

The Case for a Federal Mental Health Transition Fund

La nécessité d'un fonds de transition fédéral pour la santé mentale

Alain Lesage, MD¹, Roger Bland, MD², Ian Musgrave, MD³,
Egon Jonsson, PhD⁴, Mike Kirby, PhD, LLD(Hon)⁵,
and Helen-Maria Vasiliadis, PhD⁶

The Canadian Journal of Psychiatry /
La Revue Canadienne de Psychiatrie
2017, Vol. 62(1) 4-7
© The Author(s) 2016
Reprints and permission:
sagepub.com/journalsPermissions.nav
DOI: 10.1177/0706743716673324
TheCJP.ca | LaRCP.ca



The Liberal government committed to making mental health services more accessible.¹ Housing funding was increased in the last budget, but now commitment to comprehensive home care for the severely mentally ill and access to primary care treatments for common mental disorders are needed. Canada has poor financing of mental health services² and lags behind other countries' managed health care systems. Unlike Great Britain and Australia, Canada has failed to implement equitable access to psychotherapy for common mental disorders in primary care.³ Nor has it, as in the Netherlands, transitioned services to the community with home care for the severely mentally ill.⁴

Increasing funding is insufficient—there needs to be a targeted transition fund for mental health as well as clear federal targets that support system changes from the transition fund investments. The program's effectiveness should be evidence based, implementable across the country, and accountable on quality and availability. Two targets are accessible psychotherapy for primary care treatment of common mental disorders and intensive home care for the severely mentally ill.

Great Britain and Australia funded increased access to psychotherapy in primary care. In Australia, for example, psychotherapy prescribed by a general practitioner for anxiety-depressive disorder, administered by a registered psychologist, is reimbursed by the same agency reimbursing fees for services physicians. At least 1.6 million Australians were treated in that manner between 2007 and 2009.^{3,5} The United Kingdom, acting on scientific evidence, demonstrated that it is more expensive not to treat those who need psychotherapy than to carry the cost of repeated visits, hospitalisations, and additional services⁶ and showed that increased health service costs could be recovered within 3 to 5 years. Both medication and psychotherapy have been established as effective treatments

of anxiety and depressive disorders.⁷ A Statistics Canada survey demonstrated that while needs for psychotropic medication are largely met, only half of the psychotherapy needs are met.⁸

Anxiety-depressive disorders are the main cause of incapacity in the workplace and start before age 18, and failure to treat early diminishes economic competitiveness.⁹ Equitable access to psychotherapy in Australia and the United Kingdom provides them with a competitive advantage, whereas Canada has lost such an advantage.

The Institute of Health Economics (IHE), supported by the Alberta government, held a consensus conference in November 2014 on transitions to the community of services for the severely mentally ill,⁴ with wide-ranging contributions from countries at the forefront of community care and evidence-based approaches. It recommended 1 assertive community treatment team (ACT) and 1 intensive case management (ICM) team per 100,000 inhabitants, the same standards set in the recent Quebec Mental Health Action Plan 2015-2020.¹⁰ Typically, an ACT team, with a multidisciplinary staff of 10 to 1 (including a psychiatrist), follows 70 to

¹ Centre de recherche Fernand-Seguin, Institut universitaire en santé mentale de Montréal, Montréal, Québec

² Department of Psychiatry, University of Alberta, Edmonton, Alberta

³ St. Thomas Hospital, Kingston, Ontario

⁴ Institute of Health Economics, Edmonton, Alberta

⁵ Partners for Mental Health, Ottawa, Ontario

⁶ Université de Sherbrooke, Département des sciences de la santé communautaire, Longueuil, Québec

Corresponding Author:

Alain Lesage, MD, Centre de recherche Fernand-Seguin, Institut universitaire en santé mentale de Montréal, 7401 Hochelaga, Montréal, Québec H1N 3M5, Canada.

