

**Mémoire de**  
**L'Association des Psychologues du Québec**

**Analyse critique**  
**du programme britannique d'accès à la psychothérapie :**  
**des leçons à tirer pour le programme québécois**

Écrit par Charles Roy, Président de l'Association  
Révisé par Christelle Luce, Administratrice de l'Association

25 octobre 2019

## Table des matières

<b>1. AVANT-PROPOS.....</b>	<b>4</b>
1.1. PRÉSENTATION DE L'ASSOCIATION DES PSYCHOLOGUES DU QUÉBEC.....	4
1.2. VISÉE DU PRÉSENT MÉMOIRE .....	4
<b>2. INTRODUCTION .....</b>	<b>4</b>
<b>3. LES ASPECTS POSITIFS DU PROGRAMME BRITANNIQUE .....</b>	<b>7</b>
3.1. LA VOLONTÉ DE L'ACCESSIBILITÉ .....	7
3.2. UN FINANCEMENT ACCRU .....	7
3.3. DES REPÈRES CLINIQUES PRÉCIS .....	7
3.4. DES INTERVENTIONS VARIÉES .....	8
<b>4. VÉRITABLE PSYCHOTHÉRAPIE OU « QUICK FIX »?.....</b>	<b>8</b>
4.1. LA CENTRATION SUR LES INTERVENTIONS DE BASSE INTENSITÉ .....	8
4.2. DES DURÉES DE PSYCHOTHÉRAPIE TROP RIGIDES ET TROP COURTES .....	9
4.3. LA PSYCHOTHÉRAPIE COGNITIVO-COMPORTEMENTALE DÉVOYÉE .....	9
4.4. DES USAGERS MAL INFORMÉS .....	10
<b>5. DES CIBLES THÉRAPEUTIQUES RESTREINTES .....</b>	<b>10</b>
5.1. UNE MULTITUDE DE TROUBLES MENTAUX ET DE SYMPTÔMES IGNORÉE.....	10
5.2. LA NON PRISE EN COMPTE DES COMORBIDITÉS ET DES TROUBLES CONCOMITANTS .....	11
5.3. UN OBJECTIF THÉRAPEUTIQUE NÉO-LIBÉRAL, UNE POLITISATION DE LA PSYCHOTHÉRAPIE.....	11
<b>6. UNE MÉTHODE RÉDUCTRICE.....</b>	<b>12</b>
6.1. LE CHOIX EXCLUSIF DU PARADIGME BIOMÉDICAL.....	12
6.2. PEU D'ATTENTION PORTEE A LA RELATION PSYCHOTHERAPEUTIQUE .....	13
6.3. UN MANQUE DE CONSIDERATION POUR LA COMPLEXITE DES SITUATIONS CLINIQUES .....	13
6.4. PEU DE PLACE POUR LES FACTEURS PSYCHOLOGIQUES ET SOCIAUX.....	14
6.4. UNE ORIENTATION THÉORIQUE ET DES TECHNIQUES DE SOINS IMPOSÉES .....	14
<b>7. LE DÉBAT DES « APPROCHES » : L'EFFICACITÉ COMPARÉE.....</b>	<b>15</b>
7.1. UNE VIRULENTE CONTROVERSE EN GRANDE-BRETAGNE.....	15
7.2. PLUSIEURS MODÈLES DE TRAITEMENT SONT EFFICACES.....	16
7.3. UNE PLURALITÉ DE MODÈLES ET DE TECHNIQUES EST NÉCESSAIRE.....	17
<b>8. DES PROFESSIONNELS MALMENÉS ET ÉPUIÉS.....</b>	<b>17</b>
8.1. UN TAUX D'ÉPUISEMENT PROFESSIONNEL TRÈS ÉLEVÉ .....	17
8.2. UNE LOURDE CHARGE DE TRAVAIL .....	18
8.3. MONITORAGE DES SYMPTÔMES ET DU RÉTABLISSEMENT : UNE PRESSON NOCIVE .....	18
8.4. IMPUISSANCE ET DILEMME ÉTHIQUE .....	19
8.5. LA DÉTÉRIORATION DU CLIMAT DE TRAVAIL.....	19
<b>9. EFFICACITÉ ET RENTABILITÉ RÉELLES DU PROGRAMME BRITANNIQUE?.....</b>	<b>20</b>
9.1. UN TAUX DE RÉTABLISSEMENT MITIGÉ.....	20
9.2. DES UAGERS NON SOIGNÉS.....	21
9.3. DES INTERVENTIONS POTENTIELLEMENT NUISIBLES .....	22
9.4. DES COÛTS ÉLEVÉS .....	22
9.5. LA PERTE D'EXPERTISE .....	22

<b>10. RISQUE DE DISCRIMINATION ENVERS LA POPULATION .....</b>	<b>23</b>
<b>11. RECOMMANDATIONS .....</b>	<b>24</b>
11.1. IDÉOLOGIE SOUS-JACENTE AUX SERVICES OFFERTS .....	25
11.2. DÉFINITION DE LA PSYCHOTHÉRAPIE .....	25
11.3. CIBLES D'INTERVENTION.....	26
11.4. OBJECTIFS DE TRAITEMENT .....	26
11.5. ORIENTATIONS THÉORIQUES, MODÈLES DE TRAITEMENT ET TECHNIQUES .....	27
11.6. DURÉES DES PSYCHOTHÉRAPIES .....	27
11.7. EFFICACITÉ « RÉELLE » ET POUR TOUS LES USAGERS .....	28
11.8. ENJEUX ÉCONOMIQUES : ÉVITER LE GASPILLAGE.....	28
11.9. RESPECTER LES DROITS DES USAGERS.....	29
11.10. MÉCANISMES DE CONTRÔLE SAINS : PRÉSERVER L'ÉQUILIBRE .....	30
11.11. PRÉVENIR L'ÉPUISEMENT PROFESSIONNEL .....	30
<b>12. CONCLUSION .....</b>	<b>31</b>
<b>13. BIBLIOGRAPHIE .....</b>	<b>33</b>

# 1. Avant-propos

## 1.1. Présentation de l'Association des Psychologues du Québec

L'Association des Psychologues du Québec (APQ) a pour mission de veiller aux intérêts de ses membres et de la profession, dans la mesure où ils favorisent le bien-être de la population. Elle vise à faire reconnaître la valeur et la nature des compétences spécifiques des psychologues et à défendre l'autonomie professionnelle dont ils ont besoin pour offrir des services de qualité. Par le biais de diverses réflexions et actions, les bénévoles de l'APQ cherchent à permettre le déploiement de services psychologiques accessibles dans les milieux publics, communautaires et privés à l'échelle de la province.

## 1.2. Visée du présent mémoire

Par ce document, l'APQ souhaite informer les élus, les décideurs, les gestionnaires, les psychologues et les autres professionnels de la santé et des services sociaux, mais aussi les citoyens qui se sentent interpellés par l'accessibilité de services de qualité en santé mentale offerts dans leur province. Nous souhaitons que ce mémoire permette un dialogue éclairé entre les parties concernées par la mise en place du Programme québécois de psychothérapie pour les troubles mentaux (PQPTM) et qu'il serve à le bonifier.

Nous ne prétendons pas avoir réalisé une synthèse du calibre d'une institution de recherche ou d'une université, mais nous tenons à préciser que nous avons tenté de faire une revue exhaustive de la littérature critique scientifique, professionnelle et vulgarisée portant sur le programme britannique dont s'inspire le PQPTM.

Nous nous tiendrons bien sûr disponibles et ouverts à toutes questions ou discussions découlant de ce document.

## 2. Introduction

Annoncée en décembre 2017 par le précédent gouvernement (Ministère de la santé et des services sociaux [MSSS] 2017b), l'arrivée d'un programme national d'accès amélioré à la psychothérapie peut être perçue à plusieurs égards comme positive pour le secteur de la santé mentale. À ce jour, le déploiement de ce programme à l'échelle de la Province serait prévu au printemps 2020. Il faut savoir que le *Programme québécois de psychothérapie pour les troubles mentaux (PQPTM)* s'inspire de celui de la Grande-Bretagne, soit le « *Improved access to psychological therapies (IAPT)* » mis en place en 2008.

Malgré ses points positifs, l'IAPT a soulevé et soulève encore beaucoup de réserves. Les psychologues britanniques qui ont expérimenté ce programme depuis une dizaine d'années maintenant ont été à même de formuler leurs critiques à l'endroit de celui-ci. Certains, comme Samuels et Veale (2009), regrettent par ailleurs de ne pas avoir réagi dès le départ. Avisés de ce regret, nous souhaitons dès maintenant nous inspirer de leur expérience afin de contribuer à instaurer au Québec une façon de faire qui favorisera le succès de cette initiative nationale : « *It will potentially help researchers and policy makers around the world to determine which reforms can work—and which most likely will not.* » (Carey, 2017).

À la lumière de l'analyse critique des résultats effectifs du programme britannique et de ses lacunes, nous souhaitons éviter au Québec d'implanter un programme nuisible, d'entretenir des attentes irréalistes vouées à l'échec et d'assister au décrochage de la clientèle et au surmenage des professionnels concernés. Bref, il serait préférable de ne pas dépenser « des millions de dollars pour des services inefficaces ». Repérer les dangers et les conditions gagnantes, voilà le propos de ce document.

Largement survendu, le programme *IATP* ne serait pas aussi efficace, accessible et économique qu'on le prétend. Conçu initialement pour faciliter le retour au travail chez les personnes en congé de maladie (Hall et Marzillier, 2009), l'*IAPT* privilégie une méthodologie réductrice axée quasi exclusivement sur une orientation théorique et ne porte que sur deux cibles thérapeutiques, soit la dépression et l'anxiété, négligeant de nombreux troubles mentaux et oubliant la présence fréquente de comorbidités. Le programme est critiqué pour son format mécanisé et court-termiste qui dénature la psychothérapie, tout en entretenant une vision virtuelle et naïve des problèmes de santé mentale. Même si le gouvernement britannique affirme que le taux de rétablissement des usagers ayant bénéficié de l'*IATP* se situe autour de 50% (Pybis, Saxon, Hill et Barkham, 2017), selon plusieurs études, ce taux se situerait plutôt à moins de 10% (Callan et Fry, 2012) ou entre 10% et 22% (Hemmings, 2012; Griffiths, Steen et Pietroni, 2013a; Jeory et Buchanan, 2012).

Plusieurs auteurs recommandent de prendre également en compte le fort taux de décrochage des usagers (DiBona, Saxon, Barkham, Dent-Brown et Parry, 2014; Ballat et Campling, 2011) de même que la courte durée des bénéfices observés chez les usagers ainsi que le taux élevé de rechute (James, 2014 et Mackinson et Murphy, 2016). D'autres encore questionnent la validité des outils de mesure du rétablissement (Ballat et Campling, 2011). Ainsi, l'efficacité de l'*IATP* se trouve remise en question.

Par ailleurs, le programme britannique a impliqué une énorme dépense publique pour former une main-d'œuvre d'intervenants en santé mentale, ignorant l'expertise et les qualifications des professionnels de la psychothérapie déjà présents (Hemmings, 2012). Sans compter sa formule mécanisée qui favorise un haut taux d'épuisement professionnel et de roulement du personnel (Westwood, Morison, Allt et Holmes, 2017; Rizq, 2011; Lyford, 2017; Ballat et Campling, 2011). Ceci réduit substantiellement la rentabilité du programme. Ainsi, les coûts d'opération de l'*IATP* auraient été de 2 à 3 fois plus élevés que les ressources publiques déjà existantes (Callan et Fry, 2012 ; Griffiths, Steen et Pietroni, 2013b).

Le dérapage majeur dans la conception de la psychothérapie en Grande-Bretagne soulève nos inquiétudes étant donné que le précédent ministre de la santé, Monsieur Gaëtan Barette, annonçait s'inspirer de ce programme (MSSS, 2017b). Bien que nos informations en provenance de la direction de la santé mentale au MSSS nous indiquent que l'intention affichée n'est pas d'imiter en tous points l'*IATP*, nous avons tenu à faire la présentation et la critique du programme dans son ensemble, pour nous assurer de prévenir d'éventuels dérapages à l'avenir et éviter que les usagers et les professionnels québécois se retrouvent piégés dans « l'idéologie *IAPT*».

Le PQPTM pourra sans aucun doute venir en aide à une partie de la population, mais sous certaines conditions. D'abord, il s'agira de présenter ce programme pour ce qu'il est réellement : les usagers auront accès à des interventions organisées selon un continuum allant de la basse à la haute intensité, à savoir des auto-soins à la psychothérapie. Ainsi la psychothérapie et notamment la psychothérapie individuelle ne fait pas partie des interventions accessibles facilement et automatiquement par les usagers. Ensuite, il s'agira de ne pas dépouiller les budgets déjà alloués aux incontournables services publics de psychothérapie de première, deuxième et troisième lignes, lesquels sont actuellement lacunaires. À titre d'exemple, le réseau de la santé a perdu au total 450 psychologues depuis 2008 (Ordre des psychologues [OPQ], 2018b et MSSS, 2009). Enfin, il sera nécessaire que l'utilisateur qui en a besoin accède effectivement à une psychothérapie bien ajustée à la complexité de sa condition, à sa situation de vie et à son état psychologique. Sans quoi nous assisterions à une discrimination envers les clientèles plus fragiles et ayant besoin de services de haute intensité, et dont les droits seraient alors compromis au regard de la Loi sur la santé et les services sociaux (voir article 5; Éditeur officiel du Québec, 2019a).

Pendant et après la mise en place du PQPTM, il serait souhaitable de continuer à réfléchir à une authentique amélioration de l'accès à la psychothérapie, en tentant de trouver la meilleure combinaison entre les contraintes économiques et la qualité des services rendus, et cela en tenant compte du bassin d'effectifs professionnels expérimentés dont bénéficie déjà le Québec en matière de psychothérapie. Le MSSS et le gouvernement ne sauraient songer à implanter un programme d'accès à la psychothérapie sans être imputables de la nature et de la qualité des services rendus.

