



# Le temps est venu

**Considérations relatives  
à un programme national  
de psychothérapie**



Commission de  
la santé mentale  
du Canada

Mental Health  
Commission  
of Canada

## REMERCIEMENTS

La Commission de la santé mentale du Canada (CSMC) souhaite remercier les membres du Réseau de mise en œuvre d'une politique de psychothérapie (RMPP) pour leur engagement, leur expertise et leur soutien dans le cadre de cette collaboration visant à améliorer l'accès équitable aux services de psychothérapie au Canada. La CSMC souhaite également adresser un mot de remerciement spécial à Karen Cohen, coprésidente du RMPP, ainsi qu'au comité directeur pour leur leadership et leurs conseils sur le travail du RMPP, ainsi qu'aux différents groupes de travail pour leur initiative et leurs efforts en vue de la préparation des recommandations et d'une collaboration avec les membres du RMPP pour les mener à bonne fin.

Nous tenons également à souligner les efforts déployés par chacun pour partager des perspectives diversifiées et apprendre les uns des autres afin de trouver une orientation commune pour faire avancer ce travail.

Remerciements au personnel de la CSMC : Nicholas Watters | Kam Tello | Kelsey Kavic  
Maureen Abbott | Alida Ingabire | Danielle Impey | Kari Richards | Francine Knoops  
Katerina Kalenteridis | Kati Oliver | William Wahl | Abela Ouedraogo | Brett Stoner | April Yorke

Nous tenons à adresser nos remerciements particuliers à Mary Bartram et Howard Chodos qui ont travaillé à titre de consultants auprès de la CSMC sur ce dossier et pour leur participation en tant que membres du RMPP.

La CSMC désire aussi remercier Santé Canada pour ses conseils et son soutien financier dans le cadre des travaux du RMPP.



Santé  
Canada Health  
Canada

Les points de vue présentés ici représentent uniquement les points de vue de la Commission de la santé mentale du Canada. Le présent matériel a été produit grâce à la contribution financière de Santé Canada.

---

*This document is available in English.*

### Informations concernant la citation

Citation suggérée :

Commission de la santé mentale du Canada (2021).  
*Considérations relatives à un programme national de psychothérapie : Le temps est venu.* Ottawa, Canada.

© 2021 Commission de la santé mentale du Canada


Les points de vue exprimés dans le présent document représentent uniquement ceux de la Commission de la santé mentale du Canada.

ISBN : 978-1-77318-269-8

Dépôt légal, Bibliothèque nationale du Canada

# TABLE DES MATIÈRES

<b>Sommaire</b>	5		
Aperçu des recommandations	5		
<b>À propos du RMPP</b>	10		
S'appuyer sur des modèles éprouvés	10		
• Royaume-Uni : Programme Improving Access to Psychological Therapies	10		
• Australie : Initiative Better Access	11		
Création et composantes du RMPP	11		
Aperçu : Groupes de travail	11		
• Groupe de travail sur la <i>New Savoy Declaration</i>	11		
• Déclaration du Réseau de mise en œuvre d'une politique de psychothérapie	12		
• Groupe de travail sur les modèles de financement, les propositions et les recommandations	13		
• Groupe de travail sur la qualité, la mise en œuvre et les traitements axés sur les résultats	13		
• Groupe de travail sur les considérations relatives à la COVID-19 et les soins virtuels	13		
		<b>Recommandations : Deux voies pour améliorer l'accès aux services de psychothérapie</b>	<b>15</b>
		Groupe de travail sur les modèles de financement	15
		<b>Recommandations sur la qualité, la mise en œuvre réussie et les mesures fondées sur les résultats</b>	<b>21</b>
		Groupe de travail sur la qualité, la mise en œuvre et les mesures axées sur les résultats	21
		<b>Recommandations : Nouvelles options numériques pour un accès amélioré</b>	<b>26</b>
		Groupe de travail sur les considérations relatives à la COVID-19 et les soins virtuels	26
		• Recommandations propres à la COVID-19	26
		• Recommandations générales relatives aux soins virtuels	26
		<b>Annexe A - Cadre de soins de santé mentale de qualité</b>	<b>29</b>
		<b>Annexe B - Normes du programme IAPT</b>	<b>33</b>
		<b>Annexe C - Stratégies ERIC</b>	<b>35</b>



1

Sommaire

## SOMMAIRE

Le projet de Réseau de mise en œuvre d'une politique de psychothérapie a été créé dans le cadre d'un accord de contribution de deux ans entre Santé Canada et la Commission de la santé mentale du Canada. Son but était de formuler des recommandations pour orienter un futur plan visant à améliorer l'accès aux services de psychothérapie au Canada<sup>1</sup>.

Le RMPP a rassemblé des leaders d'opinion, des décideurs politiques, des praticiens, des personnes ayant un savoir expérientiel passé et présent de la maladie mentale, des intervenants clés de divers domaines (p. ex. soins primaires, psychiatrie, psychologie, travail social, counselling) et des intervenants du secteur de l'assurance de partout au pays afin de contribuer à l'élaboration d'options pratiques pour accroître l'accès équitable aux services de psychothérapie. Deux modèles éprouvés dans d'autres pays ont constitué le point de départ du RMPP : le programme subventionné au Royaume-Uni appelé **Improving Access to Psychological Therapies (IAPT)** et l'initiative **Better Access** axée sur l'assurance offerte en Australie.

Les groupes de travail du RMPP ont examiné les modèles de financement prospectifs, les considérations relatives à la qualité, à la mise en œuvre et au traitement axé sur les résultats, ainsi que les soins virtuels, particulièrement dans le contexte de la pandémie de COVID-19. Un quatrième groupe de travail a rédigé une déclaration du RMPP, semblable à la *New Savoy Declaration* (Nouvelle Déclaration de Savoie), au Royaume-Uni, afin d'énoncer son point de vue sur l'accès aux services de psychothérapie<sup>2</sup>.

Le RMPP s'est réuni trois fois entre février 2020 et février 2021, et de nombreuses réunions intermédiaires de son comité directeur et de ses groupes de travail ont également eu lieu. Ces réunions ont permis aux membres de s'entendre sur une série de recommandations à présenter à Santé Canada pour guider l'élaboration d'un plan pratique, efficace et fondé sur des données probantes visant à améliorer l'accès aux services de psychothérapie. Le présent rapport expose ces recommandations.

## Aperçu des recommandations

### Groupe de travail sur les modèles de financement, les propositions et les recommandations

Le RMPP propose à Santé Canada d'examiner deux modèles de financement potentiels.

#### 1. Modèle axé sur les fournisseurs :

Attribution d'un montant annuel fixe du gouvernement fédéral aux provinces et aux territoires pour élargir la couverture de l'évaluation, du diagnostic et du traitement (c'est-à-dire la psychothérapie) des problèmes de santé mentale au sein des systèmes de santé provinciaux et territoriaux. Ce financement serait réservé aux fournisseurs de soins de santé mentale qui ne sont peut-être pas remboursés par le système de santé public à l'heure actuelle.

#### 2. Modèle axé sur les programmes :

Attribution d'un montant annuel fixe du gouvernement fédéral aux provinces et aux territoires pour l'administration d'un programme offrant un accès élargi à des services d'évaluation, de diagnostic et de traitement (c'est-à-dire la psychothérapie) des problèmes de santé mentale.

<sup>1</sup> Des renseignements supplémentaires sur les précédents travaux menés par la CSMC pour améliorer l'accès aux services de psychothérapie sont disponibles [ici](#).

<sup>2</sup> Le texte intégral de la déclaration proposée du RMPP commence à la page 12.

## Groupe de travail sur la qualité, la mise en œuvre et la prise de mesures axées sur les résultats

Le RMPP a formulé plusieurs recommandations relatives à la qualité, à la mise en œuvre et au traitement axé sur les résultats dans le contexte d'un programme national de psychothérapie.

### Qualité

1. Adopter intégralement le **Cadre de soins de santé mentale de qualité** à l'échelle nationale. L'élaboration du cadre est dirigée par le Réseau de soins de santé mentale de qualité, en partenariat avec SoinsSantéCAN et la CSMC.
2. Encourager les provinces et les territoires à élaborer des normes de qualité détaillées à l'échelle du programme pour répondre aux exigences du cadre, en se fondant sur les normes de pratiques exemplaires disponibles, comme le programme IAPT et d'autres initiatives d'accès à la psychothérapie à grande échelle.
3. S'assurer que les normes de programme répondent précisément aux besoins des personnes plus susceptibles de ne pas avoir accès à des services de psychothérapie de qualité affichant des taux de rétablissement équivalents.

### Mise en œuvre

1. (a) S'appuyer sur les principes et les stratégies de la science de la mise en œuvre ainsi que sur l'évaluation continue pour guider la mise en œuvre. Le groupe de travail du RMPP recommande que les efforts de mise en œuvre mettent à profit certaines stratégies issues des recommandations d'experts pour la mise en œuvre du changement (en anglais : *Expert Recommendations for Implementing Change* [ERIC]) en s'appuyant sur la littérature disponible et le point de vue d'experts en la matière. (b) Appliquer des mesures de soutien consacrées à la mise en œuvre (soutien intermédiaire, assistance technique ou soutien de base) pour orienter et soutenir les efforts de mise en œuvre. Voir l'annexe C.
2. Intégrer l'équité à la conception et à l'élaboration du programme dès les premiers stades et faire en sorte que les points de vue et l'expertise en matière d'équité soient représentés et inclus aux tables de décision.

3. Intégrer le programme national de psychothérapie aux parcours cliniques locaux existants.
4. Ancrer le programme national de psychothérapie dans un modèle de soins par paliers comportant une gamme de services d'intensité faible à élevée<sup>3</sup>.

### Traitement axé sur les résultats

1. Faire la collecte et l'utilisation systématiques de mesures normalisées des résultats de traitement pour éclairer la prise de décisions cliniques pendant le traitement et assurer l'amélioration de la qualité à l'échelle du fournisseur ou du thérapeute ainsi qu'à l'échelle du service ou de l'organisation.
2. Mettre en place, à l'échelle locale ou régionale, une plateforme de gestion des données compatible avec tous les fournisseurs de services, interexploitable et accessible aux clients.

