
INVESTIR EN PSYCHOTHÉRAPIE : UN GESTE QUI RAPPORTE



*Mémoire présenté par la Fédération Médicale
Étudiante du Québec*

10 avril 2016

RECHERCHE, ANALYSE & RÉDACTION PAR

Julien Dallaire, vice-président de la Fédération médicale étudiante du Québec

Raphaëlle Carignan, vice-présidente aux affaires externes du Regroupement des Étudiants en Médecine de l'Université Laval

Anass Chraïbi, vice-président aux affaires externes de l'Association Générale des Étudiants en Médecine de l'Université de Sherbrooke – Site Saguenay

Jonathan Couture, étudiant en psychologie, Université de Sherbrooke

Philippe Giguère, président de l'Association des Étudiants et Étudiantes en Médecine de l'Université de Montréal

Éric Guimond, vice-président aux affaires externes de l'Association Générale des Étudiants en Médecine de l'Université de Sherbrooke – Site Sherbrooke

Sarah Hébert-Seropian, présidente de l'Association Générale des Étudiants en Médecine de l'Université de Sherbrooke – Site Saguenay

David Khalil, étudiant en médecine, Université Laval

Philippe Simard, représentant aux affaires externes de l'Association des Étudiants et Étudiantes en Médecine de l'Université de Montréal

RÉVISION, CORRECTIONS & MISE EN PAGE PAR

Julien Dallaire, vice-président de la Fédération médicale étudiante du Québec

Geneviève Bérubé, secrétaire générale de la Fédération médicale étudiante du Québec

Ariane Veilleux-Carpentier, présidente de la Fédération médicale étudiante du Québec

Nous contacter:

Fédération médicale étudiante du Québec et sa division,
IFMSA-Québec, 630 rue Sherbrooke Ouest, bureau 500,
Montréal, H3A 1E4

info@fmeq.ca

www.fmeq.ca

PRÉSENTATION DE LA FMEQ

Fondée en 1974, la Fédération médicale étudiante du Québec (FMEQ) représente plus de 4000 étudiants et étudiantes en médecine dans les quatre facultés du Québec. Elle permet de regrouper les étudiants afin d'établir une collaboration optimale entre eux et de porter une voix unique, plus puissante. Elle a pour mission la représentation et la défense de leurs intérêts communs, sur les plans académiques, sociaux et politiques. Les étudiants et étudiantes en médecine ont à coeur de s'impliquer et de se mobiliser pour un Québec plus sain, pour des soins de qualité aux patients et pour des services adaptés à leurs besoins. La FMEQ s'est notamment impliquée activement en 2015 dans les projets de loi 10 et 20, la lutte contre le tabagisme et les modifications apportées à la Politique de la jeunesse.

INTRODUCTION

La santé mentale est un enjeu de moins en moins tabou au Québec, une situation dont on ne peut que se réjouir. Cela est d'autant plus vrai sur les campus universitaires, où nous y sommes plus que jamais sensibilisés en tant qu'étudiants en médecine. Malheureusement, les services de psychothérapie offerts aux 20% de la population québécoise atteints de troubles mentaux ne semblent pas suffisants pour combler les besoins particuliers de ces patients (Institut National de Santé Publique du Québec 2012).

Les médecins du Québec sont souvent placés au centre des soins de santé. C'est notamment le cas en santé mentale, où les médecins de famille représentent 80% des intervenants consultés pour des troubles mentaux (Commissaire à la santé et au bien-être (2012). Jusqu'à 25% des consultations chez un médecin seraient liées à des problèmes de santé mentale (Commissaire à la santé et au bien-être (2012). Il est surprenant de constater qu'en 2016, au Québec, l'approche des médecins face à la santé mentale soit encore orientée vers une prise en charge indépendante plutôt que vers une approche interdisciplinaire enseignée dans les facultés de médecine. Il est encore plus étonnant de constater que dans le *Plan d'action en santé mentale 2015-2020*, déposé par le ministère à l'automne 2015, le mot "psychologue" n'apparaisse qu'une seule fois dans les 92 pages du document (PASM 2015-2020 p.82).

Avec les connaissances que nous possédons aujourd'hui sur l'efficacité de la psychothérapie dans le traitement des troubles mentaux, il nous apparaît impératif, en tant qu'étudiants en médecine, de nous prononcer en faveur d'une bonification de l'accès aux services de psychothérapie dans le système de santé public.

Ainsi, la Fédération médicale étudiante du Québec demande au gouvernement provincial de :

1. *Élaborer un programme d'accès à la psychothérapie selon les recommandations finales de l'INESSS, qui seront disponibles en 2017.*
2. *Favoriser la migration de la main d'oeuvre en psychothérapie du privé vers le public, à l'aide d'incitatifs financiers et de création de postes à temps plein, afin de garantir un accès équitable à tous les citoyens québécois.*
3. *Adopter une approche durable en santé mentale visant la diminution du fardeau socioéconomique à long terme, et ce, moyennant d'importants investissements qui bénéficieront aux générations futures.*
4. *Considérer la possibilité de rémunération de l'internat en psychologie comme un facteur de rétention des finissants en psychologie dans le réseau public.*

Nos recommandations seront détaillées dans les pages qui suivent; nous aborderons d'abord les bénéfices de la psychothérapie, dresserons un portrait de l'état de cette pratique au Québec, décrirons quelques exemples internationaux à suivre et terminerons avec les avantages économiques d'un accès bonifié à la psychothérapie.

Nous sommes convaincus qu'un meilleur accès aux services de psychothérapie permettrait d'améliorer la qualité des soins de santé dans l'optique du *Plan d'action en santé mentale 2015-2020*, qui préconise « l'utilisation des ressources disponibles qu'elle [la personne utilisatrice de services] juge pertinentes pour répondre à ses besoins » (PASM 2015-2020 p.20). De plus, cela favoriserait globalement l'accès aux médecins de famille en leur fournissant les ressources nécessaires pour lutter contre les problématiques de santé mentale.

TABLE DES MATIÈRES

1. LES BÉNÉFICES DE LA PSYCHOTHÉRAPIE	6
2. ÉTAT DE LA SANTÉ MENTALE AU QUÉBEC 9	
2.1 LA PRÉVALENCE DE LA MALADIE MENTALE AU QUÉBEC ET DANS LE MONDE.....	9
2.2 LE FARDEAU ÉCONOMIQUE DE LA MALADIE MENTALE	9
2.3 DISTRIBUTION DES RESSOURCES	10
2.4 LA SITUATION DU PSYCHOLOGUE.....	14
3. LES MODÈLES INTERNATIONAUX BRITANNIQUES ET AUSTRALIENS	18
4. BÉNÉFICES ÉCONOMIQUES D'UNE PLUS GRANDE ACCESSIBILITÉ À LA PSYCHOTHÉRAPIE.....	22
5. RECOMMANDATIONS DE LA FÉDÉRATION MÉDICALE ÉTUDIANTE DU QUÉBEC	26
ANNEXE 1 : TÉMOIGNAGE D'UN MÉDECIN DE FAMILLE	28
BIBLIOGRAPHIE	30

1. LES BÉNÉFICES DE LA PSYCHOTHÉRAPIE

1

L'Ordre des Psychologues du Québec (OPQ) reconnaît l'existence de quatre orientations théoriques dans le domaine de la psychothérapie qui se distinguent autant par leurs origines que par les techniques utilisées. Parmi ces quatre orientations, on retrouve les orientations cognitive-comportementale, existentielle-humaniste, psychodynamique-analytique et systémique-interactionnelle.