Soyons concrets : la réussite d'un tel programme passe par une offre de psychothérapie véritable, laquelle, selon la définition légale, se décline comme suit :

« Un traitement psychologique pour un trouble mental, pour des perturbations comportementales ou pour tout autre problème entraînant une souffrance ou une détresse psychologique qui a pour but de favoriser chez le client des changements significatifs dans son fonctionnement cognitif, émotionnel ou comportemental, dans son système interpersonnel, dans sa personnalité ou dans son état de santé. Ce traitement va au-delà d'une aide visant à faire face aux difficultés courantes ou d'un rapport de conseils ou de soutien. » (OPQ, 2019)

Le PQPTM devrait également inclure une diversité d'orientations théoriques, une pluralité de modèles et de techniques, et des durées de psychothérapie adéquates et modulables. **La psychothérapie ne devrait pas être travestie en application routinière de procédures standardisées particulières censées miraculeusement produire à coût réduit des personnes heureuses et adaptées** (Marzillier et Hall, 2009). Par ailleurs, **il n'est pas nécessaire de faire des économies de bouts de chandelle quant à sa durée puisque la psychothérapie exercée dans sa pleine mesure permettrait de réduire de 10% le budget global des frais de santé** (INESSS, 2018). Il faut donc prévoir un investissement sérieux de ressources dans le secteur public pour offrir un véritable service de psychothérapie. Les gestionnaires et décideurs doivent être conscients des économies énormes à récolter, à condition d'offrir un service non dénaturé.

Au final, nous devons demeurer vigilants face aux impacts négatifs d'un programme qui reposerait sur une compréhension inadéquate et irréaliste des problèmes de santé mentale, sur une minimisation de la complexité et de la diversité des besoins d'une vaste majorité de la clientèle et sur une dénaturation voire une « fausse représentation » de la psychothérapie. Le PQPTM ne sera valable et satisfaisant que s'il donne accès à des services de qualité en évaluant adéquatement les besoins rencontrés et en y répondant de manière pertinente, ce qui permettra d'éviter un gaspillage de fonds publics en services inefficaces.

### **3. Les aspects positifs du programme britannique**

#### **3.1. La volonté de l'accessibilité**

L'amorce à l'été 2018 d'un programme national d'accès gratuit à la psychothérapie via un projet pilote dans le CIUSSS Chaudière-Appalaches, puis en janvier 2019 dans le CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-Du-Québec (MSSS, 2019a), peut certes être perçue à plusieurs égards comme une excellente nouvelle. En principe, tout comme c'était la visée en Grande-Bretagne, une vaste proportion de la population qui n'aurait pas autrement la possibilité d'accéder à une psychothérapie aurait dorénavant la chance de pouvoir en bénéficier (Clark, 2011). Il s'agit d'une décision très pertinente devant la montée croissante des problèmes de santé mentale dans nos sociétés de même que face aux lourds fardeaux sociaux et financiers qui y sont associés (Fleury et Grenier, 2013). C'est ce qui a amené le gouvernement britannique à prendre action à l'échelle nationale et à implanter en 2008 un programme que le Québec veut à son tour instaurer.

#### **3.2. Un financement accru**

Marzillier et Hall (2009) indiquent que l'*IAPT* a représenté l'occasion d'un investissement sérieux dans le champ de la santé mentale. Il en va de même au Québec : l'annonce de l'injection de ressources financières supplémentaires en matière de services de santé mentale est une excellente nouvelle, sachant que c'est un secteur chroniquement sous-financé. Un tel investissement s'avère un choix hautement rentable pour la société, comme le soulignait le Commissaire à la santé et au bien-être (2012).

#### **3.3. Des repères cliniques précis**

Soulignons l'un des aspects intéressants du modèle *IAPT*, celui d'une approche misant sur des stratégies ciblées et des compétences spécifiques liées à la gestion de quelques troubles de santé mentale, dans ce cas-ci, la dépression et l'anxiété. En principe, disposer de repères précis par le biais de guides cliniques portant sur l'évaluation et le traitement d'un problème particulier peut fournir une direction éclairante pour les cliniciens – à la condition toutefois qu'elle ne soit pas imposée de façon étroite et rigide.



### 3.4. Des interventions variées

Enfin, mentionnons qu'un tel programme permettrait d'ouvrir la porte à des interventions alternatives et novatrices pour répondre à certains problèmes psychosociaux ou de santé mentale (Hall et Marzillier, 2009), explorant un champ plus vaste que la seule psychothérapie, tels par exemple les services en ligne ou par téléphone, le soutien à l'auto-gestion des symptômes, des ateliers d'informations et d'éducation psychologique en groupe. De plus, ces interventions pourraient apporter une aide significative auprès de divers créneaux de clientèle parfois plus difficile à rejoindre, notamment auprès des jeunes ou encore auprès des hommes.

Enfin, ces interventions offrent très certainement une alternative à la médication. Marzillier et Hall (2009) estiment que l'*IATP* a contribué à donner une plus grande place aux interventions en santé mentale aux côtés de la pharmacothérapie. Malgré les nets avantages mentionnés ci-dessus, il nous faut garder un œil critique sur le programme qui, bien qu'il suscite un grand enthousiasme, présente néanmoins de nombreuses lacunes identifiées par les psychologues britanniques eux-mêmes, dans une littérature abondante.

## 4. Véritable psychothérapie ou « *quick fix* » ?

D'entrée de jeu, il faut se demander de quoi il est question réellement. Quelles interventions ? Et surtout, quelle psychothérapie ? Nous allons voir que le programme britannique présente un changement de paradigme majeur dans la façon de fournir des services psychologiques et psychosociaux à la population. Il a été construit, entre autres, à partir des lignes directrices du *National Institute of Health and Clinical Excellence (NICE)*<sup>1</sup> pour le traitement de la dépression et de l'anxiété.

### 4.1. La centration sur les interventions de basse intensité

L'*IATP* utilise le terme générique de « thérapies psychologiques », expression qui prête à confusion puisque le programme comporte deux niveaux d'intervention, soit de basse et de haute intensité, et que les interventions de basse intensité ne relèvent aucunement de la psychothérapie. Le niveau de basse intensité inclut les activités suivantes : suivi cognitivo-comportemental par ordinateur, auto-gestion des symptômes guidée ou non par un intervenant, aide à la résolution de problème, groupes d'éducation psychologique et entraînement à la relaxation. Le deuxième niveau, c'est-à-dire le niveau de haute intensité, concerne la psychothérapie proprement dite.

Même si le programme prévoit théoriquement des interventions de haute intensité, les psychologues britanniques dénoncent une pression organisationnelle qui pousse les usagers et les intervenants à favoriser excessivement les interventions du niveau de basse intensité, au détriment des besoins manifestes pourtant exprimés par les usagers et observés par les intervenants. Ainsi, les statistiques de 2012 concernant l'*IAPT* montrent que les deux tiers de la clientèle ont uniquement utilisé le niveau de basse intensité et n'ont donc pas eu recours à la psychothérapie.

---

<sup>1</sup> Cet institut est un organisme indépendant responsable de fournir au gouvernement du Royaume-Uni les directives nationales en matière de promotion de la santé ainsi qu'en matière de prévention et de traitement.



Les critiques déplorent au final la détérioration des services offerts et utilisent des termes tels que « *fast track treatment* », « *quick fix* », « macdonaldisation des services », « *easy-going approach* » ou « *ration therapy* ».

#### 4.2 Des durées de psychothérapie trop rigides et trop courtes

L'IATP, comme le PQPTM à priori, mise sur des interventions de courte durée. Il ne s'agit pas de dire ici qu'une « bonne » psychothérapie est nécessairement de longue durée. En revanche, imposer une psychothérapie de courte durée à tous les usagers ou à la majorité d'entre eux n'est pas souhaitable. Établir un nombre maximal trop bas de séances de psychothérapie met les usagers et les psychologues en difficulté.

De plus, le faible nombre de séances de psychothérapie offertes renvoie l'utilisateur et le psychologue vers ce que pratiquent les firmes privées dans le cadre de leurs programmes d'aide aux employés (PAE) au Québec. Les PAE fournissent quelques rencontres tout au plus : sans même parler de guérison, plutôt qu'un rétablissement, ils visent avant tout un retour au travail. Or, l'IATP est censé aller plus loin pour les usagers aux prises avec un trouble avéré de santé mentale. Le PQPTM souffrirait également d'une telle comparaison avec les PAE de la Province...

Or, il a été établi que **la limite minimale d'un service adéquat de psychothérapie de première ligne qui permette aux personnes de se rétablir et de retrouver un niveau « normal » de fonctionnement se situerait autour de 20-25 séances** pour la plupart des clients (Harnett, O'Donovan et Lambert, 2010). De plus, selon une étude allemande (Altmann et coll., 2016) effectuée auprès de 22 294 participants, **des épisodes d'une durée moyenne de 30 rencontres de psychothérapie sont tout à fait raisonnables et rentables**. À l'appui de leur affirmation, ces auteurs rapportent une réduction de 42 % des jours de maladie, de 27 % des jours d'hospitalisation, de 22 % des coûts d'hospitalisation et de 8 % des coûts en services externes. En outre, l'Institut national d'excellence en santé et services sociaux (INESSS; 2018) rapporte que, selon cette même étude, investir dans des services de psychothérapie individuelle de 30 séances environ permettrait une réduction nette de 10 % des coûts de santé.

Enfin, Ballatt et Campling (2011) mettent en garde contre les **dangers de psychothérapies trop courtes pour certaines personnes**:

*« There is also strong evidence that, for some patients, short-term psychological interventions cause more harm than good – for example, opening up intense and dangerous feelings without the time and psychological containment to work them through (National Institute for Health and Clinical Excellence, 2009). »*

#### 4.3. La psychothérapie cognitivo-comportementale dévoyée

L'IATP préconise officiellement des interventions issues des données probantes ; les psychothérapies proposées y relèvent toutes ou presque de l'orientation cognitivo-comportementale. Or, de nombreux psychologues britanniques travaillant selon cette école de pensée dénoncent une réduction et une altération de leurs modèles et techniques de traitement. L'injonction de l'utilisation exclusive de certaines techniques et outils ne permet plus aux cliniciens dûment formés à la (psycho)thérapie cognitivo-comportementale (TCC) de mettre en pratique leur savoir-faire et de recourir à toutes les subtilités et à la richesse que contiennent les modèles de traitement cognitifs et comportementaux dits de deuxième et troisième vagues.

Ainsi, Binnie (2015) évoque le risque que la réputation de la psychothérapie cognitivo-comportementale soit compromise et affirme que la version *IAPT* de la TCC n'est en fait pas de la TCC. Mackinson et Murphy (2016) rapportent que l'*IAPT* a été qualifié de « *mechanistic, reducing the complexity of CBT, homogenizing therapeutic interventions and underpromoting collaborative and dialogically oriented therapy* ». Enfin, Mollon (2009) rappelle que l'*IAPT* s'appuie sur un formatage restreint de techniques destinées à favoriser le retour au travail ; or cet objectif psychothérapeutique n'est aucunement l'objectif systématique de la TCC.

#### 4.4. Des usagers mal informés

Selon Marzillier et Hall (2009), l'*IAPT* reposerait sur **une conception naïve de ce que sont les problèmes de santé mentale**, « *essentially a simplistic 'illness' model* », de même que sur « *an overly optimistic assessment of how effective psychological treatments may be* ». Ainsi le programme entretiendrait chez l'utilisateur, chez l'intervenant comme chez le gestionnaire, une vision peu réaliste de ce que sont les troubles de santé mentale, les problèmes psychosociaux et les difficultés psychologiques. Le programme entretiendrait également une représentation erronée voire candide des traitements qui sont parfois nécessaires pour aller mieux. Enfin, l'*IAPT* ne permet pas aux usagers de comprendre les rôles et mandats distincts des professionnels de la santé. Des intervenants ayant une formation initiale différente et un titre différent se retrouvent à faire la même chose...

Mackinnon et Murphy (2016) constatent qu'il est essentiel de fournir des informations complètes aux usagers, à savoir clarifier d'emblée les niveaux de services offerts par l'*IAPT* et présenter l'éventail des interventions thérapeutiques de courte, moyenne et longue durée qui sont disponibles. Les auteurs mentionnent également que l'*IAPT* pourrait être amélioré en clarifiant le rôle spécifique des différents professionnels impliqués. Cela équivaldrait dans le secteur de la santé mentale au Québec à mieux caractériser les mandats des psychologues, travailleurs sociaux, ergothérapeutes, sexologues, psycho-éducateurs et infirmiers.

Enfin, pour éviter toute fausse représentation auprès de l'utilisateur, de son entourage et des citoyens en général, plutôt que de « psychothérapie », il faudrait honnêtement parler d'interventions en santé mentale, de soutien, de suivi psychosocial, destinés à des personnes présentant des problèmes de santé mentale courants (Marzillier et Hall, 2009). Ceci semble tout aussi valable pour les discours politiques tenus dans les médias que pour les éléments de langage choisis à l'intérieur même du réseau de la santé.

## 5. Des cibles thérapeutiques restreintes

### 5.1. Une multitude de troubles mentaux et de symptômes ignorée

Outre la très courte durée des psychothérapies, les critiques portent également sur **les cibles thérapeutiques** parce qu'elles sont considérées comme étant très restreintes. Le programme *IAPT* se limite à deux seules cibles, soit le trouble dépressif et le trouble anxieux, laissant de côté tous les autres troubles de santé mentale qui justifieraient une demande de services notamment en première ligne.

