

CANADIAN
PSYCHOLOGICAL
ASSOCIATION



SOCIÉTÉ
CANADIENNE
DE PSYCHOLOGIE



Commission de
la santé mentale
du Canada

Mental Health
Commission
of Canada

L'assurance-maladie complémentaire en santé mentale dans les milieux de travail canadiens : Perspectives d'employés et d'employeurs

Rapport de recherche



Remerciements

Auteurs

- Dayna Lee-Baggley, Ph. D., directrice de la recherche, Howatt HR Applied Workplace Research Institute; professeure associée, Université Saint Mary's; psychologue clinicienne agréée
- Bill Howatt, Ph. D., D. Éd., directeur général, Howatt HR Consulting

Comité consultatif

- Mary Bartram, Ph. D., trav. soc. aut., directrice, Politiques, Commission de la santé mentale du Canada
- Krista Benes, M.A., conseillère principale, bureau du président et directeur général, Commission de la santé mentale du Canada
- Glenn G. Brimacombe, M.A., directeur, Politiques et affaires publiques, Société canadienne de psychologie
- Wendy Hepburn, partenariats stratégiques, bureau du président et directeur général, Commission de la santé mentale du Canada

Le présent projet de recherche a été financé conjointement par la Société canadienne de psychologie et la Commission de la santé mentale du Canada. Les auteurs souhaitent remercier le Conference Board du Canada, Green Shield Canada et la Sun Life d'avoir soumis le sondage à leurs membres. Ils remercient également Alexandra Dagher, Ehsan Etezzad et Holly Truglia pour leur participation au projet, notamment à la conception web, la collecte et l'analyse des données, la création des tableaux de données et de résultats, l'analyse documentaire, la rédaction et la révision, ainsi que pour leur rétroaction à propos des versions préliminaires.

Cette étude, approuvée par le Comité d'éthique de la recherche de l'Université Saint Mary's (dossier no 21-032), répond aux normes universitaires et éthiques en vigueur. Le sondage entier et les tableaux de résultats sont disponibles sur demande auprès de Mme Lee-Baggley au dayna@howatthr.com.

Le présent document est disponible en version anglaise.

Indications concernant la citation

Citation suggérée : Commission de la santé mentale du Canada et la Société canadienne de psychologie, *L'assurance-maladie complémentaire en santé mentale dans les milieux de travail canadiens : Perspectives d'employés et d'employeurs* [rapport de recherche], 2022.

© 2022, Commission de la santé mentale du Canada

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

ISBN : 978-1-77318-285-8

Dépôt légal, Bibliothèque nationale du Canada



Les points de vue exprimés dans le présent document représentent uniquement ceux de la Commission de la santé mentale du Canada. Le présent document a été produit grâce à la contribution financière de Santé Canada.

Table des matières

Résumé	1
Introduction	3
Méthodologie	6
Résumé des résultats	6
Discussion	10
Conclusion	14
Références	15

Résumé

En plus d'être à la fois courants et coûteux, les problèmes de santé mentale au Canada n'ont fait qu'augmenter durant la pandémie de COVID-19. Pourtant, en raison du manque de ressources en santé mentale, les besoins de bien des travailleurs ne sont pas satisfaits. Bien que la recherche et les politiques soient davantage axées sur la promotion d'un accès opportun et équitable aux ressources dans le système public, les deux tiers des travailleurs adultes ont accès à une assurance-maladie complémentaire (AMC) par l'entremise de leur employeur. Ces régimes couvrent les soins de santé mentale à divers degrés. Compte tenu des besoins non comblés en matière de services de santé mentale dans les secteurs public et privé, ces régimes constituent une ressource précieuse pour les travailleurs canadiens. On en sait toutefois peu sur l'utilisation qu'ils font de ces prestations ainsi que sur l'étendue de la couverture complémentaire fournie par les employeurs.

Pour tenter de combler ces lacunes, le sondage en ligne (distribué en français et en anglais*) décrit dans ce rapport cherchait à clarifier le rôle de l'AMC du point de vue des employeurs et de celui des employés.

Principales constatations

Les répondants au sondage des employés (239 au total) étaient principalement des femmes caucasiennes très instruites occupant des emplois stables bien rémunérés. Bien que les répondants devaient disposer d'un régime d'AMC pour accéder aux questions, seulement 39 % d'entre eux avaient eu recours à des prestations de leur régime d'AMC pour obtenir des services psychologiques au cours de la dernière année. Qu'ils y aient eu recours ou non, les deux groupes (80 %) étaient d'avis que la couverture était inadéquate. Les raisons les plus fréquemment invoquées pour l'obtention de services psychologiques par l'entremise de l'AMC étaient l'anxiété (23 %); la dépression (17 %); les problèmes liés à la famille (12 %), au travail (11 %) et au stress causé par la COVID-19 (8 %). Une forte proportion des répondants avaient facilement accès à un psychologue (72 % avaient vu un psychologue au cours du dernier mois), et ils étaient aussi nombreux (72 %) à avoir constaté une amélioration de leur état grâce à ces services. Bien que les répondants s'étaient également prévalus d'autres services de santé mentale en milieu de travail, un plus faible pourcentage d'entre eux (33 %) ont indiqué avoir été soulagés de leur problème par ce canal, en comparaison avec les services psychologiques.

Les répondants au sondage des employeurs (175 au total) résidaient majoritairement en Ontario, représentaient des organisations de petite ou de moyenne taille, et habitaient dans des zones urbaines. Ils appartenaient à divers secteurs, mais la plus forte proportion provenait des secteurs des « soins de santé et services sociaux », des « finances et assurances » et « autres ». Environ le tiers d'entre eux avaient augmenté la couverture relative aux services psychologiques offerte durant la pandémie, généralement en réponse aux besoins et à l'inquiétude des employés face aux répercussions de la COVID-19. Environ la moitié des employeurs n'avaient pas augmenté la

* **Remarque :** Puisque les répondants au sondage ne constituaient pas un échantillon représentatif de la population générale ni de la main-d'œuvre du Canada, toute généralisation des résultats doit être effectuée avec circonspection.

couverture, le plus souvent pour des raisons financières ou parce qu'ils jugeaient leur couverture adéquate. L'amplitude de l'augmentation de la couverture différait entre les petites et moyennes entreprises comparativement aux grandes organisations. Seulement 13 % des organisations comptant moins de 50 employés avaient augmenté leur couverture de services psychologiques, alors que 50 % de celles embauchant plus de 1 000 personnes l'avaient fait. Environ un tiers (36 %) des employeurs ont indiqué qu'ils disposaient d'une flexibilité totale dans la négociation de leur régime d'AMC. Au regard de cette proportion relativement faible, on peut se demander comment les employeurs pourraient répondre à des besoins émergents des employés (ou réagir à une pandémie, par exemple) s'ils n'avaient pas autant de latitude.

Alors que la majorité des répondants employeurs (60 %) étaient convaincus que la couverture de services psychologiques offrait un bon rendement des capitaux investis (RCI), moins de la moitié (42 %) ont indiqué que les décideurs de haut niveau avaient une « bonne » ou une « très bonne » connaissance des données probantes démontrant le RCI d'une telle couverture. Ces réponses indiquent que soit les répondants n'étaient pas des décideurs de haut niveau, soit qu'ils pourraient améliorer leur compréhension du RCI dans ce domaine. Le pourcentage de jours de congé liés à la santé mentale ainsi que les réclamations liées à la santé mentale dans le cadre de l'indemnisation des accidents du travail (IAT), les invalidités de courte durée (ICD) et les invalidités de longue durée (ILD) variaient selon le secteur et la taille des organisations. Dans les petites et moyennes organisations, les réclamations étaient en moyenne beaucoup moins élevées (0 % IAT, 3 % ICD, 1 % ILD) en comparaison avec les grandes organisations (19 % IAT, 23 % ICD, 17 % ILD). Les gouvernements provinciaux avaient accordé le plus grand nombre de jours de congés de maladie (37 jours) dans l'ensemble des secteurs public et privé.

Recommandations

Étant donné que les besoins en santé mentale ne font qu'augmenter en raison de la COVID-19, il est important d'utiliser les milieux de travail comme une ressource pour les soins de santé mentale et d'améliorer le financement et l'utilisation des régimes d'AMC. Pour ce faire, nous devons prendre les mesures suivantes :

- offrir une couverture adéquate et assurer que les employeurs ont la flexibilité de modifier leur régime d'AMC afin de refléter la couverture des services psychologiques dont leurs employés ont besoin;
- sensibiliser les décideurs de haut niveau au RCI de la couverture complémentaire des services psychologiques et à l'importance d'assurer un accès opportun aux soins à leurs employés;
- lever les obstacles freinant l'accès à l'AMC (incluant les obstacles auxquels font face les hommes et les personnes racialisées);
- mettre en place des politiques gouvernementales (p. ex., des crédits d'impôt) incitant les employeurs à élargir la couverture;
- soutenir les petites organisations afin qu'elles puissent offrir des AMC comparables à celles des grandes organisations; et
- établir un dialogue continu entre les gouvernements et les employeurs à propos de la prestation des services de santé mentale.