- *Orientation cognitive-comportementale* : les tenants de cette approche considèrent que les difficultés psychologiques sont tributaires des pensées et des comportements inadéquats que le patient a appris à travers son interaction avec son environnement. En regard de cette base conceptuelle, le traitement des troubles psychologiques consiste à faire une analyse de ces pensées et comportements en vue de les remplacer par des pensées et des comportements mieux adaptés.
- *Orientation existentielle-humaniste* : si l'approche cognitive-comportementale affirme que les troubles mentaux sont issus d'un apprentissage inadéquat laissé par l'environnement, l'orientation existentielle-humaniste les conçoit en référence aux besoins fondamentaux du patient. Ainsi, cette deuxième orientation met l'accent sur l'importance de prendre conscience de ces besoins afin de favoriser une attitude proactive face à ceux-ci. Cette approche vise un rapport égalitaire entre le psychologue et la personne qui le consulte, comme en témoigne l'expression « client » pour la désigner. Sous cet angle, le travail du psychothérapeute vise à développer l'autonomie du client en le sensibilisant à l'importance de prendre conscience autant de ses difficultés actuelles que des forces personnelles qui l'habitent. Pour ce faire, le spécialiste de cette approche cherchera à établir des conditions

favorables à l'exploration de soi en valorisant, par exemple, l'expérience de nouvelles façons d'être et d'agir.

- *Orientation psychodynamique-analytique* : cette approche met en lumière l'influence des conflits inconscients sur le comportement et invite le patient à prendre progressivement conscience des conflits non résolus de son histoire de vie pour s'en émanciper.
- *Orientation systémique-interactionnelle* : sous cette approche, l'attention est portée sur les interactions entre le patient et son entourage. L'objectif psychothérapeutique de cette orientation devient alors d'analyser la situation problématique en vue de modifier les relations entre la personne et son entourage. Pour ce faire, il n'est pas rare que le psychologue rencontre les personnes significatives de l'entourage du patient sous la forme de thérapie familiale.

Bien que la pharmacothérapie s'avère être le traitement le plus accessible, la psychothérapie représente une alternative efficace face aux troubles mentaux comme le suggèrent plusieurs guides de pratique clinique (Clark, D. M. 2011). Plus précisément, la psychothérapie semble être un complément efficace à la médication dans le traitement des troubles dépressifs ou anxieux (APA, 2012) et est un traitement de choix chez la plupart des personnes ayant des troubles de santé mentale (Gaudiano et al., 2013; McHugh et al., 2013) Des études montrent qu'il n'y a pas de différence significative, sur le plan de l'efficacité, entre la psychothérapie et la pharmacothérapie chez les patients souffrant de troubles dépressifs, à l'exception de la thérapie cognitivo-comportementale, qui s'est avérée plus efficace que les antidépresseurs dans les troubles dépressifs majeurs légers à modérés. Cette dernière semble être associée à une moindre probabilité de rechute (NICE, 2009).

À la lumière du rapport de l'INESSS, l'efficacité de la psychothérapie est semblable à celle de la pharmacothérapie chez les patients souffrant des troubles dépressifs ou de troubles anxieux modérés. Toutefois, l'effet de la psychothérapie se distingue de

celui de la pharmacothérapie, car l'effet est plus durable. Par ailleurs, la combinaison des deux types de thérapies est reconnue plus efficace que la psychothérapie seule dans les cas les plus sévères.

Plusieurs méta-analyses portant sur l'efficacité de la psychothérapie mettent en évidence que l'efficacité de la psychothérapie dépend davantage des facteurs liés aux psychothérapeutes plutôt qu'aux types de techniques employées (Blatt, Sanislow, Zuroff et Pilkonis, 1996; Luborsky, McLellan, Diguier, Woody et Seligman, 1997; Wampold, 2001). D'ailleurs, ces méta-analyses révèlent que le psychothérapeute, indépendamment de son approche, représente le facteur le plus important pour expliquer la variabilité des résultats thérapeutiques. Plus précisément, il semble que la qualité de l'alliance thérapeutique entre le patient et son psychothérapeute augure du succès de toutes approches thérapeutiques (Frank et Frank, 1991).

2. ÉTAT DE LA SANTÉ MENTALE AU QUÉBEC

2

2.1 La prévalence de la maladie mentale au Québec et dans le monde

Une personne sur cinq sera touchée par des troubles mentaux au cours de sa vie, principalement des troubles anxieux et dépressifs. Selon l'Institut Universitaire de Santé Mentale de Montréal, les troubles mentaux représentent la deuxième cause de morbidité dans la société et, selon l'OMS, ils seraient « en voie de devenir la première cause de morbidité mondiale d'ici 2030 » (Commissaire à la santé et au bien-être 2012).

« 23% des Québécois de 15 ans et plus auraient vécu des troubles mentaux à un moment de leur vie, soit 27% des femmes et 18% des hommes » (INSPQ 2012).

Le portrait de la maladie mentale au Québec et dans le monde est sombre et il est évident qu'il s'agit d'un enjeu de santé majeur, non seulement au Québec, mais aussi au niveau international. Ces statistiques nous poussent à vouloir optimiser le système actuel pour offrir davantage de services à tous les Québécois qui en souffriront.

2.2 Le fardeau économique de la maladie mentale

Plus d'un milliard de dollars ont été alloués en santé mentale en 2009-2010, soit 8% des dépenses en santé et services sociaux, un investissement bien « *en deçà des recommandations des pays à l'avant-garde des réformes de santé, tels que le Royaume-Uni* » (CBSE 2012 p.12). Malgré cet investissement, les Québécois peinent encore à avoir accès aux ressources, comme le montrent les études menées dans les dernières années (INESSS 2015).

Qui plus est, le fardeau économique des problèmes de santé mentale prend toute son ampleur face aux

données présentées plus haut. En effet, sachant qu'on estime qu'un Québécois sur cinq sera touché par un désordre psychologique, l'absentéisme au travail, les compensations financières versées et la perte de productivité occasionnée sont des problèmes à coûts sociaux majeurs. Le nombre de cas d'absentéisme en raison de problèmes de santé mentale a triplé entre 1992 et 1998 (CSBE 2012 p.37) et les indemnités versées pour ces absences ont grimpé de 10.5 millions en quinze ans, soit de 1.5 à 12 millions entre 1990 et 2005 (CSBE 2012 p.37). Les problèmes de santé mentale imposent donc une charge financière indirecte substantielle au Québec, en plus des coûts directs liés à leur traitement.

2.3 Distribution des ressources

Actuellement, au Québec, les patients qui désirent avoir accès à des soins de psychothérapie gratuits peuvent y accéder via le réseau public de santé et de l'éducation, certains programmes provinciaux spéciaux, les services des programmes d'aide aux employés. Ils peuvent aussi passer par le réseau privé pour avoir accès aux services à l'aide d'une assurance collective ou privée.

Réseau public - Régime de l'assurance maladie du Québec (RAMQ)

L'accès à la psychothérapie dans le système public se fait principalement par deux voies. La première est par l'entremise d'un médecin de famille, autorisé à fournir ces services en cabinet ou en établissement. En 2012-2013, près de 56 000 personnes ont reçu des soins de psychothérapie par un médecin, représentant un coût total d'environ 8 millions de dollars en facturation ou 141\$ par patient (Tableau 1). Il est possible de conclure que la principale ressource en santé mentale à laquelle les patients ont recours sont les médecins de famille (80%) (OMS, 2011) et que « 20 à 25% des visites médicales seraient liées à des troubles mentaux » (OMS, 2011). Le profil d'utilisation des ressources en santé mentale est centré sur le médecin, qui demeure souvent le seul intervenant en santé mentale auprès de la clientèle atteinte de problèmes psychologiques en raison des listes d'attente pour voir un psychologue au public et des tarifs élevés au privé. La démarche de prise en

charge du patient s'arrête donc souvent à la prescription d'un antidépresseur par le médecin, faute de temps pour explorer les fondements du problème. Cette approche est sous-optimale, puisqu'en combinant la psychothérapie à la pharmacothérapie, il y a une diminution du risque de rechute et une réduction des symptômes de dépression (INSPQ, 2012).

