



LE PANIER DE SERVICES ASSURÉS EN SANTÉ ET EN SERVICES SOCIAUX :
RÉFLEXIONS SUR LES RÔLES ET MANDATS DES PSYCHOLOGUES
ET SUR L'ESPACE PROFESSIONNEL QUI LEUR EST IMPARTI

MÉMOIRE PRÉSENTÉ PAR L'ORDRE DES PSYCHOLOGUES DU QUÉBEC
AU COMMISSAIRE À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE
DANS LE CADRE DE LA CONSULTATION PUBLIQUE SUR LE PANIER DE
SERVICES ASSURÉS EN SANTÉ ET EN SERVICES SOCIAUX

12 FÉVRIER 2016

Table des matières

Avant-propos	4
L'Ordre des psychologues du Québec	4
Notre mission	4
Le champ d'exercice des psychologues	4
Quelques principes fondamentaux	4
La primauté de la personne	5
L'implication active des personnes	5
La nécessité de s'appuyer sur un modèle biopsychosocial	6
L'accès aux soins et services en santé mentale	6
Les effets de la loi canadienne sur la santé : les soins et services « médicalement requis »	7
Un cul-de-sac	9
Un portrait de situation	10
Un double défi sur le plan organisationnel	10
Les besoins de la population	11
<i>Faire ensemble et autrement</i>	13
Miser sur les psychologues	13
Les services psychologiques en général	13
Le dénombrement des différents professionnels dans le réseau public de la santé	13
Les psychologues et les services sociaux généraux	14
Les psychologues et les GMF	15
Les psychologues en Centres jeunesse	16
L'accès général aux services des psychologues	17
À propos de l'attrait et de la rétention des psychologues dans le vaste réseau public	17
Les services de nature évaluative	17
L'évaluation offerte dans le réseau public de la santé	18
L'évaluation offerte hors du réseau public de la santé	18
L'obtention d'un « diagnostic » préalable	19
L'utilisation des manuels diagnostiques de type DSM pour l'obtention du « diagnostic »	19
Le recours aux outils psychométriques	20
L'accès à la psychothérapie	20
Les professionnels habilités	21
La personne au centre	21
Traiter la personne	22
Traiter la personne en souffrance et en détresse	22
L'appui sur des modèles venus d'ailleurs	23
Le diagnostic et la prescription du médecin	23
Le diagnostic du médecin	23
La prescription du médecin	24
Les données probantes et les meilleures pratiques en psychothérapie	25
Les traitements soutenus empiriquement et les meilleures pratiques	26
Les principes à la base des changements	26

Conclusion	27
Liste des recommandations	28
Recommandations d'ordre général	28
Recommandation 1 – Pour l'appui sur des paradigmes biopsychosociaux	28
Recommandation 2 – Pour un élargissement de ce qui est « médicalement requis »	28
Recommandation 3 – Pour une meilleure définition des services assurés/professionnels requis	29
Recommandation 4 – Pour assurer l'accès aux services des psychologues	29
Recommandation 5 – Pour un usage rigoureux et systématique de l'évaluation	29
Recommandation 6 – Pour une couverture universelle des services d'évaluation	30
Recommandations relatives à la psychothérapie	30
Recommandation 7 – Pour une couverture universelle des services de psychothérapie	30
Recommandation 8 – Pour la pleine reconnaissance des habilitations et compétences des psychologues (et autres détenteurs du permis de psychothérapeute)	30
Recommandation 9 – Pour un accès élargi à la psychothérapie à toute personne en besoin	31
Recommandation 10 – Pour un élargissement des critères servant à déterminer le traitement psychothérapeutique à offrir	31

Avant-propos

L'Ordre des psychologues du Québec (OPQ) remercie le commissaire à la Santé et au Bien-être de lui avoir accordé un délai pour déposer son mémoire et ainsi lui permettre de présenter le résultat de ses réflexions sur la couverture publique des services en santé et en services sociaux. Précisons toutefois que, dans le cadre de ce mémoire, nous nous centrerons plus particulièrement sur les services à offrir aux personnes qui présentent des problématiques de santé mentale et précisément sur l'accès aux services des psychologues qui, nous tenterons de le démontrer, doit être amélioré.

D'entrée de jeu, il faut préciser que le problème que nous identifions n'est pas tant que le panier de services assurés puisse être insuffisant, mais plutôt que l'accessibilité à ces services est très variable. Ainsi, nous avons l'impression que la couverture des services assurés est énorme, mais à l'intérieur du réseau public de la santé. Mais, dans les faits, les services ne sont pas également accessibles également partout dans le réseau public de la santé. En effet, on ne dispose pas des effectifs requis pour les offrir, du moins au bon endroit et au moment opportun, et cela est vrai pour l'effectif de psychologues qui y œuvrent, comme on le verra dans ce mémoire. Parmi ces services, il y a les services d'évaluation, dont celle des troubles mentaux et des troubles neuropsychologiques, et les services de psychothérapie sur laquelle se penche longuement le mémoire du Collectif pour l'accès à la psychothérapie (CAP) (mémoire sur lequel nous reviendrons).

L'Ordre des psychologues du Québec

Notre mission

L'OPQ a pour principale mission la protection du public. Pour ce faire, il s'assure de la qualité des services offerts par ses membres, favorise le développement de la profession et défend l'accessibilité aux services psychologiques.

Le champ d'exercice des psychologues

Le champ d'exercice des psychologues se lit comme suit :

« Évaluer le fonctionnement psychologique et mental ainsi que déterminer, recommander et effectuer des interventions et des traitements dans le but de favoriser la santé psychologique et de rétablir la santé mentale de l'être humain en interaction avec son environnement. »¹

Quelques principes fondamentaux

Le respect de la dignité et de la liberté des personnes doit être à la base de tous les services que nous voulons offrir, et ce, en santé mentale, comme en tout autre domaine. Il faut en ce sens accorder une place prépondérante à la personne qui nécessite nos services. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) soutient l'un des grands principes suivants :

¹ Code des professions, art. 37^e.

« [...] indépendamment de leur âge, de leur situation socioéconomique, de leur race, de leur appartenance ethnique ou de leur orientation sexuelle, et selon le principe d'équité, les personnes souffrant de troubles mentaux devraient avoir accès, sans risquer de s'appauvrir, à des services sanitaires et sociaux essentiels leur permettant de guérir et de jouir du meilleur état de santé qu'elles sont capables d'atteindre. »²

La primauté de la personne

Il est indéniable que tous s'accordent pour reconnaître l'intérêt premier de la personne. Cela se traduit entre autres dans le Plan d'action en santé mentale (PASM) 2015-2020 qui édicte comme première mesure que :

« [...] chaque établissement responsable d'offrir des soins et des services en santé mentale élaborera, puis mettra en œuvre, un plan d'action sur la primauté de la personne dans la prestation et l'organisation des services. »³

Puis, plus loin, on lit ceci :

« Comme le rétablissement se nourrit grandement d'espoir, la personne doit être soutenue dans le renforcement de ses aptitudes, dans la réalisation de ses objectifs ou des projets qu'elle aura elle-même déterminés. [...] Pour aller plus loin en matière de prestation de soins et de services orientés vers le rétablissement, le réseau de la santé et des services sociaux et ses partenaires, dont les organismes communautaires, les ressources résidentielles et les ordres professionnels, doivent promouvoir les changements de pratiques que nécessite l'adoption de cette approche. »⁴

C'est d'ailleurs dans cette optique de promotion de changements dans les pratiques que l'OPQ produit le présent mémoire.

L'implication active des personnes

Le PASM 2015-2020 va plus loin en affirmant que :

*Au fil des ans, les systèmes de santé en sont venus à considérer le patient comme un partenaire actif de la planification et de l'amélioration des services.*⁵

² Organisation mondiale de la santé (2013). Plan d'action pour la santé mentale 2013-2020, p. 10. Notre soulignement.

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/89969/1/9789242506020_fre.pdf?ua=1.

³ Ministère de la Santé et des Services sociaux. Plan d'action en santé mentale 2015-2020, Québec, Gouvernement du Québec, 2015, p. 14. Notre soulignement.

⁴ Ibid, p. 17-18. Notre soulignement.

⁵ Ministère de la Santé et des Services sociaux. Plan d'action en santé mentale 2015-2020, Québec, Gouvernement du Québec, 2015, page 20. Notre soulignement.

La nécessité de s'appuyer sur un modèle biopsychosocial

En santé mentale, comme en santé en général, on réfère à de nombreux paradigmes et ceux-ci ont des impacts sur les soins et services qui sont offerts. Voici ceux qui nous sont les plus familiers.

Il y a d'abord les paradigmes d'ordre biomédical qui ne devraient plus être très présents, mais dont on peut parfois en voir les traces. En vertu de ces paradigmes, on se centre sur une pathologie, on tente de la comprendre et on applique un traitement sans vraiment considérer la personne à traiter dans sa globalité. C'est comme si être en santé signifiait ne pas souffrir de maladie.

Il y a aussi les paradigmes d'ordre technologique qui font porter les efforts sur le développement, le raffinement et l'application d'approches ou de techniques qu'on pourrait considérer devoir utiliser de la même façon pour tous. On vise ainsi l'application rigoureuse de protocoles, la reproduction exacte d'une même démarche en toutes circonstances.

Et enfin, les paradigmes biopsychosociaux. L'OMS définit la santé comme un état de complet bien-être physique, mental et social, alors qu'être en santé signifie plus qu'être exempt de maladie ou de handicap. Cette définition implique une inévitable interaction entre les déterminants biologiques, psychologiques et sociaux avec lesquels, par conséquent, il faut nécessairement composer si on veut traiter adéquatement les personnes.

