



Améliorer l'accès à la psychothérapie dans les services de première ligne : l'expérience australienne

Jane Pirkis, Ph. D., directrice, Centre for Health Policy, Programs & Economics, Melbourne School of Population and Global Health, Université de Melbourne

Helen-Maria Vasiliadis, MSc, Ph.D., professeure agrégée, Département des sciences de la santé communautaire, Université de Sherbrooke, chercheure au Centre de recherche de l'Hôpital Charles-LeMoine

Contexte

La première phase de la réforme australienne en santé mentale consistait à réorganiser le secteur spécialisé en santé mentale pour mieux servir les patients ayant des troubles à faible prévalence (principalement des troubles psychotiques). Avec le temps, un changement d'orientation a permis de mettre l'accent sur les services de santé mentale de première ligne et de favoriser les personnes ayant des troubles courants, particulièrement la dépression et l'anxiété. L'Australie a mis en place un système favorisant l'accès à la psychothérapie dans les services de première ligne. Deux programmes principaux ont été instaurés : *Access to Allied Psychological Services (ATAPS)* (introduit en 2001) et *Better Access* (introduit en 2006).

Ces programmes permettent aux médecins généralistes de recommander aux services appropriés une personne ayant reçu un diagnostic de troubles mentaux courants. Les soins dispensés sont offerts par des professionnels de la santé mentale (principalement des psychologues); ils sont gratuits ou peu coûteux. Ils sont basés sur des études et des données probantes (essentiellement la thérapie cognitivo-comportementale). Le nombre de visites varie entre 6 et 18 pour ATAPS et entre 6 et 10 pour *Better Access*.

Les deux programmes fonctionnent selon des modèles de financement qui diffèrent l'un de l'autre. Dans le cas d'ATAPS, le financement accordé est plafonné par l'État, tandis que les structures locales de Medicare reçoivent un montant fixe pour mener les projets du programme et pour payer les fournisseurs. Pour *Better Access*, le financement octroyé par le gouvernement australien n'est pas plafonné et une remise provenant de Medicare Australie est versée aux fournisseurs selon les règles régissant les indemnités d'assurance maladie. Dans les deux cas, une contribution financière peut être demandée à l'utilisateur par les fournisseurs de services.

ATAPS semble mieux répondre aux besoins des groupes alors que *Better Access* a une plus grande portée globale (Bassilios B. et al., 2010). Afin de donner la priorité aux populations plus à risque, plusieurs sous-programmes de la phase 2 d'ATAPS ont été consacrés à la dépression périnatale, par exemple, ou aux services spécialisés pour les personnes concernées par le suicide et pour les enfants souffrant de troubles mentaux (Reifels et al., 2013).

Entre le 1^{er} janvier 2006 et le 30 Juin 2010, 113 107 usagers (25 135 par an) ont bénéficié des services du programme ATAPS. Parmi eux, 45 % n'avaient pas d'antécédent de soins en santé mentale, mais 72 % avaient déjà reçu un diagnostic de dépression et/ou d'anxiété. En tout, 82 % ont bénéficié de 6 séances ou moins et 69 %, d'une thérapie cognitivo-comportementale. Les résultats obtenus avant et après traitement ont montré une amélioration statistiquement significative sur les échelles du Depression Anxiety Stress Scales (DASS 21) mesurant la dépression, l'anxiété, le stress, et sur celle de Kessler 10 (K10) mesurant la détresse psychologique en général (Pirkis J. et al. 2011). Plus spécifiquement, les patients présentant des niveaux de détresse psychologique élevés et très élevés ont vu leur état s'améliorer et ont présenté des scores de détresse modérés sur le K 10. Les patients présentant des niveaux de dépression, d'anxiété et de stress modérés et élevés avant l'intervention ont affiché des niveaux normaux ou modérés sur le DASS-21 en post-traitement.

ATAPS semble mieux répondre aux besoins des groupes alors que *Better Access* a une plus grande portée globale.



ATAPS et *Better Access* semblent avoir amélioré l'accès aux soins de santé mentale de première ligne pour les personnes souffrant de troubles mentaux communs.

De 2007 à 2009, soit pendant les trois premières années, 2 016 495 utilisateurs ont reçu des soins du programme *Better Access*. Plus de 58 % de ces patients n'avaient jamais bénéficié de services de santé mentale. Les déterminants les plus importants de l'utilisation de *Better Access* sont le diagnostic et la gravité de la maladie. Environ 90 % des utilisateurs ont pu bénéficier d'une thérapie cognitivo-comportementale. Les utilisateurs ont présenté des améliorations statistiquement significatives pour le K 10 (Kessler 10; détresse psychologique) et les scores DASS (dépression, anxiété et stress) avant et après le traitement (Pirkis J. et al, 2011 ; Harris et al.). Il faut noter cependant qu'il n'y avait pas de groupe témoin pour estimer l'effet du programme sur les symptômes évalués avec le DASS-21 et le K 10. Les évaluations avant et après ont été réalisées dans le même groupe de patients.

ATAPS offre des services spécialisés en relation avec le suicide. Les usagers ciblés présentent ou non un diagnostic de maladie mentale et sont suicidaires. Entre octobre 2008 et juin 2011, plus de 2 070 personnes ont bénéficié de ces services (752 par an). Parmi elles, 35 % n'avaient pas d'antécédent de soins en santé mentale et 86 % avaient déjà reçu un diagnostic de troubles mentaux (surtout la dépression). Sur plus de 10 503 séances dispensées pendant cette période (moyenne de 5,2 par usager), 43 % étaient des interventions cognitives et 25 %, des interventions comportementales. Des améliorations ont été observées avec le MSSSI, le DASS et le K 10 (King K. et al., à paraître). Comme dans l'étude précédente, il n'y a pas eu de groupe témoin.

ATAPS et *Better Access* semblent avoir amélioré l'accès aux soins de santé mentale de première ligne pour les personnes souffrant de troubles mentaux communs. Le fait que ces programmes opèrent selon différents modèles de financement et avec différents systèmes de prestation de services permet de penser que bon nombre de leurs caractéristiques pourraient être applicables dans d'autres contextes.

Bibliographie

1. Bassilios B. et al. (2010). *The complementarity of two Australian primary mental health care initiatives. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 44, 997-1004.
2. Reifels et al. (2013). *Innovations in primary mental healthcare. Aust. Health Rev.* 37, 312-317.
3. Pirkis J. et al. (2011). *Clinical improvement after treatment provided through the Better Outcomes in Mental Health Care (BOiMHC) program: Do some patients show greater improvement than others? Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 45, 289-98.
4. Harris et al. (à paraître). *A summative evaluation of the Better Access initiative.*
5. Pirkis J. et al (2011). *Australia's Better Access initiative : An evaluation. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 45, 726-39.
6. King K. et al. (à paraître). *Suicide prevention: Evaluation of a pilot intervention in a primary care context.*