Compte tenu des besoins non satisfaits en matière de services de santé mentale au Canada, il est crucial d'augmenter le financement et les ressources afin d'améliorer l'accès pour les travailleurs. Puisque le coût des soins de santé mentale reçus à l'extérieur des établissements publics incombe largement aux utilisateurs ou aux régimes d'AMC, le secteur privé a un rôle déterminant à jouer dans la recherche de solutions efficaces à cet égard.

Introduction

Les problèmes de santé mentale au Canada sont courants et coûteux. Pourtant, en raison du manque de ressources en santé mentale, les besoins de bien des travailleurs ne sont pas satisfaits.

Bien qu'ils aient augmenté en raison de la COVID-19, les besoins en matière de santé mentale sont présents depuis longtemps. Avant la pandémie, on estimait qu'au cours d'une année donnée, une personne sur cinq au Canada (environ 7,5 millions de personnes) était aux prises avec une maladie mentale ou un problème lié à la santé mentale¹. Non seulement la maladie mentale réduit considérablement notre qualité de vie et notre espérance de vie^{2,3}, mais elle a également d'importantes répercussions sur notre main-d'œuvre. Des recherches ont montré que 21,4 % des travailleurs canadiens affirment vivre avec une maladie mentale ou un problème de santé mentale⁴. Les troubles mentaux sont une des principales causes d'invalidité au pays.⁵⁻⁷ Les maladies mentales et les problèmes de santé mentale représentent 30 % des réclamations pour invalidités de courte et de longue durée⁸. Selon les prévisions actuelles, « d'ici 2030, la dépression sera la première cause du fardeau que représentent les maladies à l'échelle mondiale » (p. 1)⁹. En 2011, les maladies mentales et les problèmes de santé mentale ont coûté aux employeurs quelque 6 milliards de dollars en pertes de productivité (causées par l'absentéisme, le présentéisme et le roulement du personnel)¹⁰.

Mais ces taux élevés ne s'accompagnent pas de ressources appropriées en ce qui concerne les politiques, les programmes et les services de santé mentale. En raison d'un sous-financement chronique des ressources de santé mentale, le Canada consacre entre 5 et 7 % de son budget de santé total aux services de santé mentale, soit beaucoup moins que d'autres pays du G7, dont le R.-U. (13 %) et la France (15 %)¹¹⁻¹³. Toutefois, même ces pourcentages se situent bien en deçà du fardeau de la maladie estimatif (23 %) attribué aux problèmes de santé mentale dans les pays développés^{14,15}. Le déficit de financement annuel du Canada pour les services de santé mentale dans son système public s'élève à quelque 3,1 milliards de dollars¹⁶. Même si le budget fédéral de 2017-2018 allouait 5 milliards de dollars sur 10 ans pour améliorer l'accès à ces services, cette somme représente seulement 500 millions de dollars par année.

En 2018, environ 5,3 millions de personnes au Canada ont déclaré avoir eu besoin de soins de santé mentale au cours de la dernière année¹⁷. Environ 22 % de ces personnes (soit 1,2 million) ont affirmé que leurs besoins avaient été comblés seulement « partiellement » et 21 % d'entre elles (soit 1,1 million), ont laissé entendre que leurs besoins « n'avaient pas été comblés du tout ». Les besoins en matière de médicaments étaient les plus susceptibles d'être satisfaits (85 %), alors que les besoins en counseling étaient les moins susceptibles de l'être (34 %). Les lacunes dans le financement et dans la couverture d'assurance publique ont également donné lieu à des iniquités de taille dans l'accès aux services. Plus précisément, les déficits dans le financement et l'accès ne sont pas égaux d'un groupe de population à l'autre. Au Canada, les besoins non satisfaits sont en effet plus grands chez les personnes à faible revenu¹⁸, un écart qui a été creusé encore davantage par la COVID-19¹⁹⁻²².

Le système privé joue un rôle de premier plan dans l'accessibilité des ressources en santé mentale au Canada.

Le système de santé mentale incohérent du Canada se compose de ressources relevant des secteurs public et privé. Dans le secteur privé, les employeurs jouent un rôle primordial dans l'accès des travailleurs aux services de santé mentale. En plus d'un programme d'aide aux employés et aux

familles (PAEF), bien des organisations proposent une assurance-maladie complémentaire (AMC) offrant aux employés une couverture limitée de ressources privées en santé mentale (p. ex., un psychologue en pratique privée).

Alors que le système privé inclut depuis toujours des services de santé mentale prodigués par des psychologues, les travailleurs sociaux et les psychothérapeutes sont de plus en plus admissibles à la couverture dans le cadre de l'AMC. On estime que plus des deux tiers des travailleurs canadiens ont accès à de tels avantages. Bien que l'étendue de la couverture varie d'un employeur à l'autre, en 2020, 420 millions de dollars ont été versés pour des réclamations pour services psychologiques (une hausse de 24 % par rapport à 2019), et plus de 300 millions de dollars sont injectés annuellement dans les programmes d'aide aux employés (PAE) (dont 70 millions seulement pour la consommation de substances)²³⁻²⁵. Plus de la moitié (56 %) de ces travailleurs ont accès à un régime d'avantages incluant des fournisseurs de services de santé mentale (dans une certaine mesure), et 46 % d'entre eux ont accès à des prestations relevant d'un PAEF, que ce soit à titre personnel ou par un membre de leur ménage²⁶. Selon certaines études, 80 % des consultations en psychologie se déroulent dans des cabinets privés²⁷.

En outre, il est bien établi que les régimes d'AMC ne suffisent généralement pas pour répondre aux besoins en santé mentale des utilisateurs^{28,29}. La couverture maximale fournie par les employeurs pour le counseling en santé mentale illustre parfaitement ce manque à gagner. En effet, la couverture maximale annuelle médiane en 2021 était de 750 \$, une baisse de 25 % par rapport au maximum de 2020, qui s'élevait à 1 001 \$. Bien que 72 % des employeurs offrent une couverture maximale pouvant atteindre 1 000 \$ et que 21 % d'entre eux couvrent des frais de 1 000 à 5 000 \$ (les 7 % restants remboursent plus de 5 000 \$)³⁰, ces montants présentent néanmoins un problème en matière d'accès aux soins. La Société canadienne de psychologie (SCP) recommande que les employés aient accès à une couverture de 3 500 à 4 000 \$ pour un traitement complet composé de soins fondés sur des données probantes (c.-à-d. un traitement adéquat favorisant l'atteinte de résultats thérapeutiques)³¹.

Les associations provinciales de psychologie estiment qu'en conséquence, les clients paient de leur poche les services psychologiques privés qu'ils reçoivent entre 5 et 39 % du temps³². Chaque année, on estime que les habitants du Canada dépensent 950 millions de dollars pour consulter des psychologues en pratique privée pour des problèmes de santé mentale, dont 30 % qui sont payés de leur poche³³. Dans le même temps, l'accès à une assurance-maladie privée ne constitue pas un indicateur significatif permettant de prédire la consultation d'un professionnel de la santé mentale, ce qui porte à croire que même les personnes possédant une couverture n'y font pas systématiquement appel³⁴.

En ce qui concerne les types de services utilisés, les grands employeurs sont également plus susceptibles de disposer d'un programme d'aide en santé mentale que les petits employeurs^{35,36}, ce qui signifie que ces derniers sont plus nombreux à dépendre des programmes et services communautaires.

Les besoins en santé mentale n'ont fait qu'augmenter durant la pandémie.

Une étude réalisée par le Conference Board du Canada et la Commission de la santé mentale du Canada (CSMC) en juillet 2020 a révélé que les problèmes de santé mentale avaient empiré chez 84 % des répondants depuis le début de la pandémie³⁷. Les conclusions de trois rapports publiés en 2021 ont apporté des preuves supplémentaires des répercussions de la COVID-19 sur la santé mentale : 14 % des Canadiens ont rapporté des symptômes d'intensité moyenne ou élevée de

dépression (une hausse de 2 % par rapport à avant la pandémie); 22 % des personnes consommant de l'alcool ont dit avoir fait un usage problématique de cette substance au cours du dernier mois; 9 % ont dit avoir sérieusement envisagé le suicide au cours de la dernière année (une augmentation de 3 % par rapport à avant la pandémie); et les décès liés à la toxicité des opioïdes ont augmenté de 88 % depuis le début de la pandémie³⁸⁻⁴⁰. De plus, bien que les réclamations pour invalidité aient diminué durant la pandémie, les demandes des fonctionnaires fédéraux en lien avec la santé mentale ont composé la majeure partie des réclamations, avec 55,1 %⁴¹. Dans le secteur privé, les taux sont également restés élevés (30 %). Selon les données des membres de l'Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes, les demandes d'assurance-invalidité pour des services de santé mentale ont grimpé de 24 % en 2020⁴². Les compagnies d'assurance ont versé 420 millions de dollars pour des réclamations en santé mentale, soit 150 millions de plus que prévu^{43,44}. En outre, en 2021, les demandes d'assurance-invalidité de courte durée liées à la santé mentale des travailleurs ont augmenté de 6 % et la durée des invalidités a grimpé de 12 %.