L'OPQ croit que les pratiques changeront vraiment si, au-delà des énoncés d'intention, on intervient sur le terrain en se référant à des paradigmes biopsychosociaux, si par conséquent, on cesse de faire porter l'essentiel des efforts sur l'identification d'une « maladie » à laquelle on cherche à associer une approche ou une technique particulière. Les paradigmes d'ordre biomédical et d'ordre technologique, dont on peut encore et toujours voir l'influence dans les choix des modèles organisationnels pour donner accès aux soins et services ne nous semblent en effet ni correspondre aux principes fondamentaux qui doivent nous animer ni être adaptés en santé mentale.⁶

L'accès aux soins et services en santé mentale

Les personnes qui présentent une problématique de santé mentale sont trop souvent laissées à elles-mêmes. Pour celles-ci, la porte d'entrée pour obtenir des soins et services est et demeure principalement celle du médecin de famille. Or, les médecins de famille ne disposant pas nécessairement du temps et des ressources requises pour compléter leur évaluation diagnostique, notamment pour la clientèle qui présente des problématiques lourdes et complexes sur le plan de la santé mentale (nous y reviendrons plus loin) ni pour leur offrir un traitement psychologique, souhaitent orienter leurs patients vers des psychologues, mais peine perdue. En effet, dans le réseau public de la santé, les listes d'attente sont longues, souvent trop, alors que la majorité des clients n'ont pas les ressources financières pour consulter un psychologue offrant ses services en cabinet de consultation privé. Le médecin de famille se

⁶ Ils ne sont pas davantage adaptés à la santé physique, mais nous ne nous y attardons pas spécifiquement dans ce mémoire.

tourne finalement vers le traitement disponible et accessible qui lui reste, le traitement pharmacologique. Or, nous savons que ce traitement n'est pas optimal, comme le souligne d'ailleurs l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) à propos des personnes qui présentent des troubles anxieux et dépressifs⁷, mais c'est le traitement qui finit par s'imposer, et ce, à l'encontre même de ce que pourrait prévoir le panier de services assurés.

Le panier de services assurés pour les personnes qui présentent des problématiques de santé mentale est donc considérablement réduit, du fait que ce soit les médecins qui sont les professionnels les plus sollicités pour traiter ces personnes, que l'accès à leurs services est difficile et que leurs consultations se résument essentiellement au soutien ou à la prescription médicamenteuse. Fleury et coll. soulignent d'ailleurs à ces égards que :

« [...] les omnipraticiens utilisent peu de mécanismes cliniques (p. ex., autogestion des soins, protocoles cliniques, grilles de dépistage des TM) ou de collaboration (soins partagés) formalisés pour soutenir leur pratique. Leurs consultations se limitent pour la grande majorité au suivi de la médication ou à la thérapie de soutien. »⁸

Les effets de la loi canadienne sur la santé : les soins et services « médicalement requis »

La loi canadienne sur la santé exige de donner accès aux soins et services qui sont médicalement requis. Le commissaire à la Santé et au Bien-être (CSBE), dans son guide de consultation pour le présent appel de mémoires, nous donne ces quelques informations sur ce qui est médicalement requis :

« Les services de santé assurés sont en grande partie hospitaliers et médicaux, c'est-à-dire ceux qui sont considérés comme "médicalement requis", qu'ils soient liés à la prévention, au diagnostic ou au traitement (de maladies, blessures, incapacités ou autres). Ils doivent répondre aux normes médicales et sont donnés soit sur une base individuelle, soit sur une base populationnelle (santé publique), en milieu hospitalier ou, pour plusieurs, en milieu ambulatoire. »⁹

On comprend donc que le lieu où sont offerts les services de même que l'identité professionnelle de ceux qui les offrent sont des paramètres importants quand il s'agit de déterminer les soins et services requis. Sur cette base, les services professionnels rendus par des

⁷ Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). *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*. Rapport rédigé par Alvine Fansi et Cédric Jehanno. Québec, QC : INESSS; 2015, p. 27.

⁸ Fleury, M.-J. et coll. (2012). La prise en charge des troubles de santé mentale par les omnipraticiens du Québec. *Le médecin de famille canadien*, vol. 58, p. 728. Notre soulignement.

⁹ Commissaire à la Santé et au Bien-être. *Guide de consultation pour l'appel de mémoires*, p. 1. Notre soulignement.

http://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2015/PanierServices/CSBE_Guide_consultation_Panier_services.pdf.

psychologues dans leur cabinet de consultation privée ne pourraient être considérés comme requis et il est logique, mais dommage, que sans autres modifications pour permettre d'élargir les considérations, ces services ne soient pas inclus dans le panier de services assurés.

Le CAP, dont fait partie l'OPQ, présente dans son mémoire le court algorithme qu'implique une offre de soins et services médicalement requis :

« Nous pouvons dire qu'un service médicalement nécessaire implique 1) qu'un diagnostic a été posé par un professionnel autorisé à poser un diagnostic; 2) qu'un traitement efficace (médicamenteux ou autre) existe pour le problème de santé diagnostiqué.

En utilisant les problèmes de santé mentale comme exemple, voici comment cette définition pourrait s'appliquer au traitement : un médecin pose le diagnostic de trouble mental et prescrit un traitement reconnu efficace (médication, psychothérapie); ceux qui exécutent ce traitement médicalement nécessaire sont remboursés par le régime public d'assurance, que ce traitement soit une médication ou de la psychothérapie et pour cette dernière, qu'elle soit rendue par un médecin, un psychologue ou un psychothérapeute exerçant dans le réseau public ou dans le réseau privé. »¹⁰

Or, bien que l'OPQ fasse partie du CAP et ait contribué à la rédaction de son mémoire, nous ne soutenons pas cette position où ce serait le médecin qui pose le diagnostic de trouble mental et qui prescrit un traitement reconnu efficace, pour que ce traitement soit appliqué ensuite par les psychologues ou d'autres professionnels. Il n'est pas normal que, sur le terrain, une telle hégémonie de la profession médicale persiste encore aujourd'hui, alors qu'il y a un consensus sur le fait que la collaboration interprofessionnelle ou interdisciplinaire est incontournable, et ce, pour le bien des personnes à traiter.

Tant que le système de santé ne reposera que sur les médecins, qu'on ne disposera pas des bons professionnels au bon endroit et au bon moment, on ne pourra pas assurer les services inscrits au panier. D'ailleurs, Contandriopoulos et coll. expliquent dans leur mémoire cette trajectoire qui passe par le cabinet du médecin ou qui se termine dans ce cabinet par la définition même des services assurés :

« Selon nous, la définition actuelle de ce qui est assuré par le régime public d'assurance maladie au Québec favorise les services offerts par les médecins au détriment des services offerts par d'autres professionnels. Il favorise également les services offerts dans le secteur hospitalier par rapport aux services offerts dans la communauté ou dans d'autres institutions. Ces biais dans la couverture donnent actuellement lieu à des choix sous-optimaux sur le plan de la pertinence. »¹¹

¹⁰ Mémoire du CAP. P. 13. Notre soulignement.

¹¹ Contandriopoulos, D. Brousselle, A. Breton, M. Carrier, A. Duhoux, A. Pomerleau, S. Champagne, G. Sainte-Croix, D. & A. Lardeux (2016) Du bon usage des paniers : Mémoire déposé dans le cadre de la

Un cul-de-sac

Le titre du PASM 2015-2020 est tout de même éloquent : *Faire ensemble et autrement*. L'avant-propos souligne de plus la nécessité de changer les choses :

« Ce plan d'action s'inscrit dans la continuité du précédent tout en mobilisant le réseau de la santé et des services sociaux et ses partenaires en vue de "faire ensemble et autrement", en offrant des soins de qualité, comme toujours, mais en travaillant à abattre les frontières entre les services et les obstacles à l'accès. »¹²

Toutefois, le reste du PASM 2015-2020 nous interpelle, puisqu'il peut laisser l'impression qu'on mise prioritairement sur les médecins pour donner des services en santé mentale. Ainsi, le PASM 2015-2020, se consacrant à trouver des façons de les soutenir, peut indirectement donner à croire qu'il faille tout faire passer par les médecins¹³, comme c'est malheureusement beaucoup trop souvent le cas. Comme souligné précédemment, les médecins sont débordés par la clientèle en santé mentale et la meilleure façon de les soutenir est de les entourer des professionnels dont leur clientèle a besoin¹⁴. Ce soutien passe certainement par la présence accrue des psychologues avec lesquels des liens sont à tisser comme le donnait à comprendre le PASM 2005-2010 :

« [...] la seule participation des omnipraticiens au traitement de ces troubles ne permet pas d'atteindre un résultat optimal, alors que l'efficacité du travail conjoint des psychologues et des omnipraticiens a maintes fois été démontrée. »¹⁵

Par ailleurs, le ministre de la Santé et des Services sociaux dans l'introduction que contient le PASM 2015-2020 affirme vouloir « [...] simplifier le parcours des personnes et améliorer l'accessibilité aux soins et aux services. »¹⁶

Pour en revenir au parcours des personnes en demande de services, Fleury et coll. rapportent à partir des données colligées par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) qu'en 2006 :

- 3 Québécois sur 4 ont consulté un omnipraticien;
- de ce total, 20 % ont consulté pour des raisons de santé mentale, soit 15 % de la population globale âgée de plus de 18 ans;

consultation lancée par le Commissaire à la santé et au bien-être relativement à la couverture publique des services en santé et en services sociaux. Chaires de recherche PoCoSa & CRC-EASY, Montréal. P. 8-9.

¹² Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Plan d'action en santé mentale 2015-2020*, Québec, Gouvernement du Québec, 2015, Avant-propos.

¹³ À titre d'illustration, il se trouve dans le PASM 2015-2020 les mots médecin ou médecine près de 40 fois, alors que le mot infirmière apparaît 3 fois et le mot psychologue 1 fois, mais dans les deux derniers cas dans des annexes seulement. On ne trouve aucune référence aux autres professionnels de la santé mentale.

¹⁴ Se référer, à titre d'exemple, aux GMF d'où les psychologues sont exclus.

¹⁵ Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Plan d'action en santé mentale 2005-2010. La force des liens*, Québec, Gouvernement du Québec, 2005, p. 43.

¹⁶ Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Plan d'action en santé mentale 2015-2020*, Québec, Gouvernement du Québec, 2015, page 1.