Tableau 1: Utilisation des codes d'acte spécifique de la psychothérapie par les médecins de famille, du 1er avril 2012 au 31 mars 2013

Codes d'acte	Description	Nombre d'assurés	Nombre d'actes	Coût	Coût / assuré
8862	Psychothérapie individuelle - première période de 30 minutes	55 397	108 993	6 031 895 \$	109 \$
8863	Psychothérapie individuelle - période de 15 minutes supplémentaires	13 141	34 256	1 690 374 \$	129 \$
8864	Psychothérapie collective - première période de 30 minutes	601	1 003	53 107 \$	88 \$
8865	Psychothérapie collective - période de 15 minutes supplémentaires	559	872	118 669 \$	212 \$
Total psychothérapie		56 053	145 124	7 894 045 \$	141 \$

Source : RAMQ.

La seconde voie se trouve au niveau des CISSS, des CLSC et des centres de réadaptation, où 76 000 personnes ont reçu des services de psychothérapie en première ligne en 2011-2012, le coût de ces services s'élevant à 146 millions (tableau 2). Ils sont dispensés par des psychologues, des travailleurs sociaux, des conseillers en orientation, des infirmières, des psychoéducateurs, des thérapeutes conjugaux et familiaux, les sexologues, les criminologues ainsi que des ergothérapeutes.

Tableau 2: Portrait sommaire de l'utilisation des services de santé mentale en première ligne dans les établissements de santé et de services sociaux en 2011-2012

	Québec CSSS-CLSC
Population total au Québec (juillet 2011)	7 979 663
Population 15-64 ans au Québec (juillet 2011)	5 484 413
Utilisation des services en santé mentale - CLSC	
Usagers	109 225
Interventions	991 272
Ratio Intervention / Usagers	9,1
% Usagers sur population 15-64 ans	2,0%
Utilisation des services de santé mentale de 1^{ère} ligne en CSSS	
Usagers ayant des troubles mentaux	76 195
Coûts programmes en santé mentale, 1^{ère} ligne	
Services ambulatoires de santé mentale en première ligne	146 415 936 \$
Intervention et suivi de crise	105 279 453 \$
Soutien d'intensité variable	6 487 315 \$
Coût par capita, population totale	34 649 168 \$
	18,3 \$

Source : Données sur les dépenses et les activités, disponibles sur le site *Web Espace Informationnel* du ministère de la Santé et des Services sociaux à : <http://www.informa.msss.rts.qc.ca/accueil.aspx>. Les données sur la population proviennent de l'Institut de la statistique du Québec (ISQ, 2011).

Dans les deux cas, l'accès à des traitements psychologiques dans les institutions publiques demeure toujours limité et sujet à des délais d'attente allant de plusieurs mois à plus d'un an. En effet, moins de 40% des patients ont accès à des services de psychothérapie en CLSC après plus d'un an d'attente (Mémoire accès service psychothérapie). On note cependant que « seulement le tiers des professionnels habilités à offrir de la psychothérapie pratiquent dans le secteur public » (INESSS Volet 1 2015 p.25) et que 25% des psychologues membres de l'OPQ oeuvrent dans le secteur public. Cette fausse pénurie de psychothérapeutes explique en grande partie l'importance des temps d'attente.

Programmes gouvernementaux spéciaux

L'Indemnisation des victimes d'actes criminels (IVAC), la Commission de la santé et sécurité au travail (CSST) et la Société de l'Assurance Automobile du Québec (SAAQ) offrent des programmes spéciaux qui permettent un accès gratuit à la psychothérapie (Collectif pour l'accès à la psychothérapie 2015). Les services sont pris en charge pour une durée déterminée, qui varie selon le programme et le type de thérapie, soit individuelle ou en groupe. La psychothérapie est remboursable jusqu'à concurrence de 15 séances d'une heure pour la SAAQ et

de 52 pour l'IVAC. La CSST n'a pas de limite officiellement établie, mais un rapport d'évolution doit être obtenu à chaque tranche de dix séances. Le tarif horaire maximal remboursé est de 86,50 \$ (Collectif pour l'accès à la psychothérapie 2012).

Réseau privé

Les deux tiers restants des psychologues québécois pratiquent dans le réseau privé. Le prix d'une séance avec l'un d'eux oscille entre 80 et 130 dollars canadiens. La RAMQ ne couvre aucun frais de consultation au privé en psychologie; le coût faramineux est donc déboursé directement par le patient ou par son assurance collective ou individuelle s'il en a une.

Selon Philipps (2009), 55 % des Canadiens possèdent une assurance privée, collective ou individuelle, qui inclut une couverture de la psychothérapie, quoique celle-ci est rarement complète. La grande majorité de cette population assurée ne fait pas partie des groupes les plus à risque de développer des troubles de santé mentale, soit les personnes ayant un revenu ou un niveau de scolarité moins élevés, de même que les jeunes et les personnes âgées. Parmi les raisons énumérées comme limitant l'accessibilité à la psychothérapie, les patients nommaient le coût élevé des séances au privé comme principal frein au traitement de leur pathologie (DEZETTER, Anne & Helen-Maria Vasiliadis 2014).

Dans la population étudiée par le projet *Dialogue*, 49 % des patients identifiés comme atteints d'un trouble anxieux avaient été référés à un spécialiste en santé mentale (ROBERGE, Pasquale et al. 2006-2010). En 2008, Grenier et al. ont procédé à une enquête postale ayant pour but de déterminer les facteurs qui influençaient la collaboration entre les médecins de famille et les psychologues. Les résultats identifient clairement les frais liés aux séances de psychothérapie comme un frein à la référence en psychologie. Qui plus est, un sondage mené par l'OPQ en 2012 auprès de 600 répondants québécois a fait ressortir que « 50 % des personnes qui seraient affectées par la dépression consulteraient d'abord un psychologue, alors que 61 % estiment que des coûts trop élevés les en empêcheraient » (Ordre des psychologues du Québec 2016)

2.4 La situation du psychologue

Les interventions du psychologue devraient être mises de l'avant pour favoriser une prise en charge optimale, adaptée au patient et à ses besoins. Les psychologues peuvent offrir plusieurs types de psychothérapies aux patients, qui vont souvent plus loin que celles proposées par les médecins de famille et les autres professionnels. Ce processus de sélection du type de thérapie selon les caractéristiques du patient permet de favoriser la l'adhérence de ce dernier à son traitement. De plus, les psychologues sont formés pour effectuer l'évaluation des symptômes psychologiques et peuvent émettre des diagnostics psychologiques. Ils peuvent donc procéder à l'évaluation continue de l'évolution des symptômes en cours de maladie et de traitement. Ils sont également les seuls professionnels de la santé pour qui la formation est spécifiquement orientée en santé mentale et vise à leur permettre la prise en charge complète des patients, selon la loi 21.

Un psychologue, dans le régime public, est payé selon une échelle salariale bien définie. Au maximum, et ce après dix années de travail dans le réseau, le salaire horaire du psychologue sera de 45.68\$ (mis-à-jour selon l'inflation en 2014), ce qui représente une faible proportion des honoraires perçus pour les mêmes services rendus au privé, même une fois les frais de cabinet retranchés. L'embauche de psychologues dans le régime public est donc une option beaucoup moins couteuse que la sous-traitance à des psychologues au privé ou que l'administration de la psychothérapie par les médecins psychiatres.