Il était en effet tentant de miser sur le vaste volume de gens qui présentent ces deux conditions en présumant qu'elles se prêtaient bien à des interventions de masse (Ballatt et Campling, 2011). Mais quid des usagers qui souffriraient de trouble obsessionnel-compulsif, d'un trouble

de stress post-traumatique, de dépersonnalisation/déréalisation, de boulimie, de trouble à symptomatologie somatique, de dyspareunie, de trouble de la personnalité évitante, de trouble bipolaire de type 2, etc. ? La liste est longue.

Par ailleurs, le fait que certains troubles ou symptômes soient rares ne veut pas dire que les cliniciens sur le terrain de la première ligne ne les rencontrent jamais. Les intervenants doivent avoir les coudées franches pour pouvoir travailler avec les phénomènes moins fréquents ou imprévus et pouvoir ainsi offrir un service adapté aux usagers qui sinon tomberaient entre les mailles du filet.

Enfin, le trouble dépressif et le trouble anxieux regroupent eux-mêmes une multitude de symptômes, syndromes ou troubles différents. Les concevoir comme une entité parfaitement homogène est une erreur. Dans le DSM-5 par exemple, la catégorie des troubles anxieux inclut notamment l'anxiété de séparation, le mutisme sélectif, la phobie spécifique, la phobie sociale, le trouble panique, l'agoraphobie, l'anxiété généralisée. Les personnes qui présentent ces diagnostics ont des symptômes communs et vivent des difficultés similaires, mais pas toujours et pas en tous points. Il est important, notamment en psychothérapie, de laisser la possibilité au psychologue d'ajuster sa compréhension et d'adapter son répertoire de modèles et de techniques en fonction de chaque situation initiale et selon l'évolution de l'utilisateur en cours de traitement.

## 5.2. La non prise en compte des comorbidités et des troubles concomitants

Le programme *IAPT* délaisse également tous les **diagnostics associés en comorbidité** ; or dans la réalité on retrouve rarement de façon isolée les troubles dépressifs et anxieux. Il est fréquent que d'autres symptômes ou troubles fassent partie du portrait. En effet, Cairns (2014) observe que: « *NICE recommendations are based on evidence gained from clinical trials, in particular Randomised Controlled Trials (RCTs), which tend to exclude the sort of patient with complex and co-morbid conditions who often present in practice* ».

Aussi, ce qui restreint ironiquement l'applicabilité du programme, c'est que les diagnostics de **dépression et d'anxiété se retrouvent eux-mêmes combinés dans 70% des cas, alors qu'aucune ligne directrice n'existe pour de telles situations** (Hemmings, 2012). « *Are there really separate illnesses or diseases called anxiety and depression? No one in the field seriously believes that, hence the coinage "co-morbidity"* » (Samuals, 2017). Par exemple, si un épisode dépressif majeur résulte des conséquences négatives associées à une phobie sociale, et que seule la dépression constitue la cible thérapeutique, l'objectif de rétablissement sera raté.

## 5.3. Un objectif thérapeutique néo-libéral, une politisation de la psychothérapie

Les critiques britanniques déplorent les biais découlant du concept initial de l'*IAPT* : l'objectif central est d'aider les travailleurs en arrêt maladie à retourner au travail plus rapidement. Or, cet objectif spécifique est tout à coup devenu un but « psychothérapeutique » généralisé, influençant drastiquement la nature des traitements ciblant les troubles dépressifs et les troubles anxieux.

Cet angle pragmatique et économique révèle par ailleurs un arrière-plan idéologique que nous n'aborderons pas en détails dans ces pages et qui explique les pressions qui s'exercent sur la définition et la prestation des services de psychothérapie en contexte néo-libéral. Mackinson et Murphy (2016) dénoncent en plus la déresponsabilisation de l'État à l'endroit de certains

citoyens qu'on considère aptes à se prendre en charge alors que leur condition temporaire ou chronique ne le leur permet pas toujours. Ce qui, entre autres, renforce une stigmatisation et une culpabilisation des individus concernés. Cette déresponsabilisation de l'État à l'endroit de ces personnes vulnérables entraînerait finalement une réduction des services publics.

*« Finally, we make a call to policy makers to consider the extent to which care services, including mental health services, can and should resist promoting a political agenda and in doing so, pathologize dependency for an already stigmatized group of people. (Mackinson and murphy 2016)*

Ballatt et Campling (2011) énoncent un changement de paradigme par rapport à la définition de la psychothérapie, voire une « politisation de la psychothérapie » : les impératifs économiques et politiques à court-terme l'emportent sur les enjeux de santé. **On troque le soin et la psychothérapie pour un grand et flamboyant projet social de retour sur le marché du travail.** Les facteurs économiques et la temporalité court-terme du jeu électoral l'emportent sur les impératifs de santé, et un fossé se creuse entre la mission des cliniciens et la mission des gestionnaires. **C'est-à-dire que les gestionnaires se détournent du principe du service public et, plutôt que d'être au service des citoyens, ils semblent être au service du budget de l'État et des exigences communicationnelles de ses élus,** alors que les cliniciens, eux, continuent d'essayer de servir au mieux les patients qu'ils rencontrent. Cet agenda de productivité s'avère inquiétant pour les usagers, leur bien-être et celui de leurs proches.

## 6. Une méthode réductrice

Avant toute chose, nous souhaitons rappeler que l'APQ accorde beaucoup de valeur à la recherche en psychologie, psychopathologie et psychothérapie. Nous tenons également à mentionner que l'APQ, tout comme l'*American Psychological Association* (2006) et la *Canadian Psychological Association* (2012) défend une pratique clinique rigoureuse qui s'appuie sur l'expertise du psychologue, qui prend en compte les caractéristiques du patient et qui intègre les données de la recherche scientifique.

### 6.1. Le choix exclusif du paradigme biomédical

Le paradigme au fondement de l'IAPT est de nature biomédicale et il implique d'abord la diminution de certains symptômes incapacitants. L'adéquacité de ce paradigme est questionnée : les enjeux cliniques et éthiques liés à l'intervention en santé mentale sont-ils toujours compatibles avec le paradigme biomédical qui prévaut dans certains domaines de recherche et dans d'autres secteurs de la santé physique (Guy, Loewenthal, Thomas et Stephenson, 2012) ? Selon ces auteurs, nous assistons à une guerre de paradigmes entre ceux qui considèrent la psychothérapie comme un médicament qui soignerait un trouble organique et ceux qui la comprennent comme fondamentalement axée sur le dialogue et sur la relation et qui soignerait une personne dont le trouble et la souffrance sont d'origine multifactorielle.

## 6.2. Peu d'attention portée à la relation psychothérapeutique

Lyford (2018) et Plecoff (2016) ajoutent que le programme *IAPT* a créé une « **thérapie industrialisée** ». Lyford (2018) précise que, comme pour tout processus de nature industrielle, l'objectif de l'*IAPT* est la productivité. Binnie (2015) décrit la « McDonaldisation » de la psychothérapie de la façon suivante:

*« Ritzer (1993) coined the phrase “McDonaldization” when referring to contemporary western social life; ...the complexity of therapy is minimised when there is a focus on diagnosis and subsequent training in technique and manualised treatments. IAPT is a prime example of how this McDonaldization process is rolled out on a national scale: clients are put through the system and therapies are delivered and outcomes measured; everything is supposed to be manualised to the point of the idea of the “interchangeable therapist.” »*

Les psychologues, quelle(s) que soi(en)t leur(s) orientation(s) théorique(s), accordent de l'importance à la relation psychothérapeutique, à l'alliance de travail qui va se créer, et à la compréhension que le client va développer de son fonctionnement psychologique incluant ses symptômes et son trouble mental le cas échéant. L'importance de ces dimensions relationnelles, émotionnelles et cognitives, relevant de ce qu'on appelle les facteurs communs de l'efficacité des psychothérapies, pourtant bien documentés dans la littérature des données probantes (Wampold, 2007), semblent échapper aux tenants du paradigme biomédical. Ne leur en déplaise, le traitement requis pour certains patients implique de pouvoir verbaliser ce qui leur arrive, de faire du sens avec leur expérience et de se sentir compris.

## 6.3. Un manque de considération pour la complexité des situations cliniques

Il a été reproché à l'*IAPT* de ne pas être en phase avec les réalités cliniques complexes rencontrées sur le terrain. Plusieurs raisons ont été évoquées. Marzillier et Hall (2009) affirment que les participants aux études de cohorte sont soigneusement sélectionnés pour se conformer à des critères diagnostiques stricts qui ne se retrouvent pas toujours de la sorte sur le terrain. De plus, une proportion significative des participants n'achèvent pas le traitement et ne sont pas disponibles pour l'évaluation post-intervention. Ainsi, nous souhaitons rappeler ici aux gestionnaires et décideurs que dans chaque étude de cohorte il y a des participants « perdus en cours de route », ce qui est normal. Sauf qu'en clinique, on ne peut se permettre d'échapper des patients de cette manière. Que propose-t-on aux usagers alors ?

De plus, tel que nous le mentionnions en introduction, le taux de rétablissement des usagers ayant bénéficié de l'*IAPT* serait de moins de 25% (Callan et Fry, 2012; Hemmings, 2012; Griffiths, Steen et Pietroni, 2013a; Jeory et Buchanan, 2012). Que propose-t-on aux usagers qui ne se rétablissent pas dans les temps impartis ?

Shedler (2017), pour sa part, dénonce qu'en matière d'organisation des services on prenne comme référence absolue les essais contrôlés randomisés. (ECR) ; on néglige alors d'autres formes de recherche sur l'efficacité des traitements ainsi que la littérature sur les facteurs communs. Or, il y a des situations particulières et complexes dans lesquelles ce parti-pris organisationnel est inopérant cliniquement. Quelle est la marge de manœuvre des psychologues alors ?



Par ailleurs, dans le cadre de l'IATP comme dans celui du PQPTM, on semble confondre la pratique basée sur les données probantes (*evidence-based practice - EBP*) et l'exécution de traitement empiriquement validé (*empirically supported treatments - EST*).

Or, afin de s'adapter aux diverses situations cliniques et à la singularité de chaque usager, le psychologue doit avoir la latitude suffisante pour prendre des décisions cliniques appropriées et adapter au mieux la psychothérapie qu'il offre. Dans quelles mesures les psychologues pourront-ils exercer leur jugement clinique ?

#### **6.4. Peu de place pour les facteurs psychologiques et sociaux**

Dans le champ de la psychologie, Marzillier et Hall (2009) estiment que repérer les symptômes et les traiter, sans tenir compte des facteurs psychologiques et sociaux impliqués dans l'émergence, l'aggravation, le maintien et la rechute d'un trouble, ne tient pas la route.

De plus, il est démontré dans la littérature que les troubles mentaux résultent en partie de divers événements de vie anciens et récents, du stress et de l'adversité, de la pauvreté, de la négligence et de la maltraitance vécus durant l'enfance, durant l'adolescence et plus largement au cours de la vie... Selon James (2014), 90% des personnes ayant souffert de mauvais traitements durant l'enfance développeraient des problèmes de santé mentale à l'âge adulte et il rappelle « *adults who suffered five or more childhood adversities such as abuse or neglect are 193 times more likely to be mentally ill than people who suffered none.* ». Ainsi, dans chacune des quatre grandes orientations théoriques en psychothérapie, l'environnement passé et actuel de la personne est très important à considérer. Et dans certains cas, les psychothérapies qui explorent l'impact d'expériences douloureuses durant l'enfance et qui attachent une importance à la relation psychothérapeutique ont montré des résultats positifs durables.

Or, selon ses détracteurs, l'IAPT exclue systématiquement ces aspects : peu d'attention voire aucune n'est portée sur l'histoire de la personne et sur son environnement. **L'IAPT ne tient pas assez, voire pas du tout, compte du rôle crucial de l'environnement et des expériences perturbatrices au cours de la vie dans la compréhension des problèmes de santé mentale.**

#### **6.4. Une orientation théorique et des techniques de soins imposées**

Dans le cadre de l'IATP, une formation intensive brève des intervenants est prévue afin que ceux-ci appliquent le protocole à la lettre : il s'agit d'interventions très standardisées et manualisées. De plus, les interventions offertes relèvent pratiquement toutes de l'orientation cognitivo-comportementale et, plus encore, elles se restreignent à quelques outils ou techniques (encouragement à l'exposition, brève restructuration cognitive, enseignement de la relaxation). Encore une fois, il ne s'agit pas de dénigrer cette orientation, ces techniques, ces outils, il s'agit de critiquer leur usage rigide et restreint.

Ainsi, dans le programme britannique, les guides bâtis pour fournir des repères aux intervenants ne sont plus seulement des variables à prendre en compte, ils dictent une stricte façon de faire.

Au Québec, par une mise en place rigide du PQPTM, le Ministère se compromettrait en faisant une ingérence majeure dans le travail clinique des intervenants, notamment des psychologues, en imposant une durée minimaliste de psychothérapie, une modalité de traitement en individuel ou en groupe, une approche psychothérapeutique particulière, etc. En poursuivant la

transformation de ses intervenants en techniciens qui suivraient des procédures et exécuteraient sans réserve les ordres des gestionnaires, le Ministère appauvrirait la richesse et la flexibilité de l'offre de services en santé mentale.

Finalement, selon Polecoff (2016), la Grande-Bretagne s'est finalement retrouvée en présence de deux types de psychothérapie au sein d'un système inéquitable : la première est la thérapie étatique, mécanisée et restreinte, et la deuxième, qu'il nomme « *real therapy* », est disponible principalement dans le secteur privé et dans les organismes communautaires. C'est, entre autres, ce que nous souhaiterions éviter au Québec.

## 7. Le débat des « approches » : l'efficacité comparée

Rappelons ici que l'APQ, tout comme l'OPQ, considère que les quatre grandes écoles de pensée ou orientations théoriques (cognitive-comportementale, existentielle-humaniste, psychodynamique-analytique, systémique-interactionnelle) sont aussi valables et efficaces les unes que les autres.