- ces personnes qui consultent pour des raisons de santé mentale, comparativement à celles qui consultent pour d'autres raisons, consomment 37 % de l'ensemble des actes médicaux;
- environ 25 % des visites chez les omnipraticiens sont associées à des troubles mentaux.¹⁷

En effet, la trajectoire qui conduit les personnes aux prises avec une problématique de santé mentale dans les cabinets des médecins de famille est bien connue, elle se maintient et elle contribue largement à l'engorgement de la pratique médicale, et ce, malgré les changements législatifs importants apportés par le PL no 21 confirmant notamment l'apport possible et attendu des psychologues.

De plus, on demande l'implication du médecin lui-même pour répondre à des exigences de nature administrative, pour confirmer la présence d'un trouble mental afin de donner accès à des services ou autres remboursements, ce que le psychologue est légalement et cliniquement habilité à faire (ex. : remplir les formulaires des compagnies d'assurances confirmant la présence d'une problématique de santé mentale des clients en congé médical que suivent conjointement les psychologues et les médecins). Ajoutons le fait que l'accès à des médecins spécialistes passe par les médecins généralistes, qu'un psychologue, par exemple, ne peut lui-même donner accès à un psychiatre pour une personne qu'il traiterait en psychothérapie. Tout cela fait en sorte que les gens continuent d'affluer dans les cabinets des médecins de famille, alors qu'on pourrait compter sur les psychologues, des professionnels dont la compétence est reconnue, entre autres pour évaluer et traiter la clientèle en santé mentale.

Un portrait de situation

Un double défi sur le plan organisationnel

Le PASM 2015-2020 souligne que :

Des contraintes organisationnelles (par exemple le caractère inadéquat des lieux physiques, le manque de collaboration interprofessionnelle ou la culture en place) favorisent la persistance de pratiques qui vont à l'encontre du respect de certains droits et des normes établies.¹⁸

Un premier défi organisationnel tient donc à cette possibilité que des pratiques qui persistent à l'intérieur du réseau public de la santé aillent à l'encontre de droits ou de normes. C'est le cas, comme on le verra plus loin, en ce qui concerne entre autres l'exercice de la psychothérapie et celle de l'évaluation avec leurs répercussions sur l'autonomie professionnelle. Le défi c'est en somme celui de la résistance aux changements.

¹⁷ Fleury, M.-J. et coll. (2012). La prise en charge des troubles de santé mentale par les omnipraticiens du Québec. *Le médecin de famille canadien*, vol. 58, p. 725-731.

¹⁸ Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Plan d'action en santé mentale 2015-2020*, Québec, Gouvernement du Québec, 2015, page 14.

Cela peut en effet constituer un important casse-tête pour les gestionnaires du réseau public quand il s'agit de disposer de l'effectif pour répondre aux besoins de la population. Il semble même que parfois, relativement aux soins et services à donner, on fasse reposer les décisions en premier sur l'effectif en place plutôt que sur les réels besoins de la population. Cela a d'ailleurs un impact réel sur les programmes de services et, sous toute réserve, il nous a été rapporté que dans certains milieux, on écarterait de la première ligne des services de psychothérapie pour offrir plutôt des interventions psychologiques qui s'y apparentent (éducation psychologique, soutien, accompagnement, etc.), considérant que les intervenants en place n'ont pas à être psychologues, ni habilités à exercer la psychothérapie pour répondre aux besoins. Si cela est vrai, on peut douter qu'on réponde ainsi adéquatement aux besoins des personnes en souffrance ou en détresse.

Un second défi organisationnel se pose quand on envisage cette fois l'ensemble du panier de services, que ceux-ci soient offerts à l'intérieur ou à l'extérieur du réseau public de la santé. Il faut élargir l'accessibilité et voir à orchestrer des services et coordonner des professionnels, des milieux, des établissements, voire des réseaux qui n'ont pas l'habitude de travailler ensemble, et ce, pour le bien des personnes en demande de services.

Les besoins de la population

Une enquête québécoise sur l'expérience de soins vécue en 2010-2011 révèle ce qui suit à propos des raisons qui peuvent amener une personne à consulter un professionnel des services sociaux :

« Parmi les personnes ayant consulté un professionnel des services sociaux en 2010-2011, environ 81 % l'ont fait, entre autres raisons, pour des difficultés de nature psychologique [...]. La présence de difficultés liées au milieu de vie à un emploi ou aux études a été mentionnée par près de 43 % des personnes. Le tiers (33 %) d'entre elles ont rapporté des difficultés posées par la vie quotidienne à domicile ou par le maintien de l'autonomie d'un proche comme raison de consultation. Également, environ une personne sur cinq a mentionné la présence de difficultés concernant leur vie conjugale ou de difficultés à propos de leur enfant ou de leur adolescent comme raison de consultation (22 % et 18 %, respectivement). »¹⁹

Bref, les personnes qui présentaient des problèmes de nature psychologique sont les plus nombreuses, deux fois plus que celles qui présentaient des problèmes liés au milieu de vie, à un emploi ou aux études (deuxième rang des raisons de consultation). Même si la nature des raisons de consultation peut ne pas correspondre parfaitement au champ d'exercice d'un professionnel en particulier, il est légitime de croire que les psychologues sont des professionnels tout désignés pour répondre aux problèmes de nature psychologique et que les personnes les présentant s'attendent à les rencontrer. Or, dans le réseau public de santé, les

¹⁹ En p. 27 de : *Enquête québécoise sur l'expérience de soins 2010-2011. La consultation pour des services sociaux : regard sur l'expérience vécue par les Québécois*. Volume 3, Version révisée. Notre soulignement. http://www.bdso.gouv.qc.ca/docs-ken/multimedia/PB01671FR_EnqSante_exp_soin_Vol4_HOOF00.pdf.

psychologues ne représentent que 22 % de l'effectif professionnel constitué de psychoéducateurs, psychologues et travailleurs sociaux, comme on le verra plus loin²⁰. Bien qu'il ne soit ni tout à fait juste ni rigoureux de conclure qu'il y a moins de 20 % de l'effectif pour répondre à plus de 80 % des personnes en besoin, il y a tout de même lieu de croire qu'il y a un déséquilibre et que des personnes peuvent ne pas avoir accès aux services dont elles ont besoin. Ajoutons, en appui de cela, que 90 % des Québécois jugent qu'il est important ou très important de faire en sorte que les services de psychologie soient couverts par les régimes de santé publics²¹.

Au Québec, les psychologues sont les professionnels les plus souvent consultés pour un problème de santé mentale après le médecin de famille. Par ailleurs, un sondage mené par l'OPQ en 2012 auprès de 600 répondants québécois 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.

Les implications pour le panier des services assurés sont importantes. Il nous paraît impératif de définir opérationnellement ce que sont les services psychologiques, quels problèmes on veut traiter, d'y accrocher les intervenants ou professionnels pouvant y être impliqués selon des critères préétablis, dont au premier chef la prise en compte de la demande, des attentes, des préférences et des ressources des personnes (nous y reviendrons plus loin), le but ultime étant d'y affecter les bons intervenants ou professionnels, au bon endroit et au moment opportun.

Il y a, par ailleurs plusieurs façons de s'assurer que les services soient accessibles et que les pratiques collaboratives interprofessionnelles mises en place soutiennent les personnes dans leur trajectoire de soins et services. À ces égards, Craven et Blend dégagent une règle de proximité professionnelle intéressante, soit :

*Co-location is important for both providers and patients. Providers who have not met face to face and/or do not have preexisting clinical relationships are less likely to engage in a collaborative care relationship. From the patient's point of view, offering patients specialty mental health care within the primary care setting appears to produce greater engagement of patients in mental health care, a *sine qua non* for better patient outcomes. Collaboration between mental health specialists and primary care providers is likely to be most developed when clinicians are co-located and most effective when the location is familiar and non-stigmatizing for patients.*²²

²⁰ Ce pourcentage est moindre si on considérait l'ensemble des professionnels dits psychosociaux à l'embauche du réseau public de la santé.

²¹ Commissaire à la Santé et au Bien-être (CSBE). *Rapport d'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux 2012 – Pour plus d'équité et de résultats en santé mentale au Québec*. Montréal, QC : CSBE; 2012. Ce rapport rapporte ces résultats issus d'une enquête indépendante menée au Canada, p. 104.

²² Craven, M., Blend R. (2006). Better Practices in Collaborative Mental Health Care: An Analysis of the Evidence Base. *Canadian Journal of Psychiatry*, vol. 51, p. ii. Notre soulignement.

Faire ensemble et autrement

Le PL no 21 résulte de travaux basés, entre autres, sur le principe de l'accessibilité compétente. Par conséquent, il favorise l'organisation du travail en utilisant les connaissances et les compétences de chacun pour dispenser le service approprié par une personne compétente, au moment opportun, à l'endroit souhaité et pour la durée requise.²³

On l'a vu, les personnes qui présentent une problématique de santé mentale sont nombreuses à compter sur les médecins alors que bon nombre d'entre elles souhaitent notamment consulter un psychologue, pourtant...

Miser sur les psychologues

Le Québec peut compter sur 8725 psychologues actifs, dont la grande majorité, soit près de 68 %, exerce leur profession dans tous les milieux du secteur de la santé, tant dans le réseau public que dans le réseau privé, alors que près de 15 % exercent dans les milieux de l'éducation. Ajoutons également que, outre le fait que le titre de psychologue soit protégé, il y a des activités professionnelles qui lui sont réservées, en exclusivité ou en partage avec certains professionnels. Le tableau 1 répertorie celles qui nous semblent le plus en lien avec l'objet de ce mémoire et dénombre les psychologues qui les exercent.