Dans un sondage Ipsos mené en mars 2021, 60 % des répondants ont affirmé vivre des problèmes de santé mentale, et plus de la moitié d'entre eux (54 %) ne cherchaient à obtenir aucun traitement⁴⁵. Les raisons les plus souvent invoquées étaient l'abordabilité (37 %), notamment le coût ou l'absence d'avantages sociaux de groupe offerts par l'employeur; l'accès (29 %), incluant les obstacles liés aux fermetures, aux longs temps d'attente ou au manque d'orientation au sein du système; ainsi que la stigmatisation et le sentiment de honte à demander de l'aide (30 %)⁴⁶. Les répondants ont mentionné une autre raison importante pour ne pas chercher de traitement, à savoir celle selon laquelle ils préfèrent régler le problème eux-mêmes. Dans une étude effectuée par la SCP en 2020, près d'une personne sur deux a indiqué que cette préférence constituait un obstacle « très considérable » (16 %) ou « assez considérable » (30 %) à la demande d'aide⁴⁷. Cette donnée coïncide avec les résultats d'une étude de la CSMC réalisée en 2021 dans laquelle 46 % des répondants préféreraient s'attaquer au problème seuls⁴⁸.

L'enquête de la SCP a également montré que 92 % des répondants n'ont pas reçu de services d'un psychologue depuis le début de la pandémie⁴⁹. De ceux qui y ont accédé, 47 % ont utilisé une assurance privée, 26 % ont fait appel au système de santé public et 26 % ont payé de leur poche. La plupart ont indiqué que ces services avaient été fournis dans un délai raisonnable (50 %) ou assez raisonnable (34 %).

Une deuxième enquête de la SCP s'intéressait aux effets de la pandémie sur l'accès aux ressources de santé mentale^{50,51}. Alors que dans un des sondages, plus de la moitié des répondants jugeaient que la pandémie avait eu des effets « négatifs » (33 %) ou « plutôt négatifs » (23 %) sur l'accès aux soins d'un psychologue⁵², l'autre a montré une hausse globale dans l'accès, qui ne suivait toutefois pas le rythme des besoins⁵³. La pandémie a donc accentué les besoins de ressources en santé mentale, mais le nombre de ressources disponibles n'a pas augmenté suffisamment pour combler ces besoins accrus.

À propos de ce sondage

Bien que les recherches et les politiques aient porté davantage sur la promotion d'un accès opportun et équitable aux ressources dans le système public, deux tiers des travailleurs adultes ont accès à une AMC liée à leur emploi qui couvre des soins de santé à divers degrés. Compte tenu des besoins non comblés en matière de services de santé mentale dans les secteurs public et privé, les AMC constituent une ressource incontournable pour les travailleurs canadiens. On en sait toutefois peu au sujet de l'utilisation que les employés font de ces prestations et de l'étendue de la couverture complémentaire fournie par les employeurs.

Pour tenter de combler ces lacunes, le sondage en ligne (distribué en français et en anglais) présenté ci-dessous cherchait à clarifier le rôle de l'AMC du point de vue des employeurs et de celui des employés.

Méthodologie

Le sondage a été créé grâce à l'expertise de la SCP, de la CSMC, de Bill Howatt et de Dayna Lee-Baggley, chercheuse principale[†]. Cette étude a été approuvée par le Comité d'éthique de la recherche de l'Université Saint Mary's (dossier no 21-032). Le sondage auprès des employés a été réalisé auprès de 18 personnes employées à temps plein ayant accès à un téléphone intelligent ou à un ordinateur pour remplir le questionnaire. Les répondants n'étaient retenus pour y répondre que s'ils étaient employés à temps plein et avaient accès à des services psychologiques couverts par le régime de soins de santé offert par leur employeur. Le sondage destiné aux employeurs ciblait des participants ayant accès aux renseignements de leur organisation concernant le financement et la couverture des services de santé mentale. Les participants ont été recrutés parmi les abonnés de la liste d'envoi de la CSMC ainsi que sur les réseaux sociaux, par des contacts ciblés ainsi que par des échantillonnages de commodité et en boule de neige.

Résumé des résultats

Il est important de noter que parce que les répondants aux sondages ne formaient pas un échantillon représentatif de la population générale ni de la main-d'œuvre du Canada, toute généralisation des résultats doit être effectuée avec circonspection. De plus, le sondage des employés comptait davantage de répondants de grandes organisations (49 %) que de petites et moyennes organisations (47 %), alors que le sondage des employeurs comptait une proportion plus grande de répondants issus de petites et moyennes organisations (59 %) que de grandes organisations (42 %). Conformément à la classification type, les organisations ayant entre 1 et 499 employés rémunérés étaient classifiées comme étant des organisations de petite taille ou de taille moyenne et les organisations ayant 500 employés rémunérés ou plus étaient classifiées comme étant des organisations de grande taille⁵⁴. En conséquence, les résultats des sondages des employeurs et des employés ne sont pas directement comparables. Toute comparaison devrait être effectuée en lien avec les soins appropriés.

Faits saillants du sondage auprès des employés

Les répondants étaient principalement des personnes caucasiennes, des femmes et des personnes bien instruites occupant des emplois stables bien rémunérés.

- Nombre total de répondants = 239
- Résidence primaire la plus courante : Ontario (52 %), Alberta (14 %), C.-B. (12 %)
- 74 % résidaient en zone urbaine.

[†] Le sondage final et les résultats détaillés sont disponibles sur demande auprès de Mme Lee-Baggley au dayna@howatthr.com.

- 56 % étaient âgés entre 41 et 55 ans.
- 80 % étaient des femmes.
- 84 % étaient caucasiens/blancs.
- La plupart (52 %) étaient mariés.
- 74 % avaient fréquenté l'université, presque 10 % étaient titulaires d'un doctorat.
- 54 % gagnaient 80 000 \$ ou plus par année.
- 50 % étaient à l'emploi de leur organisation depuis au moins neuf ans.
- Les trois secteurs employant le plus grand nombre de participants étaient les soins de santé (46 %), le gouvernement; le système de justice et les forces de l'ordre (19 %); et l'éducation (12 %).
- 53 % travaillaient pour des organisations comptant 500 employés ou plus, 22 % pour des organisations comptant plus de 10 000 employés (généralement un hôpital ou une autorité sanitaire).
- 59 % ont dit être travailleurs de première ligne (plutôt que gestionnaires ou dirigeants).
- 44 % étaient membres d'un syndicat.
- Le tiers était employé par un gouvernement provincial ou territorial.
- 12 % travaillaient dans le secteur privé.
- Depuis le début de la pandémie, le taux de télétravailleurs est passé de 5 % (avant la pandémie) à 60 % (pendant la pandémie).

Qu'ils aient ou non obtenu des services psychologiques dans le cadre d'un régime d'AMC, les répondants ont affirmé être couverts par une entente de participation conjointe et jugeaient que cette couverture était inadéquate.

- Tous les répondants devaient avoir accès à des services psychologiques couverts par le régime de soins de santé de leur employeur pour participer au sondage, mais seulement 39 % d'entre eux avaient reçu des services psychologiques couverts par ce régime. De ce nombre, 32 % ont dû payer une quote-part.
- Parmi les répondants travaillant pour une grande organisation, 40 % avaient reçu des services psychologiques par l'entremise de leur AMC, en comparaison avec 35 % dans les organisations de petite taille ou de taille moyenne.
- Qu'ils aient ou non obtenu des services psychologiques dans le cadre d'un régime d'AMC, 80 % des répondants étaient d'avis que la couverture était inadéquate.
- Davantage de femmes (82 %) que d'hommes (50 %) ayant reçu des services psychologiques en faisant appel à leur AMC trouvaient que la couverture financière était insuffisante.

Les motifs d'obtention de services psychologiques par le biais de l'AMC étaient semblables.

- Les principales raisons, représentant 70 % des réponses, étaient l'anxiété (23 %); la dépression (17 %); les problèmes liés à la famille (12 %), au travail (11 %) et au stress causé par la COVID-19 (8 %).

La plupart des participants avaient facilement accès à un psychologue.

- 36 % d'entre eux avaient obtenu un rendez-vous avec un psychologue dans un délai de deux semaines, et 72 %, en un mois.

La plupart des répondants trouvaient que les services d'un psychologue avaient amélioré leur état.

- 70 % d'entre eux ont affirmé que le service avait atténué mais pas complètement résolu leur problème; 18 % ont indiqué que leur problème était resté inchangé.
- Dans les zones rurales, 66 % des participants ont trouvé que le service avait atténué mais pas complètement résolu leur problème, alors que 30 % ont indiqué que leur problème était resté inchangé.
- Dans les zones urbaines, 74 % des répondants ont indiqué que le service avait atténué mais pas complètement résolu leur problème; 11 % ont affirmé que leur problème était resté inchangé.

Bien que les répondants aient fait appel à d'autres services, une plus faible proportion d'entre eux ont constaté une amélioration de leur problème en comparaison avec ceux qui avaient reçu des services psychologiques.