Tableau 3 : Échelle salariale des psychologues au Québec de 2010 à 2015 (Conseil du Trésor du Québec 2016)

1546 **PSYCHOLOGUE** (TITRE RÉSERVÉ)
THÉRAPEUTE DU COMPORTEMENT HUMAIN
(Taux horaires)
Heures par semaine : 35:00

		Taux au 2010-04-01 (\$)	Taux au 2010-12-31 (\$)	Taux au 2011-01-01 (\$)	Taux au 2011-04-01 (\$)	Taux au 2012-04-01 (\$)	Taux au 2013-04-01 (\$)	Taux au 2014-04-01 (\$)	Taux au 2015-03-31 (\$)
Classe Échelon									
0	1	21,38	21,64	22,70	22,87	23,22	23,62	24,09	24,33
0	2	22,20	22,46	23,57	23,74	24,10	24,52	25,01	25,26
0	3	23,04	23,32	24,46	24,65	25,02	25,45	25,96	26,22
0	4	23,92	24,20	25,40	25,59	25,97	26,42	26,95	27,22
0	5	24,83	25,13	26,36	26,56	26,96	27,43	27,98	28,26
0	6	25,79	26,09	27,38	27,58	28,00	28,49	29,06	29,35
0	7	26,80	27,12	28,45	28,67	29,09	29,60	30,20	30,50
0	8	28,60	28,94	30,36	30,59	31,05	31,59	32,23	32,55
0	9	29,73	30,08	31,56	31,80	32,28	32,84	33,50	33,83
0	10	30,91	31,27	32,81	33,06	33,55	34,14	34,82	35,17
0	11	32,14	32,52	34,12	34,38	34,89	35,50	36,21	36,58
0	12	33,42	33,82	35,49	35,75	36,29	36,92	37,66	38,04
0	13	34,79	35,20	36,93	37,21	37,77	38,43	39,20	39,59
0	14	36,19	36,62	38,42	38,71	39,29	39,98	40,78	41,18
0	15	37,67	38,12	40,00	40,30	40,90	41,62	42,45	42,87
0	16	38,60	39,06	40,98	41,29	41,91	42,64	43,49	43,93
0	17	39,55	40,02	41,99	42,30	42,94	43,69	44,56	45,01
0	18	40,54	41,02	43,04	43,36	44,01	44,78	45,68	46,14

NOTE:
CES TAUX SONT ISSUS DE L'ENTENTE DE CONCILIATION DU 14 FÉVRIER 2013.

Les psychologues sont, avec les médecins, les intervenants les plus hautement formés et qualifiés afin de procéder à une évaluation psychologique et d'administrer la psychothérapie. Selon les dispositions de la loi 21, d'autres professionnels peuvent aussi offrir de la psychothérapie, mais les exigences de leur formation sont moindres, notamment en termes d'heures de pratique (600 heures) et de formation universitaire (diplôme de 2^{ème} cycle). Tous ces praticiens doivent recevoir un permis de psychothérapie auprès de l'Ordre des psychologues en vertu du Règlement 18.1 (Gouvernement du Québec 2016) De plus, ces derniers ne sont pas en mesure d'effectuer l'évaluation des symptômes psychologiques ni d'émettre des diagnostics psychologiques. Au cours de leur formation de 3^{ème} cycle, les futurs psychologues effectuent notamment un minimum de 2300 heures de pratique, dont 1600 heures lors d'un internat à temps plein. Cet internat est d'ailleurs généralement réalisé dans le réseau public et n'est, à ce jour, pas rémunéré. Lors de cet internat le niveau d'autonomie des doctorants en psychologie est similaire à celui des résidents en médecine. Les internes en psychologie, qui représentent chaque année près de 17% des psychologues travaillant à temps plein dans le réseau public, boycottent leur internat pour l'année 2016-2017 en revendiquant d'être rémunérés à l'instar de leurs homologues canadiens. Près de 90 % des doctorants

affirment qu'une rémunération des internats dans le système public influencerait positivement leur choix de demeurer dans ce dernier suite à leur diplomation (FIDEP, 2016).

Tel que mentionné plus tôt, le nombre de postes de psychologues n'a pas suivi l'importance croissante accordée à la santé mentale au sein des services du réseau de la Santé et des Services sociaux (RSSS). Ainsi, au 31 mars 2014 (MSSS, 2015), le RSSS comptait 2196 psychologues dont 1210 seulement (55%) à temps plein, excluant les internes. Cet effectif n'a que très peu évolué depuis mars 2008, où on comptait alors 2105 psychologues. Ainsi, entre 2008 et 2014, la croissance annuelle moyenne du nombre de psychologues était de 0.85%, alors que des projections du MSSS faites en 2008 estimaient qu'il faudrait 2317 psychologues en 2014 pour répondre aux besoins de la population, un manque à gagner de 173 psychologues, sans compter les postes vacants, qui continuera de prendre de l'importance dans les années à venir si rien n'est fait pour rétablir la situation.

Le taux de rétention des nouveaux psychologues est présentement de 70% dans la première année suite à l'embauche, alors qu'il est de 80% pour les autres professionnels. Dans le portrait de la main d'œuvre on indique ceci :

« Généralement dans le RSSS, il y a trois phénomènes se produisant avec les arrivées que nous avons pu constater chez les psychologues également. En premier lieu, il est ordinaire que le taux de rétention se stabilise après trois ou quatre ans. Deuxièmement, la moyenne d'âge des arrivées qui quittent est plus élevée que celle des arrivées qui restent. Cela signifie que le RSSS a tendance à mieux retenir leurs arrivées plus jeunes. Enfin, les arrivées ont habituellement un taux de précarité beaucoup plus élevé que celui de la population générale des travailleurs du même titre, ce qui pourrait être une explication pour leur roulement plus élevé. Ce taux diminue avec le temps et équivaut généralement à celui des autres travailleurs du même titre après 3 à 5 ans » (MSSS, 2015).

Ainsi, l'embauche de psychologues nouvellement diplômés pourrait contribuer à réduire l'écart de 10% d'attrition observé avec les autres professionnels et réduire les ressources investies en embauche et en formation. Selon la FIDEP, l'embauche faisant immédiatement suite à l'internat viendrait répondre à ce problème, surtout si des mesures concrètes étaient mises en place pour inciter les doctorants à y travailler, comme des ajustements salariaux suffisamment significatifs. La fédération affirme également que ses membres seraient favorables à accepter de s'établir dans le RSSS pour un salaire moindre qu'au privé, puisque contrairement aux psychologues déjà en pratique, ils n'ont pas de clientèle déjà établie au privé.

Ensuite, il est fréquemment déploré que la collaboration entre les différents acteurs du réseau soit limitée. En effet, au Québec, le commissaire à la santé et au bien-être rapportait, en 2012, que l'omnipraticien se situe au premier rang quant au taux de consultation pour des raisons de santé mentale dans la population (4,8 %), et le psychologue au deuxième rang (3,7 %), avant d'autres professionnels tels que travailleur social (1,8 %), psychiatre (1,2 %), groupe d'entraide (1,1 %) (CSBE, 2012). Par ailleurs, les principaux collaborateurs des omnipraticiens seraient les psychologues en cabinet privé et les services psychosociaux des centres de santé et de services sociaux (CSSS) pour les troubles mentaux courants ou modérés et le personnel des services psychiatriques, y compris l'urgence, pour les troubles mentaux graves. Il semble donc important de favoriser une meilleure connaissance des ressources disponibles au sein du réseau et notamment de la possibilité de référer les patients auprès de psychologues du RSSS et non vers le privé.