### 7.1. Une virulente controverse en Grande-Bretagne

De vives critiques ont été exprimées à l'encontre du programme britannique qui met l'accent sur une seule orientation théorique, soit l'orientation cognitivo-comportementale.

*« IAPT is bound into the NICE guidelines that were developed largely for practitioners of physical medicine. The NICE guidelines focus on Anxiety and Depression and recommend almost exclusively CBT, virtually to the exclusion of any other form of therapy. » (Hemmings, 2012)*

La controverse a été virulente en Grande Bretagne devant la disparition du champ de la thérapie étatique d'approches pourtant bien établies, position contradictoire avec l'engagement récent du gouvernement de respecter le choix des patients (Guy, A., Loewenthal, D., Thomas, R., & Stephenson, S., 2012). Hemmings (2016) parle même d'un traumatisme dans le champ de la psychothérapie, « *an assault on counselling and psychotherapy services in primary care in the National Health Service (NHS)* ». Considérons ce commentaire de Samuels (2012) :

*« A full-scale war has broken out regarding emotional distress (and "illness"): how we talk about it, whether we try to measure it or not, and—crucially—what we do about it. Behind this battle for ownership of the soul lies contemporary culture's profound ambivalence regarding psychotherapy and counselling. Many countries have now ---- opted for **what they believe to be a quick and effective form of therapy.** »*

Les tenants de l'orientation humaniste-existentielle, pour leur part, affirment l'importance de leur contribution au plan des valeurs sociales :

*« future of humanism is dependent upon the cultivation of the humanities' impulse in mental health culture. Certain orientations to helping can be categorized as humanities approaches because their focus is on human meaning systems. **The dominant medical model, in contrast, purposefully eschews human meaning systems.** (...) This would create a powerful, unified humanities response to the technical approaches that currently dominate the helping professions. » (Hansen, 2012)*



Miller (voir Lyford, 2015), psychologue qui dirige l'« *International Center for Clinical Excellence* », explique de la façon suivante l'engouement des représentants du gouvernement pour une forme réductrice de TCC:

« *(They) keep being drawn to approaches that promise to offer methodical, step-by-step procedures, which, if accurately carried out, will have systematically predictable results. "Saying that CBT works in that way makes for a simple, reassuring story"; "but it's misleading and keeps us from advancing as a field. It ignores all we've learned about the key variable that research has shown over and over accounts most for positive results: the therapeutic relationship. »*

Guy, Loewenthal, Thomas et Stephenson (2012) recommandent que le NICE agisse en conformité avec ses propres doutes quant au bien-fondé et à la fiabilité de sa méthode et élargisse son processus « *to a more pluralist approach to what constitutes evidence* », de la même manière que l'APA l'a recommandé aux États-Unis. D'ailleurs, Kinderman, le président de la *British Psychological Society*, ajoutait être confiant qu'au fil de sa maturation, le programme IAPT évoluerait vers des approches multifactorielles (Carey, 2017).

Lyford (2018) conclut le débat de la façon suivante. À la fin, à la fois les tenants et les opposants de la TCC s'entendent sur deux choses : aucune forme de psychothérapie n'offre de cure miracle fiable et il n'est jamais facile d'extraire des principes scientifiques nets de cette rencontre nébuleuse qu'on appelle la psychothérapie.

## 7.2. Plusieurs modèles de traitement sont efficaces

Retenons principalement que si de nombreuses recherches démontrent l'efficacité de la TCC, **plusieurs études montrent également que d'autres modèles de traitement provenant d'autres orientations théoriques (humanistes, psychodynamiques, systémiques, etc.) sont efficaces**. Le gouvernement britannique lui-même, dans son « *Second UK National Audit of psychological therapies* » (Pybis, Saxon, Hill et Barkham, 2017) affirmaient ceci : « Le counselling<sup>2</sup> n'est pas inférieur à la thérapie cognitivo-comportementale et il semble qu'il y ait peu ou pas de raison pour considérer cette dernière comme étant supérieure en ce qui a trait à l'allocation des fonds publics pour le financement d'essais dans le domaine de la dépression » (notre traduction).

Dans le même sens, une récente revue de méta-analyses (Wampold, 2017) révélait qu'il n'y aurait pas de différence significative dans l'efficacité de plusieurs types de traitements relevant de différentes écoles de pensée. Même son de cloche du côté de la Suède où le *National Board of Health and Welfare* qui, après avoir placé la TCC au sommet de la liste des traitements recommandés pour la dépression et l'anxiété, a conclu au terme d'une période d'essai de 2 ans que cette approche n'avait pas d'avantages notables par rapport aux autres. Voilà un constat amer après avoir dépensé 2 milliards de couronnes suédoises (environ 300 millions de dollars canadiens) en incitatifs financiers destinés aux thérapeutes qui avaient fait de la TCC leur mode de traitement privilégié (Lyford, 2015).

Nombreux sont les cliniciens et chercheurs à affirmer que ce sont d'autres variables que la technique en tant que telle qui déterminent l'efficacité d'une thérapie. D'après Hall et Marzillier (2009), tous les thérapeutes reconnaissent qu'une bonne alliance thérapeutique est

---

<sup>2</sup> « Forme de thérapie », dans le vocabulaire britannique.

fondamentale, peu importe les techniques utilisées. Lyford (2018) rappelle l'importance de la relation thérapeutique. Les qualités du thérapeute (Wampold, 2011) son efficacité (Miller, Hubble et Duncan, 2007) et les facteurs communs (Wampold, 2015) entrent également en ligne de compte.

### 7.3. Une pluralité de modèles et de techniques est nécessaire

Jeory et Buchanan (2012) considèrent comme une complète disgrâce que les spécifications serrées et les directives étroites de l'IATP aient évincé de nombreuses autres formes de psychothérapie dont l'efficacité a pourtant été démontrée et que les patients réclament. Ils ajoutent que **le NHS entrave le rétablissement de ses clients par son approche inflexible et gaspille des millions de dollars annuellement pour des services qui sont inefficaces.**

**Un éventail diversifié d'approches psychothérapeutiques est donc requis** pour aborder la pluralité et la complexité des problèmes humains et permettre aux patients, tant que faire se peut, un choix dans le type de traitement à recevoir. Il faut garder une souplesse, une flexibilité dans la position psychothérapeutique afin de pouvoir établir une relation significative avec la clientèle qui, elle, se présente dans sa spécificité et sa diversité. Les formules toutes faites, comme nous le verrons ci-après, semblent avoir l'heur de déplaire à la clientèle. « ***We reject the one-size-fits-all, techniques-driven approach in favour of the virtues of initial psychological assessment, careful formulation and offering patients a range of options, amongst which therapy, CBT or otherwise, is just one*** » (Marzillier et Hall, 2009).

Selon les mêmes auteurs, pour que plusieurs options de traitement soient équitablement accessibles à l'usager, l'allocation des ressources devrait financer une pluralité d'interventions de basse et de haute intensité:

*« For all these reasons, a comprehensive psychological therapy service should be able to offer a range of therapeutic modalities, in addition to CBT (TCC). Among the other most important alternative forms of psychological therapy are systemic family therapy and therapy informed by psychodynamic principles, including the hybrid cognitive-analytic therapy. In addition, some innovative forms of therapy, such as the increasingly significant mindfulness therapy, should be available and other problem-specific interventions for conditions such as psychological trauma. »*

Il serait donc sage au Québec de **ne pas tomber pas dans le piège d'une orientation théorique unique et encore moins d'un protocole de soin unique** mais plutôt de **tenir compte de la richesse de la pluralité des approches psychothérapeutiques et du droit des clients à choisir ce qui leur convient.**

## 8. Des professionnels malmenés et épuisés

### 8.1. Un taux d'épuisement professionnel très élevé

Un haut taux d'épuisement professionnel a été observé chez le personnel soignant au sein du programme IATP, ce qui a pour conséquence un impact négatif sur la qualité des services ainsi que sur les coûts du programme.

Plus précisément, Westwood, Morison, Allt et Holmes (2017) ont examiné les taux d'épuisement émotionnel, de désengagement et d'épuisement professionnel des intervenants du programme *IAPT*. Ils ont observé non seulement une très haute prévalence d'épuisement professionnel chez ces intervenants, mais également des niveaux d'épuisement parmi les plus élevés observés dans le secteur de la santé mentale.

Le taux d'épuisement émotionnel et de désengagement (indicateurs d'épuisement professionnel) observés chez les intervenants des services de basse intensité était de 66 % alors que chez les intervenants des services de haute intensité, le taux était de 50 %.

N'oublions pas les expressions « thérapie industrialisée » ou « thérapie standardisée » qui laissent entendre que l'accent est mis sur la productivité et que cela implique une forte pression à la performance. Le problème essentiel à considérer concerne la nature même du travail en relations d'aide: il existe un **point de saturation émotionnelle** concernant la somme totale en « quantité » et en « intensité » des contacts humains que peut tolérer une personne travaillant en contexte de souffrance et de détresse humaine au cours d'une période donnée. Le dépassement de ce point de saturation mène à la fatigue de compassion et à l'épuisement professionnel.

Au final, la prescription et la mécanisation des tâches érodent la disposition à l'empathie, à la serviabilité et aux gestes de bienveillance qui sont si appréciés des clients (Ballatt et Campling, 2011).

## **8.2. Une lourde charge de travail**

Une charge de travail excessive a été observée, tant au niveau du nombre d'heures de contact direct avec les clients (notamment l'intervention au téléphone) que du travail administratif, dont l'entrée de données pour monitorer les impacts du programme : « *There are indications that telephone contact with patients is a particularly important factor associated with burnout* » (Westwood, Morison, Allt et Holmes, 2017). Booth (2016) qualifie le modèle d'intervention de type « centre d'appel », une comparaison qui selon nous fait ressortir d'une part la notion de pression au volume et d'autre part l'incompatibilité de la formule avec des services en santé mentale.

Westwood, Morison, Allt et Holmes (2017) recommandent des stratégies pour réduire l'épuisement professionnel chez les travailleurs de l'*IAPT*. Les charges de travail devraient être gérées différemment dans le but d'éviter des nombres trop élevés d'heures de contact avec la clientèle, spécialement par téléphone, et de garder le surtemps au minimum. Les auteurs suggèrent également d'assurer un soutien adéquat via la supervision clinique. Les psychologues pourraient d'ailleurs jouer un rôle crucial dans la fonction de supervision.

## **8.3. Monitoring des symptômes et du rétablissement : une pression nocive**

Plusieurs intervenants déplorent que leur expérience clinique ne soit plus applicable, ajoutant qu'ils soient encadrés par des questionnaires qui ont un bagage clinique faible, lointain ou inexistant, et que leur paye varie selon qu'ils rencontrent les standards de rétablissement établis par le programme. Ce mode d'évaluation entraîne des conséquences graves. L'*IAPT* instaure une pression au rendement et se base, pour cela, sur le monitoring des symptômes et la mesure du rétablissement. Dirait-on la même chose à un médecin qui traite un patient souffrant d'un cancer? Est-ce de sa faute si le corps du patient répond au traitement ou non ?

Booth (2016) rapporte le témoignage d'intervenants ayant déjà travaillé au programme *IAPT* :

« *There is hatred for the patient that keeps us on the phone too long, making it impossible to meet the quota of eight satisfied clients a day. Reaching the quota involves not listening to the real and deteriorating situation of patients.* » Et également, « *You are given 30 minutes to get to grips with complex and often hopeless situations, lie about what you can do and walk away from human tragedy without a care in the world.* »

Selon Lyford (2018), une trop grande dépendance à ce type de statistiques impose des standards irréalistes aux cliniciens et les épuisent. Faut-il rappeler que le code de déontologie des psychologues fixe une obligation de moyens et non une obligation de résultats (Éditeur du Québec, 2019b)?

#### **8.4. Impuissance et dilemme éthique**

Les protocoles standardisés de l'*IATP* présentent des carences importantes qui font vivre beaucoup d'impuissance aux intervenants engagés dans le programme : « la présence d'une lourde charge de cas, associée à une formation minimale en intervention standardisée amène les intervenants de l'*IAPT* à se sentir personnellement inadéquats quand les procédures manualisées s'avèrent insuffisantes, notamment dans les situations complexes de certains clients. » (Rizq, 2011) [Notre traduction].

Binnie (2015) rapporte que le personnel peu expérimenté qui fait les évaluations initiales brèves et très souvent par téléphone, tente du mieux qu'il le peut de repérer les symptômes, évaluer le besoin de services et orienter vers le traitement approprié. Bien que les services *IAPT* soient supposés recevoir des clients avec une dépression ou trouble anxieux léger à modéré, la réalité est que souvent ce personnel est laissé à lui-même avec peu de formation ou de connaissances psychologiques pour évaluer des clients au profil plus complexe.

Enfin, il faut rappeler que ce sont les psychologues, les neuropsychologues, les omnipraticiens et les médecins psychiatres qui posent habituellement les diagnostics des troubles mentaux et sont susceptibles de faire une évaluation plus poussée et complète selon leur champ d'expertise. Or dans le programme *IATP* (et donc le PQPTM), ces professionnels ne sont accessibles qu'en fin de parcours...

#### **8.5. La détérioration du climat de travail**

Ballatt et Campling (2011) remarquent qu'une tendance culturelle prédominante impose de nouveaux paramètres: standardisation, établissement d'objectifs, réglementation, gestion de la performance et systématisation des soins, agir avec efficacité, appliquer l'évidence, inspecter... La société a placé ses espoirs d'un meilleur système de santé dans une réforme structurale et réglementaire. Mais selon ces auteurs, peu d'attention a été portée à l'influence de ces processus sur le climat de travail, sur la culture des organisations et sur leur personnel, de même que sur les conditions nécessaires à la compassion et à la bienveillance dont les patients ont tant besoin. Sans compter que dans un tel contexte organisationnel, la pression continue produit un climat de travail négatif et favorise peu la coopération entre les professionnels. De fait, chez les intervenants de l'*IAPT*, le moral est bas et le taux d'épuisement élevé.