Tableau 1 : Nombre de psychologues exerçant des activités réservées	
Activité réservée	Nombre
Évaluer les troubles neuropsychologiques	731
Évaluer les troubles mentaux (incluant les troubles sexuels)	4580
Évaluer le retard mental	2350
Évaluer une personne en matière de garde d'enfants	234
Évaluer une personne qui veut adopter un enfant	187
Évaluer un élève handicapé ou en difficulté d'adaptation...	1721
Évaluer un enfant... qui présente des indices de retard de développement...	1012
Exercer la psychothérapie	6100

Les services psychologiques en général

Le dénombrement des différents professionnels dans le réseau public de la santé

La direction générale du personnel réseau et ministériel du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a produit en octobre 2014 un document faisant état d'un portrait de la main-d'œuvre des secteurs du psychosocial et de la santé mentale²⁴. On peut voir en p.7 qui occupait un emploi dans le réseau public de la santé et dans quelle proportion :

- près du quart du total des psychologues, membres de l'OPQ, soit 2200;

²³ Extrait du Guide explicatif sur la loi 21, p. 27. Notre soulignement.

²⁴ La direction générale du personnel réseau et ministériel du ministère de la Santé et des Services sociaux (2014). *Portrait de la main-d'œuvre. Secteurs du psychosocial et de la santé mentale.*

- près du tiers du total des psychoéducateurs, membres de leur ordre professionnel, soit 1330;
- plus de la moitié du total des travailleurs sociaux, membres de leur ordre professionnel, soit 6400.

En chiffres absolus, cela signifie qu'il y a trois (3) fois plus de travailleurs sociaux que de psychologues qui œuvrent dans le réseau public de la santé. Si par ailleurs on se penche sur l'évolution de la présence dans ce réseau des professionnels de ces trois ordres, on constate que l'écart ne pourra que se creuser entre les psychologues et les travailleurs sociaux, alors que celui entre les psychologues et les psychoéducateurs s'amenuisera. En effet, les taux annuels d'augmentation sont :

- pour les psychologues, 0,8 %;
- pour les psychoéducateurs, 8,4 %;
- pour les travailleurs sociaux, 7,8 %.²⁵

Ces chiffres ne garantissent certainement pas que les psychologues soient présents au bon endroit, au bon moment et pour les bonnes personnes.

Les psychologues et les services sociaux généraux

Le MSSS a publié en 2013 un document qui fait état des services sociaux généraux²⁶. On y trouve cinq (5) fiches distinctes décrivant les cinq *services sociaux du programme services, services généraux*. Ces services distincts sont :

1. Accueil, analyse, orientation et référence
2. Consultation téléphonique psychosociale 24/7 (Info-Social)
3. Intervention de crise dans le milieu 24/7
4. Consultation sociale
5. Consultation psychologique
6. Volet psychosocial en contexte de sécurité civile

Bien qu'on ne précise pas exactement qui sont les professionnels qui œuvrent dans chacun de ces services, il demeure que les services de consultation psychologique y sont distingués et il est légitime de croire que ces services ne sauraient être offerts sans la présence des psychologues. Voici un extrait de ce qu'on peut y lire :

« Le service de consultation psychologique est offert sur rendez-vous, de jour et de soir en semaine et un certain nombre d'heures les fins de semaine. Il est offert au CSSS, au domicile de la personne ou dans un autre milieu approprié. Il fait généralement suite à une référence effectuée par le service d'AAOR ou le service de consultation téléphonique psychosociale 24/7 (Info-Social), ou un autre service

²⁵ Ibid, p. 7.

²⁶ Direction générale des services sociaux du ministère de la Santé et des Services sociaux (2013). *Les services sociaux généraux. Offre de service*.
www.msss.gouv.qc.ca section Documentation, rubrique Publications.

du CSSS. Il peut aussi faire suite à une référence d'un autre établissement ou d'un partenaire qui a une entente à cet effet avec le CSSS.

Le service de consultation psychologique est offert aux personnes présentant un problème ponctuel ou situationnel du fonctionnement psychologique et qui requiert des services sociaux généraux en contexte individuel, de couple, familial ou de groupe.

Le service de consultation psychologique comprend des activités de psychothérapie et d'interventions cliniques. »²⁷

Ajoutons que le champ d'exercice du psychologue fait expressément référence au fonctionnement psychologique. Le service de consultation sociale, en comparaison, s'adresse, selon le document en référence, aux personnes qui présentent des problèmes ponctuels et situationnels de fonctionnement social ou de la dynamique des systèmes relationnels conjugaux et familiaux²⁸, ce qui correspond à ce qui se trouve dans le champ d'exercice des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux. On sait que les champs d'exercice ne sont pas exclusifs, mais il demeure qu'ils sont évocateurs et qu'il faut certainement s'y référer pour identifier le bon professionnel à mobiliser dans l'offre de services. À cet égard, l'OPQ doute que l'effectif de psychologues soit suffisant en amont, à savoir, entre autres, au niveau des services sociaux généraux, pour répondre aux demandes de consultation psychologique. Les personnes qui risquent d'être ainsi touchées seront par conséquent plus susceptibles de se tourner vers le réseau privé pour accéder aux services de psychologues, sous réserve qu'elles en aient les moyens financiers.

Les psychologues et les GMF

L'an dernier le MSSS a mis fin à ses travaux d'élaboration du guide d'intégration des psychologues en GMF en raison, pourrait-on comprendre, du nombre relativement peu élevé des psychologues dans le réseau public de santé. Il nous apparaît en effet probable qu'on n'ait pas voulu en réaffecter un certain nombre en GMF et ainsi priver d'autres services ou programmes de leur expertise. Mais dans la perspective où la clientèle en santé mentale s'adresse prioritairement aux médecins, où le ministre de la Santé et des Services sociaux fait pression pour le développement des GMF (comme moyen de donner à la population un meilleur accès aux médecins), ne serait-il pas pertinent de recruter des psychologues pour y travailler étant donné leur expertise et compétences propres? Ne serait-ce pas aussi une façon d'apporter aux médecins ce soutien dont ils ont tant besoin pour cette clientèle en santé mentale? Nous croyons que l'accessibilité aux services assurés en temps opportun peut passer aussi par la présence des psychologues en GMF, en vertu de la règle de proximité professionnelle

²⁷ Ibid, p. 40. Notre soulignement. On sait par ailleurs que :

- l'accès au service de consultation psychologique passe par une référence du service d'AAOR ou du service de consultation téléphonique psychosociale 24/7 (Info-Social);
- ces deux services sont assumés dans la vaste majorité des cas par des travailleurs sociaux ou des psychoéducateurs.

²⁸ Ibid, p. 36.

précédemment rapportée. Mais à défaut, il faudrait voir à assurer et à faciliter l'accès aux services des psychologues, que ceux-ci soient dans le réseau public de santé ou hors de celui-ci, et ce, sans que la clientèle ait à en assumer les frais et inconvénients.

Les psychologues en Centres jeunesse

En 2015, la Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse (CDPDJ) publiait un rapport révélant ce qui suit :

« Les données révélant la prévalence des troubles de santé mentale chez les jeunes pris en charge par les CJ [Centres jeunesse] sont sans équivoque : 60 % des filles et 50 % des garçons ont un trouble de santé mentale. De plus, selon le MSSS, les parents d'enfants pris en charge ont également une prévalence importante de difficultés de santé mentale.

Plusieurs répondants ont rapporté que la disponibilité des spécialistes capables de répondre aux demandes est très réduite; conséquemment, les listes d'attente pour l'accès à ces services sont considérables. La Commission est d'avis que l'accès aux services spécialisés devrait être immédiat, puisque la situation actuelle prive les enfants des services dont ils ont besoin et qu'ils sont en droit d'obtenir. »²⁹

Fort de ces constats, le CDPDJ a, entre autres recommandations, proposé que le MSSS complète et améliore l'offre de services destinée aux familles ayant besoin de services spécialisés en santé mentale, afin que tous les enfants aient accès en temps utile à des services adéquats, comme le prévoit l'article 8 de la LPJ. Or, il n'y a présentement que 134 psychologues qui sont répartis dans 16 CJ sur tout le territoire du Québec, pour une moyenne d'à peine 8 par centre, ce qui est clairement insuffisant pour répondre aux besoins sur le plan de la santé mentale. Les CJ doivent alors compter sur des partenaires extérieurs et le parcours que les jeunes et leurs familles doivent emprunter pour accéder à leurs services est complexe pour ne pas dire parsemé d'embûches.

Voilà donc une situation qui illustre que, malgré l'existence dans le panier global de services assurés spécialisés en santé mentale, à toutes fins utiles, ils ne sont pas vraiment disponibles dans les CJ, à tout le moins au moment opportun. Cette situation demande amélioration. Dans la mesure où l'effectif des psychologues ne change pas en CJ et où ailleurs dans le réseau public de la santé les psychologues sont également insuffisants pour garantir un accès équitable au panier de services, il faut miser davantage sur les psychologues qui œuvrent en cabinet privé, couvrir leurs services et organiser un accès qui pallie les désavantages de services qui répondent mal à la règle de proximité professionnelle rapportée précédemment.

²⁹ Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse (2015). *Rapport sur la mise en œuvre de la Loi sur la protection de la jeunesse*, p. 28
http://www.cdpedj.qc.ca/Publications/Loi_protection_jeunesse_2015_Article_156.pdf.

L'accès général aux services des psychologues

Les services ne sauraient donc être assurés sans la présence et la contribution des professionnels qui sont habilités à les offrir. Comme on l'a vu, il est relativement facile de démontrer qu'au sein du réseau public de la santé, comme d'ailleurs au sein de celui de l'éducation, la présence des psychologues et leur masse critique ne suffisent pas pour donner accès au panier de services assurés. Dès lors, s'il n'est pas possible de mieux nantir le vaste réseau public, il faut miser sur les services des psychologues qui œuvrent en cabinet privé et permettent à tous d'y accéder, quels que soient leurs revenus et ressources.

À propos de l'attrait et de la rétention des psychologues dans le vaste réseau public

Nous n'avons relevé précédemment que trois milieux où il importe que les psychologues se trouvent, mais nous croyons qu'il n'y a pas que là où les psychologues sont en nombre insuffisant. Il faut aussi penser au réseau de l'éducation où les besoins de services en psychologie sont criants, sur le plan de l'évaluation comme de l'intervention. Une analyse plus serrée de l'effectif professionnel pourrait établir un portrait actuel et relever les milieux où il faudrait rehausser l'effectif de psychologues pour répondre aux besoins des personnes qui présentent des problèmes d'ordre psychologique.