- En plus des services psychologiques, 73 % des participants ont dit avoir eu recours à un PAEF; 16 % ont utilisé des programmes en ligne ou des applications autodirigés; et 7 % ont fait appel au soutien par les pairs.
 - Seulement 32 % ont indiqué que ces services avaient atténué mais pas complètement résolu leur problème, alors que 41 % ont mentionné que leur problème était resté inchangé et 9 % ont trouvé qu'il s'était aggravé.
 - Un pourcentage plus élevé (17 %) de participants n'étaient pas certains de l'effet de ces autres services sur leur problème, en comparaison avec les 10 % qui étaient incertains des retombées des services d'un psychologue.

Faits saillants du sondage auprès des employeurs

Les répondants au sondage des employeurs (175 au total) résidaient majoritairement en Ontario, représentaient des organisations de petite ou de moyenne taille, et habitaient dans des zones urbaines. Ils appartenaient à divers secteurs, mais la plus forte proportion provenait des secteurs des « soins de santé et services sociaux », des « finances et assurances » et « autres ».

- Nombre total de répondants = 175
- Résidence primaire la plus courante : Ontario (50 %), Alberta (22 %)
- 21 % travaillaient dans le secteur des soins de santé et des services sociaux, 11 % dans les secteurs des finances et de l'assurance et 15 % dans d'autres domaines.
- La plupart œuvraient au sein d'entreprises privées (42 %), d'organismes sans but lucratif (32 %) et de sociétés d'État (15 %).
- 59 % dirigeaient de petites ou moyennes organisations et 31 % avaient moins de 50 employés.
- La plupart (78 %) vivaient en région urbaine.

Environ le tiers des participants avaient élargi leur couverture durant la pandémie, généralement en réponse aux besoins et aux inquiétudes des employés face aux répercussions de la pandémie. Environ la moitié n'avaient pas augmenté la couverture, le plus souvent pour des raisons financières ou parce qu'ils jugeaient leur couverture suffisante.

- La plupart (88 %) ont indiqué qu'ils offraient d'autres services de santé mentale dans le cadre de leur PAEF, en plus de l'accès aux services psychologiques.
- La plupart (87 %) ont mentionné que l'accès en temps opportun à des services de santé mentale fournis par un psychologue était « extrêmement important » ou « très important ».

- Un nombre considérable (29 %) avait élargi la couverture pendant la pandémie, le plus souvent pour soulager les besoins des employés (27 %) et en réponse aux inquiétudes face aux répercussions de la pandémie sur la santé mentale (26 %).
- Les 55 % de participants n'ayant pas augmenté leur couverture ont expliqué leur décision par leur situation financière difficile (25 %) et la conviction que la couverture qu'ils offraient était adéquate (21 %).
- Ceux qui ont invoqué les finances (p. ex., une situation financière précaire, l'incapacité de se permettre une hausse des primes, l'incapacité des employés de se permettre une hausse des primes) étaient plus souvent des petites ou moyennes organisations (13 %) que des grandes (2 %).
- Plus du tiers (36 %) ont indiqué qu'ils avaient « toute la flexibilité » ou « une certaine flexibilité » dans la négociation de leur ensemble de prestations d'assurance-maladie avant son renouvellement.
- Les petites et moyennes entreprises (19 %) ont été moins nombreuses à accroître leur couverture des services psychologiques que les grandes organisations (54 %). Plus précisément, seulement 13 % des organisations comptant moins de 50 employés avaient élargi la couverture, alors que 50 % des organisations de plus de 1 000 employés l'avaient fait.

Moins de la moitié des participants croyaient que leurs hauts dirigeants et décideurs comprenaient le rendement des capitaux investis (RCI) des services psychologiques, mais plus de la moitié jugeaient que le RCI était bon.

- Bien que 42 % des répondants aient indiqué que les hauts dirigeants et les décideurs avaient une « bonne » ou une « très bonne » connaissance des données démontrant le RCI des services psychologiques, 13 % ont dit ignorer si les décideurs connaissaient le RCI.
- 60 % se sont dit « convaincus » ou « très convaincus » que la couverture de services psychologiques fournie à tous les employés offrait un bon RCI[‡].
- Alors que dans les régions urbaines, 21 % des entreprises ont indiqué que leur haute direction connaissait très bien le RCI de la couverture des services psychologiques, seulement 9 % des employeurs dans les régions rurales ont offert la même réponse.
- Dans les entreprises privées et les organismes sans but lucratif, environ 20 % des participants ont répondu que leurs dirigeants ne connaissaient pas le RCI associé à la couverture des services psychologiques, tandis que cette proportion ne s'élevait qu'à 7 % dans les sociétés d'État.

Les journées de congé de maladie ainsi que les demandes d'indemnisation des accidents du travail (IAT), d'invalidité de courte durée (ICD) et d'invalidité de longue durée (ILD) variaient selon le secteur et la taille des organisations.

- Les répondants ont indiqué que 9 % des demandes d'IAT, 6 % des demandes d'ICD et 5 % des demandes d'ILD étaient liées à la santé mentale.

[‡] Comme indiqué, cela laisse croire que soit les répondants n'étaient pas des décideurs de haut niveau ou qu'ils pourraient améliorer leur compréhension du RCI.

- La plupart (75 %) ont répondu que 0 % des demandes d'IAT étaient liées à la santé mentale. Dans les organisations où les demandes d'IAT étaient liées à la santé mentale, celles-ci représentaient environ 22 % des réclamations totales.
- La plupart des participants ont indiqué que 0 % des demandes d'ICD (55 %) et d'ILD (61 %) étaient liées à la santé mentale. Dans les organisations où les demandes étaient liées à la santé mentale, les ICD représentaient 19 % et les ILD, 14 %.
- Dans l'ensemble, les organisations ont déclaré neuf jours de congé de maladie en moyenne.
- Le nombre de jours de congé de maladie était le plus élevé au sein des gouvernements provinciaux (37 en moyenne). Les demandes d'IAT liées à la santé mentale représentaient en moyenne 22 % des réclamations totales.
- La proportion d'employés soumettant des réclamations d'ICD était plus élevée au sein de sociétés d'État (20 %) et des gouvernements provinciaux (24 %) que dans les entreprises privées (7 %) et les organismes sans but lucratif (6 %).
- La proportion d'employés soumettant des réclamations d'ICD, tout en étant inférieure, était également plus élevée au sein des sociétés d'État (7 %) et des gouvernements provinciaux (16 %) que dans les entreprises privées (3 %) et les organismes sans but lucratif (6 %).
- En moyenne, les petites et moyennes entreprises offraient moins de jours de congé de maladie (7) et recevaient moins de demandes d'IAT en lien avec la santé mentale (0 %) que les grandes organisations (13 jours et 19 % respectivement).
- Les petites et moyennes entreprises recevaient moins de demandes d'ICD (3 %) et d'ILD (1 %) que les grandes organisations (23 % et 17 % respectivement).

Discussion

Étant donné que l'échantillon de répondants n'était pas représentatif de la population et de la main-d'œuvre canadiennes, comme mentionné ci-dessus, l'interprétation des résultats doit tenir compte de cette limite.

Les employeurs et les employés n'ont pas la même définition d'une couverture d'AMC adéquate.

Des études ont montré que l'obligation pour les clients de couvrir eux-mêmes les frais non remboursés par l'AMC freine l'obtention de ressources en santé mentale^{55,56}. Dans la présente étude, 80 % des employés (même s'ils touchaient un revenu moyen ou élevé) trouvaient que la couverture qu'ils recevaient était inadéquate (bien que la plupart aient constaté une amélioration de leur état après avoir reçu des services psychologiques). Toutefois, seulement 29 % des employeurs ont élargi la couverture offerte durant la pandémie. Des 55 % qui ne l'ont pas fait, 21 % ont dit avoir pris cette décision parce qu'ils jugeaient la couverture adéquate. Même si les deux groupes de répondants ne sont pas directement comparables, les employeurs et les employés pourraient avoir des définitions différentes d'une couverture suffisante. Le rôle de la taille de l'organisation ne doit pas être négligé : seulement 13 % des organisations de moins de 50 employés avaient élargi leur couverture des services psychologiques, alors que 50 % des organisations de plus de 1 000 employés l'avaient fait. Cette disparité laisse entrevoir un écart considérable entre la capacité des organisations de petite ou moyenne taille d'offrir ces avantages et celle des grandes organisations. Ce domaine pourrait faire l'objet d'un travail politique accru afin de favoriser l'équité pour les employés des petites et moyennes entreprises.

L'AMC est une ressource sous-utilisée qui pourrait répondre à des besoins non satisfaits en matière de santé mentale. Le Canada ne consacre que 7 % de son budget de santé à la santé mentale, c'est-à-dire moins que d'autres pays de l'OCDE et beaucoup moins que l'estimation des 23 % que représentent les problèmes de santé mentale dans le fardeau de la maladie de ces pays⁵⁷⁻⁵⁹. La Société royale du Canada et l'Alliance canadienne pour la maladie mentale et la santé mentale ont recommandé que le financement de la santé mentale soit haussé à au moins 12 % afin de combler les besoins de longue date non satisfaits qui ont été exacerbés par la pandémie⁶⁰. Bien que les efforts pour accroître le financement de la santé mentale dans le système public devraient se poursuivre, les assurances-maladie complémentaires liées à l'emploi constituent une ressource sous-utilisée qui devrait également être maximisée en vue de répondre à ces besoins⁶¹. Bien que tous les répondants avaient accès à un régime d'AMC, seulement 39 % d'entre eux avaient fait appel à cette ressource pour obtenir des services psychologiques. Qu'ils aient ou non obtenu des services psychologiques dans le cadre d'un régime d'AMC, 80 % des répondants étaient d'avis que la couverture était inadéquate.