Lyford (2017) souligne ainsi l'impact nocif et pressurant de l'approche managériale très "top-down" de l'IAPT:

« *Where people are told what to do, and if they're not providing good enough outcomes, then there's a lot of pressure put on them as to why they're not delivering* ».

En conclusion, il fallait s'y attendre, l'épuisement professionnel du personnel de l'IAPT entraîne en cascade des impacts négatifs indésirables, tels que des problèmes de santé physique et mentale, mais également de hauts taux de roulement du personnel et la détérioration de la qualité des soins. La prescription et la mécanisation des tâches érodent la disposition à l'empathie, à la serviabilité et aux gestes de bienveillance qui sont si appréciés des clients (Ballatt et Campling, 2011). Ceci amorce une réponse à la section qui suit...

## 9. Efficacité et rentabilité réelles du programme britannique?

D'ores-et-déjà, une question pertinente se pose avant de tenter d'imiter le programme britannique. Quelle est la réelle efficacité de la formule? Plusieurs auteurs rapportent qu'on a eu tendance à fortement enjoliver les résultats afin d'en justifier le financement. Il semblerait donc qu'il faille apporter d'importants bémols quant à la réussite effective de l'IAPT. Ce programme présenté comme la formule gagnante n'aurait pas le taux de succès qu'il prétend avoir. Ce qui justifie à juste titre qu'on se permette d'y jeter un regard critique afin d'y apporter les correctifs requis.

### 9.1. Un taux de rétablissement mitigé

Selon plusieurs études, le taux de rétablissement se situerait entre 10% et 22%. Tout d'abord, Hemmings (2012) rapporte que 18% seulement des personnes qui ont eu accès au programme sont considérées « rétablies ». Griffiths, Steen et Pietroni (2013) révèlent qu'en utilisant comme base de référence le nombre de personnes qui démarrent effectivement le programme, le taux de réussite est de 22%. De plus, selon les mêmes auteurs, il est difficile de connaître exactement le taux d'abandon au cours de la démarche : il est donc possible que ces statistiques surestiment le taux de rétablissement. En utilisant comme dénominateur tous les patients référés au programme IAPT, le taux tombe à 12%.

Même le gouvernement britannique, qui a examiné les résultats des interventions de l'IAPT lors de sa Deuxième Commission Nationale (2nd UK National Audit<sup>3</sup>), reconnaît le faible rendement de son programme et considère préoccupant de constater que **la moitié des patients, quel que soit le type d'intervention, n'a pas montré d'amélioration** (Pybis, Saxon, Hill et Barkham, 2017). Pour sa part, le *Centre for Social Justice* révèle dans son important rapport que la « *NHS's<sup>4</sup> reliance on a narrow range of psychological counselling is failing nearly nine out of 10 patients* » (Jeory et Buchanan, 2012). Callan et Fry (2012) précisent que les statistiques de l'IAPT prétendaient un taux de rétablissement au-dessus de 40% mais que du point de vue des commissaires et des médecins référents, 86% des patients ne sont en fait pas aidés par le programme IAPT.

---

<sup>3</sup> The National Audit Office (NAO) scrutinises public spending for Parliament. Our public audit perspective helps Parliament hold government to account and improve public services.

<sup>4</sup> Système de santé publique du Royaume-Uni.



Ballatt et Campling (2011), quant à eux, **questionnent la validité des moyens de mesure du rétablissement**: les questionnaires utilisés indiquent-ils un réel changement, non seulement en termes de symptômes, mais aussi pour le fonctionnement global? Certains critères sont plus faciles à mesurer que d'autres, mais cela ne signifie pas nécessairement qu'ils soient les plus importants. Il faut souligner également les effets pervers qui peuvent découler de services de très court terme axés sur des cibles ou des indicateurs de performance. Selon Ballatt et Campling (2011), des chercheurs ont repéré entre autres la présence de la « **vision tunnel** », soit la fixation sur les mesures plutôt que sur les résultats escomptés, voire même, la manipulation de données.

La **persistance des impacts positifs après intervention n'est pas confirmée** et demande de plus amples investigations (James, 2014 et Mackinson et Murphy, 2016). En effet, selon James (2014) « *Many other researchers have since shown that two-thirds of those treated for depression with CBT [in IAPT] and who had apparently 'recovered', relapsed or sought further help within two years* ». Un psychologue travaillant au IAPT déplore la montée croissante du phénomène de la "porte tournante" parce que les personnes qui ne reçoivent pas ce dont elles ont besoin reviennent (Booth, 2016).

Ce faible rendement porte clairement ombrage aux bénéfices vantés par les tenants du programme IAPT.

## 9.2. Des usagers non soignés

**Le taux d'abandon du programme** constitue un problème de taille. Et les raisons n'en sont pas mystérieuses selon nous, compte tenu des limites du programme énoncées jusqu'à maintenant.

Jeory et Buchanan (2012) affirment que le **NHS entrave le rétablissement des patients à cause d'une méthode inflexible**, limitée à quelques interventions et techniques découlant d'une vision réductrice des problèmes de santé mentale et de leur traitement. On peut, à juste titre, se demander dans quelle mesure les clients apprécient une intervention si standardisée lorsqu'ils consultent. En d'autres termes, on peut émettre l'hypothèse d'une part que les procédures automatisées sont insuffisantes pour traiter les situations que présente une vaste proportion de personnes qui demandent à consulter et que d'autre part ces procédures conduisent à un travail clinique très technique, froid et bref qui ne correspond pas au besoin de ces personnes de recevoir un accueil humain et une écoute empathique de leur détresse.

Certains facteurs peuvent être identifiés comme prédicteurs de non-participation ou d'abandon du programme:

« *The clinical characteristics of risk to self, severity of emotional distress, and illness duration, along with site, were more predictive of IAPT non-attendance than socio-demographic characteristics* » (DiBona, Saxon, Barkham, Dent-Brown et Parry, 2014).

Miller et Hubble (2017) expliquent ainsi qu'un nombre non négligeable de personnes seraient réfractaires au programme:

« *The people I work with in my practice are willing to go far beyond protocols, logic, and realism to get what they want and need. And who am I to judge or, worse, stand in their way?* ».

Alors, que va-t-on offrir aux patients qui ne rentrent pas dans les cases? Que va-t-on aussi offrir aux patients difficiles ? Hostiles ? Marginaux ? Ou aux patients trop angoissés par la modalité de groupe ou stressés par la pression d'un rétablissement express?

### 9.3. Des interventions potentiellement nuisibles

Outre le risque d'un traitement inadapté ou d'un abandon du programme, plusieurs éléments sont à considérer ici. Les interventions de l'IAPT sont limitées dans le temps, ce qui peut s'avérer adéquat pour plusieurs personnes mais peut, dans certains cas, faire plus de tort que de bien en faisant émerger des souvenirs et sentiments intenses et menaçants sans prendre le temps ni le travail psychologique requis pour les traiter. D'autant plus que la pression qui est mise sur les premiers répondants pour une décision rapide est incroyablement dangereuse selon Booth (2016). Dent (2015) critique pour sa part les délais d'attente qui s'étirent de 3 à 12 mois. Ballatt et Campling (2011) nous mettent également en garde contre le risque du point de rupture rapide de la relation psychothérapeutique dans les approches mécanisées et ainsi :

*«There is clearly the potential for industrialisation to undermine the clinician's autonomy and sense of freedom to attend to the patient, and to threaten a consequent breakdown in trust between them ».*

Il existe donc un risque que les usagers perdent confiance dans le système de santé mentale et dans les professionnels qui le servent.

### 9.4. Des coûts élevés

Si l'efficacité du programme peut être évaluée en fonction des résultats et du taux de participation, elle peut également être analysée à la lumière de son coût financier. Il fallait s'y attendre, certains ont comparé l'efficacité du programme en comparant les coûts financiers à ceux d'autres services déjà existants : Callan et Fry (2012) révèlent que **le coût moyen de traitement d'un patient au IAPT est de plus du double de celui des services de première ligne offerts antérieurement**. Griffiths et Steen (2013) évaluent pour leur part qu'une entrevue à un niveau de basse intensité coûte £102.38, comparativement à £32.50 aux services publics traditionnels, alors que pour les services de thérapie de haute intensité, l'IAPT coûte £173.88 comparativement à £55.20, **soit 3,2 fois plus cher**.

Enfin, argument important, il faut considérer les coûts économiques liés à l'épuisement professionnel, dont le taux de roulement et le temps consacré à la formation des nouveaux intervenants. À trop pressuriser les travailleurs, on en vient à réduire sensiblement la performance du programme et à en augmenter les coûts. Selon Westwood, Morison, Allt et Holmes (2017), si l'épuisement professionnel explique en bonne partie la faible rétention des travailleurs, il faut donc prévoir le calcul suivant: l'augmentation des coûts liée à la diminution de la charge de travail sera compensée par les économies dues à une meilleure rétention du personnel et à la réduction des congés de maladie.

### 9.5. La perte d'expertise

Mais la comparaison ne se limite pas aux seuls facteurs financiers : plusieurs ont rapporté des effets indésirables notables entraînés par le programme IAPT. Selon Hemmings (2012) il faut également considérer **la perte importante de l'expertise non utilisée de la communauté professionnelle** à cause de la rigidité et des contraintes très restrictives du programme :



« *It also means that there has been a colossal loss of highly trained and experienced staff, and an haemorrhage of organizational memory* ». Mais Hemmings (2016) déplore une nuisance encore plus catastrophique, soit celle du démantèlement des services préexistants.

Par ailleurs, selon Hall et Marzillier (2009), **les psychologues ont davantage à offrir que des habilités thérapeutiques au système de santé. Ils offrent la capacité de puiser dans un éventail de connaissances pour la compréhension des problèmes humains, pour leur traitement** et pour leur capacité à les expliquer à la clientèle, d'une façon qui prend en compte leur complexité multidimensionnelle.

Enfin, si ce n'est pas le cas en Grande-Bretagne, il faut rappeler qu'au Québec, les psychologues doivent désormais être titulaire d'un doctorat pour exercer leur métier et notamment les actes d'évaluation diagnostique et de psychothérapie. **Il deviendrait incompréhensible que l'État investisse tant pour former des psychologues qu'il traite ensuite en techniciens censés exécuter des protocoles pré-établis.**

Les psychologues, savent consulter la littérature scientifique, savent ajuster leurs interventions selon ce que la situation requiert, savent concevoir un traitement psychologique adapté pour chaque patient. S'ils n'ont pas les moyens de travailler en cohérence avec leur niveau de qualification et de responsabilités et dans une autonomie professionnelle suffisante, ils se tourneront vers d'autres milieux de travail. Il n'est pas insensé de penser que les psychologues et les patients qui le peuvent vont se tourner le plus possible vers le secteur privé ou le communautaire. Sans mauvaises intentions peut-être, l'État faillirait alors à sa mission d'offrir un service public accessible au plus grand nombre et de qualité.

## 10. Risque de discrimination envers la population

L'enthousiasme que semble susciter le programme britannique, spectaculaire du moins en volume d'utilisateurs « vus », pourrait entraîner le choix économique et politique de privilégier la portion de la population qui nécessite des interventions de basse intensité, beaucoup moins coûteuses en apparence. Ce qui pourrait s'avérer discriminatoire si le financement de ce choix politique devait se faire au détriment du financement des services publics de psychothérapie requis par la clientèle souffrant de troubles modérés à sévères, entre autres dans les différents établissements du réseau de la santé.

*« As the IAPT programme is rolling out, it is dominating the way in which mental health trusts and primary care trusts conceive of the pattern of their overall psychological therapies services. **The privileging of primary care services<sup>5</sup> distorts the allocation of psychological resources to these more complex cases**, most seriously in the provision of psychological therapies within inpatient settings, where the lack of provision in some trusts is scandalous. (Hall et Marzillier, 2009) »*

Comme l'intention est d'offrir l'accessibilité au plus grand nombre de personnes, il faut tout de même réalistement tenir compte d'un plafond financier. Ce qui explique que le gouvernement britannique ait été séduit par une approche très court terme favorisant le plus grand volume de

---

<sup>5</sup> L'expression « primary care services » est à entendre ici au sens des premières étapes des soins en étapes, soit des soins de faible intensité. Dans le système de santé québécois, nous pourrions faire un parallèle avec les services psycho-sociaux généraux.

bénéficiaires du programme. Mais, comme on l'a vu précédemment, si son efficacité apparaît pertinente pour les services de basse intensité, les résultats sont pour leur part mitigés et encore moins concluants pour les clients en besoin de services de haute intensité, c'est-à-dire de psychothérapie. Notre gouvernement pourrait être malheureusement tenté lui aussi de choisir de répondre au plus grand nombre et privilégier la formule de basse intensité de l'*IAPT*<sup>6</sup>.

On risque ainsi de puiser dans les ressources humaines et financières existantes et déjà limitées, situation observée dans certains districts en Grande-Bretagne: « ***But what quite quickly happened instead is that secondary care funding was diverted to help set up IAPT services and the workforce got pulled out of secondary care***<sup>7</sup> » (Dent, 2015). En d'autres termes, malgré l'efficacité réduite de la formule, l'attrait du volume amènerait à choisir de favoriser une catégorie de clientèle au détriment d'une autre. **Dilemme éthique pour l'État qui choisirait de laisser tomber les personnes présentant un niveau de fragilité psychique qui ne leur permet pas de se rétablir, voire même de s'améliorer dans le cadre restreint du programme *IAPT*.** Nous serions clairement en présence d'une position discriminatoire. Et cette position discriminatoire va à l'encontre de la Loi de la santé et des services sociaux concernant les droits des usagers à « recevoir des services de santé et des services sociaux adéquats sur les plans à la fois scientifique, humain et social, avec continuité et de façon personnalisée et sécuritaire » (Éditeur du Québec, 2019a).