Par ailleurs, on constate que de plus en plus de psychologues s'orientent vers une pratique en cabinet privé plutôt que de s'engager dans le réseau public de la santé et de l'éducation. Ce vaste réseau ne réussit plus, comme avant, à attirer et à retenir les psychologues, ce qui a comme conséquence d'aggraver le problème d'accès aux services des psychologues pour une partie de la population qui n'a pas les moyens financiers de défrayer leurs honoraires. Il y a lieu de réfléchir sur les conditions d'emploi des psychologues et d'accentuer les efforts d'attraction et de rétention ou, à défaut, de réfléchir sur des moyens de donner accès à leurs services hors du réseau public de la santé et de l'éducation. Les conditions d'emploi comprennent évidemment les conditions salariales et, à cet égard, les récentes tergiversations au sujet de l'offre, du maintien ou du retrait de la prime de rétention dans le réseau public ont des effets négatifs sur les motivations des psychologues à y œuvrer. Mais, il n'y a pas que des considérations d'ordre financier, il y a aussi le faible soutien à l'identité professionnelle des psychologues alors qu'en raison de leur nombre relativement restreint, ils se trouvent trop souvent isolés, disséminés dans des équipes interdisciplinaires sans présence de vis-à-vis sur lesquels s'appuyer et auprès desquels se ressourcer sur le plan professionnel. Enfin, il y a la place faite à l'autonomie et à l'exercice du jugement professionnel, comme on le verra plus loin, et l'accès maintenant très restreint à des activités de formation continue qui font partie des enjeux cruciaux à prendre en compte.

Les services de nature évaluative

La pertinence, l'efficacité, voire l'efficience des services reposent en tout premier lieu sur une bonne évaluation. Les services qui sont de l'ordre de l'évaluation doivent donc aussi se trouver dans le panier de services assurés. Ils sont en effet tout aussi « *médicalement requis* », pour reprendre cette expression, puisqu'ils sont déterminants quant aux interventions à offrir. L'évaluation sert notamment à :

- relever la présence ou l'intensité de difficultés, manifestations ou autres symptômes;

- confirmer la présence d'un trouble mental;
- élaborer un plan de soins et services;
- déterminer le meilleur traitement à offrir pour un client donné, dans un contexte donné;
- mesurer l'impact du traitement offert à un client donné et surveiller son évolution;
- faire la sélection des personnes à intégrer dans un programme-clientèle ou dans un programme spécialisé.

L'évaluation offerte dans le réseau public de la santé

Il serait faux de croire que l'évaluation mobilise trop les ressources professionnelles et serait, de ce fait, inefficace. S'il est vrai qu'il faut offrir les soins et services le plus rapidement possible, on ne peut le faire en économisant le temps et l'énergie qu'il faut consacrer à l'évaluation. Il peut en effet être fort préjudiciable d'engager une personne dans un traitement qui ne lui convient pas. Un tel engagement sans évaluation risque de nuire à la personne (détérioration ou cristallisation de sa condition entraînant un traitement subséquent plus long et moins efficace) et de lui faire perdre confiance dans les services qu'on lui offre. En plus, cet engagement mobilise des ressources qui ne sont pas alors disponibles pour une autre personne qui, du fait d'être en attente de services, pourrait aussi voir sa condition se détériorer.

On peut comprendre par ailleurs qu'on veuille accélérer le processus et, pour ce faire, recourir au dépistage. Or, le dépistage ne permet que de soulever des probabilités d'atteinte à la santé, des hypothèses, en somme, qui sont à valider autrement que par un essai de traitement potentiellement inadéquat.

L'évaluation offerte hors du réseau public de la santé

Il existe également en matière d'évaluation une iniquité dont sont encore victimes les personnes à faible revenu. Sous réserve de certaines résistances relevées précédemment, le panier de services assurés couvre largement les services de nature évaluative à la condition qu'ils soient offerts dans le réseau public de la santé ou encore par les médecins, tous lieux confondus. Ainsi, la population doit défrayer les coûts pour une évaluation des troubles du spectre de l'autisme (TSA), des troubles déficitaires de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH), des troubles des apprentissages (dyslexie), des troubles neuropsychologiques, pour ne nommer que ceux-là, quand celles-ci sont réalisées par des psychologues hors du réseau public de la santé et aussi de l'éducation, puisque ces problématiques touchent les enfants et les affectent dans leur capacité d'intégrer le milieu scolaire et de se développer. Mais ces évaluations sont remboursées par le régime d'assurance maladie du Québec (RAMQ) si c'est un médecin qui a procédé. Peut-on se surprendre de l'engorgement des cabinets de médecins? De nombreux enfants ne reçoivent pas les services requis et sont en attente de l'évaluation qui leur en donnera accès. Dans l'attente, leur condition se détériore et plusieurs verront leur cheminement scolaire compromis et

pourraient présenter des risques de décrochage et, plus tard, de vivre en marge de la société et de ne bénéficier pour revenus que de faibles prestations d'aide sociale.³⁰

Il y a certainement lieu de travailler à lever de telles iniquités et de voir au paiement des coûts associés à l'engagement des professionnels habilités qui œuvrent en cabinet privé.

L'obtention d'un « diagnostic » préalable

« La pratique fondée sur les données probantes intègre les meilleurs résultats de recherche et l'expertise clinique aux valeurs des patients. La PFDP vise à promouvoir une pratique efficace de la psychologie et à améliorer la santé publique par la mise en application des fondements empiriques de l'évaluation psychologique, de l'étude de cas, de la relation thérapeutique et de l'intervention. »³¹

Si on se réfère à la psychothérapie, la loi exige de procéder à l'évaluation initiale rigoureuse avant de l'offrir. Cette évaluation peut, mais non obligatoirement, comprendre une évaluation des troubles mentaux, dans la perspective, par exemple, de recourir à des approches ou techniques démontrées efficaces pour traiter des « conditions » particulières. L'INESSS a produit son rapport en portant son regard sur les recherches établissant l'efficacité d'une approche psychothérapeutique donnée auprès d'une personne présentant des troubles mentaux particuliers³². Ajoutons qu'une telle évaluation peut également être requise dans la mesure où les critères pour accéder à des programmes-clientèles ou des programmes spécialisés seraient liés à la présence d'un trouble mental en particulier³³.

L'utilisation des manuels diagnostiques de type DSM pour l'obtention du « diagnostic »

Le passage récent du DSM-IV au DSM-5 a soulevé certaines controverses et on en arrive à remettre en question la pertinence de procéder aux évaluations de type diagnostique, comme le rapporte Goldfried :

« After three decades of funding randomized controlled trials (RCTs) for Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) disorders, the National Institute of Mental Health (NIMH) has acknowledged the limitations of this model.

³⁰ Un bon article sur le sujet : Fortin, L. et coll. (2004). La prédiction du risque de décrochage scolaire au secondaire : facteurs personnels, familiaux et scolaires. *Revue des sciences du comportement*, vol. 36, no 3, p. 219-231.

³¹ Extrait de : Ordre des psychologues du Québec (2008). *Énoncé de politique sur la pratique fondée sur les données probantes en psychologie*.

<http://www.ordrepsy.qc.ca/fr/documentation-et-medias/politiques-cadres.sn>. Notre soulignement.

³² Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). *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*. Rapport rédigé par Alvine Fansi et Cédric Jehanno. Québec, QC : INESSS; 2015. 35 p.

³³ Parmi ces programmes, il y a ceux qui s'adressent aux personnes qui présentent des troubles relationnels et de la personnalité, des troubles alimentaires, des troubles anxieux, des troubles de l'humeur, des troubles psychotiques, de gérontopsychiatrie et autres.

Although RCTs have provided invaluable data supporting the efficacy of numerous psychosocial interventions for psychological disorders, they were limited in shedding light on the cause of these disorders. Given the descriptive and not etiological nature of the DSM, the heterogeneity existing within diagnostic categories, concerns about diagnostic inflation, and the system's essentially weak empirical foundation [...], the NIMH has shifted its funding priorities in a very different direction. According to the director of the NIMH, the primary focus will shift from RCTs to translational research [...]. The goals of this research strategy are to uncover those factors that contribute to the etiology of psychological disorders, and hopefully to be able to develop an alternative to the current classificatory system— one that would be based on underlying cause rather than topographical similarity. The ultimate goal is to develop more effective treatments for the range of psychological disorders one is likely to encounter in clinical practice. »³⁴

Prudence donc dans l'utilisation des critères que contiennent les manuels de référence de type DSM.

Le recours aux outils psychométriques

Les psychologues ont la formation requise pour utiliser des outils psychométriques. Ces outils permettent, entre autres, de :

- mesurer ce qui ne peut être évalué directement en entrevue ou à l'aide de simples questionnaires (à l'instar, par exemple, de rayons X);
- mesurer rapidement ce que d'autres méthodes ne permettraient d'évaluer qu'au prix d'un plus grand investissement de temps et d'énergie.

Or, il semble que dans certains milieux du réseau public de la santé, il y ait des obstacles à l'utilisation de ces outils, entre autres, des contraintes budgétaires. Nous croyons à cet égard mal avisé de ne pas prévoir au budget les coûts associés à l'utilisation d'outils dont ont besoin les professionnels pour s'acquitter de leur mandat. En santé physique, pour comparaison, il ne viendrait à l'idée de personne de priver un médecin de son stéthoscope. Pourquoi, en santé mentale, faudrait-il que ce soit différent, qu'on remette en question l'utilité, la pertinence, l'efficacité et l'efficacité d'un outil choisi expressément par un professionnel en réponse au mandat qui lui est confié?