Il pourrait aussi être utile d'élargir les programmes offerts en milieu de travail afin d'y inclure des formations sur la santé mentale, des normes sur la sécurité psychologique et des initiatives de soutien par les pairs. En outre, des programmes virtuels et en ligne de santé mentale ont démontré leur efficacité et pourraient constituer, grâce à leur acceptabilité croissante, un moyen efficace de combler des besoins non satisfaits en matière de santé mentale^{62,63}. Cela dit, une proportion largement supérieure de répondants ont affirmé que leur état s'était amélioré grâce aux services d'un psychologue par rapport à ceux qui ont eu recours à d'autres services. Cette réponse donne à penser que les interventions de santé mentale ne sont ni identiques ni interchangeables, mais qu'elles sont plutôt perçues comme étant différentes et complémentaires. Tant le secteur public que le secteur privé ont un rôle à jouer pour aider à combler les besoins émergents en santé mentale, compte tenu des nombreux besoins non satisfaits. Si les gouvernements et les employeurs souhaitent élargir la couverture des services psychologiques, les deux secteurs devront engager un dialogue afin de maximiser la complémentarité de leur couverture et de minimiser les conséquences imprévues (p. ex., le transfert des coûts) de décisions qui pourraient réduire ou limiter l'accès aux soins. Par exemple, lorsque l'Australie a étendu la couverture de son régime Medicare aux services psychologiques, les réclamations soumises aux assurances privées ont chuté de moitié⁶⁴.

La COVID-19 a eu une incidence considérable sur les besoins en santé mentale des travailleurs. La COVID-19 s'est accompagnée d'une augmentation des problèmes de santé mentale et d'une prise de conscience accrue des ressources requises pour y remédier⁶⁵. La pandémie a également mis en lumière des problèmes continus freinant l'accès à ces ressources. Alors que près de 30 % des employeurs ont dit avoir élargi leur couverture des services psychologiques (28,6 %), près de la moitié (46,9 %) n'ont pas envisagé de l'augmenter et 8 % y ont réfléchi mais se sont abstenus. Les cinq principales raisons d'élargir la couverture (pour répondre aux besoins des employés, par souci des répercussions de la pandémie sur la santé mentale, dans un effort pour réduire le nombre de réclamations liées à la santé mentale, pour reconnaître la nécessité d'une couverture accrue et comme incitatif pour faciliter le recrutement et la rétention) représentaient 96 % des réponses des employeurs. Parmi ceux qui n'avaient pas augmenté la couverture dans le cadre de leur régime d'AMC, 50 % ont cité le coût comme principale raison (p. ex., une situation financière difficile, l'incapacité de se permettre une hausse des primes, l'incapacité des employés de se permettre une hausse des primes). Tout juste plus du tiers des employeurs (36 %) ont affirmé qu'ils disposaient d'une flexibilité totale dans la négociation de leur régime d'AMC. Ces réponses amènent à se demander comment les employeurs réagiraient à des besoins émergents chez leurs employés (ou à un événement comme la pandémie) s'ils n'avaient pas cette flexibilité.

La proportion de réclamations d'IAT, d'ICD et d'ILD liées à la santé mentale était largement inférieure dans cette étude par rapport à des études antérieures, où quelque 30 % des réclamations étaient attribuables à la maladie mentale. Puisque le présent sondage ne portait pas sur un échantillon représentatif, ces autres estimations sont probablement plus exactes. Le pourcentage de réclamations variait considérablement en fonction du secteur et de la taille des organisations interrogées. Le nombre moyen de réclamations liées à la santé mentale était beaucoup plus faible dans les petites et moyennes entreprises (0 % IAT, 3 % ICD, 1 % ILD) que dans les grandes (19 % IAT, 23 % ICD, 17 % ILD). Les gouvernements provinciaux affichaient le taux de réclamations et le nombre de jours de congés de maladie les plus élevés, ce qui correspond aux résultats d'autres études ayant démontré des taux croissants de réclamations liées à la santé mentale chez les fonctionnaires⁶⁶.

Tous les employeurs ne connaissent pas le RCI de l'investissement dans les ressources de santé mentale. L'investissement dans la santé mentale des employés génère un RCI sans équivoque⁶⁷. Non seulement certaines études montrent que chaque dollar consacré aux traitements peut générer un rendement de quatre dollars⁶⁸⁻⁷⁰, mais de solides preuves ont montré en plus que l'efficacité de la psychothérapie permet de réduire le coût des soins de santé et d'accroître la productivité des travailleurs⁷¹⁻⁷⁶. Le Conference Board du Canada estime qu'un traitement efficace des problèmes de dépression et d'anxiété pour tous les employés donnerait lieu à un gain annuel de 49,6 milliards de dollars pour l'économie canadienne⁷⁷. Si la majorité des répondants employeurs (60 %) ont affirmé être convaincus que leur couverture des services psychologiques offre un bon RCI, moins de la moitié (42 %) ont indiqué que les décideurs de haut niveau de leur organisation avaient une « bonne » ou une « très bonne » connaissance des données probantes démontrant le RCI d'une telle couverture. Ces réponses laissent croire que soit les répondants n'étaient pas des décideurs de haut niveau, soit ils pourraient améliorer leur compréhension du RCI dans ce domaine.

Recommandations et appels à l'action

Il est important de comprendre les obstacles qui entravent l'accès à un psychologue par l'entremise d'une AMC. L'accès, l'abordabilité et la stigmatisation demeurent des obstacles de taille à l'utilisation de ces services. Les obstacles suivants ont été documentés :

- l'abordabilité, incluant l'absence d'avantages sociaux liés à l'emploi et l'incapacité à payer les services soi-même⁷⁸⁻⁸⁰
- le manque de connaissance des ressources pouvant offrir de l'aide^{81,82}
- les longs temps d'attente⁸³⁻⁸⁵
- la pénurie de professionnels de la santé mentale accessibles⁸⁶
- le manque d'intégration des services de santé mentale et de supervision gouvernementale^{87,88}
- le manque de confiance dans le système de santé⁸⁹
- les barrières liées à la culture et à la langue⁹⁰
- les normes liées au genre⁹¹
- le racisme et la stigmatisation structurelle⁹²⁻⁹⁴
- la peur de la stigmatisation⁹⁵
- la crainte que les collègues ou l'employeur de la personne apprennent qu'elle reçoit des soins de santé mentale^{96,97}
- les iniquités liées à la situation géographique et au groupe démographique (p. ex., les jeunes, les habitants de communautés rurales, les populations autochtones)^{98,99}
- le coût des services qui ne sont pas couverts par un régime d'assurance privé^{100,101}

- la préférence d'une personne de résoudre son problème elle-même^{102,103}

Certains de ces obstacles pourraient être évités grâce à l'AMC. Dans une étude récente, 47 % des répondants ont indiqué que le temps d'attente s'ils voulaient recevoir les services d'un psychologue dans le système public serait probablement « déraisonnable » ou « assez déraisonnable »¹⁰⁴; or, 40 % ont affirmé qu'ils pensaient pouvoir y accéder par l'entremise du régime d'avantages médicaux de leur employeur dans un délai raisonnable. Le présent sondage va dans le même sens : 36 % des participants ont dit être en mesure de voir un psychologue dans les deux semaines, et 72 % au cours du même mois.

Dans des études antérieures, 76 % des répondants ont indiqué qu'il serait une « bonne » ou une « très bonne » idée d'améliorer l'accès à un psychologue au moyen des régimes d'avantages sociaux des employeurs. Dans la présente étude, 80 % des participants ont trouvé que leur couverture était inadéquate, et ce, qu'ils aient reçu ou non des services psychologiques par le truchement d'un régime d'AMC. Dans le contexte de la pénurie de fournisseurs de soins de santé mentale, l'élargissement de l'admissibilité en incluant d'autres fournisseurs de soins de santé mentale réglementés (travailleurs sociaux, psychothérapeutes, thérapeutes conseillers) pourrait contribuer à abattre un obstacle potentiel.

Cela dit, l'utilisation d'une AMC pourrait également dresser des obstacles, notamment la stigmatisation et l'abordabilité. Des études ont montré que bien des gens doivent payer de leur poche les coûts non couverts par ces avantages sociaux et craignent que leur employeur ou leurs collègues apprennent qu'ils ont besoin de ressources en santé mentale^{105,106}. Bien que les répondants devaient détenir une AMC pour accéder au sondage, seulement 39 % d'entre eux avaient fait appel à celle-ci pour recevoir des services psychologiques au cours de la dernière année. Qu'ils aient utilisé ou non leur AMC, les deux groupes (80 %) étaient d'avis que la couverture était insuffisante, ce qui laisse croire que certaines personnes ont évité de demander des services en raison des coûts directs à prendre en charge. Ce constat est d'autant plus frappant que les participants touchaient un salaire moyen à élevé. En ce qui concerne la crainte des gens que leurs collègues ou leur employeur découvrent qu'ils ont utilisé leur AMC pour recevoir des services de santé mentale, cet obstacle pourrait être contourné en augmentant la sensibilisation et en rassurant les employés au sujet du respect de leur vie privée. Dans l'ensemble, la diffusion de plus d'information au sujet des obstacles réduisant l'accès à ces avantages pourrait accroître l'utilisation qui en est faite.