## Groupe de travail sur les considérations relatives à la COVID-19 et les soins virtuels

Le RMPP formule les recommandations suivantes.

### Recommandations propres à la COVID-19

1. Effectuer ou réexaminer une analyse systématique des options de services de santé mentale en contexte de pandémie, notamment le Modèle de soins par paliers 2.0 et les options axées sur les populations. Examiner comment ces initiatives peuvent être adaptées pour être mises en œuvre dans chaque province et territoire.
2. Déterminer si les efforts déployés à l'échelle provinciale, territoriale et fédérale pour améliorer l'accès aux services de santé mentale doivent être adaptés ou reconsidérés compte tenu de l'incidence des problèmes de santé mentale et de consommation de substances vécus par les personnes pendant la pandémie.
3. Sonder les fournisseurs de services de santé mentale<sup>4</sup> (ou compiler les résultats d'enquêtes connues) afin de comprendre dans quelle mesure leurs pratiques ont changé et lesquelles pourraient être maintenues au terme de la pandémie.

4. Sonder les fournisseurs de services de soins de santé<sup>5</sup> (ou compiler les résultats d'enquêtes connues) pour connaître leur état de santé mentale dans le contexte de la pandémie.

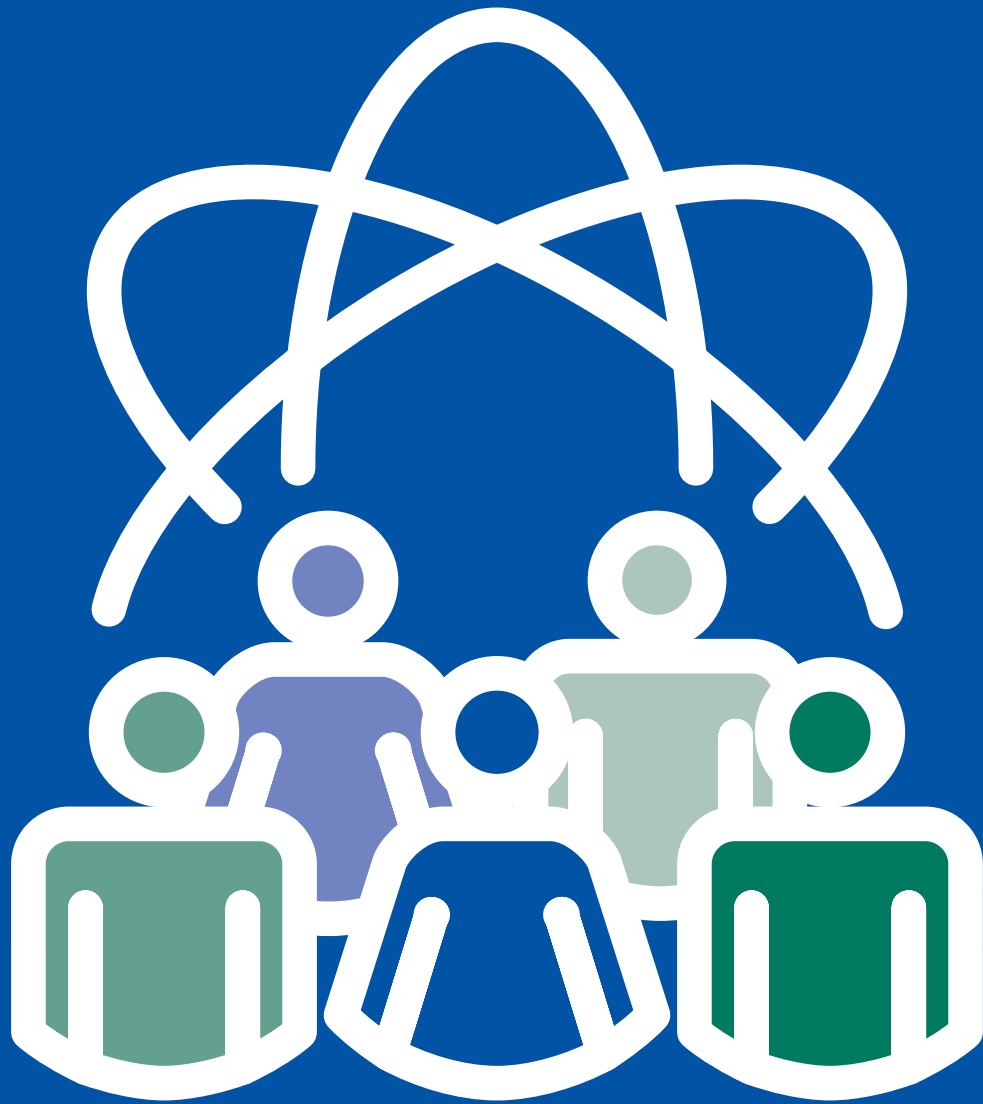
### Recommandations générales relatives aux soins virtuels

1. Cerner les lacunes des services de santé mentale dans les provinces et territoires qui ne répondent pas aux besoins des personnes, tout en gardant à l'esprit qu'il n'existe pas de service de santé mentale universel pour traiter tous les problèmes de santé mentale.
2. Lutter contre la stigmatisation et accroître la connaissance des services de santé mentale afin que les personnes vivant au Canada sachent où s'adresser et à qui parler lorsqu'elles ont besoin d'aide.
3. Réfléchir à la meilleure façon d'intégrer les options et les possibilités de services de santé mentale et de lutte contre la toxicomanie aux soins communautaires.


4. Examiner les normes et les mécanismes de protection en place afin d'assurer la sécurité des données, la protection des renseignements personnels et la confidentialité, lesquelles sont fondamentales lorsque les soins sont fournis de manière virtuelle.
5. Aborder les questions de formation en matière de soins virtuels pour les fournisseurs et les patients ou clients afin d'assurer la protection des renseignements personnels, la sécurité, la confidentialité et l'efficacité des soins.

<sup>4</sup> Voir, par exemple, COVID-19 et la main-d'œuvre en santé mentale et en toxicomanie dirigée par Mary Bartram (CSMC), Ph. D., et Ivy Bourgeault (Université d'Ottawa), Ph. D. : [séminaire en ligne](#) et [infographie](#).

<sup>5</sup> Voir, par exemple, les résultats d'un questionnaire élaboré par Statistique Canada, en collaboration avec Santé Canada, l'Institut canadien d'information sur la santé et l'Agence de la santé publique du Canada, [sur la santé mentale des travailleurs de la santé au Canada pendant la pandémie de COVID-19](#). Bien que les impacts sur la santé mentale soient importants dans l'ensemble de la population, certaines données suggèrent que ces impacts ont été plus importants chez le personnel de la santé.







2

À propos du RMPP

## À PROPOS DU RMPP

Au Canada, le financement public couvre les psychothérapies offertes dans les hôpitaux, par des médecins, ou dans les services communautaires ayant de longues listes d'attente.

Mais il ne couvre pas ces mêmes services lorsqu'ils sont offerts par des fournisseurs agréés qui ne sont pas des médecins en pratique privée (p. ex. psychologues, psychothérapeutes autorisés, infirmiers, ergothérapeutes, travailleurs sociaux). Le RMPP a été créé selon la vision d'un Canada où les personnes qui ont besoin d'un traitement, de soutien ou de services de santé mentale de qualité fondés sur des données probantes peuvent accéder à un traitement cliniquement significatif sans engendrer un fardeau financier indu (et dont la couverture est suffisante), comme c'est le cas pour les services de santé physique.

Le RMPP a été créé pour atteindre trois objectifs spécifiques :

**établir un réseau pancanadien d'intervenants et de chefs de file en santé mentale** dévoués à la promotion d'un accès équitable aux services de psychothérapie et d'évaluation psychologique pour toutes les personnes vivant au Canada;

**formuler des recommandations pour combler les lacunes actuelles en matière d'accès équitable** fondées sur la prise de décisions par les membres ainsi que sur les directives et les orientations du comité directeur du RMPP;

**solliciter le soutien des secteurs privé et public** (y compris de tous les ordres de gouvernement) en faveur des recommandations.

L'initiative faisait partie d'un accord de contribution de deux ans (avril 2019 à mars 2021) entre Santé Canada et la CSMC.

## S'appuyer sur des modèles éprouvés

Les gouvernements du Royaume-Uni et de l'Australie ont tous deux réussi à améliorer l'accès aux services de psychothérapie pour leurs citoyens grâce à des programmes financés par l'État. Ces programmes ont servi de base au RMPP dans sa recherche d'une solution pour le Canada.

### Royaume-Uni : Programme Improving Access to Psychological Therapies

En 2008, le Royaume-Uni a lancé le programme IAPT. Il s'agit d'un programme administré à l'échelle nationale, financé grâce à des subventions et gratuit pour tous les patients. Ce programme fait appel à une main-d'œuvre spécialement formée et est surtout axé sur la qualité des soins grâce à des objectifs clairs et à une surveillance intensive du rendement. Le programme vise les adultes souffrant d'anxiété ou de dépression légère à modérée et offre aussi des soins par paliers. Aujourd'hui, le programme IAPT s'étend aux problèmes de santé mentale chez les enfants et les jeunes, aux problèmes de santé physique comorbides et aux maladies mentales graves.

## Australie : Initiative Better Access

Ce programme fondé sur des assurances exige que les patients soient aiguillés par un médecin généraliste et permet les quotes-parts. En 2019, le programme avait accrédité 22 577 psychologues et autres professionnels de la santé affiliés (travailleurs sociaux, ergothérapeutes et infirmiers), lesquels offrent des services psychologiques en fonction d'un barème de prestations d'assurance-maladie. Le plus récent [rapport annuel](#) australien montre que 1,4 million de personnes ont reçu près de 5,9 millions de services de santé mentale par l'entremise de ce programme. La qualité des services est évaluée par des associations professionnelles réglementées. De nouvelles options de télésanté permettent d'améliorer l'accès aux services de psychothérapie dans les régions rurales.