3. LES MODÈLES INTERNATIONAUX BRITANNIQUES ET AUSTRALIENS

3

C'est en 2007 que l'Angleterre a lancé son tout nouveau programme, *Improving Access To Psychological Therapies* (IAPT), à la suite de deux projets pilotes qui ont connu le succès escompté dans leurs sites de démonstration respectifs (CLARK, D. M. 2011). Cette initiative nationale émane d'abord d'une série de recommandations formulées par le National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE), entité englobée par le National Health Service (NHS), qui s'appuie sur une analyse systématique de l'efficacité des traitements de la dépression et des troubles anxieux. Ces revues ont conduit à l'élaboration de guides de pratique fondés sur les meilleures preuves disponibles et préconisent entre autres l'utilisation de la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) et une approche par étapes dans la prestation des soins. Cette dernière est, en fait, comparable au modèle de prise en charge par étapes et par collaboration recommandé par le protocole de soins sur le traitement de la dépression chez l'adulte au Québec (INESSS, Volet 1, 2015). Brièvement, ces deux modèles de prise en charge prônent l'emploi d'interventions psychologiques de faible intensité chez les patients souffrant d'une dépression légère à modérée. Le passage à l'étape suivante est conseillé lorsque la réponse aux interventions initiales est inadéquate ou quand le patient a reçu d'emblée un diagnostic de dépression modérée à sévère; moment auquel les interventions psychologiques dites de haute intensité ainsi que les traitements pharmacologiques sont mis de l'avant.

Peu de temps après les premières publications du NICE en 2004, un groupe d'économistes et de psychologues cliniciens, avec à leur tête David Clark et Richard Layard, ont fait valoir qu'en prodiguant des soins de psychothérapie adéquats à sa population, celle-ci se porterait non seulement nettement mieux, mais que l'Angleterre s'en tirerait gagnante au point de vue

financier (SUDAK, 2015). Le sujet ayant pris de l'ampleur et le gouvernement anglais étant réceptif aux recommandations du NICE et des arguments étayés par ses experts, celui-ci décida, en 2005, de s'engager à augmenter l'accessibilité aux interventions psychologiques. C'est ainsi que les deux projets pilotes de Newham et Doncaster prirent forme.

Depuis l'implantation de l'IAPT, l'Angleterre a mobilisé des ressources considérables pour atteindre les objectifs qu'elle s'était fixés. Près de 6000 thérapeutes ont été formés entre 2008 et 2015 afin d'offrir les services tels que préconisés par le NICE pour ensuite être déployés dans de nouveaux centres de services spécialisés à travers le pays (INESSS 2015).

Les patients qui peuvent bénéficier du programme IAPT peuvent être référés par leur médecin de famille à un centre de soins participant ou bien y consulter directement, en première ligne. Tous les services auxquels les patients ont recours dans le cadre du programme sont couverts par le NHS, l'assureur public britannique.

Un des atouts du programme a été de fournir des données probantes au gouvernement et ainsi permettre l'évaluation objective des mesures mises en œuvre. Les résultats sont jusqu'à maintenant remarquables. Les données démontrent que parmi les patients traités dans le cadre du programme, 63% ont obtenu une première séance de traitement dans les 28 jours suivant la référence, ce chiffre augmentant à 92% dans les 90 jours (INESSS 2015). Le programme se démarque également par son efficacité. Une étude chiffrait que le taux de rétablissement parmi les patients ayant participé à au moins deux séances était de 40,3 %, alors qu'une nette amélioration pouvait être notée chez 63,7% d'entre eux (GYANI, Shafran et al. 2013). Des données récentes rapportées par l'INESSS révèlent que 47% des patients traités avaient conservé leur emploi, 10% ne réclamaient plus la prestation d'aide sociale ou avait trouvé un emploi tandis que 15% étaient à la recherche d'un emploi. Même son de cloche au niveau des retombées économiques : une diminution des coûts liés à la santé de pas moins de 1050 £ par patient a pu être observée (détails à la section 4).

« Suivant le succès éprouvé du programme IAPT et le prolongement de son financement jusqu'en 2015, le gouvernement anglais a décidé de l'étendre de manière à inclure les enfants, les adolescents, les personnes âgées et leurs soignants, les malades chroniques ainsi que les patients atteints de troubles mentaux graves » (INESSS Volet 2, 2015 p.23).

En Australie, il existe plusieurs programmes en place afin d'assurer une bonne prise en charge des personnes souffrant de maladie mentale. Deux principaux programmes ont été mis en place : *Better Access to Psychiatrists, Psychologists and General Practitioners through the Medicare Benefits Schedule initiative*, communément appelé Better Access et instauré en 2006, et le programme Access to Allied Psychological Services, ATAPS, instauré en 2001. À l'échelle populationnelle, ces programmes sont complémentaires, mais ont tous deux pour objectif principal d'améliorer le traitement et la prise en charge de la maladie mentale, d'accroître l'accès de la population à des services professionnels et à des équipes de soins en santé mentale ainsi que d'offrir des soins plus abordables. Un patient ne peut bénéficier que de l'un des deux programmes et c'est le médecin de famille qui doit s'assurer que le patient soit dirigé vers le programme qui lui sera le plus bénéfique.

En effet, pour avoir un accès gratuit à ce service, le patient doit commencer par être rencontré par un médecin de famille, qui déterminera les besoins du patient. Dans le programme *Better Access*, si un traitement en psychothérapie est nécessaire, le patient sera soit dirigé directement vers le professionnel de la santé fournissant les services de psychothérapie ou passera une évaluation initiale par un psychiatre. À tout moment, si jugé nécessaire par ledit professionnel, le patient peut consulter un psychiatre. Il faut noter qu'un nombre limité de séances individuelles et de groupe est autorisé par année.

Les professionnels de la santé habilités à fournir les traitements en psychothérapie sont les psychologues, les travailleurs sociaux, les ergothérapeutes, les médecins de famille (seulement pour Better Access) et les infirmiers spécialisés en santé mentale (seulement

ATAPS). Mis à part les psychologues, tous ces professionnels de la santé doivent suivre une formation supplémentaire en santé mentale afin d'acquérir la compétence nécessaire.

Une analyse financière et les résultats d'étude d'efficacité sont discutés plus loin, mais il est intéressant de souligner que :

« du 1er janvier 2006 au 30 juin 2010, 113 107 personnes différentes ont bénéficié des services du programme ATAPS, soit approximativement 25 135 personnes par année, [dont] près de 45 % de ces bénéficiaires n'avaient jamais reçu de soins de santé mentale » (INESSS Volet2, 2015 p.27).

Concernant le programme Better Access, 2 016 495 personnes différentes ont pu bénéficier de soins du programme dans ses trois premières années (2007-2009). 58 % d'entre eux n'avaient jamais bénéficié de soins de santé mentale auparavant (INESSS Volet 2, 2015 p.27).

4. BÉNÉFICES ÉCONOMIQUES D'UNE PLUS GRANDE ACCESSIBILITÉ À LA PSYCHOTHÉRAPIE

4

Les troubles de santé mentale affectent non seulement la personne atteinte, mais aussi son entourage et ont un impact majeur sur les coûts en soins de santé et en perte de productivité. Au Canada, les troubles mentaux sont à l'origine de 30 % des demandes d'invalidité auprès des assureurs (privés ou publics). En 2012, les coûts directs et indirects associés aux maladies mentales atteignaient presque 60 milliards de dollars, soit 3,4 % du PIB. Selon les données de la RAMQ, près d'un patient sur sept, assuré par le régime public, s'est vu prescrire un antidépresseur (Conseil du médicament, 2011 – INESSS, Volet 1, 2015, p.21), alors que la psychothérapie offre une option de rechange tout aussi efficace ou complémentaire à la médication. Malheureusement, l'accessibilité financière à la psychothérapie reste limitée. L'amélioration du programme d'accès à la psychothérapie est bénéfique économiquement via deux modalités. Premièrement, par la réduction des coûts indirects reliés aux troubles de santé mentale et, deuxièmement, car la psychothérapie a un meilleur rapport coût/efficacité que la pharmacothérapie.