Bien que l'échantillon de répondants employés n'était pas représentatif de la population canadienne, il pourrait refléter le portrait des utilisateurs de services psychologiques privés. Il est bien établi que les femmes, les personnes caucasiennes et celles ayant un niveau d'éducation et de revenu élevé sont plus susceptibles d'avoir recours à des ressources en santé mentale¹⁰⁷. Cette tendance est reproduite dans notre enquête, où 60 % des répondants étaient des femmes, 80 % étaient caucasiens, 74 % avaient fréquenté l'université et 54 % touchaient un revenu annuel de 80 000 \$ ou plus.

Les hommes et les personnes racialisées pourraient avoir été moins susceptibles de répondre à un sondage au sujet de l'utilisation de ressources en santé mentale, qu'ils y aient fait appel ou non[§]. Dans leur cas, il faut tenir compte des obstacles au niveau individuel et du système, notamment ceux posés par les normes liées à la culture et au genre de même que les obstacles institutionnels et

[§] De plus amples renseignements sont requis pour éclaircir les obstacles auxquels ces populations font face.

structurels, comme la couverture publique insuffisante des soins de santé mentale, l'incapacité à obtenir des services dans plusieurs langues et le manque de diversité chez les fournisseurs. Si la SCP a lancé plusieurs initiatives visant à atteindre ses objectifs en matière de droits fondamentaux et de justice sociale¹⁰⁸, l'accès aux ressources en santé mentale pourrait aussi être amélioré en favorisant l'accessibilité pour les personnes moins susceptibles d'y faire appel, notamment les hommes et les personnes racialisées.

Considérations politiques

Les AMC sont une ressource sous-utilisée et sous-financée dans la satisfaction des besoins en santé mentale de la population canadienne. Il est essentiel d'accroître le financement du système public afin d'assurer un accès plus équitable à la population; or, puisque le déficit de financement ne sera probablement pas résorbé à court terme, les AMC peuvent jouer un rôle déterminant pour répondre aux besoins en santé mentale non satisfaits. Les mesures suivantes, en réponse aux difficultés auxquelles les employés et les employeurs font face, pourraient favoriser l'accès à ces avantages :

- offrir une couverture adéquate et assurer que les employeurs ont la flexibilité de modifier leur régime d'AMC afin de refléter la couverture des services psychologiques dont leurs employés ont besoin;
- sensibiliser les décideurs de haut niveau au RCI de la couverture complémentaire des services psychologiques et à l'importance d'assurer un accès opportun aux soins à leurs employés;
- lever les obstacles freinant l'accès à l'AMC pour tous les employés (incluant les obstacles propres aux hommes et aux personnes racialisées);
- mettre en place des politiques gouvernementales (p. ex., des crédits d'impôt) incitant les employeurs à élargir la couverture;
- soutenir les petites organisations afin qu'elles puissent offrir des AMC comparables à celles des grandes organisations; et
- établir un dialogue continu entre les gouvernements et les employeurs à propos de la prestation des services de santé mentale.

Conclusion

Vu la croissance des besoins en matière de santé mentale dans le contexte de la COVID-19, il est indispensable de faire usage de toutes les ressources possibles pour répondre aux besoins non satisfaits. Une part importante de ce travail consiste à mettre à profit les milieux de travail pour favoriser l'accès aux soins de santé et améliorer le financement et l'utilisation des régimes d'AMC sous-utilisés. Pour ce faire, il faut notamment s'attaquer à des questions comme la définition d'une couverture adéquate (et notamment la flexibilité requise pour bonifier les avantages), le RCI des prestations pour les soins de santé mentale, les obstacles rencontrés par les employés (particulièrement ceux qui sont moins susceptibles d'utiliser des services de santé mentale) et les mesures à mettre en place pour aider les petites et moyennes organisations à offrir des régimes d'AMC. Au regard des besoins non satisfaits en matière de services de santé mentale dans les secteurs public et privé, les AMC constituent une ressource incontournable pour la population canadienne.

Références

- ¹ Wilson, M. et L. Bradley. *Faire valoir les arguments en faveur des investissements dans le système de santé mentale du Canada à l'aide de considérations économiques*, Commission de la santé mentale du Canada, 2017. https://www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/2017-03/case_for_investment_fr.pdf
- ² Wilson et Bradley. *Faire valoir les arguments en faveur des investissements dans le système de santé mentale du Canada à l'aide de considérations économiques*, 2017.
- ³ Patten, S. B., C. A. Beck, A. Kassam, J. V. A. Williams, C. Barbui et L. M. Metz. « Long-term medical conditions and major depression: Strength of association for specific conditions in the general population », *Canadian Journal of Psychiatry*, 50, no 4 (2005), p. 195-202. <https://doi.org/10.1177/070674370505000402>
- ⁴ Commission de la santé mentale du Canada. *La nécessité d'investir dans la santé mentale au Canada*, 2016. <https://tinyurl.com/3j8uanpv>
- ⁵ Institute for Health Metrics and Evaluation. *Canada*, 2022. <https://www.healthdata.org/canada?language=48>
- ⁶ K-L Lim, P. Jacobs, A. Ohinmaa, D. Schopflocher et C. S. Dewa. Une nouvelle mesure, fondée sur la population, du fardeau économique de la maladie mentale au Canada *Maladies chroniques au Canada*, vol. 28, n° 3 (2008), p. 92-98. <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/migration/phac-aspc/publicat/hpcdp-pspmc/28-3/pdf/cdic28-3-2fra.pdf>
- ⁷ Murray, C. J. L., T. Vos, R. Lozano, M. Naghavi, A. D. Flaxman, C. Michaud, M. Ezzati, K. Shibuya, J. A. Salomon, S. Abdalla, V. Aboyans, J. Abraham, I. Ackerman, R. Aggarwal, S. Y. Ahn, M. K. Ali, M. A. AlMazroa, M. Alvarado, H. R. Anderson et A.D. Lopez. « Disability-adjusted life years (DALYs) for 291 diseases and injuries in 21 regions, 1990–2010: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010 », *Lancet*, vol. 380, n° 9859 (2012), p. 2197-2223. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)61689-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61689-4)
- ⁸ Commission de la santé mentale du Canada. *La nécessité d'investir dans la santé mentale au Canada*, 2016.
- ⁹ Organisation mondiale de la Santé. *Charge mondiale des troubles mentaux et nécessité d'une réponse globale coordonnée du secteur de la santé et des secteurs sociaux au niveau des pays*, 2011. https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB130/B130_9-fr.pdf
- ¹⁰ Commission de la santé mentale du Canada, 2016.
- ¹¹ Commission de la santé mentale du Canada, 2016.
- ¹² Institute for Health Metrics and Evaluation. *Canada*, 2022.
- ¹³ Lim et coll. Une nouvelle mesure, fondée sur la population, du fardeau économique de la maladie mentale au Canada
- ¹⁴ Jacobs, P., R. Yim, A. Ohinmaa, K. Eng, C. S. Dewa, R. Bland, R. Block, M. Slomp. « Expenditures on mental health and addictions for Canadian provinces in 2003/04 », *La Revue canadienne de psychiatrie*, vol. 53, n° 5 (2005), p. 306-313. <https://doi.org/10.1177/070674370805300505>
- ¹⁵ Wang, J., P. Jacobs, A. Ohinmaa, A. Dezetter et A. Lesage. « Public expenditures for mental health services in Canadian provinces » *La Revue canadienne de psychiatrie*, vol. 63, n° 4 (2005), p. 250-256. <https://doi.org/10.1177/0706743717741059>
- ¹⁶ Bartram, M. et S. Lurie. « Closing the mental health gap: The long and winding road? », *La Revue canadienne de santé mentale communautaire*, vol. 36, n° 2 (2017), p. 5-18. <https://doi.org/10.7870/cjcmh-2017-021>