Enfin, tel que mentionné plus haut, le PQPTM similaire à l'*IAPT* pourrait renforcer un écart déjà existant entre les citoyens qui souffrent de troubles mentaux: les plus riches ou les mieux lotis auraient accès au privé à de la psychothérapie de qualité, les plus pauvres se « contenteraient » d'interventions restreintes.

## 11. Recommandations

Dans l'optique de l'implantation réussie d'un accès authentique à la psychothérapie, de l'amélioration des conditions de prestation de service, et à la lumière des lacunes observées en Grande-Bretagne, nous proposons des recommandations qui permettraient de ne pas dénaturer les services offerts ni de diluer leur qualité tout en évitant de pénaliser une clientèle plus fragile et d'exclure le large bassin d'effectifs professionnels très compétents déjà disponibles au Québec.

Il est donc temps de présenter la liste des variables qui pourront contribuer au succès de l'implantation du programme *IAPT* au Québec. Nous reprendrons par secteur d'analyse les conclusions qui s'imposent à la lumière de l'expérience britannique.

---

<sup>6</sup> Des cliniciens au sein des projets pilotes actuels au Québec nous indiquent que l'investissement se fait principalement à ce niveau et que peu de ressources sont allouées aux services de haute intensité.

<sup>7</sup> Il faut préciser que ce niveau de « *secondary care* » inclut les services de santé mentale de première ligne des établissements publics au Québec, pas uniquement les services de 2<sup>e</sup> ligne en santé mentale. Car il ne faut pas banaliser la sévérité de nombreux cas de première ligne des services de santé mentale, lesquels ne cadrent pas dans les services de basse intensité de l'*IAPT*. Pour mieux comprendre la structure des services de santé mentale au Québec, consulter Ministère de la santé et des services sociaux (2015) et (2017).

### 11.1. Idéologie sous-jacente aux services offerts

a). **Prendre conscience des risques associés à une idéologie d'industrialisation en matière de services de santé mentale et voir à en réduire les effets dommageables.** Les relations humaines ne sont pas des unités de production manufacturière et il a été observé que la mécanisation des soins repousse la clientèle.

« *The inevitable need to industrialise healthcare, in itself, requires very careful handling to **mitigate the risks of depersonalisation**. But it is far worse when the industrialising process is idealised, misunderstood, and implemented in ways that would concern an expert industrialist or manufacturer* » (Ballatt et Campling, 2011).

Les mêmes auteurs expriment que si les processus industriels techno-centriques sont autorisés à créer un environnement impersonnel mécanisé, le personnel sera très probablement enclin à se sentir comme un outil utilitaire ou une machine et les patients, eux, à se sentir chosifiés, alors que c'est de contact humain dont ces personnes ont besoin.

b). **La mesure du rétablissement doit, quant à elle, inclure la perspective subjective des clients.** Selon Williams (2015), les recherches qui sous-tendent le modèle de l'IAPT sont influencées par le paradigme philosophique appelé positivisme et ne prennent en compte que les données quantitatives.

À défaut de telles précautions, le public risque de réaliser qu'il a le choix entre un système de soins public impersonnel, explicitement systématisé et guidé par des mesures industrielles d'un côté et de l'autre côté, les services habituels du secteur privé ou des services communautaires qui ont conservé une dimension humaine.

### 11.2. Définition de la psychothérapie

a). **Tenir compte de la définition de la psychothérapie établie dans le cadre de la Loi 21 et selon l'article 187.1 du Code des professions:**

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

Du même coup, éviter une définition mutilée de la psychothérapie, laquelle serait basée sur une vision naïve des problèmes de santé mentale.

b). **Voir à éviter une promotion des services d'accès à la psychothérapie qui entretiendrait la confusion** entre la psychothérapie et les services de basse intensité, incluant auto-soins, éducation psychologique ou conseils (counseling, accompagnement psychologique pour la résolution de problèmes, etc.). **Voir à éviter toute forme de fausse représentation.**

Il faut donc distinguer clairement les deux niveaux d'intervention : le niveau de basse intensité et celui de haute intensité. Une présentation honnête de ces deux niveaux de services pourra éviter de dénaturer la psychothérapie auprès de la population.

**c). Voir à s'appuyer sur une vision réaliste des problèmes de santé mentale, une vision qui tienne compte de la complexité habituelle de situations présentées par la clientèle, laquelle ne se limite pas à de simples symptômes.**

### 11.3. Cibles d'intervention

a). **Pour un accès authentique à la psychothérapie, les cibles d'intervention ne sauraient se réduire aux seuls diagnostics de dépression ou d'anxiété.** Il s'agit de deux familles de troubles qui sont habituellement associés à plusieurs autres (comorbidité). De plus, ces deux diagnostics sont souvent combinés.

b). Il faut **prévoir le traitement de l'éventail réel des demandes de la population.** En effet, de nombreux troubles normalement pris en charge dans les services de santé mentale ne sont pas inclus dans la liste fournie par le MSSS (2019a) dans la description du PQPTM et en lien avec ces deux familles.

**c). Il faut, notamment, également tenir compte de la personnalité du client** (ex. timidité, passivité), d'un trouble éventuel de la personnalité ou de traits (ex. limite, évitant), **d'un trouble lié à l'utilisation de substance d'intensité légère à modérée** (ex. alcool, cannabis), ou **encore d'une situation de vie adverse grave et persistante** (ex. violence conjugale, séquelles de traumatismes anciens, etc.).

Les cibles thérapeutiques ne sauraient être subordonnées à des agendas politiques qui creusent un fossé entre les exigences cliniques et les cibles de gestion. En d'autres termes, il faut veiller à ne pas compromettre la qualité des services nécessaires pour traiter la détresse et la vulnérabilité.

### 11.4. Objectifs de traitement

a). **Les objectifs d'intervention et la mesure de leur atteinte ne sauraient être imposés** au préalable par le MSSS, ce qui constituerait une ingérence majeure dans le travail des cliniciens. Les objectifs de traitement sont toujours définis avec le client, selon ses attentes, ses capacités, etc. Ceci est inscrit dans le code de déontologie des psychologues. Les objectifs ne sauraient se réduire à la seule réduction des symptômes et doivent pouvoir porter également sur l'amélioration du bien-être et du fonctionnement de la personne.

b). **Le retour au travail, objectif privilégié de l'IAPT, ne peut définitivement pas constituer systématiquement et exclusivement le cœur de l'intervention** ni l'indicateur central de succès. Le retour au travail est souvent un objectif important, mais loin d'être le seul.

c). Dans un registre réaliste et raisonnable, **plusieurs autres éléments doivent être considérés lorsqu'il s'agit de parler de rétablissement** : bien-être subjectif, diminution/disparition des symptômes et de la détresse ou de la souffrance psychique, retour à un fonctionnement social normal, retour à des relations satisfaisantes avec les proches, etc. Bien sûr, les psychologues ont conscience qu'ils ne permettront pas

nécessairement au client d'atteindre un fonctionnement optimal voire idéal, que se rétablir prend du temps et que cela peut se compléter en dehors d'un suivi psychosocial ou d'une psychothérapie en santé mentale. Mais ils doivent cependant pouvoir aider à un changement significatif.

### 11.5. Orientations théoriques, modèles de traitement et techniques

a). Puisque les recherches démontrent qu'aucun modèle de traitement ne peut prétendre à une supériorité systématique en matière d'efficacité, **le programme doit permettre une pluralité d'orientations, de modèles, de techniques et d'outils**, afin d'offrir un éventail le plus large possible de psychothérapies reconnues efficaces, de pouvoir répondre à la pluralité des problèmes et des profils humains, et enfin donner un choix aux clients.

b). **La psychothérapie ne devrait pas être travestie en application stricte et routinière de techniques particulières.**

c). Le programme doit pouvoir compter sur ce que **le champ de la psychologie a à apporter**: il doit prendre appui sur l'ensemble des champs de la psychologie développementale, clinique, pathologique, entre autres, pour la compréhension de la dépression et des troubles anxieux, comme pour l'ensemble des problèmes de santé mentale.

d). Les guides cliniques doivent demeurer des **repères souples et non pas être imposés comme un cadre rigide et restrictif.**

e). La psychothérapie doit se faire dans le **respect de l'autonomie professionnelle, du jugement clinique et du niveau de qualification inhérent à la profession de psychologue.**

f). Il faut redire ici que les professionnels œuvrant en santé mentale **doivent travailler dans des conditions qui leur permettent de respecter une éthique de travail et de se conformer à leur code de déontologie. Ils doivent disposer d'une liberté** suffisante pour pouvoir prendre les décisions cliniques nécessaires et agir en conséquence.

### 11.6. Durées des psychothérapies

a). **Des durées de suivi adéquates constituent une variable incontournable.** Certains niveaux de détresse ou troubles mentaux commandent une intervention psychothérapeutique plus substantielle. Il faut le prévoir dans le programme.

b). Un **nombre de 25 à 30 séances de psychothérapie serait souhaitable en santé mentale première ligne** et ce seuil devrait pouvoir être accordé d'emblée au psychologue qui estime ce temps nécessaire, sans avoir à demander la permission à son coordonnateur ou gestionnaire en charge du programme.

c). Des enjeux cliniques, éthiques et déontologiques commandent de ne pas laisser tomber les patient qui présentent un trouble chronique mais non sévère (ex, une dysthymie d'intensité légère à moyenne), des rechutes fréquentes mais espacées dans le temps (ex, un trouble dépressif avec caractère saisonnier), des symptômes résiduels

persistants (ex, symptômes de tristesse, de fatigue) : ce sont des patients qui ne vont pas entrer dans les cases habituelles, dont la condition ne nécessite pas un service de deuxième ligne mais qui ne sont pas pleinement rétablis et qui souffrent encore, ou qui risquent de souffrir à nouveau à très court terme. Un programme conçu de manière linéaire n'est pas adapté pour répondre à des problèmes chroniques, cycliques ou qui s'aggravent en cours de traitement. Dans ces circonstances, **les psychologues doivent avoir la marge de manœuvre pour ajuster la durée de leur traitement ou la reprise de celui-ci.**

### 11.7. Efficacité « réelle » et pour tous les usagers

a). **Faire preuve de réalisme face au programme d'accès à la psychothérapie en évitant le piège de la pensée magique quant à la définition et aux impacts de ce programme.**

Il peut s'avérer tentant de considérer naïvement les résultats alléchants qu'un programme à première vue court et efficace se promet de générer. Mais à la lumière des critiques formulées par de nombreux observateurs britanniques, il faut aller plus loin et considérer les paramètres d'une efficacité « réelle » et durable.

b). Ces paramètres concernent **une mesure adéquate à long terme du taux de rétablissement, des coûts du programme, des taux d'abandon, des impacts post-intervention de même que des risques et impacts nocifs liés à des interventions de trop courte durée.**

c). Une attention particulière doit être portée aux clientèles: **le programme ne doit pas banaliser ou minimiser les besoins légitimes des clientèles nécessitant des interventions de haute intensité (psychothérapie).** Les services doivent être appropriés à leurs besoins et doivent être financés correctement. Ce qui implique de ne pas sabrer dans les programmes publics déjà existants et souvent lacunaires pour ces clientèles.

d). Il faut mesurer l'efficacité sur l'économicité globale pour la société, c'est-à-dire la **réduction des frais de santé pour les clientèles de santé mentale traitées adéquatement.** Et cette économicité ne se génère pas en cédant à la tentation des mirages du court terme ni des bénéfices prétendus du modèle IAPT.

**Au chapitre de la rentabilité, les psychologues doivent donc savoir qu'il n'est pas nécessaire de se faire imposer des économies de bouts de chandelles.** Ils doivent bénéficier de toute la marge dont ils ont besoin pour répondre aux besoins de la clientèle et c'est ainsi que la société est gagnante, tant au plan humain qu'au plan économique.

### 11.8. Enjeux économiques : éviter le gaspillage

a). **Il est important de mettre à profit les compétences spécifiques et l'expertise des psychologues en place.** Rappelons que :

- le psychologue possède une formation initiale et continue portant expressément sur la santé mentale ;
- de tous les professionnels intervenant en santé mentale, il est celui qui dès le départ de sa formation se spécialise en ce sens ;



- il offre et planifie des interventions diversifiées dont la psychothérapie individuelle, de couple, familiale et de groupe ;
  - il est habileté à procéder à une évaluation rigoureuse du fonctionnement psychologique et des troubles mentaux, et sait orienter un usager selon son évaluation.
- b). **Il faut éviter le passage systématique par le médecin**, qui crée un goulot d'étranglement pour l'accès aux services. À notre connaissance, le Québec ne semble pas prendre cette direction heureusement.
- c). Il faut anticiper le **risque de goulot d'étranglement causé par le passage obligé par l'intervenant(e)** qui procèdera au(x) premier(s) pallier(s) des soins en étapes.
- d). Les **psychologues pourraient être associés aux évaluations des troubles mentaux et décider de l'intensité requise des services** (1<sup>ère</sup>, 2<sup>ème</sup>, 3<sup>ème</sup> lignes et types de programme). Actuellement, ce sont les médecins-psychiatres qui ont une chasse-gardée de cet acte.
- e). Il faudra également **éviter l'erreur d'un gaspillage de fonds publics dans la formation massive des professionnels à un protocole d'interventions exclusif, rigide et dont l'efficacité est limitée**.
- f). Pour l'instant, le Québec ne semble pas envisager l'application du PQTPM via le secteur privé, mais si c'était le cas à l'avenir, il faudrait prévoir des conditions adéquates et attractives permettant de s'assurer de la collaboration des psychologues et psychothérapeutes déjà en place. Conditions qui incluent notamment le paiement des heures de travail découlant de la gestion administrative de ces services.
- g). Mais pour le moment, il s'avère primordial de reconnaître et continuer de miser sur la force thérapeutique déjà disponible dans les services publics de santé mentale de 1<sup>ère</sup>, 2<sup>e</sup> ligne et 3<sup>e</sup> lignes: ces équipes sont rodées et efficaces et leur apport allègera grandement la tâche du programme d'accès à la psychothérapie. Il serait sage d'agir en reconnaissant leur expertise.