Au Royaume-Uni, le gouvernement avait sollicité l'équipe du Professeur Layard afin de déterminer l'impact financier des coûts d'un programme public de psychothérapie. Leur analyse a démontré que le coût, pour le gouvernement, serait entièrement couvert par les gains sur les bénéfices associés à une réduction de l'incapacité (et indemnités associées) et à la perception de taxes et d'impôts additionnelles résultant de l'augmentation de la productivité de ces personnes. Les coûts reliés aux troubles anxieux et dépressifs avaient été évalués à 26 milliards de dollars canadiens. Le plan Layard de 2006 avait permis d'estimer que les coûts d'investissement devraient être récupérés dans les 2 ans dû au faible coût de la psychothérapie, soit 1440 \$ par

patients) et de l'efficacité du traitement, soit 50% de rémission. Le financement accordé au programme IAPT fut de 549M \$CA, soit 189M \$CA par année. Considérant que près de 400 000 personnes ont eu accès à ces services, il apparaît que le coût moyen par personne était de 458\$ CA. Le gouvernement britannique a affirmé en 2015 qu'il prolongerait le programme de l'IAPT en y investissant 710M \$CA supplémentaires jusqu'à 2016 totalisant à plus d'un milliard le financement pour ce projet, qui a permis de former plus de 6000 thérapeutes et de traiter près d'un million de patients (DONNA M, 2015).

En Australie, le programme *Better Access* a coûté 939M \$CA sur trois ans, soit environ 313M \$CA par année. Durant ces trois années, 2 016 495 personnes (3,1 % de la population de 15 à 64 ans) ont bénéficié des services de ce programme, représentant un coût annuel moyen de 466 \$ CA par personne traitée. La première phase du programme ATAPS possédait une enveloppe budgétaire de 22,2M \$CA et a permis de traiter 200 898 personnes entre juillet 2003 et décembre 2011, soit un coût annuel moyen par personne traitée de 937 \$CA. Lors du budget de 2011-2012, le programme ATAPS a vu son budget doublé grâce à une augmentation de 169M \$CA sur 5 ans, pour permettre d'étendre le programme aux populations à risque, soit, enfants, aborigènes, minorités, gens défavorisés.

Les études d'efficacité menées sur ces différents programmes montrent que ces derniers ont permis de réduire les symptômes de dépression et d'anxiété de manière importante, tout en étant avantageux économiquement (INESSS 2015 & FLETCHER J et al 2012 & PIRKIS J, et al 2011). La différence de coût entre l'Australie et le Royaume-Uni est entre autres attribuable au fait que, en Australie, il n'y avait aucune exigence précise quant au type de psychothérapie ou d'encadrement. De plus, les coûts au Royaume-Uni excluaient les dépenses d'immobilisation et de soutien administratif alors que ceux rapportés par l'Australie incluent des frais connexes. Les analyses ont montré que, peu importe le programme, les patients traités avaient eu recours en moyenne à 5 ou 6 séances de traitement sur une possibilité de 10 à 12. Ceci démontre que les programmes ont permis de répondre aux besoins non comblés des populations britannique et

australienne quant à l'accès à des services de soins en santé mentale. De plus, les données économiques rapportées par les études d'efficacité prouvent que les investissements dans des programmes de psychothérapie permettraient d'absorber et de limiter les coûts indirects reliés aux troubles de santé mentale au Québec.

Devant la réussite des programmes britanniques et australiens, la France a, elle aussi, décidé d'analyser l'impact financier de l'investissement en psychothérapie dans sa population. Les résultats de l'étude de DeZetter et al. (2013) viennent supporter la réalité définie par le programme IAPT, chaque 1€ investi dans des programmes de psychothérapie génère jusqu'à 1,95€ en économie de coûts indirects (DEZETTER, Anne & Helen-Maria Vasiliadis, 2014).

Plusieurs études ont cherché à comparer le rapport coût/efficacité entre la psychothérapie et la pharmacothérapie dans le traitement des troubles anxieux et dépressifs. Pour ce qui est des troubles dépressifs, il n'existait pas de différence statistiquement significative relativement aux coûts médicaux entre la psychothérapie et la pharmacothérapie (antidépresseurs). Au niveau des troubles anxieux, l'étude de McHugh et coll (2007) a prouvé que la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) offrait un meilleur rapport coût/efficacité lors des suivis à long terme (3 à 15 mois), soit un rapport de 1 227 \$US par unité d'amélioration à l'échelle PDSS (Panic Disorder Severity Scale), comparativement à 1596 \$US et 2308 \$US pour les différents traitements pharmacologiques, soit l'imipramine et la paroxétine (MCHUGH RK, Otto MW et al., 2007).

Otto et collaborateurs (2000) ont quant à eux déterminé que:

« [...] la TCC de groupe était le traitement le moins coûteux (523 \$US)), suivi de la TCC en individuel (1 357 \$US) et de la pharmacothérapie (2 305 \$US), pour une période de 1 an. [...] Sur le plan du rapport coût/efficacité, les auteurs montrent que la TCC de groupe est la plus avantageuse, à 246 \$US par unité d'amélioration sur l'échelle CGI (clinical global impressions), suivie de la pharmacothérapie, à 447 \$US et de la TCC

individuelle, à 565 \$US » (INESSS, Volet 1, 2015 p.45).

Il serait donc avantageux d'un point de vue coût/efficacité pour le Québec d'étendre l'accès aux services de psychothérapie dans son régime public. Il va sans dire que le Québec possède sa propre réalité médicale et ce modèle devra être adapté aux réalités québécoises. L'INESSS est d'ailleurs actuellement en production d'un rapport qui visera à évaluer différents modèles de déploiement et de financement d'une couverture élargie des services de psychothérapie au Québec. Sa parution est prévue pour 2017, et il serait avantageux pour le gouvernement du Québec d'en suivre les recommandations.

5. RECOMMANDATIONS DE LA FÉDÉRATION MÉDICALE ÉTUDIANTE DU QUÉBEC

5

En somme, nos recherches nous mènent à constater que le Québec bénéficierait de valoriser la place de la psychothérapie dans son arsenal thérapeutique contre les problèmes de santé mentale. Les preuves sont faites quant à son efficacité à long terme quand on la compare à l'utilisation de la pharmacologie seule. À l'international, des programmes de bonification de l'accès à la psychothérapie en place depuis plusieurs années ont mené à des retombées économiques importantes, en raison de l'excellent rapport coût/efficacité de la psychothérapie et de la réduction des coûts indirects des troubles de santé mentale tel que l'invalidité, la diminution de productivité, etc. Cependant, l'accès à la psychothérapie demeure sous-optimal au Québec pour les assurés du système public.

En tant que futurs médecins, nous sommes particulièrement sensibles à la détresse psychologique vécue par plusieurs de nos patients et nous demandons au gouvernement du Québec de nous outiller pour lutter contre la maladie mentale. Dans le contexte où le Québec tente d'assurer la prise en charge de 85% de la population par des médecins de famille, il est irréaliste de croire que ceux-ci pourront assumer seuls la couverture des soins de première ligne en santé mentale. Il est nécessaire d'avoir un accès facile à des professionnels compétents, dans des délais raisonnables, et ce, pour l'ensemble de la population.