## Création et composantes du RMPP

La CSMC a mis sur pied un comité directeur intérimaire en août 2019 afin d'élaborer un mandat et de créer le RMPP. Le groupe consultatif de leaders d'opinion a été formé pour orienter l'élaboration du RMPP à ce moment et a ensuite été intégré au RMPP.

Une fois le RMPP établi, à l'hiver 2020, un comité directeur officiel a été formé. Le comité directeur et le RMPP dans son ensemble ont été coprésidés par Maureen Abbott, directrice de l'accès à des services de santé mentale de qualité pour la CSMC, et la D<sup>re</sup> Karen Cohen, présidente-directrice générale de la Société canadienne de psychologie.

Les membres du RMPP représentaient un large éventail des points de vue de la communauté d'intervenants en santé mentale, lesquels se sont réunis pour partager leurs connaissances, cerner les défis et les possibilités associés à l'amélioration de l'accès aux services, et voter sur les recommandations formulées conjointement avec les groupes de travail du RMPP.

## Aperçu : Groupes de travail

### Groupe de travail sur la *New Savoy Declaration*

Le programme IAPT du Royaume-Uni a été stimulé par la *New Savoy Declaration* au Royaume-Uni, un appel incitant les organisations et les champions du gouvernement et du milieu universitaire à unir leurs forces afin de militer en faveur d'un meilleur accès aux services de psychothérapie. Le groupe de travail sur la *New Savoy Declaration* du RMPP a élaboré un document semblable, présentant une première ébauche lors de la réunion de février 2020. La version révisée présentée lors de la réunion de novembre 2020 a été acceptée par 94 % des membres du RMPP.

## Déclaration du Réseau de mise en œuvre d'une politique de psychothérapie

Nous croyons en la parité entre la santé mentale et la santé physique. La parité s'entend d'une démonstration égale de sollicitude à l'égard des problèmes de santé mentale et de santé physique se traduisant par un accès comparable aux soins et aux services à l'échelle des systèmes de santé.

En dépit des fonds publics et privés investis en santé mentale au cours des dernières années, le Canada a encore beaucoup à faire pour atteindre la parité entre la santé mentale et la santé physique. Bien des gens aux prises avec des problèmes de santé mentale n'ont pas accès à des services de santé mentale en temps opportun, l'accès à la psychothérapie constituant actuellement l'une des lacunes les plus criantes au chapitre de la parité.

La psychothérapie désigne un éventail d'approches psychologiques pour le traitement de nombreux problèmes de santé mentale. Elle accompagne des personnes de tous les horizons et de tout âge dans leur parcours vers le rétablissement. L'accès à ces traitements éprouvés de première ligne n'est toutefois pas équitable puisque

les fournisseurs qualifiés de services de psychothérapie ne sont pas tous admissibles au financement public.

Au Canada, les services de psychothérapie sont financés par l'État seulement lorsqu'ils sont offerts par des médecins, dans des hôpitaux ou dans le cadre de services ayant de longues listes d'attente. Même dans les meilleures circonstances, ces sources de psychothérapie ne suffisent pas pour combler les besoins de toute la population canadienne.

Heureusement, il existe plusieurs autres fournisseurs qualifiés de services de psychothérapie, comme les psychologues, les travailleurs sociaux, les psychothérapeutes et les thérapeutes en counselling. Malheureusement, à moins d'être prodigués dans des établissements hospitaliers ou communautaires financés par l'État, ces services ne sont pas admissibles au financement public. Alors que les personnes couvertes par une assurance-maladie au travail pourraient être en mesure d'obtenir des services de psychothérapie, elles ne peuvent pas toujours compter sur leurs prestations pour obtenir des soins adéquats, ce qui signifie que les centaines de milliers de personnes au Canada qui n'ont pas les moyens de se payer des services de psychologie privés ne recevront pas les

traitements dont elles ont besoin. De l'aide est offerte, mais contrairement aux soins de santé physiques, elle n'est pas accessible à tous ceux qui en ont besoin.

Au cours des 10 dernières années, le Royaume-Uni et l'Australie ont tous deux démontré qu'un financement public accru pouvait assurer l'accès aux services de psychothérapie. Les politiques qui ont prouvé leur efficacité dans ces pays pourraient fonctionner au Canada également.

Tous les ordres de gouvernement, les assureurs privés et les fournisseurs de soins de santé mentale doivent travailler de concert pour faire en sorte que chaque personne pouvant bénéficier d'une psychothérapie soit en mesure d'obtenir ces services au moment et à l'endroit où elle en a besoin.

Nous sommes déterminés à contribuer à la promotion de l'offre de services de psychothérapie intégrés de qualité assujettis à une réglementation appropriée. Nous explorerons et proposerons diverses solutions de financement et de déploiement des services qui favoriseront l'accès équitable à des services de psychothérapie partout au Canada. Ensemble, nous nous efforcerons de rendre ces services sécuritaires et efficaces et ferons en sorte qu'ils permettent

d'améliorer le bien-être mental, d'enrayer la stigmatisation et de réduire les inégalités sur le plan de la santé.

Le temps de la parité entre la santé mentale et la santé physique est maintenant venu.

### **Groupe de travail sur les modèles de financement, les propositions et les recommandations**

Ce groupe s'est réuni sur une base régulière entre septembre 2020 et janvier 2021 afin d'élaborer deux options (décrites ci-après) en vue d'une initiative nationale de psychothérapie financée par le gouvernement fédéral. Ces deux options ont été présentées dans le document *Two Roads to Expand Access to Psychotherapy*. Ce document a présenté le plus de détails possible pour aider le RMPP à évaluer ces deux options tout en offrant la flexibilité nécessaire pour mettre en œuvre l'une ou l'autre dans tous les territoires de compétence. En février 2021, les membres du RMPP ont accepté les recommandations du groupe.

### **Groupe de travail sur la qualité, la mise en œuvre et les traitements axés sur les résultats**


Ce groupe a travaillé au développement d'une compréhension commune des termes « qualité », « mise en œuvre » et « traitements axés sur les résultats » dans le contexte d'un programme national de psychothérapie. Entre septembre 2020 et janvier 2021, le groupe s'est réuni sur une base régulière pour rédiger et réviser ses recommandations en s'appuyant sur la littérature, d'autres ressources et la rétroaction du RMPP. En février 2021, les membres du RMPP ont accepté les recommandations du groupe.



### **Groupe de travail sur les considérations relatives à la COVID-19 et les soins virtuels**

Ce groupe a étudié dans quelle mesure les services de cybersanté mentale pourraient améliorer l'accès aux services de psychothérapie au Canada pendant la pandémie de COVID-19 et au-delà. Les membres ont examiné les services actuellement disponibles et pris en considération des questions plus larges d'accessibilité, de littératie numérique chez les praticiens et les clients, de connaissance des services de santé mentale chez les clients, de protection des renseignements personnels et de sécurité, de réglementation interprovinciale et territoriale, et d'intégration des services de cybersanté mentale aux soins primaires. En février 2021, les membres du RMPP ont accepté les recommandations du groupe.





3

Recommandations :  
Deux voies pour  
améliorer l'accès  
aux services de  
psychothérapie

## RECOMMANDATIONS : DEUX VOIES POUR AMÉLIORER L'ACCÈS AUX SERVICES DE PSYCHOTHÉRAPIE

### Groupe de travail sur les modèles de financement

Au fil des réunions du RMPP, les questions concernant le financement ont principalement porté sur la faisabilité d'un fonds d'assurance fédéral et ce qu'un tel fonds pourrait potentiellement accomplir.

Les discussions ont porté sur la structure du système de santé, les questions de territoires de compétences, les exigences administratives et les intersections avec l'assurance privée, ainsi que sur la pertinence d'un modèle de rémunération à l'acte dans le contexte de l'accès équitable aux services de psychothérapie et la complexité d'une mise en œuvre à l'échelle internationale.

Le groupe de travail sur les modèles de financement, mis sur pied à la suite de la réunion de février 2020, a tenu des discussions ciblées sur un fonds national pour la psychothérapie et s'est penché sur deux modèles potentiels de financement aux provinces et aux territoires : (1) le financement annuel axé sur les fournisseurs pour élargir la couverture de l'évaluation, du diagnostic et du traitement, et (2) le financement axé sur les programmes pour un programme administré qui fournit un accès élargi à l'évaluation, au diagnostic et au traitement. Après la mise au point progressive de ces modèles, le groupe de travail a ultérieurement recommandé que des versions des deux options soient présentées à Santé Canada pour examen.





## Modèle de financement axé sur les fournisseurs

Attribution d'un montant annuel fixe du gouvernement fédéral aux provinces et aux territoires pour élargir la couverture de l'évaluation, du diagnostic et du traitement (c'est-à-dire la psychothérapie) des problèmes de santé mentale au sein des systèmes de santé provinciaux et territoriaux. Ce financement serait réservé aux fournisseurs de soins en santé mentale qui ne sont peut-être pas remboursés par le système de santé public à l'heure actuelle.

### Considérations

#### Admissibilité :

Le fonds devrait-il être étendu à tous les résidents d'une province ou d'un territoire, mis à la disposition de certaines populations, ou utilisé pour des troubles ou des problèmes de santé mentale précis (p. ex. dépression, anxiété, premier épisode de psychose)?

#### Accessibilité :

L'accès à un fournisseur de soins de santé mentale nécessiterait-il la recommandation d'un médecin? Pour favoriser la continuité de l'ensemble des soins et l'intégration du système, un plan de traitement et un rapport seraient-ils transmis au médecin de famille du patient ou client avec son consentement?

#### Données probantes :

L'efficacité de la psychothérapie ayant été largement démontrée, notamment en ce qui concerne le nombre moyen de séances nécessaires pour obtenir de bons résultats, le nombre de séances couvertes selon un modèle axé sur les fournisseurs devrait donc en tenir compte.

#### Fournisseurs couverts :

Puisque ce modèle se fonde sur les fournisseurs, son élargissement devrait prendre en compte la protection du public dans les services qu'il couvre. Dans le secteur de la santé, cette protection est généralement assurée par la réglementation. La couverture devrait également être limitée aux fournisseurs dont le champ d'activité inclut l'évaluation de la santé mentale, la psychothérapie et le diagnostic. Questions à aborder : Quels fournisseurs seront couverts et de quelle façon la protection du public (généralement assurée par la réglementation des fournisseurs de soins de santé) sera-t-elle assurée?