L'accès à la psychothérapie

Rappelons que l'OPQ fait partie du CAP. Il a donc été consulté pour l'élaboration du mémoire que ce collectif a présenté au CSBE et il en endosse l'argumentaire et les conclusions, soit

³⁴ Goldfried, M. R. (2016). On Possible Consequences of National Institute of Mental Health Funding for Psychotherapy Research and Training. *Professional Psychology : Research and Practice*, vol. 47, No. 1, 77-83. Bien que cet article se rapporte à l'exercice de la psychothérapie, il s'applique à tous les soins et services en santé mentale dont l'offre repose sur la présence d'une condition particulière. Notre soulignement.

d'inclure la psychothérapie dans le panier de services assurés. **Toutefois, l'OPQ n'est pas d'accord avec cette proposition d'un algorithme qui implique que ce soit un médecin qui pose le diagnostic de trouble mental et qui prescrit un traitement reconnu efficace.** Ceci fait d'ailleurs l'objet d'une recommandation ferme qui se trouve à la fin de ce mémoire.

Les professionnels habilités

Au Québec il y a actuellement tout près de 8600 professionnels habilités et qui exercent la psychothérapie, soit :

- 6100 psychologues (ce qui représente près de 85 % des psychologues membres de l'OPQ);
- 1470 autres professionnels (conseillers en orientation, criminologues, ergothérapeutes, infirmières, psychoéducateurs, sexologues, thérapeutes conjugaux et familiaux, travailleurs sociaux et autres psychothérapeutes compétents non admissibles à un ordre professionnel [PCNA])
- 1020 médecins.

L'examen global de l'effectif permet de croire qu'au Québec, nous avons les atouts pour rendre accessibles les services de psychothérapie. Pour ce qui est des psychologues, la place qu'ils occupent dans l'offre de services de psychothérapie est prépondérante, mais, comme on l'a démontré précédemment, on peut considérer qu'ils sont nettement insuffisants en nombre dans le réseau public de la santé et que, si rien n'est fait, ils risquent d'être de moins en moins présents. Par conséquent, les services de psychothérapie sont de plus en plus portés par le réseau privé de la santé, donc de moins en moins accessibles à tous ceux qui ne disposent pas des moyens financiers requis. Bref, en vertu de la réalité actuelle, la psychothérapie fait partie ou non du panier de services assurés selon le lieu où elle est offerte ou l'identité du professionnel qui l'offre (médecin rémunéré par la RAMQ vs un autre professionnel). Ceci d'ailleurs est vrai pour d'autres services professionnels que la psychothérapie.

La personne au centre

Il est clair que le CSBE et l'INESSS soutiennent également l'intégration de la psychothérapie dans le panier de services assurés, mais la question demeure sur la façon de s'y prendre.

D'abord, le CSBE recommande, entre autres, de diversifier le panier de services assurés dans le secteur de la santé mentale en garantissant un accès équitable à des services de psychothérapie. Dans la foulée de cette recommandation, le CSBE demande que soit entreprise l'évaluation des :

« [...] différents modèles organisationnels qui permettraient de donner accès à la psychothérapie pour toute personne ayant un trouble mental requérant une psychothérapie. »³⁵

³⁵ Commissaire à la Santé et au Bien-être (CSBE). Rapport d'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux 2012 – Pour plus d'équité et de résultats en santé mentale au Québec. Montréal, QC : CSBE; 2012. P. 113. Notre soulignement.

Traiter la personne

Nous souhaitons d'abord ouvrir une parenthèse sur la formulation de cette recommandation du CSBE citée précédemment. En effet, prendre le pied de la lettre de « ayant un trouble mental requérant une psychothérapie » pourrait avoir des conséquences, notamment celle de cibler les travaux à faire non pas sur les personnes en souffrance ou en détresse, mais uniquement sur les personnes qui présentent l'un des troubles mentaux requérant une psychothérapie et sur leur identification qui, comme on l'a vu précédemment, pourrait même se compliquer si on ne s'appuie que sur les critères descriptifs des manuels de type DSM.

L'INESSS, pour sa part, a fait l'examen des données probantes relativement au traitement des adultes atteints de troubles anxieux et dépressifs.³⁶ Ici aussi, on cible des troubles mentaux, mais rien ne permet de croire à ce jour que l'INESSS avait pour intention de recommander de limiter éventuellement l'accès à la psychothérapie aux seules personnes qui présentent des troubles anxieux et dépressifs et il ne faudrait pas non plus que ce soit l'interprétation qu'on en retienne. En effet, il faut aussi donner accès aux personnes qui présentent différentes conditions, dont des troubles de la personnalité, des troubles du spectre de la schizophrénie, des troubles obsessionnels, des troubles des conduites alimentaires, des troubles de dépendance aux substances, des troubles concomitants. Les personnes qui en sont affectées, pour ne nommer que celles-ci, mobilisent considérablement les ressources du réseau public de la santé et rien ne saurait justifier qu'ils soient privés du traitement efficace qu'est la psychothérapie.

Traiter la personne en souffrance et en détresse

De plus, il y a lieu de rappeler l'importance de promouvoir la primauté de la personne. Afin d'éviter que des personnes en souffrance ou en détresse n'aient pas accès à la psychothérapie, nous proposons que le panier des services assurés prévoie non seulement le traitement des troubles mentaux ou autres « maladies », mais aussi et surtout celui des personnes qui en sont affectées et plus largement celles *aux prises avec un trouble mental, des perturbations comportementales ou tout autre problème entraînant une souffrance ou une détresse psychologique*³⁷. C'est d'ailleurs ce que soutient cet extrait du mémoire du CAP :

« Il faut maintenant assurer que les critères soutenant la prise de décision sur la couverture publique des services donnent comme résultat un accès équitable aux traitements pour les personnes aux prises avec des troubles mentaux courants et

³⁶ Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). *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*. Rapport rédigé par Alvine Fansi et Cédric Jehanno. Québec, QC : INESSS; 2015. 35 p.

³⁷ Nous considérons qu'il faut s'appuyer sur la définition de la psychothérapie pour donner accès non pas aux seules personnes qui présentent des troubles anxio-dépressifs, parce qu'ils seraient les plus courants, ni aux seules personnes qui présentent des troubles modérés ou sévères, mais bien à toutes celles qui sont en souffrance ou en détresse.

d'autres problèmes de santé mentale pour lesquels la psychothérapie a été démontrée efficace. »³⁸

L'appui sur des modèles venus d'ailleurs

Il ne s'agit pas au Québec de tout inventer ou réinventer. Il se fait ailleurs des choses dont il faut absolument s'inspirer. Toutefois, s'inspirer ne signifie pas calquer des modèles de soins et de services sans considération pour notre réalité et nos valeurs.

On cite fréquemment au Québec le modèle appliqué en Australie qui depuis près de 10 ans maintenant donne un accès à la psychothérapie en la balisant grosso modo de la façon suivante :

1. il revient aux médecins de prescrire aux patients la psychothérapie;
2. la psychothérapie qui sera offerte et défrayée par l'État doit s'appuyer sur des données probantes;
3. une telle psychothérapie est ensuite offerte par des psychologues.

Il faut bien sûr se réjouir de la reconnaissance de la pertinence et de l'efficacité de la psychothérapie, de l'accessibilité accrue qu'on donne à ces services et du rôle de premier plan qu'ont à juste titre à jouer les psychologues. Toutefois, si on y regarde de plus près, il y a certains risques à considérer dans l'application d'un tel modèle, comme le soulignent Contandriououlos et coll. (mentionné précédemment) et ces risques sont liés au fait :

- qu'il revient uniquement aux médecins de prescrire le traitement;
- qu'on s'appuie sur certaines données probantes seulement, en négligeant les meilleures pratiques fondées sur des données scientifiques éclairées par le jugement clinique du psychothérapeute et les besoins et préférences du patient;
- que le psychologue est placé en situation d'exécuter une prescription sans qu'il puisse exercer son jugement professionnel.

Le diagnostic et la prescription du médecin

Le diagnostic du médecin

Bien que le CAP ouvre sur la possibilité qu'un diagnostic puisse être posé par un professionnel autorisé, il donne un exemple en santé mentale où c'est le médecin qui pose le diagnostic préalablement à l'offre de services³⁹. On sait que la loi médicale au Québec réserve le diagnostic aux médecins, mais le PL 21 réserve aussi aux psychologues l'évaluation des troubles mentaux⁴⁰, confirmant de ce fait qu'ils sont habilités à conclure sur la présence d'un trouble mental, dont le retard mental, les troubles sexuels et autres. Dans un système où l'accès aux médecins est

³⁸ Mémoire du CAP, p. 14. Notre soulignement.

³⁹ Ibid, p. 13, enjeu 3.

⁴⁰ Il faut noter qu'outre les médecins et les psychologues, les conseillers d'orientation et les infirmières, sous réserve que ces derniers soient habilités par leur ordre professionnel respectif, peuvent évaluer les troubles mentaux. Les sexologues habilités par leur ordre professionnel peuvent évaluer les troubles sexuels.

problématique, nous ne croyons pas du tout judicieux d'exiger l'obtention d'un diagnostic médical, si tant est qu'une étiquette de type diagnostic soit nécessaire, d'autant plus qu'il est possible de compter sur d'autres professionnels pour conclure à la présence d'un trouble mental. L'OPQ répertorie en effet 4580 psychologues qui offrent l'évaluation des troubles mentaux (voir le tableau 1).

La prescription du médecin

Comme dit précédemment, en vertu de la logique de la loi canadienne sur la santé, ce qui est « *médicalement requis* » serait donc déterminé par un médecin, d'où cette question de l'obtention préalable d'une prescription médicale de psychothérapie, comme c'est le cas en Australie. Cela n'est pas sans soulever d'importants enjeux, notamment en ce qui a trait à l'autonomie professionnelle de chacun des autres acteurs et à l'exercice impératif du jugement professionnel de celui qui aura à offrir la psychothérapie, dans la perspective où :

- le médecin serait le seul professionnel qui pourrait recommander la psychothérapie alors qu'il n'est pas le seul habilité à l'exercer et à procéder, en l'occurrence à l'évaluation initiale rigoureuse requise;
- où le médecin irait jusqu'à déterminer le type de psychothérapie à offrir ou l'approche à préconiser.