En foi de quoi, la Fédération médicale étudiante du Québec demande au gouvernement du Québec de :

- 1) *Élaborer un programme d'accès à la psychothérapie selon les recommandations finales de l'INESSS qui seront disponibles en 2017.*
- 2) *Favoriser la migration de la main d'oeuvre en psychothérapie du privé vers le public, à l'aide*

d'incitatifs financiers et en y créant des postes à temps plein, afin de garantir un accès équitable à tous les citoyens québécois.

- 3) Adopter une approche durable en santé mentale visant la diminution du fardeau social et économique à long terme, et ce, moyennant d'importants investissements qui bénéficieront aux générations futures.*
- 4) Considérer la possibilité de rémunération de l'internat en psychologie comme un facteur de rétention des finissants en psychologie dans le réseau public.*

ANNEXE 1 : TÉMOIGNAGE D'UN MÉDECIN DE FAMILLE

L'argumentaire qui suit est issu du vécu d'un médecin de famille dans une région du Québec.

Le médecin de famille est mal outillé pour répondre adéquatement aux besoins de ses patients. À moins d'avoir suivi une formation de plus de 60 heures menant à l'obtention d'un diplôme, il ne peut offrir à son patient qu'une thérapie de soutien. Celle-ci a bien sûr sa place, mais elle ne peut remplacer une thérapie d'au moins une heure s'allongeant sur plusieurs séances et accompagnée d'un expert en la matière. Par ailleurs, le médecin de famille doit se conformer à des contraintes de temps qui ne lui permettent pas d'aborder systématiquement tous les enjeux personnels du patient.

Ce n'est pas le seul impact que peut avoir la santé mentale sur le travail du médecin de famille. Fréquemment, un trouble de santé mentale n'est pas la raison de consultation principale. Le patient se présente d'abord avec une maladie chronique, mais un trouble de santé mentale vient compliquer le tableau. Il existerait une comorbidité en santé mentale chez près de 30 à 50% des patients souffrant de maladies chroniques. Imaginons un patient diabétique qui souffre également d'une dépression majeure. Le fait d'être en dépression majeure engendre des troubles au niveau de l'hygiène de vie (alimentation insuffisante ou excessive, insomnie ou hypersomnie, etc.). Ces éléments peuvent causer des difficultés dans le contrôle de la glycémie. Aussi, la dépression rend le patient plus enclin à voir le mauvais côté des choses et son diagnostic de diabète peut donc influencer son état d'esprit. Dans cet exemple, sans adresser adéquatement la maladie mentale, le diabète reste mal contrôlé, la santé du patient se détériore et ses visites à l'urgence occasionnent des coûts supplémentaires au système de santé. La psychothérapie permettrait de remonter à la source du problème psychologique et le résoudre ou du moins, permettre au patient de mieux concilier avec ses difficultés psychologiques. En ce moment, si un patient comme celui décrit ci-haut est recommandé aux services de psychologie du CLSC, malgré une évaluation initiale qui

peut être rapide, le patient peut attendre en moyenne de 6 mois à 1 an avant d'être vu par un psychologue.

Le gouvernement semble toutefois reconnaître qu'il existe un besoin. Dans le cadre du programme de financement et de soutien professionnel pour les groupes de médecine familiale (GMF) (MSSS 2015), ce dernier alloue les ressources selon le niveau du GMF (nombre de patients inscrits, ampleur des frais de fonctionnement, etc.) afin que ceux-ci puissent disposer d'un travailleur social et d'un ou plusieurs autres professionnelles. Il revient cependant au GMF d'établir leurs priorités et de choisir entre un physiothérapeute, un psychologue, une infirmière, une inhalothérapeute, une travailleuse sociale, un pharmacien, un ergothérapeute ou un kinésiologue. Le choix est vaste et difficile. Par exemple, l'UMF de l'hôpital de Chicoutimi qui compte 12 000 patients inscrits pourra profiter de l'ajout d'un intervenant, selon si les besoins en physiothérapie sont plus importants que ceux en psychothérapie.

BIBLIOGRAPHIE

AHN H. N., & Wampold, B. E. (2001). Where oh where are the specific ingredients? A meta-analysis of component studies in counseling and psychotherapy. *Journal of Counseling Psychology*. [Format électronique] 48(3), 251.

Association Canadienne de counseling et de psychothérapie. *La profession*. URL: <https://www.ccpa-accp.ca/profession/>. [consulté le 12 janvier 2016]

BAEKELAND F et Lundwall L (1975). Dropping out of treatment : a critical review. *Psychological Bulletin*. [Format électronique] 82(5), 738-783.

BERGHOFER G, Schmidl F et al. (2002). Predictors of treatment discontinuity in outpatient mental health care. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. [Format électronique] 37(6), 276-282.

BLATT, S. J., Sanislow III, C. et al. (1996). Characteristics of effective therapists: further analyses of data from the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Journal of Consulting and Clinical psychology*. [Format électronique] 64(6), 1276.

BROWN GS et Eric Jones(2005). Implementation of a feedback system in a managed care environment: What are the patients teaching us? *Journal of Clinical Psychology*. [Format électronique] 61(2), 187-198.

CLARK, D. M. (2011). Implementing NICE guidelines for the psychological treatment of depression and anxiety disorders: The IAPT experience. *International Review of Psychiatry*. [Format électronique] 23(4), 318-327.

Collectif pour l'accès à la psychothérapie (2015).
La psychothérapie : un meilleur accès pour tous par des services assurés.

URL:<http://capqc.ca/sites/capqc.ca/files/uploads/articles/2015/memoire-acces-services-psychotherapie.pdf>. [consulté le 27 janvier 2016].

Commissaire à la santé et au bien-être (2012).
État de la situation sur la santé mentale au Québec et réponse du système de santé et de services sociaux. [Format électronique] Québec. Gouvernement du Québec.

Commissaire à la santé et au bien-être du Québec. *Rapport d'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux 2012.*

URL:

http://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2012/SanteMentale/CSBE_EtatSituation_SanteMentale_2012.pdf. [consulté le 31 janvier 2016]

Secrétariat du Conseil du Trésor du Québec. Échelles Salariales, Santé et services sociaux – Professionnels 2016. URL :

http://www.tresor.gouv.qc.ca/fileadmin/PDF/echelles_salariales/sss_prof.pdf. [consulté le 4 avril 2016]

DELORME, André, Sophie Bélanger et al. (2015).
Plan d'action en santé mentale 2015-2020: Faire ensemble et autrement. [Format électronique] Québec. Gouvernement du Québec.

DEZETTER, Anne, Ph.D & Helen-Maria Vasiliadis, Ph.D (2014). The economic benefits of improved access to psychotherapy: two studies. *Quintessence : Access to populational mental health knowledge*. [Format électronique] 6(6).

DONNA M (2015). Advancing the Accessibility of Psychotherapy Learning From Our International Colleagues *Journal of Psychiatric Practice*. [Format électronique] 21, 150–153.

EBRAHIM S (2014). Psychotherapy for depression in claimants receiving wage replacement benefits: review of the evidence. *Journal of Insurance Medecine*. [Format électronique] 44(1), 53-57.

EBRAHIM S et al (2012). Effectiveness of cognitive behavioral therapy for depression in patients receiving disability benefits: a systematic review and individual patient data meta-analysis. *Public Library of Science ONE*. [Format électronique] 7(11): e50202.

EGAN J (2005). Dropout and related factors in therapy. *Irish Psychologist*. [Format électronique] 32(2), 27-30.