- ¹⁷ Moroz, N., I. Moroz et M. S. D'Angelo. « Mental health services in Canada: Barriers and cost-effective solutions to increase access », *Healthcare Management Forum*, vol. 33, n° 6 (2020), p. 282-287. <https://doi.org/10.1177/0840470420933911>
- ¹⁸ Conference Board du Canada. *Unmet mental health care needs costing Canadian economy billions* [communiqué de presse], 1^{er} septembre 2016. <https://tinyurl.com/2p9aazs7>
- ¹⁹ Commission de la santé mentale du Canada et Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances. *Santé mentale et usage de substances pendant la pandémie de COVID-19 : Rapport sommaire 1*, 2021. <https://tinyurl.com/mws82b43>
- ²⁰ Commission de la santé mentale du Canada et Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances. *Santé mentale et usage de substances pendant la pandémie de COVID-19 : Rapport sommaire 3 : Le revenu, l'emploi et l'accès*, 2021. <https://tinyurl.com/2p8nyeu7>
- ²¹ Société canadienne de psychologie. *La forte majorité des Canadiens veulent avoir un meilleur accès aux psychologues*, 2021. <https://cpa.ca/fr/strong-majority-of-canadians-want-improved-access-to-psychologists/>
- ²² Société canadienne de psychologie. *Close to one-third think COVID-19 has negatively impacted one third of Canadians' ability to access mental health care: Quebec*, 2020. <https://tinyurl.com/2p98595y>
- ²³ Commission de la santé mentale du Canada, 2016.
- ²⁴ Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes. *Faits sur les assurances de personnes au Canada – Édition 2021*, 2021. <https://tinyurl.com/mk24b57d>
- ²⁵ Chodos, H. *Options pour améliorer l'accès aux services de counseling, de psychothérapie et de psychologies pour les maladies et les problèmes associés à la santé mentale*, Commission de la santé mentale du Canada, 2017. <https://tinyurl.com/7z4vmmav>
- ²⁶ Commission de la santé mentale du Canada. *Combler le fossé de l'accès et de l'équité : Réinventer les secteurs public et privé des services en santé mentale et usage de substances* [document d'information] [manuscrit en préparation], 2022.
- ²⁷ Romanow, R. et G. Marchildon. « Psychological services and the future of health care in Canada », *Canadian Psychology*, vol. 44, n° 4 (2003), p. 283-295. <https://doi.org/10.1037/h0086954>
- ²⁸ Chodos, H. *Options pour améliorer l'accès aux services de counseling, de psychothérapie et de psychologies pour les maladies et les problèmes associés à la santé mentale*, 2017.
- ²⁹ Commission de la santé mentale du Canada. *Combler le fossé de l'accès et de l'équité : Réinventer les secteurs public et privé des services en santé mentale et usage de substances*, 2022.
- ³⁰ Benefits Canada. *The 2021 Benefits Canada Healthcare Survey*, 2021. <https://tinyurl.com/2p97d86y>
- ³¹ Sun Life. *Définir l'univers des garanties collectives : une analyse approfondie des prochaines tendances*, 2020. <https://tinyurl.com/2tu76bdv>
- ³² Peachey, D., V. Hicks et O. Adams. *An imperative for change: Access to psychological services for Canada*. Société canadienne de psychologie, 2013. https://cpa.ca/docs/File/Position/An_Imperative_for_Change.pdf
- ³³ Waddell, C., K. McEwan, C. A. Shepherd, D. R. Offord, J. M. Hua. « A public health strategy to improve the mental health of Canadian children », *Canadian Journal of Psychiatry*, vol. 50, n° 4 (2005), p. 226-233. <https://doi.org/10.1177/070674370505000406>
- ³⁴ Leach, L. S., P. Butterworth et H. Whiteford. « Private health insurance, mental health and service use in Australia », *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, vol. 46, n° 5 (2012), p. 468-475. <https://doi.org/10.1177/0004867411434713>
- ³⁵ Benefits Canada. *The 2021 Benefits Canada Healthcare Survey*, 2021.
- ³⁶ Sun Life. *Définir l'univers des garanties collectives : une analyse approfondie des prochaines tendances*, 2020.

- ³⁷ Conference Board du Canada. *Quel effet a eu la COVID-19 sur la santé mentale des Canadiens?*, 2020. <https://www.conferenceboard.ca/focus-areas/health/quel-effet-a-eu-la-covid-19-sur-la-sante-mentale-des-canadiens>
- ³⁸ Commission de la santé mentale du Canada et Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances. *Santé mentale et usage de substances pendant la pandémie de COVID-19 : Rapport sommaire 1*, 2021.
- ³⁹ Commission de la santé mentale du Canada et Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances. *Santé mentale et usage de substances pendant la pandémie de COVID-19 : Rapport sommaire 4 : Les jeunes, les aînés et la stigmatisation*, 2021c. <https://tinyurl.com/5n7c4y9m>
- ⁴⁰ Santé Canada – Infobase de la santé publique. *Méfais associés aux opioïdes et aux stimulants au Canada* (décembre 2021), 2021. <https://sante-infobase.canada.ca/mefaits-associes-aux-substances/opioides-stimulants>
- ⁴¹ May, K. *What's driving depression and mental-health issues in the public service?* Options politiques, 29 novembre 2021. <https://policyoptions.irpp.org/fr/magazines/november-2021/mental-health-claims-rise-in-public-service/>
- ⁴² Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes. *Faits sur les assurances de personnes au Canada – Édition 2021*, 2021.
- ⁴³ Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes, 2021.
- ⁴⁴ Rolfe, K. « A pandemic after the pandemic”: Insurers brace for disability claims “deluge” from mental, physical strain of crisis », *Financial Post*, 17 août 2021. <https://financialpost.com/fp-work/a-pandemic-after-the-pandemic-insurers-brace-for-disability-claims-deluge-from-mental-physical-strain-of-crisis>
- ⁴⁵ IPSOS. *Six in ten Canadians (60%) currently experiencing mental health issues, but more than half (54%) haven't sought treatment*, 2021. <https://tinyurl.com/2p8kcf5a>
- ⁴⁶ Commission de la santé mentale du Canada et Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances. *Santé mentale et usage de substances pendant la pandémie de COVID-19 : Rapport sommaire 3 : Le revenu, l'emploi et l'accès*, 2021.
- ⁴⁷ Société canadienne de psychologie. *La forte majorité des Canadiens veulent avoir un meilleur accès aux psychologues*, 2021.
- ⁴⁸ Commission de la santé mentale du Canada et Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances. *Santé mentale et usage de substances pendant la pandémie de COVID-19 : Rapport sommaire 3 : Le revenu, l'emploi et l'accès*, 2021.
- ⁴⁹ Société canadienne de psychologie. *Close to one-third think COVID-19 has negatively impacted ability to access mental health care: Quebec*, 2020.
- ⁵⁰ Société canadienne de psychologie, 2021.
- ⁵¹ Société canadienne de psychologie, 2020.
- ⁵² Société canadienne de psychologie, 2020.
- ⁵³ Société canadienne de psychologie, 2021.
- ⁵⁴ BDC. *10 choses que vous ignorez (peut-être) à propos des PME canadiennes*, s.d. <https://www.bdc.ca/fr/articles-outils/strategie-affaires-planification/gerer-affaires/10-choses-ignorez-pme-canadiennes>
- ⁵⁵ Conference Board du Canada. *Unmet mental health care needs costing Canadian economy billions*, 1^{er} septembre 2016.
- ⁵⁶ Waddell et coll. « A public health strategy to improve the mental health of Canadian children », 2005.
- ⁵⁷ Wilson et Bradley, 2017.
- ⁵⁸ Commission de la santé mentale du Canada, 2016.

- ⁵⁹ Wang et coll. « Public expenditures for mental health services in Canadian provinces », 2018.
- ⁶⁰ Hollihan, K., E. Cohen et G. Brimacombe. « Mental health parity, a time whose idea has come », *Hill Times*, 4 octobre 2021. <https://www.hilltimes.com/2021/10/04/mental-health-parity-a-time-whose-idea-has-come/319996>
- ⁶¹ Trudeau, J. *Premier ministre du Canada : Lettre de mandat du ministre de la Santé*, 15 décembre 2021. <https://pm.gc.ca/fr/lettres-de-mandat/2021/12/16/lettre-de-mandat-du-ministre-de-la-sante>
- ⁶² Etzelmueller, A., C. Vis, E. Karyotaki, H. Baumeister, N. Titov, M. Berking, P. Cuijpers, H. Riper, D. D. Ebert. « Effects of internet-based cognitive behavioral therapy in routine care for adults in treatment for depression and anxiety: Systematic review and meta-analysis », *Journal of Medical Internet Research*, vol. 22, n° 8, article e18100 (2020). <https://doi.org/10.2196/18100>
- ⁶³ Hawke, L. D., N. Y. Sheikhan, K. MacCon et J. Henderson. « Going virtual: Youth attitudes toward and experiences of virtual mental health and substance use services during the COVID-19 pandemic », *BMC Health Services Research*, vol. 21, n° 1, Article 340 (2021). <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06321-7>
- ⁶⁴ Diminic, S. et M. Bartram, M. « Does introducing public funding for allied health psychotherapy lead to reductions in private insurance claims? Lessons for Canada from the Australian experience », *Canadian Journal of Psychiatry*, vol. 64, n° 1 (2019), p. 68-76. <https://doi.org/10.1177/0706743718784941>
- ⁶⁵ Gadermann, A. C., K. C. Thomson, C. G. Richardson, M. Gagné, C. McAuliffe, S. Hirani et E. Jenkins. « Examining the impacts of the COVID-19 pandemic on family mental health in Canada: Findings from a national cross-sectional study », *BMJ Open*, vol. 11, n° 1, article e042871 (2021). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-042871>
- ⁶⁶ May, K. *What's driving depression and mental-health issues in the public service?*, 2021.
- ⁶⁷ Wilson et Bradley, 2017.
- ⁶⁸ Centre de toxicomanie et de santé mentale (CAMH). *Workplace mental health playbook for business leaders*, 2021. <https://www.camh.ca/en/health-info/workplace-mental-health-playbook-for-business-leaders>
- ⁶⁹ Kangasniemi, A., L. Maxwell et M. Sereneo. *The ROI in workplace mental health programs: Good for people, good for business*. Deloitte Insights, 2019. <https://tinyurl.com/4txpka2w>
- ⁷⁰ Vasiliadis, H.-M., A. Dezetter, E. Latimer, M. Drapeau et A. Lesage. « Assessing the costs and benefits of insuring psychological services as part of Medicare for depression in Canada », *Psychiatric Services*, vol. 68, n° 9 (2017), p. 899-906. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201600395>
- ⁷¹ Organisation mondiale de la Santé. *Charge mondiale des troubles mentaux et nécessité d'une réponse globale coordonnée du secteur de la santé et des secteurs sociaux au niveau des pays*, 2011.
- ⁷² Vasiliadis et coll. « Assessing the costs and benefits of insuring psychological services as part of Medicare for depression in Canada », 2017.
- ⁷³ Laynard, R., D. Clark, M. Knapp et G. Mayraz. « Cost-benefit analysis of psychological therapy », *National Institute Economic Review*, vol. 202, n° 1 (2007), p. 90-98. <https://doi.org/10.1177/0027950107086171>
- ⁷⁴ Mawani, F. N. et H. Gilmour. *Validation de l'autoévaluation de la santé mentale (catalogue n° 82-003-S de Statistique Canada, Rapports sur la santé)*, 2010. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/catalogue/82-003-X201000311288>
- ⁷⁵ Murray et coll. « Disability-adjusted life years (DALYs) for 291 diseases and injuries in 21 regions, 1990-2010: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010 », 2010.
- ⁷⁶ Palpant, R. G., R. Steimnitz, T. H. Bornemann et K. Hawkins. « The Carter Center mental health program: Addressing the public health crisis in the field of mental health through policy change and stigma reduction », *Preventing Chronic Disease*, vol. 3, n° 2, article A62 (2006). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1563952/>