L'énoncé de politique de l'OPQ sur la pratique fondée sur les données probantes apporte des précisions additionnelles sur cette question :

« [...] les décisions en matière de traitement ne devraient jamais être prises par une personne sans formation ou ignorant les détails d'un cas, le psychologue traitant ayant lui-même à juger de l'applicabilité des conclusions de la recherche dans le cas d'un client particulier. Il faut en effet considérer que l'application des données de la recherche met en jeu des inférences probabilistes, sans compter que certains clients requièrent parfois des décisions et des interventions auxquelles la recherche existante ne s'est pas encore intéressée. »⁴¹

Bien sûr, le médecin qui reçoit en consultation une personne qui présente des problèmes de santé mentale peut voir la pertinence de recommander que celle-ci s'engage en psychothérapie. Mais, ultimement c'est au professionnel qui agit comme psychothérapeute qu'il revient de procéder à l'évaluation initiale rigoureuse que prescrit la loi afin de déterminer ce qu'il faut offrir à cette personne en particulier⁴². De plus, il faut s'assurer de ne pas nuire à l'efficacité du

⁴¹ Extrait de : Ordre des psychologues du Québec (2008). *Énoncé de politique sur la pratique fondée sur les données probantes en psychologie*. Cet énoncé de politique qu'a adopté l'OPQ est celui de l'American Psychological Association (APA).

<http://www.ordrepsy.qc.ca/fr/documentation-et-medias/politiques-cadres.sn>.

⁴² L'article 187,2 du Code des professions stipule que :

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

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

système de santé par un dédoublement du travail d'évaluation, celui-ci contribuant à accentuer l'engorgement des cabinets des médecins, alors qu'on n'a aucune garantie que cette façon de faire assurerait une plus grande pertinence et efficacité des services. En matière d'efficacité, Contandriopoulos et coll. considèrent d'ailleurs qu'il faut laisser :

« [...] aux professionnels une grande latitude pour adapter les services aux besoins spécifiques des patients. Nous croyons que la liste des interventions actuellement réalisées à grande échelle au Québec qui ne produisent aucun bénéfice à quiconque est anecdotique. Dans la grande majorité des cas où il existe des problèmes de pertinence significatifs, le vrai problème réside en ce que des interventions potentiellement utiles sont offertes aux mauvais patients [...]. »⁴³

Ajoutons que ce problème « d'interventions potentiellement utiles offertes aux mauvais patients » risque de se produire dans tous les cas où il y a défaut d'une évaluation juste et rigoureuse, comme souligné précédemment.

Les données probantes et les meilleures pratiques en psychothérapie

Dans un monde où on est à court de ressources, où les gens qui ont des problèmes de santé mentale ne savent pas à qui s'adresser ou tout simplement n'ont pas les moyens de bien se faire traiter, il est légitime de rechercher les traitements les plus appropriés et efficaces et d'identifier ceux qui les offrent et, pour ce faire, de s'appuyer notamment sur ce que la science démontre, sur ce qui se dégage en matière de données probantes. L'appui sur de telles données a été et est encore des plus utiles. Mais que sont donc au fond les données probantes? En avons-nous tous la même conception, la même perception? Certains croient, à tort, qu'il s'agit de toutes les données que permet de recueillir la recherche, comme si le simple fait qu'il y ait eu recherche conférerait à ces données un statut probant. Que signifie une pratique fondée sur les données probantes? Il s'agit en somme d'une pratique où sont considérés les résultats de la recherche les plus probants tout en tenant compte des interactions entre les caractéristiques et le contexte de la personne à traiter, du psychothérapeute, de leur relation dans le but de choisir le traitement psychothérapeutique le plus approprié aux besoins de la personne et à ses préférences.⁴⁴ Le psychothérapeute doit donc non seulement connaître les résultats de recherche les plus probants touchant l'efficacité, mais plus encore en voir l'utilité, la pertinence clinique et la « généralisabilité ».

C'est ce que soutient également l'OMS :

-
3. *appliquer des modalités thérapeutiques basées sur la communication;*
 4. *s'appuyer sur des modèles théoriques scientifiquement reconnus et sur des méthodes d'intervention validées qui respectent la dignité humaine.*

⁴³ Contandriopoulos, D. Brousselle, A. Breton, M. Carrier, A. Duhoux, A. Pomerleau, S. Champagne, G. Sainte-Croix, D. & A. Lardeux (2016) Du bon usage des paniers : Mémoire déposé dans le cadre de la consultation lancée par le Commissaire à la santé et au bien-être relativement à la couverture publique des services en santé et en services sociaux. Chaires de recherche PoCoSa & CRC-EASY, Montréal. P. 17.

⁴⁴ Voir à cet effet l'Énoncé de politique sur la pratique fondée sur les données probantes en psychologie. <http://www.ordrepsy.qc.ca/fr/documentation-et-medias/politiques-cadres.sn>.

« [...] les stratégies et les interventions de traitement, de prévention et de promotion appliquées dans le domaine de la santé mentale doivent se fonder sur des données scientifiques et/ou sur les meilleures pratiques, et tenir compte des considérations culturelles. »⁴⁵

L'application sur le terrain de pratiques pour lesquelles la recherche a dégagé des données probantes ne peut donc se faire sans autres considérations, notamment pour le contexte, l'intervenant et le client. Aussi, référer aux seules données probantes relatives à l'efficacité des approches peut comporter certains risques, dont celui d'appauvrir l'offre de services et de se priver de moyens qui permettent de répondre à la diversité et à la complexité des problématiques et des personnes en besoin.

Les traitements soutenus empiriquement et les meilleures pratiques

Actuellement, les données probantes qui sont souvent en avant-plan sont celles que dégagent les recherches portant sur la variable « traitement ». Ces recherches visent à identifier laquelle ou lesquelles des approches seraient les plus efficaces pour traiter un ou des troubles mentaux spécifiques et à identifier les traitements soutenus empiriquement (TSE).

Or, il est important de ne pas confondre une pratique fondée sur les données probantes (PFDP) et une pratique fondée sur les TSE. En fait, les résultats issus des recherches portant sur les TSE sont une catégorie des résultats scientifiques à considérer dans l'ensemble des recherches que doit prendre en compte le professionnel pour éclairer son jugement clinique. La prise en considération de ces données contribue à l'amélioration des pratiques et, pour rester en lien avec le propos de ce mémoire, à la détermination du panier de services assurés. Mais comme dit précédemment, ce ne sont pas les seules données dont il faut tenir compte.

Par ailleurs, quand on suit l'évolution des recherches sur ces questions, il est légitime de croire que ce n'est qu'une question de temps avant qu'on ne dispose de données probantes pour toutes les approches qui depuis des années sont reconnues professionnellement. Cependant, d'ici à ce qu'on y arrive, il faut pouvoir compter sur ces autres approches qui, malgré l'absence actuelle de données probantes, font tout de même école, parce que l'esprit scientifique a présidé à leur développement et que la rigueur caractérise leur application. C'est ce à quoi renvoie l'expression « *meilleures pratiques* ».

Les principes à la base des changements

La recherche démontre que la psychothérapie ne saurait être efficace si les principes à la base des changements ne sont pas pris en compte. Parmi les variables qu'il faut considérer, il y a donc :

- le pronostic, abstraction faite de l'approche préconisée;

⁴⁵ Organisation mondiale de la santé (2013). *Plan d'action pour la santé mentale 2013-2020*. P. 10. Accessible à l'adresse WEB suivante : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/89969/1/9789242506020_fre.pdf?ua=1. Notre soulignement.

- les facteurs directement liés au client qui ont un impact sur l'observance (ex. : la demande, les besoins, les intérêts, les ressources, le contexte de vie, les éléments culturels);
- le pairage à faire entre les caractéristiques du client et l'approche à offrir;
- la relation psychothérapeutique à établir (alliance);
- les techniques psychothérapeutiques.⁴⁶

La littérature scientifique sur l'ensemble de ces variables est abondante et l'impact de ces variables sur l'issue du traitement n'est certainement pas négligeable.

Conclusion

D'abord, nous retenons cet extrait d'un des mémoires qui ont été adressés au CSBE, puisqu'il témoigne de l'esprit qui nous a animé dans l'élaboration de notre mémoire :

« La pertinence des interventions est un concept complexe qui intègre différentes dimensions, dont l'efficacité, l'efficience de même que des principes éthiques et des préférences individuelles et collectives. [...] L'exercice d'optimisation doit prendre la forme de recommandations structurantes pour soutenir les choix organisationnels et cliniques : Quel service est approprié pour quel patient, à quel moment, offert par quel professionnel et dans quelle structure? De même, il doit être dynamique et inclure le monitoring des pratiques cliniques et organisationnelles ainsi que leur l'ajustement. »⁴⁷

Nous soutenons également qu'un panier de services assurés n'est que virtuel si on ne dispose pas des intervenants ou des professionnels requis pour les offrir. De plus, si on a recours au réseau privé de la santé pour pallier, mais que pour y accéder il faille que les personnes en demande en défraient les coûts, on ne peut non plus considérer que les services soient assurés. L'élargissement du panier de services assurés passe donc par des mesures où l'État défraierait le paiement des honoraires des professionnels impliqués, et ce, peu importe l'identité professionnelle de ceux-ci ou le lieu où ils exercent.

⁴⁶ Voir à ces égards : Castonguay, L. G., Beutler, L. E. (2005). *Principles of Therapeutic Change That Work*. Oxford University Press, Chap. 18.

⁴⁷ Contandriopoulos, D. Brousselle, A. Breton, M. Carrier, A. Duhoux, A. Pomerleau, S. Champagne, G. Sainte-Croix, D. & A. Lardeux (2016) *Du bon usage des paniers: Mémoire déposé dans le cadre de la consultation lancée par le Commissaire à la santé et au bien-être relativement à la couverture publique des services en santé et en services sociaux*. Chaires de recherche PoCoSa & CRC-EASY, Montréal. P. 4-5.