#### Remboursement des fournisseurs :

Les provinces et les territoires détermineraient la meilleure façon de rembourser les fournisseurs de soins de santé mentale (p. ex. rémunération à l'acte, salaire, paiement mixte, par patient, par séance) pour la prestation de services de santé mentale fondés sur des données probantes.

#### Financement public et assurances privées :

Quelles seraient les répercussions d'une couverture financée par l'État sur les prestations complémentaires d'assurance-maladie offertes par les employeurs? Ces prestations complémentaires doivent-elles être épuisées avant que les employés aient accès à des soins de santé mentale financés par l'État? Les employeurs devraient-ils être tenus d'assurer un certain niveau de couverture des services de santé mentale (en tenant compte de la quantité de soins généralement nécessaires pour obtenir de bons résultats thérapeutiques)? Le financement public devrait-il être réservé aux personnes qui n'ont pas accès à d'autres formes de couverture d'assurance?

#### Quotes-parts :

Les résidents admissibles devraient-ils bénéficier d'une couverture au premier dollar, ou une quote-part devrait-elle être exigée?

#### Rendement du système :

Des indicateurs appropriés du système de santé mentale ont-ils été élaborés pour évaluer son rendement et en rendre compte?

## Modèle de financement axé sur les fournisseurs

Attribution d'un montant annuel fixe du gouvernement fédéral aux provinces et aux territoires pour l'administration d'un programme offrant un accès élargi à des services d'évaluation, de diagnostic et de traitement (c'est-à-dire la psychothérapie) des problèmes de santé mentale.

### Considérations

Toutes les questions et considérations associées au modèle axé sur les fournisseurs s'appliquent également au modèle axé sur les programmes, à l'exception de ce qui suit.

#### Soins fondés sur des données probantes :

Les programmes structurés sont généralement conçus pour offrir un contenu précis, selon des méthodes précises, sur une période ou un nombre de séances prédéterminés. Le nombre de séances dépendrait des données probantes, des critères d'admissibilité du programme ainsi que des populations ou des troubles particuliers ciblés. Les soins devraient être structurés par paliers, offrant des options de faible et de forte intensité<sup>6</sup> auxquelles les patients et les clients peuvent accéder selon leurs besoins sans la recommandation d'un médecin.

#### Prestation de soins :

Deux séries d'éléments à prendre en considération s'appliquent.

- **Services normalisés** : Les approches programmatiques des soins sont généralement normalisées (p. ex. programme IAPT du Royaume-Uni). Des méthodes normalisées de dépistage, d'évaluation, de triage, de traitement et de soins fondés sur des mesures (lesquelles incluent l'adaptation à des troubles de santé mentale ou à des populations précis) devraient-elles être adoptées? Au Canada, un principe des soins de santé veut que des mécanismes de protection du public soient mis en place pour les services fournis.
- **Fournisseurs** : Dans un modèle programmatique, les soins peuvent être prodigués par des fournisseurs de soins de santé mentale réglementés (p. ex. soins de haute intensité) ou sous la supervision de fournisseurs réglementés (p. ex. soins de faible intensité). Ces derniers sont souvent

responsables de l'évaluation des résultats des patients ou clients et de ceux relatifs aux programmes.

#### Formation :

Quels types de ressources seraient nécessaires pour s'assurer que les fournisseurs de soins sont formés de manière cohérente et systématique selon le modèle de soins fondés sur des données probantes sur lequel le programme se fonde?

#### Financement public et assurances privées :

L'introduction d'un nouveau programme de psychothérapie aurait-elle des répercussions (involontaires) sur la gamme de prestations complémentaires d'assurance-maladie offertes par l'employeur?

## Responsabilités fédérales, provinciales et territoriales


Quel que soit le modèle choisi, le RMPP propose que le gouvernement fédéral établisse un cadre financier pluriannuel, susceptible d'être renouvelé. Le financement serait attribué aux provinces et aux territoires selon un montant égal par habitant. Une évaluation officielle du fonds serait entreprise au terme de la troisième année et servirait de fondement pour toute discussion future au sujet de la structure et du financement du programme. Si les objectifs du fonds sont atteints, les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux pourraient discuter de l'élargissement potentiel de sa couverture à d'autres populations ou troubles de santé mentale.

Les provinces et les territoires qui recevraient le financement présenteraient des plans d'action détaillés et accepteraient de présenter un rapport public annuel sur le rendement, en mettant particulièrement l'accent sur les indicateurs relatifs aux services, à la qualité des soins, aux résultats en matière de santé et à la satisfaction des patients ou clients et des fournisseurs.









4

Recommandations  
sur la qualité, la mise  
en œuvre réussie et  
les mesures fondées  
sur les résultats

## RECOMMANDATIONS SUR LA QUALITÉ, LA MISE EN ŒUVRE RÉUSSIE ET LES MESURES FONDÉES SUR LES RÉSULTATS

### Groupe de travail sur la qualité, la mise en œuvre et les mesures axées sur les résultats

Les membres du RMPP ont convenu que le financement, la qualité et la mise en œuvre devaient être considérés ensemble et évalués à long terme (p. ex. sur 20 ans) puisque chacun de ces indicateurs entraîne des répercussions sur les autres<sup>7</sup>. L'un des points de départ du groupe de travail était d'établir des paramètres clairs des termes « qualité », « mise en œuvre » et « mesures fondées sur les résultats » afin que les provinces et les territoires puissent se concentrer sur la mise en œuvre de programmes équitables et de qualité.

#### Le groupe en est arrivé aux conclusions suivantes pour orienter ses travaux.

##### Qualité :

Globalement, la qualité serait définie par les objectifs, les buts et les principes directeurs du programme. Au chapitre de la mise en œuvre, la qualité serait exprimée en fonction des normes du programme.

##### Mise en œuvre :

La mise en œuvre inclut les méthodes et les techniques utilisées pour favoriser l'adoption, la mise en œuvre et la durabilité d'un programme ou d'une pratique<sup>8</sup>.

##### Mesures fondées sur les résultats<sup>9</sup> :

Cette pratique consiste à fonder les soins cliniques sur les données des clients recueillies tout au long du traitement (c'est-à-dire la collecte systématique de données sur les clients pour éclairer la prise de décisions cliniques).

En ce qui concerne la qualité, le groupe de travail s'est concentré sur les dimensions du **Cadre de soins de santé mentale de qualité** (voir annexe A) élaboré par le Réseau de soins de santé mentale de qualité, en partenariat avec SoinsSantéCAN et la CSMC. Selon ce cadre, la psychothérapie devrait être accessible et appropriée, englober un apprentissage et une amélioration continue, être intégrée dans le continuum de soins, être centrée sur la personne, axée sur le rétablissement, sûre, exempte de stigmatisation et inclusive, tenir compte des traumatismes ainsi que d'un environnement de vie professionnelle sain qui favorise le bien-être des fournisseurs de soins et la sécurité psychologique.

Le groupe a reconnu qu'il existe un éventail de cadres pour orienter la mise en œuvre. De manière générale, la science de la mise en œuvre a trois principaux objectifs : (1) décrire le processus de mise en pratique de la recherche (modèles de processus), (2) comprendre les facteurs qui influencent les résultats de la mise en œuvre (cadres de déterminants, théories

<sup>7</sup> Lors de la réunion de février 2021, bon nombre de membres du RMPP ont recommandé que le nouveau financement soit lié aux résultats en matière de rendement du programme.

<sup>8</sup> Bunger, A.C., Powell, B.J., Robertson, H.A., MacDowell, H., Birken, S.A., et Shea, C. (2017). *Tracking implementation strategies: A description of a practical approach and early findings*. *Health Research and Policy Systems*, 15. Article 15, 1-12. <https://doi.org/10.1186/s12961-017-0175-y>.

<sup>9</sup> Terme utilisé indistinctement pour les soins fondés sur les mesures et la surveillance courante des résultats.

<sup>10</sup> Les cadres de déterminants énoncent les déterminants qui influencent les résultats de la mise en œuvre. Les théories classiques, contrairement aux théories de mise en œuvre, naissent en dehors de la science de la mise en œuvre et permettent de comprendre certains de ses aspects. Voir tableau 1 dans « *Making Sense of Implementation Theories, Models and Frameworks* », par Per Nilson, 2015, *Implementation Science*, 10, article 53. <https://doi.org/10.1186/s13012-015-0242-0>.

classiques, théories de mise en œuvre<sup>10</sup>) et (3) évaluer la mise en œuvre des interventions (cadres d'évaluation). La position du groupe, à savoir que plusieurs stratégies de mise en œuvre devraient être choisies en fonction d'une compréhension approfondie du contexte, se reflète dans ses recommandations finales.

En ce qui concerne les mesures fondées sur les résultats, le groupe de travail a déterminé (en collaboration avec les membres du RMPP) qu'il existe plusieurs niveaux de résultats à compiler, tant à l'échelle clinique individuelle (c'est-à-dire pour les personnes) qu'à l'échelle de la population.

## Recommandations

### Qualité :

1. Adopter le Cadre de soins de santé mentale de qualité dans son intégralité à l'échelle nationale. Le Cadre définit les soins de santé mentale de qualité et les dimensions essentielles de la qualité qui englobent la prestation de soins de santé mentale de qualité.

2. Encourager chaque province et territoire à élaborer des normes plus détaillées à l'échelle des programmes de manière à répondre aux exigences du cadre de qualité définies. Ces normes de qualité devraient se fonder sur les pratiques exemplaires utilisées dans le cadre d'initiatives de psychothérapie comparables à grande échelle, comme le programme **IAPT** au Royaume-Uni (voir l'annexe B).