En terminant, et pour reprendre les propos de Jeory et Buchanan (2012), évitons de gaspiller des millions de dollars annuellement pour des services qui sont inefficaces.

### 11.9. Respecter les droits des usagers

a). Selon Christine Grou, présidente de l'OPQ (2016), « Le réseau public demeure à ce jour le lieu où les services psychologiques sont accessibles gratuitement et donc, universellement. C'est aussi un lieu où l'expertise reconnue des psychologues demeure un facteur influent sur le mieux-être populationnel. » **Nous recommandons d'en améliorer le financement et de renflouer les pertes d'effectifs<sup>8</sup> pour éviter une position discriminatoire à l'égard des personnes en besoin de services de haute intensité, c'est-à-dire de psychothérapie.**

---

<sup>8</sup> La profession de psychologue a été durement touchée par les politiques d'austérité. Nous avons observé une perte de 450 psychologues dans le secteur public au cours de la dernière décennie.



b). Selon ce que plusieurs psychologues nous ont rapporté du terrain, nous sommes inquiets du risque d'un **surinvestissement à la fois en nombre d'effectifs et de coûts de formation pour les premiers paliers du programme de soins en étape, au détriment des services de haute intensité, soit de psychothérapie**. Il faudra voir à un juste équilibre des ressources pour éviter de compromettre la santé et les droits des usagers en besoin de services de haute intensité.

c). Il sera important **de ne pas puiser dans les budgets des programmes existants de première et deuxième ligne pour financer les interventions de basse intensité**. Il faut au contraire redonner à la santé mentale publique les fonds coupés au cours des dernières années. Il faut remédier à la perte de 450 psychologues accumulée depuis plus d'une décennie.

#### **11.10. Mécanismes de contrôle sains : préserver l'équilibre**

a). **Éviter d'installer un système administratif avec des mécanismes de contrôle excessifs** propres à une approche industrialisée (manufacturière) de la psychothérapie. Ceci afin d'éviter les impacts désastreux de tels mécanismes sur :

- la qualité des services dispensés à la clientèle ;
- la santé des employés ;
- la culture organisationnelle et le climat de travail.

b). Les gestionnaires, chefs de programme, coordonnateurs de même que le gouvernement doivent donc développer des stratégies pour atténuer une tendance managériale de contrôle et de pression, en vue de créer des milieux de travail où règnent la confiance et l'optimisme et à l'intérieur desquels le personnel peut œuvrer de façon rigoureuse, autonome et créatrice.

c). **Le personnel doit sentir qu'il a la marge de manœuvre pour pouvoir continuer de travailler avec compassion et dans l'intérêt des clients**. Il risque de se retrouver sinon devant un dilemme : répondre aux besoins légitimes de l'utilisateur OU satisfaire les exigences statistiques du gestionnaire. Les demandes émanant du MSSS peuvent se retrouver en contradiction avec les besoins des clients, et un système serré et contrôlant, pesant inutilement sur le professionnel qui se retrouve pris à devoir respecter la cible administrative plutôt que de donner de bons soins.

Ainsi, « *A compassionate healthcare culture depends on having the courage to trust the goodwill and skills of the majority, and the imagination to understand what they need to help them do their jobs well* » (Ballatt et Campling, 2011).

#### **11.11. Prévenir l'épuisement professionnel**

a). **Favoriser la prévention de l'épuisement professionnel, facteur qui a une incidence négative sur la qualité des services et sur les coûts du programme**.

b). Il faut à tout prix **éviter les pièges d'une réforme de type industrielle** avec ses inévitables et inhibiteurs processus de mécanisation, de gestion de la performance, de contrôle et de compétition, qui ont entraîné en Grande-Bretagne un grand sentiment d'aliénation chez le personnel en place (Ballatt et Campling, 2011).

c). Les charges de travail excessives découlant d'une approche industrialisée sont inhumaines, ne respectant pas les limites du travail de relation avec la détresse humaine. Les protocoles standardisés présentent des limites importantes qui font vivre beaucoup d'impuissance aux intervenants face à leurs clients et altèrent leur capacité d'empathie et de compassion. De plus, les impératifs de productivité aveugle entraînent une forte pression à la performance qui **ne tient pas compte du point de saturation émotionnelle** inhérent à la relation d'aide et conduisant à la fatigue de compassion et à l'épuisement professionnel.

Or quand le personnel se sent inadéquat et impuissant face aux besoins de la clientèle et que le travail perd son sens, le désengagement et l'épuisement professionnel guettent aux portes. Rappelons les impacts négatifs au plan économique, soit la hausse des coûts de service liés au haut taux de roulement des effectifs. Il faut donc envisager la diminution de la charge de travail et un soutien adéquat au personnel, stratégies qui seront compensées par des économies dues à une meilleure rétention de personnel et à la réduction des congés de maladie<sup>9</sup>.

d). Il est souhaitable de mettre davantage l'accent sur la confiance envers le personnel et reconnaître sa volonté de bien faire sont travail, son leadership, sa motivation, son efficacité et son efficience. Une culture de soins de santé axée sur la compassion et favorisant la bienveillance repose sur le courage des décideurs de faire confiance à la bonne volonté et aux habilités du personnel et sur la compréhension de ce dont il a besoin pour bien faire son travail. Les décideurs doivent saisir un élément-clef ici, soit la portée motivationnelle et créatrice découlant d'une culture de compassion et du respect du désir de servir, afin d'en protéger la nécessaire liberté, plutôt que d'imposer la contrainte. Les gestionnaires doivent comprendre qu'une telle approche va dans le sens des intérêts de la société : des gains économiques importants et l'amélioration de la qualité des services justifient de réduire la pression sur le personnel.

## 12. Conclusion

Les psychologues britanniques nous apparaissent dénoncer une forme de fausse représentation, voire d'illusion ou d'hypocrisie dans l'annonce de services publics de psychothérapie du type *IAPT*, dans la mesure où l'accent est excessivement mis sur les services de basse intensité (éducation psychologique, soutien, auto-gestion des symptômes, etc.) au détriment de ceux de haute intensité (psychothérapie).

Rizq (2012) déplore par ailleurs que les interventions en santé mentale imposées par l'*IAPT* nient souvent la réalité de la souffrance psychologique et tournent le dos à la complexité des traitements des personnes en détresse. Cette auteure nous met en garde contre un programme qui correspond à une vision « virtuelle » des troubles de santé mentale et des traitements requis, vision selon laquelle l'attention est prioritairement centrée sur des cibles restreintes, des résultats artificiels, et des protocoles rigides plutôt que sur les besoins psychologiques des usagers.

---

<sup>9</sup> En 2017, les congés de maladie ont entraîné des coûts supplémentaires de 530 millions au système de santé québécois.

L'analyse critique des résultats du programme *IATP* et de ses lacunes nous a fait entrevoir de nombreux pièges qu'il nous semble essentiel de contourner lors du déploiement du PQPTM. Nous souhaitons éviter que le Québec se retrouve avec une offre de services psychothérapeutiques de mauvaise qualité et en réalité pas plus accessibles qu'auparavant, mais dont la promotion pourrait induire la population en erreur quant à ce qu'est la psychothérapie et quant aux résultats qu'on peut en attendre.

Comme le souligne à juste titre Karen Cohen, directrice de l'Association canadienne de psychologie, qui a fait la promotion d'un tel système au Canada, il ne faut pas uniquement penser à améliorer l'accès aux soins mais être imputable de la qualité des services rendus (Carey, 2017). Ainsi, à l'invite de Brazier (2013), nous croyons qu'il est du devoir des psychologues et autres professionnels de la santé mentale, outre celui du gouvernement et des hauts gestionnaires, de réfléchir à l'influence d'un programme de cette envergure ainsi qu'aux valeurs implicites et explicites qui sont communiquées à travers celui-ci.

Nous croyons également qu'il ne faut pas jeter ce qui donne déjà d'excellents résultats dans les services publics et en pratique privée ici au Québec. Les psychologues cliniciens, exerçant notamment en première ligne, ont développé des compétences, une expertise, un savoir-faire particulier qu'il serait judicieux d'utiliser. Enfin, nous souhaitons vivement que les psychologues du réseau soient pleinement associés à une mise en place concertée du PQPTM et que la réorganisation des soins découlant de l'introduction du PQPTM se fasse de manière bien plus transparente qu'à l'heure actuelle.

## 13. Bibliographie

Références citées dans le texte et/ou consultées pour la réalisation du mémoire.

- Altmann, U., Zimmermann, A., Kirchmann, H. A., Kramer, D., Fembacher, A., Bruckmayer, E., Pfaffinger, I., von Heymann, F., Auch, E., Steyer, R. et Strauss, B. M. (2016). Outpatient psychotherapy reduces health-care costs: a study of 22,294 insureds over 5 years. *Frontiers in psychiatry*, 7(98). <https://doi.org/10.3389/fpsy.2016.00098>
- APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice. (2006). Evidence-based practice in psychology. *The American Psychologist*, 61(4), 271-285. DOI: 10.1037/0003-066X.61.4.271
- Ballatt, J. et Campling, P. (2011). *Intelligent Kindness. Reforming the Culture of Healthcare*. London: Royal College of psychiatrists Publications.
- Binnie, J. (2015). Do you want therapy with that? A critical account of working within IAPT. *Mental Health Review Journal*, 20(2), 79-83. <https://doi.org/10.1108/MHRJ-11-2014-0044>
- Booth, R. (2016). Can call centre therapy solve the NHS mental health crisis? Repéré à <https://www.theguardian.com/society/2016/jan/25/call-centre-counselling-treating-mental-illness-therapy-iapt-cbt-nhs>
- Brazier, C. (2013). Creating Space: The Future of Humanistic Psychology. *Self & Society*, 40(3), 34-36. <https://doi.org/10.1080/03060497.2013.11084280>
- Cairns, M. (2014). Patients who come back: Clinical characteristics and service outcome for patients re-referred to an IAPT service. *Counselling and Psychotherapy Research*, 14(1), 48-55. <https://doi.org/10.1080/14733145.2013.770895>
- Callan, S. et Fry, B. (2012). *Completing the Revolutions: Commissioning effective talking therapies*. London: Centre for Social Justice. Repéré à [http://www.easewellbeing.co.uk/PDF\\_Downloads/Commissioning-Effective-Talking-Therapies.pdf](http://www.easewellbeing.co.uk/PDF_Downloads/Commissioning-Effective-Talking-Therapies.pdf)
- Canadian Psychological Association. (2002). *Efficacité en termes de coûts des interventions en psychologie*. Repéré à [https://cpa.ca/documents/Cost\\_Effectiveness-f.pdf](https://cpa.ca/documents/Cost_Effectiveness-f.pdf)
- Canadian Psychological Association. (2012). *Evidence-based practice of psychological treatments: A Canadian perspective*. Repéré à [https://cpa.ca/docs/File/Practice/Report\\_of\\_the\\_EBP\\_Task\\_Force\\_FINAL\\_Board\\_Approved\\_2012.pdf](https://cpa.ca/docs/File/Practice/Report_of_the_EBP_Task_Force_FINAL_Board_Approved_2012.pdf)
- Carey, B. (2017). England's Mental Health Experiment: No-Cost Talk Therapy. Repéré à <https://www.nytimes.com/2017/07/24/health/england-mental-health-treatment-therapy.html>
- Clark, D. M. (2011). Implementing NICE guidelines for the psychological treatment of depression and anxiety disorders: the IAPT experience. *International review of psychiatry*, 23(4), 318-327. <https://doi.org/10.3109/09540261.2011.606803>
- Commissaire à la santé et au bien-être. (2012). *Rapport d'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux : Pour plus d'équité et de résultats en santé mentale au Québec*. Repéré sur le site du Commissaire à la santé et au bien-être: [https://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2012/SanteMentale/CSBE\\_Rapport\\_Appreciation\\_SanteMentale\\_2012.pdf](https://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2012/SanteMentale/CSBE_Rapport_Appreciation_SanteMentale_2012.pdf)
- Dent, E. (2015). Talk it out - the development of the Improving Access to Psychological Therapies programme. Repéré à <https://www.mentalhealthtoday.co.uk/talk-it-out-the-development-of-the-improving-access-to-psychological-therapies-programme>