- ⁷⁷ Southerland, G. et C. Stonebridge. *Des cerveaux sains au travail : Effets estimés des avantages sociaux et programmes en santé mentale offerts au travail*, Conference Board du Canada, 2016.
<https://www.conferenceboard.ca/e-library/abstract.aspx?did=8242>
- ⁷⁸ Peachey et coll. *An imperative for change: Access to psychological services for Canada*, 2013.
- ⁷⁹ Bartram, M. et J. M. Stewart. « Income-based inequities in access to psychotherapy and other mental health services in Canada and Australia », *Health Policy*, vol. 123, n° 1 (2019), p. 45-50.
<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2018.10.011>
- ⁸⁰ Statistique Canada. *Besoins en soins de santé mentale*, 2018, 2019.
<https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-625-x/2019001/article/00011-fra.htm>
- ⁸¹ Palpant et coll. « The Carter Center mental health program: Addressing the public health crisis in the field of mental health through policy change and stigma reduction », 2006.
- ⁸² Ontario, Santé mentale et lutte contre les dépendances. *Vers le mieux-être : un plan pour bâtir le système ontarien de santé mentale et de lutte contre les dépendances*, 2020.
<https://www.ontario.ca/fr/page/feuille-de-route-vers-le-mieux-etre-plan-de-laboration-du-systeme-de-sante-mentale-et-de-lutte-contre>
- ⁸³ Association canadienne pour la santé mentale (bureau national). *L'équité pour la santé mentale : Mettre fin à la disparité en santé au Canada*, 2018. <https://cmha.ca/fr/brochure/plus-de-la-moitie-des-canadiens-considerent-lanxiete-et-la-depression-comme-une-epidemie/>
- ⁸⁴ Santé mentale pour enfants Ontario. *Les enfants ne peuvent pas attendre : Rapport 2020 sur les listes et les délais d'attente de soins en santé mentale des enfants et des jeunes en Ontario*, 2020.
https://cmho.org/wp-content/uploads/CMHO_WaitTimes_2020_Report_FR.pdf
- ⁸⁵ « The health crisis of mental health stigma [éditorial] », *Lancet*, vol. 387, n° 10023 (2016), p. 1027.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)00687-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00687-5)
- ⁸⁶ Waddell et coll., 2005.
- ⁸⁷ Patten, et coll., « Long-term medical conditions and major depression: Strength of association for specific conditions in the general population », 2005.
- ⁸⁸ Anderssen, E. « Half of Canadians have too few local psychiatrists, or none at all. How can we mend the mental-health gap? », *Globe and Mail*, 4 février 2020.
<https://www.theglobeandmail.com/canada/article-half-of-canadians-have-too-few-local-psychiatrists-or-none-at-all/>
- ⁸⁹ Commission de la santé mentale du Canada et Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances. *Santé mentale et usage de substances pendant la pandémie de COVID-19 : Rapport sommaire 3 : Le revenu, l'emploi et l'accès*, 2021.
- ⁹⁰ Waddell et coll., 2005.
- ⁹¹ Rice, S., J. Oliffe, Z. Seidler, R. Borschmann, J. Pirkis, N. Reavley et G. Patton. « Gender norms and the mental health of boys and young men [commentaire] », *Lancet Public Health*, vol. 6, n° 8 (2021), p. E541-E542 : [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(21\)00138-9](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(21)00138-9).
- ⁹² Commission de la santé mentale du Canada et Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances. *Santé mentale et usage de substances pendant la pandémie de COVID-19 : Rapport sommaire 3 : Le revenu, l'emploi et l'accès*, 2021.
- ⁹³ Shin, R. Q., L. C. Smith, J. C. Welch et I. Ezeofor. « Is Allison more likely than Lakisha to receive a callback from counseling professionals? A racism audit study », *Counseling Psychologist*, vol. 44, n° 8 (2016), p. 1187-1211. <https://doi.org/10.1177/0011000016668814>
- ⁹⁴ Williams, M., D. Rosen et J. Kanter (éditeurs). *Eliminating race-based mental health disparities: Promoting equity and culturally responsive care across settings*, Context Press, 2019.

- ⁹⁵ Knaak, S., E. Mantler et A. Szeto. « Mental illness-related stigma in healthcare: Barriers to access and care and evidence-based solutions », *Healthcare Management Forum*, vol. 30, n° 2 (2017), p. 111-116.
<https://doi.org/10.1177/0840470416679413>
- ⁹⁶ Wallace, J. E. « Mental health and stigma in the medical profession », *Health*, vol. 16, n° 1 (2012), p. 3-18.
<https://doi.org/10.1177/1363459310371080>
- ⁹⁷ McFarling, L., M. D'Angelo, M. Drain, D. A. Gibbs et K. L. Rae Olmsted. « Stigma as a barrier to substance abuse and mental health treatment », *Military Psychology*, vol. 23, n° 1 (2011), p. 1-5.
<https://doi.org/10.1080/08995605.2011.534397>
- ⁹⁸ Institute for Health Metrics and Evaluation. *Canada*, 2022.
- ⁹⁹ Waddell et coll., 2005.
- ¹⁰⁰ Conference Board du Canada, 1^{er} septembre 2016.
- ¹⁰¹ Waddell et coll., 2005.
- ¹⁰² Commission de la santé mentale du Canada et Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances. *Santé mentale et usage de substances pendant la pandémie de COVID-19 : Rapport sommaire 3 : Le revenu, l'emploi et l'accès*, 2021.
- ¹⁰³ Société canadienne de psychologie, 2021.
- ¹⁰⁴ Société canadienne de psychologie, 2021.
- ¹⁰⁵ Conference Board du Canada, 1^{er} septembre 2016.
- ¹⁰⁶ Société canadienne de psychologie, 2021.
- ¹⁰⁷ Vasiliadis, H.-M., R. Tempier, A. Lesage et N. Kates, N. « General practice and mental health care: Determinants of outpatient service use », *Canadian Journal of Psychiatry*, vol. 54, n° 7 (2009), p. 468-476.
<https://doi.org/10.1177/070674370905400708>
- ¹⁰⁸ Société canadienne de psychologie, 2020. *Human rights and social justice*, 2020.
<https://cpa.ca/fr/humanrightsandsocialjustice/>



**Commission de
la santé mentale
du Canada**

**Mental Health
Commission
of Canada**

**Commission de la santé mentale du
Canada**

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

Tél. : 613 683-3755

Téléc. : 613 798-2989

 @CSMC_MHCC  /theMHCC

 /1MHCC  @theMHCC

 /Commission de la santé mentale du
Canada

 /theMHCC

CANADIAN
PSYCHOLOGICAL
ASSOCIATION



SOCIÉTÉ
CANADIENNE
DE PSYCHOLOGIE

Société canadienne de psychologie

141, avenue Laurier ouest, bureau 702
Ottawa (Ontario) K1R 1A4

Tél. : 1-888-472-0657

Téléc. : 613-237-1674

 @CPA_SCP  /CPA.SCP

 /CPAVideoChannel

 @canadianpsychological

 /canadian-psychological-association