3. Viser l'équité en s'assurant que les normes de programme tiennent compte des besoins des personnes qui sont plus susceptibles de ne pas avoir accès à des services de psychothérapie de qualité affichant des taux de rétablissement équivalents. Le rapport de la CSMC intitulé *Améliorer l'accès aux services de psychothérapie : Relier les leçons apprises de l'Australie et du Royaume-Uni au contexte canadien*, paru en 2018, met en lumière l'occasion qui s'offre au Canada de réduire les expériences d'inégalités d'accès et de résultats. Voici quelques exemples tirés du rapport :

- combiner des approches universelles à des programmes ciblés afin de favoriser une adoption équitable;

- utiliser des objectifs d'équité précis pour assurer la responsabilisation des programmes en matière de résultats équitables;
- inclure les personnes ayant des problèmes de consommation de substances, lesquelles pourraient certainement tirer profit des services de psychothérapie;
- mobiliser des personnes ayant une expérience passée ou actuelle de la maladie mentale dans la conception et la prestation des services.

### Mise en œuvre :

1. S'appuyer sur les principes et les stratégies de la science de la mise en œuvre ainsi que sur l'évaluation continue pour guider la mise en œuvre. Le groupe de travail recommande que les efforts de mise en œuvre mettent à profit certaines stratégies issues des recommandations d'experts pour la mise en œuvre du changement (**ERIC**) en s'appuyant sur la littérature disponible et le point de vue d'experts en la matière. Appliquer des mesures de soutien consacrées à la mise en œuvre (soutien intermédiaire, assistance technique ou soutien de base) pour orienter et soutenir les efforts de mise en œuvre.



2. Intégrer l'équité à la conception et à l'élaboration du programme dès les premiers stades et faire en sorte que les points de vue et l'expertise en matière d'équité soient représentés et inclus aux tables de décision. En outre, le lien entre la population et les données sur les services lors de l'élaboration du programme permet de déterminer (a) les taux d'occurrence des problèmes rencontrés; (b) quelle population est desservie et laquelle ne l'est pas; (c) quelle population reçoit les services offerts et laquelle ne les reçoit pas, afin d'orienter l'élaboration et la prestation de services vers les personnes qui ne reçoivent pas de soins adéquats.
3. Intégrer le programme national de psychothérapie aux parcours cliniques locaux existants. Les services devraient être officiellement liés aux systèmes de soins de santé et de soins de santé mentale en général afin de soutenir le dépistage initial, l'orientation par un professionnel de la santé, la gestion des médicaments et la gestion continue et à long terme des problèmes de santé mentale et des autres troubles concomitants, ainsi que les services spécialisés et les autres mécanismes de soutien destinés aux patients ou clients qui ont besoin de services au-delà de la psychothérapie. Ce lien inclut

l'établissement de partenariats formels avec les services communautaires locaux et de soins primaires afin de soutenir une communication efficace au sujet des patients ou clients communs, des mécanismes de référence efficaces et des voies de sortie claires pour répondre aux besoins continus et à long terme des patients ou clients au-delà de la portée des services de psychothérapie.

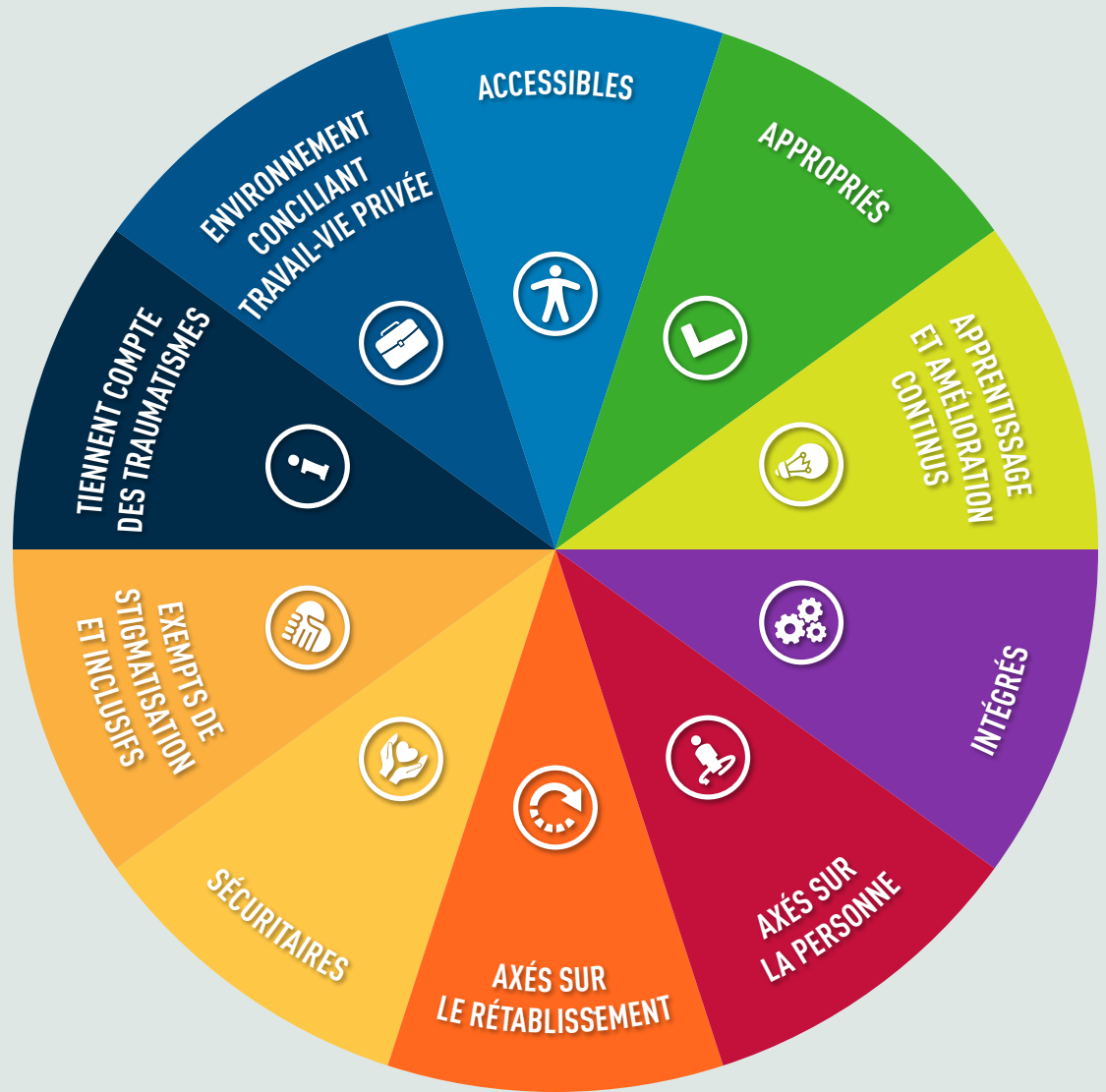
4. Ancrer le programme national de psychothérapie dans un modèle de soins par paliers comportant une gamme de services d'intensité faible à élevée. Les patients ou clients devraient entreprendre leur traitement selon le niveau d'intensité le plus faible approprié en fonction de leur préférence, de leur préparation, de leur situation particulière et de leurs besoins.

#### Traitement axé sur les résultats :

1. Faire la collecte et l'utilisation systématiques de mesures normalisées des résultats de traitement pour éclairer la prise de décisions cliniques pendant le traitement et assurer l'amélioration de la qualité à l'échelle du fournisseur ou du thérapeute ainsi qu'à l'échelle du service ou de l'organisation. Les ensembles minimaux de données et les autres cadres de collecte et d'évaluation des données du programme IAPT et d'autres initiatives de psychothérapie à grande échelle devraient être consultés. En outre, les mesures devraient aller au-delà des déficits pour inclure l'engagement, les forces, le fonctionnement, le bien-être et l'état de préparation.
2. Mettre en place, à l'échelle locale ou régionale, une plateforme de gestion des données compatible avec tous les fournisseurs de services, interexploitable et accessible aux clients. La collecte et l'utilisation, à chaque séance, de mesures des résultats devraient être facilitées par une plateforme de gestion des données.



# Dimensions-cadres des soins de santé mentale de qualité





5

Recommandations :  
Nouvelles options  
numériques pour  
un accès amélioré

## RECOMMANDATIONS : NOUVELLES OPTIONS NUMÉRIQUES POUR UN ACCÈS AMÉLIORÉ

### Groupe de travail sur les considérations relatives à la COVID-19 et les soins virtuels

Ce groupe de travail s'est penché sur la façon dont les soins virtuels offrent un moyen facile et peu coûteux d'élargir l'accès aux services de psychothérapie, particulièrement dans le contexte de la pandémie de COVID-19, alors que les interactions individuelles en personne sont restreintes. Parallèlement, le groupe a également examiné l'applicabilité et l'efficacité relatives des solutions numériques ainsi que les besoins des fournisseurs de soins et des patients en matière de formation et de connaissances numériques, de protection des renseignements personnels et de sécurité.

### Recommandations propres à la COVID-19

1. Effectuer ou réexaminer une analyse systématique des options de services de santé mentale en contexte de pandémie, notamment le Modèle de soins par paliers 2.0 et les options axées sur les populations. Examiner comment ces initiatives peuvent être adaptées pour être mises en œuvre dans chaque province et territoire.
2. Déterminer si les efforts déployés à l'échelle provinciale, territoriale et fédérale pour améliorer l'accès aux services de santé mentale doivent être adaptés ou reconsidérés compte tenu de l'incidence des problèmes de santé mentale et de consommation de substances vécus par les personnes pendant la pandémie.
3. Sonder les fournisseurs de services de santé mentale (ou compiler les résultats d'enquêtes connues) afin de comprendre dans quelle mesure leurs pratiques ont changé et lesquelles pourraient être maintenues au terme de la pandémie.
4. Sonder les fournisseurs de services de soins de santé (ou compiler les résultats d'enquêtes connues) pour connaître leur état de santé mentale dans le contexte de la pandémie.

