce sont des choses qui vont engager l'avenir pour des décennies.

Recommandations

- Il est nécessaire de proposer des psychothérapies avant que la crise survienne ou que la personne fasse une tentative de suicide.
- Toute personne souffrant d'un trouble de santé mentale pour lequel une psychothérapie est indiquée devrait bénéficier de ces services de première ligne, disponibles à partir d'un programme d'assurance semblable au programme d'assurance médicaments. Les patients auraient un reste à charge pouvant être déduit de leurs impôts.
- Pour surmonter l'effet de silo, tout d'abord, les professionnels de santé et de santé mentale devraient travailler en collaboration, et ce dès le début de la formation professionnelle, ce qui permettrait de décroïsonner les disciplines, de comprendre comment chaque professionnel travaille et que les méthodes de travail soient basées sur des résultats probants. Parallèlement, il est nécessaire d'être centré sur le patient, qu'il soit informé des options de traitement et impliqué dans ce choix pour qu'il puisse prendre une décision éclairée.
- Il est nécessaire d'argumenter face aux résistances des institutions et corporations professionnelles, de défendre les exigences de qualité vers l'interne – en formant des psychothérapeutes comme spécialistes de haut niveau – et les exigences de reconnaissance et de cadre légal vers l'extérieur.

RÉFÉRENCE

Commissaire à la santé et au bien-être du Québec. (2012). Rapport d'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux. Pour plus d'équité et de résultats en santé mentale au Québec. http://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2012/SanteMentale/CSBE_SommaireSM_PourPlusEquite.pdf



COUPON D'ABONNEMENT

Je désire un abonnement :

☐ un an

Je désire ___ exemplaire (s) du volume ___ au montant de 25 \$ (19 €) l'unité

NOM

PROFESSION

A/S DE

ADRESSE

PAYS

CODE POSTAL

TÉLÉPHONE

TÉLÉCOPIEUR

COURRIEL

Retournez ce coupon avec votre chèque ou mandat-poste libellé au nom des PUM à :

Les Presses de l'Université de Montréal,
5450, ch. Côte-des-Neiges, bureau 100
Montréal (Québec) H3T 1Y6

TARIFS

1 an

Particuliers ☐ 33,50 \$ (24 €)

Institutions ☐ 43,50 \$ (32 €)

Étudiants ☐ 26,50 \$ (19 €)

Paiement par ☐ chèque ☐ mandat-poste ☐ Visa ☐ MasterCard

N° DE CARTE

DATE D'EXP.

SIGNATURE

DATE

On peut consulter les résumés de tous les articles publiés dans
Santé mentale au Québec depuis sa création en 1976 sur le site Internet Érudit :
<http://www.erudit.org/revue/smq/>

ÉDITORIAL

Maintenant qu'elle est bien découverte,
la psychothérapie devrait être couverte !
Emmanuel Stip

NUMÉRO THÉMATIQUE

Améliorer l'accès aux psychothérapies au Québec et au Canada

Expériences de pays francophones

*Le dossier du présent numéro a été coordonné
par Helen-Maria Vasiliadis, Anne Dezetter, Alain Lesage
et Martin Drapeau*

PRÉSENTATION

*Helen-Maria Vasiliadis, Anne Dezetter, Alain Lesage et
Martin Drapeau. Améliorer l'accès aux psychothérapies
au Québec et au Canada : réflexions et expériences
de pays francophones*

TÉMOIGNAGE

*Jean-Bernard Trudeau, Pierre Desjardins et Alain Dion.
Psychothérapie – Un encadrement nécessaire
et légalement reconnu au Québec*

COMMENTAIRES • ÉTAT DES CONNAISSANCES

*Andrea S. Piotrowski. La Direction générale de la
pratique de la Société canadienne de psychologie :
à la défense des intérêts de la psychologie partout
au Canada*

*Martin grosse Holtforth, Ueli Kramer et Jean-Pierre Dauwalder.
La psychothérapie psychologique en Suisse vers la
transparence et la qualité*

*Marie-Hélène Chomienne, Patrick Vanneste, Jean Grenier et
Stephan Hendrick. Collaboration médecine-psychologie :
évolution des mentalités en Belgique et évolution
du système de soins de santé au Canada*

ARTICLES ORIGINAUX

*Jean Grenier, Marie-Hélène Chomienne et Isabelle Gaboury.
Plaidoyer pour l'inclusion de psychologues dans les
équipes de santé familiale en Ontario, Canada*

*Helen-Maria Vasiliadis et Anne Dezetter. Les programmes
de prise en charge financière des psychothérapies
en Australie et en Angleterre*

*Anne Dezetter et Xavier Briffault. Coûts et bénéfices
d'un programme de financement des psychothérapies
auprès des Français souffrant de troubles dépressifs
ou anxieux*

*Alvine Fansi, Cedric Jehanno, Micheline Lapalme,
Martin Drapeau et Sylvie Bouchard.
Efficacité de la psychothérapie comparativement
à la pharmacothérapie dans le traitement des troubles
anxieux et dépressifs chez l'adulte : une revue
de la littérature*

*Stacy Bradley, Rachelle Doucet, Erich Kohler
et Martin Drapeau. Accessibilité à la psychothérapie
subventionnée par l'État : comparaisons
entre les perspectives des psychologues
et des psychothérapeutes*

*Aude Van Effenterre, Marion Azoulay, Xavier Briffault,
Anne Dezetter et Françoise Champion. La formation
aux psychothérapies des internes en psychiatrie
en France : résultats d'une analyse qualitative*

*France Talbot, Josée LeBlanc et Jalila Jbilou. La thérapie
informatisée : une option pouvant faciliter l'accès
à la thérapie chez les jeunes adultes ?*

POSTFACE

*David Levine, Michael Sheehan, Phil Upshall, Marie Hayes,
Karen Cohen, Patrick Vanneste, Xavier Briffault,
Alain Lesage, Martien Drapeau, Helen-Maria Vasiliadis
et Anne Dezetter. Les conclusions de la table ronde*

Université 
de Montréal


Institut universitaire
en santé mentale
de Québec


Douglas
INSTITUT
UNIVERSITAIRE EN
SANTÉ MENTALE
MENTAL HEALTH
UNIVERSITY
INSTITUTE


Institut universitaire
en santé mentale
de Montréal

25 \$ (19€)
82^e numéro

LA REVUE NE PEUT PLUS REMERCIER
LE FONDS DE RECHERCHE DU QUÉBEC
SOCIÉTÉ ET CULTURE (FQRSC)
POUR SON SOUTIEN FINANCIER

ISSN 0383-6320



9 770383 632006