Fédérations des Internes et Doctorants en Psychologie (2016). Rapport synthèse sur la non-rénumération des internes en psychologie au Québec. Québec.

FLETCHER J et al. (2012). *Evaluating the Access to Allied Psychological Services (ATAPS) program: Nineteenth interim evaluation report*. [Format électronique] Melbourne, Australie. Centre for Health Policy, Programs and Economics.

FOURNIER, L., AUBÉ, D., ROBERGE, P., LESSARD, L., DUHOUX, A., CAULET, M., POIRIER, L. R., 2008, Vers une première ligne forte en santé mentale : Messages clés de la littérature scientifique, Institut national de santé publique du Québec

Frank, J. D., & Frank, J. B. (1991). *Persuasion and healing: A comparative study of psychotherapy* (3rd ed.). [Format électronique] Baltimore: Johns Hopkins University Press.

GAUDIANO BA, Hughes JA, Miller IW (2013). Patients' treatment expectancies in clinical trials of antidepressants versus psychotherapy for depression: A study using hypothetical vignettes. *Comprehensive Psychiatry*. [Format électronique] 54(1), 28-33.

GE, Simon (2002). Evidence review: efficacy and effectiveness of antidepressant treatment in primary care. *General Hospital Psychiatry*. [Format électronique] 24(4), 213-224.

GRENIER, Jean et al (2008). Collaboration entre médecins de famille et psychologues: Que savent les médecins de famille du travail des psychologues? *Canadian Family Physician*. [Format électronique] 54.

GYANI A, Shafran R et al (2013). Enhancing recovery rates : lessons from year one of IAPT. *Journal of Behaviour Research and Therapy*. [Format électronique] 51(9597), 606.

HUNSLEY J, Aubry TD et al. (1999). Comparing therapist and client perspectives on reasons for psychotherapy termination. *Psychotherapy*. [Format électronique] 36(4), 380-388.

Institut National de Santé Publique (2012). Surveillance des troubles mentaux au Québec : prévalence, mortalité et profil d'utilisation des services [Format électronique]. *Surveillance des maladies chroniques* Vol.6.

Institut National d'Excellence en Santé et en Services Sociaux . *Avis sur l'accès équitable aux services de psychothérapie : Volet I – Examen des données probantes sur l'efficacité et le coût de la psychothérapie comparativement à ceux de la pharmacothérapie dans le traitement des adultes atteints de troubles anxieux et dépressifs*. Juin 2015.

URL:https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/PsychiatriePsychologie/INESSS_Psychotherapie_VoletI_cout_psycho_compare_cout_pharmaco.pdf. [consulté le 27 janvier 2016]

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*. Juin 2015.

URL:https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/PsychiatriePsychologie/INESSS_Psychotherapie_VoletII_modalites_conditions_accès.pdf. [consulté le 27 janvier 2016]

LINDEN M et Schermuly-Haupt ML (2014). Definition, assessment and rate of psychotherapy side effects. *World Psychiatry*. [Format électronique] 13(3), 306-309.

LUBORSKY, L., McLellan, A. T., et al. (1997). The Psychotherapist Matters: Comparison of Outcomes Across Twenty-Two Therapists and Seven Patient Samples. *Clinical Psychology: Science and Practice*. [Format électronique] 4(1), 53-65.

MCHUGH RK, Otto MW, et al. (2007). Cost-efficacy of individual and combined treatments for panic disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*. [Format électronique] 68(7), 1038-1044.

Ministère de la Santé et des Services Sociaux (2015). *Programme de financement et de soutien professionnel pour les groupes de médecine de famille*. [Format électronique] Québec. La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux.

Ministère de la Santé et des Services Sociaux (2015). *Portrait de la main d'œuvre : Psychologue*. [Format électronique] Québec. Direction générale du personnel réseau et ministériel.
http://www.msss.gouv.qc.ca/ministere/acces_info/documents/demandes_acces/2015-2016.201-Document.pdf

Ordre des Psychologues du Québec. *Pourquoi demander un permis de psychothérapeute?*
 URL:<https://www.ordrepsy.qc.ca/fr/obtenir-un-permis/permis-de-psychotherapie/permis-de-psychotherapeute.sn>. [consulté le 12 janvier 2016]

OTTO MW, Pollack MH, Maki KM (2000). Empirically-supported treatments for panic disorder: Costs, benefits, and stepped care. *Journal of Consulting Clinical Psychology*. [Format électronique] 68(4), 556-563.

OWEN J et Hilsenroth MJ (2014). Treatment adherence : the importance of therapist flexibility in relation to therapy outcome. *Journal of Counseling Psychology*. [Format électronique] 61(2), 280-288.

PHILIPPS, K. (2009). *La couverture des médicaments onéreux au Canada* (Publication no PRB 09-06F). Ottawa, Ontario: Bibliothèque du Parlement.

PIRKIS J, et al (2011). Australia's Better Access initiative: An evaluation. *Australia and New Zealand Journal of Psychiatry* [Format électronique] 45(9), 726-739.

POPE, Ks, JD Geller et L Wilkinson (1975). Fee assessment and outpatient psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. [Format électronique] 43(6), 835-841.

PROCHASKA JO. How do people change, and how can we change to help more people? Dans Hubble MA, Duncan BL et Miller SD. (éd.). *The heart and soul of change: what works in therapy*. Washington, D.C: American Psychological Association. [Format électronique]

RENK K et Dinger TM (2002). Reasons for therapy termination in a university psychology clinic. *Journal of Clinical Psychology*. [Format électronique] 58(9), 1173-1181.

«Règlement sur le permis de psychothérapeute» . *Code des professions*. Chapitre C-26, r. 222.1, a. 187.1, 187.3.1 et 187.3.2

ROBERGE, Pasquale et al.(2006-2010) *Troubles anxieux chez les adultes en première ligne: accès à la psychothérapie*. *Projet Dialogue* [Format électronique].

SHAMIR D, Szor H et Melamed Y (2010). Dropout, early termination and detachment from a public psychiatric clinic. *Psychiatria Danubina: Danube Symposion of Psychiatry; Sveučilište u Zagrebu. Medicinski fakultet; WHO Collaborating Centre for Research and Training in Mental Health.*[Format électronique] 22(1), 46-50.

SROUJIAN C (2003). Mental health is the number one cause of disability. *Insurance Journal.* [Format électronique] Août p.8.

STEIN DM et MJ Lambert (1995). Graduate training in psychotherapy: are therapy outcomes enhanced? *Journal of Consulting and Clinical Psychology.* [Format électronique] 63(2), 182-196.

SUDAK DM (2015). Advancing the accessibility of psychotherapy : learning from our international colleagues. *Journal of Psychiatry Practice.* [Format électronique] 21(2), 150-153.

TODDDM, Deane FP et Bragdon A (2003). Client and therapist reasons for termination: a conceptualization and preliminary validation. *Journal of Clinical Psychology.* [Format électronique] 59(1), 133-147.

TRYON GS et Kane AS (1995). Client involvement, working alliance, and type of therapy termination. *Psychotherapy Research.* [Format électronique] 5(3), 189-198.

WEBB C, Derubis R et Barber JP (2010). Therapist adherence/competence and treatment outcome : a meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology.* [Format électronique] 78(2), 200-211.

WEIGHILL Ve (1983) . Compensation neurosis: a review of the literature. *Journal of Psychosomatic Research.* [Format électronique] 27(2), 97-104.

WIERZBICKI M et Pekarik G (1993). A meta-analysis of psychotherapy dropout. *Professional psychology : Research and Praticce.* [Format électronique] 24(2), 190-195.