### Recommandations générales relatives aux soins virtuels

1. Cerner les lacunes des services de santé mentale dans les provinces et territoires qui ne répondent pas aux besoins des personnes, tout en gardant à l'esprit qu'il n'existe pas de service de santé mentale universel pour traiter tous les problèmes de santé mentale.
2. Lutter contre la stigmatisation et accroître la connaissance des services de santé mentale afin que les personnes vivant au Canada sachent où s'adresser et à qui parler lorsqu'elles ont besoin d'aide.
3. Réfléchir à la meilleure façon d'intégrer les options et les possibilités de services de santé mentale et de lutte contre la toxicomanie aux soins communautaires.
4. Examiner les normes et les mécanismes de protection en place afin d'assurer la sécurité des données, la protection des renseignements personnels et la confidentialité, lesquelles sont fondamentales lorsque les soins sont fournis de manière virtuelle.
5. Aborder les questions de formation en matière de soins virtuels pour les fournisseurs et les patients ou clients afin d'assurer la protection des renseignements personnels, la sécurité, la confidentialité et l'efficacité des soins.

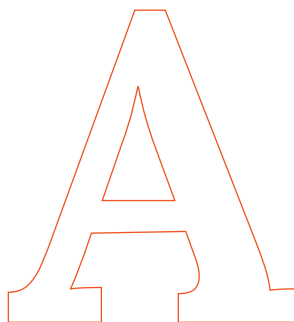






6

Annexes



## Cadre de soins de santé mentale de qualité

SoinsSantéCAN et la CSMC travaillent ensemble depuis plus de trois ans pour faire progresser la santé mentale en milieu de travail dans le secteur des soins de santé. Ensemble, ils ont dirigé le Collectif « La santé d'abord » (le Collectif), un groupe de chefs de file représentant plus de 20 organismes de soins de santé partout au Canada déterminé à promouvoir la santé et la sécurité psychologiques dans le secteur des soins de santé.

Le Collectif envisageait de faire des milieux de travail du secteur de la santé des chefs de file et des modèles de rôle dans la création d'environnements favorisant la santé et la sécurité psychologiques de tous les Canadiens. Il a réussi à faire évoluer le secteur des soins de santé pour qu'il se concentre sur la santé mentale au travail, notamment en faisant reconnaître par l'**Organisation de normes en santé** la mise en œuvre de la Norme nationale du Canada sur la santé et la sécurité psychologiques en milieu de travail au sein des organisations de soins de santé comme une pratique exemplaire.

Forts du succès du Collectif et de ses initiatives, SoinsSantéCAN et la CSMC codirigent maintenant le Réseau de soins de santé mentale de qualité, lequel réunit des chefs de file du secteur de la santé de tout le pays dans le but d'éliminer les obstacles à l'accès à des services de santé mentale de qualité. Le Réseau s'attaque à la stigmatisation structurelle, favorise les pratiques axées sur le rétablissement et fait avancer le travail du Collectif en continuant de soutenir des milieux de travail sains et sécuritaires sur le plan psychologique dans le domaine des soins de santé. Il s'agit notamment de permettre une pratique axée sur le rétablissement, de s'attaquer à la stigmatisation et d'améliorer l'accès à des soins de santé mentale de qualité partout au Canada.

SoinsSantéCAN dirige l'élaboration d'un Cadre de soins de santé mentale de qualité, une initiative clé du Réseau. Le Cadre définit les soins de santé mentale de qualité et les dimensions essentielles de la qualité qui englobent leur prestation.



## Élaboration du cadre de soins de santé mentale de qualité

Afin d'orienter l'élaboration du Cadre, SoinsSantéCAN et la CSMC ont procédé à une analyse de l'environnement et examiné les cadres de soins de qualité provinciaux, territoriaux, nationaux et internationaux existants afin de déterminer où le langage et les concepts de la santé mentale, de la stigmatisation et du rétablissement sont absents ou négligés.

SoinsSantéCAN a également interrogé des membres du Réseau et des experts en la matière dans le domaine de la santé mentale et de la recherche, notamment des membres de SoinsSantéCAN, l'Institut canadien pour la sécurité des patients, le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, le Royal Ottawa Mental Health Centre et le Centre de soins de santé mentale Waypoint.

SoinsSantéCAN et la CSMC ont organisé conjointement des groupes de discussion avec le **Conseil des jeunes** et le **Groupe couloir** de la CSMC, alors que SoinsSantéCAN a dirigé un groupe de discussion en collaboration avec **Patients pour la sécurité des patients du Canada** afin de mobiliser des personnes ayant

vécu la maladie mentale et d'établir des liens avec elles.

Les entrevues réalisées auprès des informateurs clés ont permis de cerner de nombreux aspects essentiels de la qualité des soins de santé mentale, notamment des soins axés sur les personnes, équitables, sûrs, fondés sur des preuves, appropriés, accessibles et opportuns. Les personnes ayant vécu la maladie mentale ont également validé et éclairé le cadre de travail, en précisant qu'il devait tenir compte de l'impact des déterminants sociaux de la santé, des thérapies parallèles, des traumatismes et de la violence, de l'inclusivité, ainsi que de la nécessité d'être approprié, sûr et sensible sur le plan de la culture.

L'analyse de l'environnement et les entrevues menées auprès des informateurs clés ont permis de déterminer que le Cadre canadien sur la qualité des soins et la sécurité des usagers pour les services de santé de l'Organisation de normes en santé et de l'Institut canadien pour la sécurité des patients était le plus pertinent pour ce projet. Ce cadre bien connu au Canada est fondé sur des preuves et reconnaît précisément les travailleurs de la santé.



## Qu'est-ce que les soins de santé mentale de qualité ?











Un examen approfondi des cadres de travail sélectionnés qui traitent de la qualité des soins de santé, des entrevues réalisées auprès d'experts de la santé et des observations de personnes ayant vécu la maladie mentale ont mené à une définition et à la désignation des dimensions critiques qui englobent la qualité des soins de santé mentale, en mettant l'accent sur les perspectives des patients et des fournisseurs de soins.

### Les soins de santé mentale de qualité sont :

Accessibles, appropriés, intégrés, centrés sur les personnes, axés sur le rétablissement, sûrs, exempts de stigmatisation, inclusifs et tiennent compte des traumatismes, favorisent l'apprentissage et l'amélioration continus, et garantissent aux fournisseurs de soins de santé un environnement de travail sûr et confortable.



Figure 1 : Dimensions-cadres des soins de santé mentale de qualité

	<b>Dimension</b>	<b>Description</b>
	<b>Soins accessibles</b>	Offrir des soins équitables et opportuns tout au long du continuum. Favoriser la prévention et l'intervention précoce. Des interventions communautaires sont disponibles.
	<b>Soins appropriés</b>	Les soins sont fondés sur des données probantes et adaptés à la culture.
	<b>Apprentissage et amélioration continus</b>	Partage des connaissances et renforcement des capacités chez les travailleurs de la santé. Les soins novateurs sont encouragés et soutenus.
	<b>Soins intégrés</b>	Les soins sont continus tout au long du continuum. La transition vers les services communautaires est harmonieuse. Un système de soutien de la famille ou du patient est mis en place. Intégration à des services qui traitent des déterminants sociaux de la santé.
	<b>Soins centrés sur les personnes</b>	Les soins sont centrés et organisés selon les besoins et les attentes en matière de santé des personnes et des communautés plutôt que sur la maladie.
	<b>Soins axés sur le rétablissement</b>	Vivre une vie satisfaisante, empreinte d'espoir et utile malgré les limites possibles entraînées par les maladies et les problèmes associés à la santé mentale.
	<b>Soins sécuritaires</b>	Protéger les personnes et les fournisseurs de soins contre les préjudices évitables. Les soins sont sûrs sur le plan culturel pour les personnes et les populations marginalisées.
	<b>Soins inclusifs et exempts de stigmatisation</b>	Prévention des facteurs de stigmatisation liée à la santé mentale et des pratiques de stigmatisation dans les soins de santé mentale. Les professionnels de la santé sont à l'aise de parler de leurs maladies et problèmes liés à la santé mentale au travail. Prise en compte des divers niveaux de stigmatisation (individuelle, interpersonnelle, intersectorielle et structurelle). Importance de mieux soutenir les personnes qui ont été victimes de stigmatisation et de discrimination. Sentiments de respect et de valorisation chez les personnes.
	<b>Soins tenant compte des traumatismes</b>	Reconnaissance des répercussions des traumatismes et de la violence sur les personnes recevant des services de soins de santé mentale.
	<b>Environnement professionnel</b>	Milieu de travail sain favorisant le bien-être des fournisseurs de soins et la sécurité psychologique.

# B

## Normes du programme IAPT<sup>11</sup>

### Modèle de services

- Les services doivent offrir un modèle de soins par paliers qui fournit aux patients le niveau de soins approprié à leurs besoins.
- Les services doivent inclure des conseillers en emploi ou une étroite collaboration avec de tels conseillers.
- La mise en place d'interventions d'intensité élevée ou faible dans le cadre du programme IAPT doit assurer une transition en douceur des patients vers le modèle de soins par paliers. La mise en service doit également avoir pour but d'élaborer des parcours de soins cohérents entre le programme IAPT et d'autres fournisseurs de services de santé mentale.
- Les services doivent être clairement axés sur la gestion de cas graves et complexes, et en avoir la capacité.

### Accès

- Les services doivent viser à offrir un accès rapide et équitable aux communautés locales plus difficiles à joindre, comme les aînés et les chômeurs de longue date.

- Les services doivent viser à élargir l'accès direct et à faire de la promotion auprès de diverses sections de la communauté.
- Les patients doivent avoir le choix d'une thérapie qui correspond à leurs préférences, du moment et de l'endroit de la consultation et de la manière dont les traitements recommandés par le *National Institute for Health and Care Excellence (NICE)* sont prodigués (p. ex. sur une base individuelle, en groupe, par téléphone, etc.), s'il y a lieu. Des ententes doivent être conclues d'un commun accord entre le patient et le thérapeute dans le cadre d'une bonne planification des soins.

### Traitement

- Les utilisateurs des services doivent recevoir des évaluations axées sur le patient (problèmes et buts, questions relatives à l'emploi) en plus d'un diagnostic provisoire et d'une affectation groupée s'il y a une entente locale lors de leur admission, ainsi que des examens des progrès subséquents de façon régulière.
- Les traitements doivent être recommandés par le NICE et fondés sur des données probantes, et doivent être offerts selon un dosage approprié par du personnel formé et accrédité.