Liste des recommandations

L'ordre de présentation des recommandations n'a pas à voir avec l'importance relative qui pourrait être accordée à chacune d'elle. L'exercice que nous avons fait ne permet pas de fait de les hiérarchiser. Ces recommandations découlent directement du mémoire et les courtes listes qui se trouvent sous « considérant » ne se veulent pas exhaustives.

Recommandations d'ordre général

Recommandation 1 – Pour l'appui sur des paradigmes biopsychosociaux

Considérant :

- que les médecins sont en nombre insuffisant pour répondre à tous les besoins en matière de santé mentale et que les personnes qui ont des difficultés sur ce plan engorgent leur pratique,
- que tous les professionnels intervenant en santé mentale, dont ceux habilités à exercer la psychothérapie, doivent procéder à une évaluation rigoureuse avant de déterminer ce qui peut être offert comme soins ou services, incluant la psychothérapie,
- que les décisions en matière de traitement ne doivent jamais être prises par une personne sans formation ou ignorant l'ensemble des données sur la personne en souffrance ou en détresse,

Nous recommandons :

1.1 — Que l'on s'appuie sur des paradigmes biopsychosociaux en soutien des décisions relatives à l'assurance des soins et services en santé mentale, notamment en ce qui a trait à la psychothérapie.

1.2 — Qu'on laisse les professionnels habilités et mandatés exercer leur jugement dans l'évaluation de la pertinence d'offrir la psychothérapie ou toutes autres interventions et dans le choix des approches ou des techniques auxquelles ils auront recours.

Recommandation 2 – Pour un élargissement de ce qui est « médicalement requis »

Considérant :

- que la santé mobilise plusieurs disciplines professionnelles outre la médecine,
- que le critère pour inclure des soins ou services dans le panier de services assurés est encore *ce qui est médicalement requis ou nécessaire*,
- que l'application de ce critère tient aux paradigmes d'un modèle biomédical plutôt que biopsychosocial, modèle qui peut avoir pour effet pervers de placer une profession au-dessus des autres, et ce, à l'encontre de ce que soutiennent actuellement les recherches et de ce que préconisent les ordres professionnels en santé,
- que l'application de ce critère puisse avoir un impact restrictif quant aux soins ou services devant être assurés,

Nous recommandons :

Que le critère pour inclure des soins ou services dans le panier de services assurés ne soit plus ce qui est *médicalement requis ou nécessaire*, mais ce qui est requis ou nécessaire pour le

maintien et le rétablissement de la santé (biopsychosocial) et qui peut être offert par un intervenant ou un professionnel habilité. À défaut, qu'on définisse ou redéfinisse de façon large et inclusive ce qui est *médicalement requis ou nécessaire*.

Recommandation 3 – Pour une meilleure définition des services assurés/professionnels requis

Considérant :

- qu'il est essentiel d'avoir des intervenants et professionnels compétents pour offrir les services assurés avec efficacité et efficience,
- que les psychologues sont peu présents dans certains milieux du réseau public de la santé (ex. : GMF et Centres jeunesse),

Nous recommandons :

3.1 — Que les services assurés soient définis de telle sorte qu'on puisse identifier ceux qui sont habilités et que, sur cette base, on se dote des effectifs requis, et ce, au bon endroit.

3.2 — Qu'à défaut de pouvoir compter sur les effectifs requis dans le réseau public de la santé, on prenne les mesures requises pour assurer les services des psychologues qui œuvrent en cabinet privé.

Recommandation 4 — Pour assurer l'accès aux services des psychologues

Considérant :

- que les psychologues sont des acteurs de première importance en santé mentale et en relations humaines,
- que le réseau public de la santé, entre autres, semble peiner à combler les postes de psychologues alors qu'il n'y a pas à ce jour de pénurie documentée,
- que de plus en plus les psychologues (et les internes en psychologie après l'obtention de leur permis de psychologue) s'orientent vers une pratique en cabinet privé,

Nous recommandons :

4.1 — Que le réseau public de la santé se penche sur des mesures d'attrait et de rétention des psychologues (rémunération, encadrement, soutien de l'identité professionnelle, formation continue, etc.).

4.2 – Qu'à défaut de disposer dans le réseau public de la santé de l'effectif de psychologues requis, de prendre des mesures pour accélérer l'accès à leurs services en impliquant les psychologues qui œuvrent en cabinet privé et en défrayant les coûts afférents.

Recommandation 5 – Pour un usage rigoureux et systématique de l'évaluation

Considérant :

- que des personnes soient inscrites dans des programmes de soins et services en santé mentale sans que l'on ait procédé aux évaluations rigoureuses préalablement requises,
- que pour des motifs budgétaires et autres, des psychologues et autres professionnels soient privés d'outils psychométriques essentiels, dont l'efficacité et l'efficience en matière d'évaluation ont été démontrées,

- qu'une mauvaise évaluation a des impacts négatifs à la fois sur l'efficacité des soins et services offerts à la personne concernée et sur l'efficience des programmes de soins et services,

Nous recommandons :

Que les soins et services ne soient offerts (et assurés) qu'à la condition que la personne devant en bénéficier soit dûment évaluée par un professionnel compétent et habilité, disposant de tous les outils requis.

Recommandation 6 – Pour une couverture universelle des services d'évaluation

Considérant :

- que l'accès à des soins et services passent par un processus d'évaluation obligatoire (TSA, TDAH, dyslexie et autres),
- que ces évaluations sont couvertes quand elles sont offertes dans le réseau public de la santé ou par un médecin, mais qu'elles sont difficilement accessibles, les listes d'attente n'ayant cessé de s'allonger,
- que le recours à des psychologues qui offrent ces services en cabinet privé n'est pas possible pour les personnes à faible revenu,

Nous recommandons :

Que les services d'évaluation requis pour l'obtention de soins et services soient partie intégrante du panier de services assurés, et ce, peu importe qu'ils soient offerts à l'intérieur ou à l'extérieur du réseau public de la santé ou de l'éducation.

Recommandations relatives à la psychothérapie

Recommandation 7 – Pour une couverture universelle des services de psychothérapie

Considérant :

- la réelle difficulté d'accès aux services de psychothérapie dans le réseau public de la santé,
- l'iniquité criante qui en découle du fait que les personnes qui ont les ressources financières de consulter dans le réseau privé peuvent tout de même accéder aux services de psychothérapie, à l'encontre de ceux qui ne disposent pas des mêmes ressources,

Nous recommandons :

Que la psychothérapie soit partie intégrante du panier de services assurés, et ce, peu importe qu'elle soit offerte à l'intérieur ou à l'extérieur du réseau public de la santé.

Recommandation 8 – Pour la pleine reconnaissance des habilitations et compétences des psychologues (et autres détenteurs du permis de psychothérapeute)

Considérant :

- que le psychologue est habilité à l'évaluation des troubles mentaux,

- qu'il a les compétences pour reconnaître ce que sont les données probantes et juger de la pertinence de celles-ci,
- qu'il est habilité à l'exercice de la psychothérapie,
- qu'il doit procéder à une évaluation initiale rigoureuse avant d'offrir des services de psychothérapie,
- qu'il doit exercer son jugement professionnel pour déterminer ce qui est requis pour chacune des personnes qu'il traite ou qu'il a l'intention de traiter en psychothérapie,
- qu'il peut l'offrir dans le réseau public de la santé sans qu'il y ait évaluation et prescription préalables faites par un médecin,

Nous recommandons, dans la perspective d'assurer les services de psychothérapie offerts à l'extérieur du réseau public de la santé :

Qu'il ne soit pas requis d'impliquer un médecin pour que les services de psychothérapie soient assurés, et ce, sans égard au lieu où ils sont offerts.*

** Dans les cas où le professionnel engagé dans l'offre de psychothérapie ne serait pas habilité à l'évaluation des troubles mentaux et qu'une telle évaluation est requise, il est entendu alors qu'il faut impliquer un tiers habilité à cette évaluation, ce tiers n'étant pas nécessairement un médecin.*

Recommandation 9 — Pour un accès élargi à la psychothérapie à toute personne en besoin

Considérant :

- que les risques de discrimination sont grands si on retient l'obligation de porter une étiquette « diagnostique » comme critère d'accès à la psychothérapie (comme à toute autre intervention en santé mentale par ailleurs),
- que l'état d'une personne en souffrance ou en détresse évoluera négativement si on ne lui donne pas accès en temps opportun à des services appropriés,

Nous recommandons :

Qu'à la suite d'une évaluation initiale rigoureuse, en bonne et due forme, toute personne aux prises « avec un trouble mental, des perturbations comportementales ou tout autre problème entraînant une souffrance ou une détresse psychologique » ait accès aux services assurés de psychothérapie comme à tout autre service requis ou offert en santé mentale, et ce, sans égard au fait qu'elle puisse ou non porter une « étiquette diagnostique ».

Recommandation 10 – Pour un élargissement des critères servant à déterminer le traitement psychothérapeutique à offrir

Considérant :

- que le fait de déterminer l'approche thérapeutique sur les seules bases « diagnostiques » ait pour effet d'exclure un bon nombre de personnes qui sont en souffrance ou en détresse, mais qui ne présenteraient pas le « bon profil »,
- que le fait de ne s'appuyer que sur certaines données probantes se limitant à la variable de l'approche (paradigmes technologiques) ait pour effet d'exclure d'autres approches

- qui témoigneraient par ailleurs des meilleures pratiques ou pour lesquelles on serait en voie d'obtenir aussi des données probantes,
- que le fait de centrer l'exercice du jugement professionnel sur la seule variable de l'approche, sans égard à d'autres variables qui ont un impact considérable sur l'efficacité des traitements, puisse avoir pour effet paradoxal d'affecter l'efficacité et de nuire à l'observance,

Nous recommandons :

Que la détermination des services psychothérapeutiques ou autres à rendre repose sur des assises scientifiques et professionnelles solides, tenant de l'interaction des approches ou techniques, des caractéristiques de l'intervenant, de la relation et de la personne en souffrance ou en détresse (besoins, intérêts, motivations, ressources, contexte et autres).