- Di Bona, L., Saxon, D., Barkham, M., Dent-Brown, K., & Parry, G. (2014). Predictors of patient non-attendance at Improving Access to Psychological Therapy services demonstration sites. *Journal of affective disorders*, 169, 157-164. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.08.005>
- Éditeur officiel du Québec. (2019a). Chapitre S-4.2 : Loi sur les services de santé et les services sociaux. Repéré à <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/showdoc/cs/s-4.2>
- Éditeur officiel du Québec. (2019b). Code de déontologie des psychologues. Repéré à <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cr/C-26,%20r.%20212>
- Fleury, M. J., & Grenier, G. (2013). *État de situation sur la santé mentale au Québec et réponse du système de santé et de services sociaux*. Repéré sur le site du Commissaire à la santé et au bien-être: [https://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2012/SanteMentale/CSBE\\_Etat\\_Situation\\_SanteMentale\\_2012.pdf](https://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2012/SanteMentale/CSBE_Etat_Situation_SanteMentale_2012.pdf)
- Fonagy, P., & Clark, D. M. (2015). Update on the Improving Access to Psychological Therapies programme in England: Commentary on... Children and Young People's Improving Access to Psychological Therapies. *BJPsych bulletin*, 39(5), 248-251. <https://doi.org/10.1192/pb.bp.115.052282>
- Griffiths, S., & Steen, S. (2013a). Improving Access to Psychological Therapies (IAPT) Programme: setting key performance indicators in a more robust context: a new perspective. *The Journal of Psychological Therapies in Primary Care*, 2(2), 133-141. Repéré à <http://www.chester.ac.uk/sites/files/chester/IAPT%20-%20Setting%20Key%20Performance%20Indicators.pdf>
- Griffiths, S., & Steen, S. (2013b). Improving access to psychological therapies (IAPT) programme: Scrutinising IAPT cost estimates to support effective commissioning. *The Journal of Psychological Therapies in Primary Care*, 2(2), 142-156. Repéré à <https://www.chester.ac.uk/sites/files/chester/IAPT%20-%20Scrutinising%20IAPT%20Cost%20Estimates.pdf>
- Grou, C. (2016). Les services psychologiques dans le réseau public : les dangers d'une pénurie anticipée. Repéré sur le site de l'Ordre des Psychologues du Québec: <https://www.ordrepsy.qc.ca/-/une-annee-riche-de-def-1>
- Guy, A., Loewenthal, D., Thomas, R., & Stephenson, S. (2012). Scrutinising NICE: The impact of the National Institute for Health and Clinical Excellence Guidelines on the provision of counselling and psychotherapy in primary care in the UK. *Psychodynamic Practice*, 18(1), 25-50. <https://doi.org/10.1080/14753634.2012.640153>
- Hall, J., & Marzillier, J. (2009). Alternative ways of working. *The Psychologist*, 22(5), 406-409. Repéré sur le site de The British Psychological Society: <https://thepsychologist.bps.org.uk/volume-22/edition-5/alternative-ways-working>
- Hansen, J. T. (2012). The future of humanism: Cultivating the humanities' impulse in mental health culture. *Self & Society*, 40(1), 21-25. doi: 10.1080/03060497.2012.11084240
- Harnett, P., O'donovan, A., & Lambert, M. J. (2010). The dose response relationship in psychotherapy: Implications for social policy. *Clinical Psychologist*, 14(2), 39-44. doi: 10.1080/13284207.2010.500309
- Hemmings, A. (2012). Out of the Frying Pan and into the Fire, or Genuinely Broadening Access to Psychological Therapy in the NHS? *Self & Society*, 39(4), 49-52. doi: 10.1080/03060497.2012.11084232



- Hemmings, A. (2016). Review II by Adrian Hemmings, *Self & Society*, 44(4), 436-438, doi: 10.1080/03060497.2016.1246789.
- Institut national d'excellence en santé et services sociaux. (2018). Accès équitable aux services de psychothérapie au Québec. Repéré sur le site de l'INESSS: [https://www.inesss.qc.ca/filadmin/doc/INESSS/Rapports/ServicesSociaux/INESSS\\_Acces-equitable-psychotherapie.pdf](https://www.inesss.qc.ca/filadmin/doc/INESSS/Rapports/ServicesSociaux/INESSS_Acces-equitable-psychotherapie.pdf)
- James, O. (2014). Is the NHS's therapy for depression a total waste of time? GOOD HEALTH viewpoint. Repéré à <http://www.dailymail.co.uk/health/article-2800946/is-nhs-s-therapy-depression-total-waste-time.html>
- Jeory, T. et Buchanan, K. (2012). Crusade for Better Mental Health: Counselling in the NHS 'fails patients'. Repéré à <https://www.express.co.uk/mentalhealth/314667/Crusade-for-Better-Mental-Health-Counselling-in-the-NHS-fails-patients>
- Lees, J. (2016). *The future of psychological therapy: From managed care to transformational practice*. New-York, NY: Routledge.
- Lyford, C. (2018). England's Grand Mental Health Care Experiment: Did "the World's Most Ambitious Effort" to Expand Treatment Fall Flat? Repéré à <https://www.psychotherapynetworker.org/blog/details/1385/englands-grand-mental-health-care-experiment>
- Lyford, C. (2015). Clinician's Digest: Has CBT Lost Its Mojo? Repéré à <https://www.psychotherapynetworker.org/magazine/article/962/clinicians-digest>
- Mackinnon, J., & Murphy, H. (2016). "I used to think that they were all abnormal. And I was the normal one": conceptualizing mental health and mental health treatment under Improving Access to Psychological Therapies (IAPT). *Journal of Mental Health*, 25(5), 428-433. <https://doi.org/10.3109/09638237.2015.1124396>
- Marzillier, J. et Hall, J. (2009). The challenge of the Layard initiative. *The psychologist*, 22, 396-399. Repéré sur le site de The British Psychological Society: <https://thepsychologist.bps.org.uk/volume-22/edition-5/challenge-layard-initiative>
- Miller, S. D., Duncan, B., & Hubble, M. (2008). Supershrinks: What is the secret of their success?. *Psychotherapy in Australia*, 14(4), 14-22. Repéré à [https://www.researchgate.net/profile/Scott\\_Miller12/publication/266031113\\_Miller\\_SD\\_Hubble\\_MA\\_Duncan\\_BL\\_NovemberDecember\\_2007\\_Supershrinks\\_Learning\\_from\\_the\\_field's\\_most\\_effective\\_practitioners\\_The\\_Psychotherapy\\_Networker\\_316\\_26-35\\_56/links/5651fd08ae1ef929754e02/Miller-SD-Hubble-MA-Duncan-BL-November-December-2007-Supershrinks-Learning-from-the-fields-most-effective-practitioners-The-Psychotherapy-Networker-316-26-35-56.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Scott_Miller12/publication/266031113_Miller_SD_Hubble_MA_Duncan_BL_NovemberDecember_2007_Supershrinks_Learning_from_the_field's_most_effective_practitioners_The_Psychotherapy_Networker_316_26-35_56/links/5651fd08ae1ef929754e02/Miller-SD-Hubble-MA-Duncan-BL-November-December-2007-Supershrinks-Learning-from-the-fields-most-effective-practitioners-The-Psychotherapy-Networker-316-26-35-56.pdf)
- Miller, S. et Hubble, M. (2017). How Psychotherapy Lost Its Magic: The Art of Healing in an Age of Science. Repéré à <https://www.psychotherapynetworker.org/magazine/article/1077/how-psychotherapy-lost-its-magick>
- Ministère de la santé et des services sociaux. (2019a). *Document d'information à l'intention des établissements: Programme québécois pour les troubles mentaux: des autosoins à la psychothérapie (PQPTM) V 1.0 JUIN 2019*. Québec, Canada: Gouvernement du Québec.
- Ministère de la santé et des services sociaux. (2019b). Programme québécois pour les troubles mentaux: des autosoins à la psychothérapie (PQPTM). Gouvernement du Québec. Repéré sur le Site officiel du gouvernement du Québec. <https://www.quebec.ca/sante/conseils-et-prevention/sante-mentale/programme-quebecois-de-psychotherapie-pour-les-troubles-mentaux-pqptm/>

- Ministère de la santé et des services sociaux. (2017a). *Faire ensemble et autrement: Plan d'action en santé mentale 2015-2020*. Repéré sur le site du Ministère de la santé et des services sociaux: <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2017/17-914-17W.pdf>
- Ministère de la santé et des services sociaux. (2017b). Santé mentale – Le Gouvernement du Québec annonce la création d'un programme public de psychothérapie [communiqué]. Repéré à <http://www.msss.gouv.qc.ca/ministere/salle-de-presse/communiqu-1448/>
- Ministère de la santé et des services sociaux. (2009). Portrait de la main-d'œuvre dans le secteur des services sociaux. Repéré sur le site de la Fédération de la santé et des services sociaux: [https://www.fsss.qc.ca/download/cat4/PMO\\_SERVICES\\_SOCIAUX\\_Nombre\\_2009\[1\]\\_2.doc.pdf](https://www.fsss.qc.ca/download/cat4/PMO_SERVICES_SOCIAUX_Nombre_2009[1]_2.doc.pdf)
- Ministère de la santé et des services sociaux. (2005). Plan d'action en santé mentale 2005-2010: La force des liens. Repéré sur le site du Ministère de la santé et des services sociaux: <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2005/05-914-01.pdf>
- Mollon, P. (2009). The NICE guidelines are misleading, unscientific, and potentially impede good psychological care and help. *Psychodynamic practice*, 15(1), 9-24. <https://doi.org/10.1080/14753630802614457>
- Ordre des Psychologues du Québec. (2019). Qu'es-ce que la psychothérapie? Repéré sur le site de l'Ordre des Psychologues du Québec : <https://www.ordrepsy.qc.ca/qu-est-ce-qu-un-psychotherapeute->
- Ordre des Psychologues du Québec. (2018a). L'exercice de la psychothérapie et des interventions qui s'y apparentent. Repéré sur le site de l'Ordre des Psychologues du Québec: <https://www.ordrepsy.qc.ca/documents/26707/135241/L%E2%80%99exercice+de+la+psychoth%C3%A9rapie+et+des+interventions+qui+s%E2%80%99y+apparentent/fa9c0531-3d77-43f6-822e-630176a8dd99>
- Ordre des Psychologues du Québec. (2018b). Rapport annuel 2017-2018. Repéré sur le site de l'Ordre des Psychologues du Québec: <https://www.ordrepsy.qc.ca/documents/26707/135241/Rapport+annuel+2017-2018/80be15ef-25c9-45aa-8690-6e3064fa03f9>
- Ordre des Psychologues du Québec. (2018c). Les données probantes : Pour une pratique éclairée, responsable et rigoureuse de la psychothérapie. Repéré sur le site de l'Ordre des Psychologues du Québec: <https://www.ordrepsy.qc.ca/documents/26707/63191/LES+DONN%C3%89ES+PROBANTES++POUR+UNE+PRATIQUE+%C3%89CLAIR+%C3%89RESPONSABLE+ET+RIGOUREUSE+DE+LA+PSYCHOTH%C3%89RAPIE/75161e4c-0afb-45a5-9777-8ea4f064d2c0>
- Pollecoff, M. (2016). On John Lees' The Future of Psychological Therapy. *Self & Society*, 44(4), 434-436. <https://doi.org/10.1080/03060497.2016.1246788>
- Pybis, J., Saxon, D., Hill, A., & Barkham, M. (2017). The comparative effectiveness and efficiency of cognitive behaviour therapy and generic counselling in the treatment of depression: evidence from the 2<sup>nd</sup> UK National Audit of psychological therapies. *BMC psychiatry*, 17(1), 1-13. DOI 10.1186/s12888-017-1370-7
- Rizq, R. (2012). The perversion of care: Psychological therapies in a time of IAPT. *Psychodynamic Practice*, 18(1), 7-24. <https://doi.org/10.1080/14753634.2012.640161>
- Samuels, A. (2017). Foreword to the first edition 2013. Dans R. House, D. Kalisch et J. Maidman (dir.), *Humanistic psychology: current trends and future prospects*. (2<sup>e</sup> ed., p. 19-24) New-York, NY: Routledge



- Samuels, A. (2012). Who Owns the Soul? *Self & Society*, 39(4), 11-15. DOI: 10.1080/03060497.2012.11084217
- Samuels, A., & Veale, D. (2009). Improving access to psychological therapies: For and against. *Psychodynamic Practice*, 15(1), 41-56. <https://doi.org/10.1080/14753630802614440>
- Shedler, J. (2013). Bamboozled by bad science: The first myth about “evidence-based” therapy. Repéré à <https://www.psychologytoday.com/intl/blog/psychologically-minded/201310/bamboozled-bad-science>
- Shedler, J. (2017). Selling Bad Therapy to Trauma Victims: Patients and therapists should ignore new guidelines for treating trauma. Repéré à <https://www.psychologytoday.com/au/blog/psychologically-minded/201711/selling-bad-therapy-trauma-victims>
- Scott, M. (2017) Discussion With National Audit Office Re: IAPT. Repéré à <http://www.cbtwatch.com/discussion-national-audit-office-re-iapt/>
- Timimi, S. (2015). Update on the Improving Access to Psychological Therapies programme in England: author's reply. *BJPsych bulletin*, 39(5), 252-253. <https://doi.org/10.1192/pb.bp.115.052399>
- Wampold, B. E., Imel, Z. E., Bhati, K. S., & Johnson-Jennings, M. D. (2007). Insight as a Common Factor. In L. G. Castonguay & C. Hill (Eds.), *Insight in psychotherapy* (pp. 119-139). Washington, DC, US: American Psychological Association. <http://dx.doi.org/10.1037/11532-006>
- Wampold, B. E. (2015). How important are the common factors in psychotherapy? An update. *World Psychiatry*, 14(3), 270-277. <https://doi.org/10.1002/wps.20238>
- Wampold, B. E., & Carlson, J. (2011). *Qualities and actions of effective therapists*. Washington: American Psychological Association. <http://linfraser.com/wpcontent/uploads/2015/05/effective-therapists.pdf>
- Wampold, B. E., Flückiger, C., Del Re, A. C., Yulish, N. E., Frost, N. D., Pace, B. T., ... & Hilsenroth, M. J. (2017). In pursuit of truth: A critical examination of meta-analyses of cognitive behavior therapy. *Psychotherapy Research*, 27(1), 14-32. <https://doi.org/10.1080/10503307.2016.1249433>
- Westwood, S., Morison, L., Allt, J., & Holmes, N. (2017). Predictors of emotional exhaustion, disengagement and burnout among improving access to psychological therapies (IAPT) practitioners. *Journal of mental health*, 26(2), 172-179. <https://doi.org/10.1080/09638237.2016.1276540>
- Williams, C. H. J. (2015). Improving Access to Psychological Therapies (IAPT) and treatment outcomes: Epistemological Assumptions and Controversies. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 22(5), 344-351. <https://doi.org/10.1111/jpm.12181>