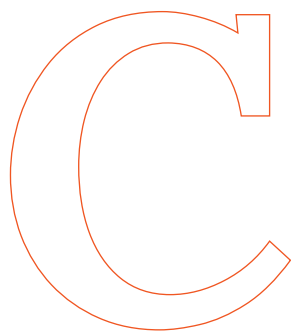
- Des ententes cohérentes d'orientation vers un omnipraticien lors du congé et un suivi de routine, le cas échéant, doivent être mises en place.

### Collecte de données sur les résultats

- Une intégralité des données minimales de 90 % pour les résultats préalables et postérieurs au traitement doit être obtenue pour tous les contacts avec les patients.
- Les systèmes de technologies de l'information doivent permettre aux thérapeutes et aux directeurs de services d'avoir rapidement accès aux résultats et de produire des rapports de service.
- La mesure des données relative aux résultats doit être effectuée régulièrement pour orienter la supervision clinique (voir ci-après), ainsi qu'améliorer la qualité et la responsabilisation des services.
- Pour qu'un service de soins par paliers fonctionne de manière efficace, il est essentiel que les patients puissent être suivis tout au long du parcours de soins par paliers par le biais d'un système de technologies de l'information interexploitable.

### Éducation et formation de la main-d'œuvre

- Les services doivent viser à développer une main-d'œuvre équilibrée en fonction des besoins locaux, c'est-à-dire que le personnel doit posséder un éventail de compétences adaptées à divers modes et niveaux pour offrir les soins les mieux adaptés aux préférences des patients, ainsi qu'aux antécédents cliniques, au genre, à l'origine ethnique, etc., afin de proposer des options acceptables sur le plan culturel.
- Les services doivent s'appuyer sur un noyau stable de thérapeutes formés et accrédités (par un organisme d'accréditation approprié pour les thérapeutes qui offrent des traitements approuvés par le NICE) lesquels disposent d'une certaine ancienneté dans les différentes méthodes thérapeutiques et sont en mesure de soutenir les stagiaires du programme IAPT dans leur développement clinique.
- Les services doivent former suffisamment de thérapeutes pour être en mesure de fournir des traitements d'intensité faible à élevée.
- Les thérapeutes (expérimentés et stagiaires) doivent bénéficier d'une supervision régulière et appropriée, fondée sur les résultats, d'un perfectionnement professionnel continu, d'un accès à des installations cliniques adéquates (p. ex. salles de consultation, enregistrements numériques, téléphones, systèmes de technologies de l'information) et d'occasions de voir une charge de travail mixte comprenant certains patients présentant des symptômes légers ou modérés. La charge de travail doit être conforme aux directives professionnelles et éthiques pour une qualité durable des soins.
- Le roulement de personnel doit faire l'objet d'une surveillance, notamment par le biais « d'entrevues de départ ».



## Stratégies ERIC<sup>12</sup>

Stratégie	Définitions
<b>Avoir accès à du nouveau financement</b>	Avoir accès à de nouveaux fonds ou à des fonds existants pour faciliter la mise en œuvre.
<b>Modifier les structures de mesures incitatives</b>	Mettre en place des mesures incitatives pour encourager l'adoption et la mise en œuvre de l'innovation clinique.
<b>Modifier les frais aux patients et consommateurs</b>	Créer une structure de frais dans laquelle les patients et consommateurs paient moins cher pour les traitements privilégiés (innovation clinique) et plus cher pour les traitements non privilégiés.
<b>Évaluer l'état de préparation et cerner les obstacles ainsi que les facteurs de succès</b>	Évaluer divers aspects d'une organisation afin de déterminer son degré de préparation, de cerner les obstacles qui pourraient compromettre la mise en œuvre et de définir les forces qui peuvent être mises à contribution.
<b>Effectuer une vérification et fournir une rétroaction</b>	Recueillir et résumer les données relatives au rendement clinique pour une période déterminée, puis les fournir aux cliniciens et aux administrateurs aux fins de surveillance, d'évaluation et de modification du comportement du fournisseur.
<b>Former une coalition</b>	Recruter des partenaires et cultiver les relations avec eux dans le cadre de la mise en œuvre.
<b>Colliger les connaissances locales et les partager</b>	Colliger les connaissances locales des sites de mise en œuvre afin de savoir ce qui a bien fonctionné pour les exécutants et les cliniciens dans leur milieu, puis les transmettre aux responsables d'autres sites.
<b>Centraliser l'assistance technique</b>	Concevoir et utiliser un système centralisé pour fournir une assistance technique axée sur les problèmes liés à la mise en œuvre.
<b>Modifier les exigences relatives à l'accréditation ou à l'adhésion des membres</b>	S'efforcer de modifier les normes d'accréditation afin qu'elles exigent ou encouragent l'utilisation de l'innovation clinique. Modifier les exigences relatives à l'adhésion des membres de l'organisation afin que ceux qui souhaitent s'affilier à l'organisation soient invités à utiliser l'innovation clinique ou obligés de l'utiliser.
<b>Modifier les lois en matière de responsabilité</b>	Participer aux processus de réforme de la responsabilité qui incitent les cliniciens à fournir l'innovation clinique.
<b>Modifier la structure physique et l'équipement</b>	Évaluer les configurations actuelles et adapter, au besoin, la structure physique ou l'équipement (p. ex. modifier la disposition d'une pièce, ajouter de l'équipement) pour faciliter le recours à l'innovation clinique.

<b>Modifier les systèmes de dossiers</b>	Modifier les systèmes de dossiers pour permettre une meilleure évaluation de la mise en œuvre ou des résultats cliniques.
<b>Modifier les points de service</b>	Modifier l'emplacement des points de service pour améliorer l'accès.
<b>Faire des tests de changement cycliques à petite échelle</b>	Mettre les changements en œuvre de manière cyclique en effectuant des tests de changement à petite échelle avant de les mettre en place dans l'ensemble du système. Les tests de changement peuvent bénéficier d'une mesure systématique, et les résultats des tests de changement sont examinés pour trouver des manières de faire mieux. Ce processus se poursuit de manière périodique au fil du temps et est perfectionné à chaque nouveau cycle.
<b>Organiser des réunions éducatives</b>	Organiser des réunions destinées à différents groupes d'intervenants (p. ex. fournisseurs, administrateurs, autres intervenants organisationnels, intervenants communautaires et familiaux, patients et consommateurs) pour les informer de l'innovation clinique.
<b>Organiser des visites de sensibilisation éducatives</b>	Envoyer une personne formée visiter les fournisseurs dans leur milieu de pratique pour leur apprendre comment utiliser l'innovation clinique dans le but de modifier leur pratique.
<b>Organiser des discussions locales visant le consensus</b>	Inclure les fournisseurs locaux et d'autres intervenants dans des discussions pour déterminer si le problème choisi est important et si l'innovation clinique est appropriée pour le régler.
<b>Faire une évaluation des besoins à l'échelle locale</b>	Recueillir et analyser les données relatives aux besoins auxquels l'innovation répond.
<b>Offrir de la formation continue</b>	Planifier et fournir de la formation sur l'innovation clinique de manière continue.
<b>Créer un milieu d'apprentissage collaboratif</b>	Faciliter la formation de groupes de fournisseurs ou d'organismes fournisseurs, et favoriser un climat d'apprentissage collaboratif afin d'améliorer la mise en œuvre de l'innovation clinique.
<b>Mettre en place de nouvelles équipes cliniques</b>	Remplacer certains membres de l'équipe clinique pour ajouter différentes disciplines et compétences afin qu'elle soit davantage susceptible de fournir l'innovation clinique (ou de mieux la fournir).
<b>Créer des normes relatives à l'obtention de crédits ou de licences, ou modifier les normes existantes</b>	Créer un organisme qui certifie la compétence des cliniciens en lien avec l'innovation ou encourager un organisme existant à le faire. Modifier les exigences gouvernementales relatives aux certifications professionnelles ou à l'octroi de licences pour inclure la prestation de l'innovation. Travailler à modifier les exigences relatives à la formation continue pour structurer la pratique professionnelle en fonction de l'innovation.
<b>Élaborer un plan de mise en œuvre formel</b>	Élaborer un plan de mise en œuvre formel qui inclut tous les objectifs et les stratégies. Le plan devrait inclure les éléments suivants : 1) but ou objectif de la mise en œuvre; 2) portée du changement (p. ex. quelles unités organisationnelles sont affectées); 3) calendrier et étapes importantes; et 4) mesure du rendement ou des progrès appropriée. Utiliser ce plan et le mettre à jour pour guider le processus de mise en œuvre au fil du temps.
<b>Établir des partenariats académiques</b>	Établir un partenariat avec une université ou une unité académique afin d'organiser des formations communes et d'intégrer des personnes possédant des compétences en recherche dans un projet de mise en œuvre.
<b>Concevoir un glossaire de la mise en œuvre</b>	Créer et distribuer une liste de termes qui décrivent l'innovation, la mise en œuvre et les intervenants concernés par le changement organisationnel.



<b>Concevoir et mettre en œuvre des outils de contrôle de la qualité</b>	Concevoir, tester et intégrer les bons intrants aux systèmes de contrôle de la qualité, soit le langage, les protocoles, les algorithmes, les normes et les mesures (des processus, des résultats des patients et consommateurs, et des résultats de la mise en œuvre) appropriés, qui sont souvent propres à l'innovation mise en place.
<b>Concevoir et organiser des systèmes de contrôle de la qualité</b>	Concevoir et organiser des systèmes et des procédures qui permettent de contrôler les processus ou les résultats cliniques aux fins d'assurance de la qualité et d'amélioration.
<b>Mettre en place des mesures dissuasives</b>	Mettre en place des mesures financières dissuasives pour ceux qui ne mettent pas l'innovation clinique en œuvre ou qui ne l'utilisent pas.
<b>Concevoir le matériel éducatif</b>	Concevoir et formater des manuels, des trousseaux d'outils et d'autres matériels de soutien de manière à faciliter l'apprentissage de l'innovation pour les intervenants et à rendre la prestation de l'innovation clinique plus simple pour les cliniciens.
<b>Conclure des ententes de partage des ressources</b>	Établir des partenariats avec des organisations qui disposent des ressources nécessaires à la mise en œuvre de l'innovation.
<b>Distribuer le matériel éducatif</b>	Distribuer du matériel éducatif, notamment des lignes directrices, des manuels et des trousseaux d'outils, en personne, par courrier ou par voie électronique.
<b>Faciliter la transmission des données cliniques aux fournisseurs</b>	Fournir des données le plus en temps réel possible sur les principales mesures des processus et des résultats à l'aide de méthodes et de canaux de communication intégrés de manière à promouvoir l'utilisation de l'innovation ciblée.
<b>Assurer la facilitation</b>	Processus interactif de soutien et de résolution de problèmes qui se déroule dans un contexte où la nécessité d'améliorer les choses et de bâtir des relations interpersonnelles solidaires s'impose.
<b>Financer l'innovation clinique et passer des marchés en la matière</b>	Les gouvernements et les autres payeurs de services publient des demandes de propositions afin de susciter l'innovation, font appel à des processus d'attribution de contrats pour motiver les fournisseurs à promouvoir l'innovation clinique et élaborent de nouvelles formules de financement qui font en sorte que les fournisseurs sont plus susceptibles de mettre l'innovation en œuvre.
<b>Trouver et préparer des champions</b>	Trouver et préparer des personnes qui se consacrent à soutenir, à promouvoir et à mener à bien une mise en œuvre, malgré l'indifférence ou la résistance que l'intervention pourrait générer au sein d'une organisation.
<b>Repérer les pionniers</b>	Repérer les cliniciens qui sont les premiers à adopter l'innovation à l'échelle locale afin de tirer des leçons de leur expérience de mise en pratique de l'innovation.
<b>Accroître la demande</b>	Tenter d'influencer le marché de l'innovation clinique afin d'accroître la concurrence et d'augmenter la maturité du marché de l'innovation clinique.
<b>Guider les leaders d'opinion locaux</b>	Guider les fournisseurs de soins que leurs collègues ont désignés comme des leaders d'opinion ou des « influenceurs éducatifs » en matière d'innovation clinique afin qu'ils incitent leurs collègues à l'adopter.
<b>Intervenir auprès des patients et des consommateurs afin d'accroître l'adoption et l'adhésion</b>	Élaborer des stratégies avec les patients pour encourager l'adhésion et régler les problèmes connexes.

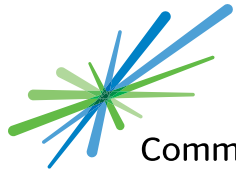


<b>Mettre à contribution les conseils d'administration</b>	Mettre à contribution les structures de gouvernance existantes (p. ex. conseils d'administration, conseils de gouvernance du personnel médical) dans la mise en œuvre, y compris l'examen des données relatives aux processus de mise en œuvre.
<b>Mettre à contribution les patients et les consommateurs ainsi que les membres de leur famille</b>	Mettre à contribution ou inclure les patients et les consommateurs ainsi que leur famille dans le processus de mise en œuvre.
<b>Simplifier la facturation</b>	Simplifier la facturation relative à l'innovation clinique.
<b>Rendre la formation dynamique</b>	Varié les méthodes de transmission de l'information pour tenir compte de différents styles d'apprentissage et contextes de travail, et faire en sorte que la formation sur l'innovation soit interactive.
<b>Imposer le changement</b>	Inciter les dirigeants à affirmer que l'innovation constitue une priorité et qu'ils sont déterminés à la mettre en œuvre.
<b>Modéliser et simuler le changement</b>	Modéliser ou simuler les changements à apporter avant la mise en œuvre.
<b>Obtenir et mettre à contribution la rétroaction des patients, des consommateurs et des membres de leur famille</b>	Élaborer des stratégies pour obtenir davantage de rétroaction de la part des patients, des consommateurs et de leurs familles sur le processus de mise en œuvre.
<b>Obtenir des engagements formels</b>	Obtenir l'engagement écrit des partenaires clés énonçant ce qu'ils feront pour mettre en œuvre l'innovation.
<b>Organiser des réunions de l'équipe de cliniciens qui travaille à la mise en œuvre</b>	Mettre en place et soutenir des équipes de cliniciens qui mettent en œuvre l'innovation et leur donner du temps réservé pour réfléchir au processus de mise en œuvre, partager les leçons apprises et soutenir l'apprentissage de leurs collègues.
<b>Ajouter l'innovation aux listes et formulaires de rémunération à l'acte</b>	Prendre les moyens pour que l'innovation clinique se retrouve sur les listes des actes pour lesquels les fournisseurs peuvent être remboursés (p. ex. inscription d'un médicament sur un formulaire, procédure désormais remboursable).
<b>Préparer les patients et les consommateurs à être des participants actifs</b>	Préparer les patients et les consommateurs à être proactifs, et particulièrement à demander à connaître les lignes directrices liées à leurs soins, les données probantes sur lesquelles les décisions s'appuient ou les traitements fondés sur des données probantes disponibles.
<b>Promouvoir l'adaptabilité</b>	Déterminer de quelle manière l'innovation clinique peut être adaptée pour répondre aux besoins locaux et spécifier quels éléments de l'innovation doivent être conservés pour en préserver la fidélité.
<b>Promouvoir la création de réseaux</b>	Définir et exploiter les relations de travail et les réseaux de qualité au sein et à l'extérieur de l'organisation, des unités organisationnelles, des équipes, etc., pour promouvoir le partage d'informations, la résolution collaborative de problèmes et la vision ou l'objectif commun lié à la mise en œuvre de l'innovation.
<b>Fournir une supervision clinique</b>	Fournir aux cliniciens une supervision constante axée sur l'innovation. Fournir de la formation aux superviseurs cliniques qui superviseront les cliniciens responsables de l'innovation.
<b>Fournir une assistance technique locale</b>	Concevoir et utiliser un système pour que le personnel local puisse fournir une assistance technique axée sur les problèmes liés à la mise en œuvre.
<b>Fournir des conseils de manière continue</b>	Charger un ou plusieurs experts des stratégies utilisées pour soutenir la mise en œuvre de fournir des conseils de manière continue.

<b>Réexaminer délibérément la mise en œuvre</b>	Surveiller les progrès et adapter les pratiques cliniques et les stratégies de mise en œuvre afin d'améliorer continuellement la qualité des soins.
<b>Recruter, désigner et former des leaders</b>	Recruter, désigner et former des leaders pour stimuler le changement.
<b>Faire des rappels aux cliniciens</b>	Concevoir des systèmes visant à aider les cliniciens à se souvenir des informations importantes et à les inciter à utiliser l'innovation clinique.
<b>Revoir les rôles professionnels</b>	Modifier et revoir les rôles des différents professionnels qui fournissent les soins et passer en revue les descriptions de postes.
<b>Suivre l'avis d'autres experts</b>	Fournir des moyens d'observer directement la façon dont les personnes expérimentées mettent en pratique l'innovation ou le changement de pratique ciblé.
<b>Intensifier graduellement la mise en œuvre</b>	Intensifier graduellement la mise en œuvre en commençant par des projets pilotes ou de démonstration à petite échelle, puis passer graduellement à un déploiement à l'échelle du système.
<b>Mettre sur pied un organisme de diffusion</b>	Désigner ou mettre sur pied un organisme responsable de diffuser les informations relatives à l'innovation clinique. Il peut s'agir d'un organisme à but lucratif ou sans but lucratif.
<b>Adapter les stratégies</b>	Adapter les stratégies de mise en œuvre pour surmonter les obstacles et mettre à contribution les facteurs de succès cernés lors de la collecte préalable de données.
<b>Mettre sur pied des conseils consultatifs et des groupes de travail</b>	Créer et mettre à contribution un groupe formel composé d'intervenants de divers domaines afin qu'ils formulent des commentaires et des conseils en lien avec le processus de mise en œuvre et qu'ils formulent aussi des recommandations sur les améliorations à apporter.
<b>Faire appel à un conseiller en matière de mise en œuvre</b>	Demander conseil à des experts de la mise en œuvre.
<b>Utiliser le paiement par patient</b>	Verser aux fournisseurs ou aux systèmes de soins un montant prédéterminé par patient ou client pour qu'ils fournissent des soins cliniques.
<b>Faire appel à des experts des données</b>	Engager, embaucher ou consulter des experts pour guider la direction quant à l'utilisation des données générées par le processus de mise en œuvre.
<b>Appliquer des techniques d'entreposage des données</b>	Regrouper les dossiers cliniques des diverses installations et organisations concernées afin de faciliter la mise en œuvre à l'échelle des systèmes.
<b>Faire appel aux médias de masse</b>	Faire appel aux médias pour diffuser de l'information sur l'innovation clinique auprès de nombreuses personnes.
<b>Utiliser d'autres formes de paiement</b>	Mettre en place de nouvelles approches de paiement (dans une catégorie passe-partout).
<b>Utiliser des stratégies de formation des formateurs</b>	Former des cliniciens ou des organisations désignés pour former d'autres personnes en matière d'innovation clinique.
<b>Visiter d'autres points de service</b>	Visiter des points de service où un processus de mise en œuvre comparable a été considéré comme une réussite.
<b>Travailler en collaboration avec les établissements d'enseignement</b>	Encourager les établissements d'enseignement à former des cliniciens en matière d'innovation.







Commission de  
la santé mentale  
du Canada

Mental Health  
Commission  
of Canada



Commission de la santé mentale du Canada

350, rue Albert, bureau 1210  
Ottawa (Ontario) K1R 1A4

Tél. : 613 683-3755  
Télec. : 613 798-2989

 [CSMC\\_MHCC](#)  [/theMHCC](#)

 [/1MHCC](#)  [@theMHCC](#)  [@theMHCC](#)

 [/Mental Health Commission of Canada](#)

[infocsmc@commissionsantementale.ca](mailto:infocsmc@commissionsantementale.ca)

[www.commissionsantementale.ca](http://www.commissionsantementale.ca)