Email: alesage.iusmm@ssss.gouv.qc.ca

100 patients, mostly with psychosis and a myriad of comorbidities rendering them heavy users of services. The service provides for a comprehensive, daily, 'fixed point of responsibility', visiting individuals in their homes and various community venues to attend to treatment, rehabilitation, and support needs of this clientele. Individuals may be seen anywhere from 2 or 3 times a day to less than once a week depending on regular assessment of need. An ICM team is similarly constituted and operates in like fashion but with less intensity, overseeing some 200 patients with more moderate needs. Both ACT and ICM are well-supported, evidence-based systemic psychosocial interventions.¹¹ Both ACT and ICM have been successfully implemented and tested in the Mental Health Commission of Canada's At Home project with homeless severely mentally ill patients (including housing support). Effectiveness and cost-effectiveness were shown in this very practical randomised trial in 5 Canadian cities.^{12,13} Independent technical assistance centres have been identified in the literature as important to implementing and maintaining quality in such complex interventions.¹⁴ Such technical assistance centres are present in US states that have successfully implemented ACT teams across their jurisdiction. In Canada, one such network was set up by the Ontario Ministry of Health and Long Term Care, which involved a provincial oversight complete with contractual standards for teams, implementation assistance, fidelity review, and a province-wide outcome measurement reporting system. Musgrave, acting as a ministry clinical consultant, together with a provincial task force, developed some 60 ACT teams in the 1990s. In Quebec, the implementation, training, support, and accreditation of ACT and ICM teams have been supported,¹⁵ and more recently, British Columbia has developed ACT teams with standards and fidelity review, while most other provinces have also implemented some degree of ACT teams. But at this point, Canada as a whole lags behind in fully and properly developing these programs: a strong national vision and expertise are required to scale up these interventions, working in close collaboration with corresponding provincial networks and technical assistance centres to provide proper encouragement, support and training, scientific and pragmatic standards, monitoring of quality, and outcomes.

Dr Jane Philpott, Minister of Health, previously stated that "the federal government should not dictate to the provinces about how healthcare is delivered. But the money does need to come with a clear message about priorities. Those priorities ought to include a coordinated national approach to seniors' care, pharmacare, and mental health care. Smart strategy in those areas holds the potential to harness spending and improve people's lives. Canadians need a federal government that cares about healthcare. If current trends continue and the system collapses, we all lose."¹⁶

Mental health care should target equitable access to effective treatment in primary care and intensive home and community care for the severely mentally ill. The transition funds needed to cover each of these two programs is

approximately \$1.2 billion yearly for 5 years. One could estimate that ACT and ICM teams need 3 to 5 years to reach maturity for effective and efficient results in a given catchment area and that including a national technical centre would amount to \$1.2 billion per year. For access to psychotherapy, a detailed Canadian economic analysis¹⁷ (which reproduced the results of a French-based economic model¹⁸) estimated the cost of covering the unmet psychotherapy needs of Canadians to reach \$1.24 billion per year. The federal government may reasonably cover 50% of the costs of each program, and with a transition period of 3 to 5 years, it may be expected that the psychotherapy would pay for itself from the cost offsets for the provincial health and social services system.

Other countries have already acted; it is time for Canada to act and create a transition fund to put these services in place.

Le gouvernement libéral s'est engagé à rendre plus accessibles les services de santé mentale¹. Le financement du logement était majoré dans le dernier budget, mais il faut maintenant s'engager à offrir un programme complet de soins de santé à domicile pour des personnes gravement atteintes de maladies mentales, et l'accès aux soins pour des troubles mentaux ordinaires. Le Canada n'a pas de financement adéquat pour des services de santé mentale², et accuse un retard par rapport à d'autres pays qui ont un système centralisé de gestion des services de santé. Contrairement à la Grande-Bretagne et à l'Australie, le Canada n'a pas offert un accès équitable à la psychothérapie pour des troubles mentaux ordinaires en soins primaires³, et contrairement au Pays-Bas, il a aussi failli en ce qui concerne la transition vers les services aux communautés, notamment les soins à domicile pour des personnes gravement atteintes de maladies mentales⁴.

Il ne suffit pas d'augmenter le financement – il faut un fonds de transition ciblé pour la santé mentale ainsi que des cibles fédérales précises qui appuient des changements systémiques des investissements du fonds de transition. L'efficacité du programme doit être factuelle, applicable à l'échelle nationale et imputable en termes de qualité et de disponibilité. Deux cibles sont : la psychothérapie accessible pour le traitement des troubles mentaux ordinaires en soins primaires et des soins intensifs à domicile pour des personnes atteintes de graves maladies mentales.

La Grande Bretagne et l'Australie ont financé l'accès accru à la psychothérapie en soins primaires. En Australie, par exemple, une psychothérapie prescrite par un médecin généraliste pour des troubles anxio-dépressifs est remboursée par la même agence qui rembourse les médecins rémunérés à l'acte. Au moins 1,6 millions d'Australiens ont été traités de cette manière entre 2007 et 2009^{3,5}. Avec des preuves scientifiques à l'appui, le Royaume Uni a démontré qu'il est plus dispendieux de ne pas traiter les personnes ayant besoin

de psychothérapie que de supporter le coût des rendez-vous répétitifs, d'hospitalisations et de services additionnels⁶ et que les coûts supplémentaires des services de santé engendrés peuvent être récupérés en 3 à 5 ans. Il a été prouvé que les médicaments et la psychothérapie sont efficaces pour le traitement des troubles d'anxiété et dépressifs⁷ et une enquête de Statistique Canada a démontré que même si les besoins en médicaments psychotropes étaient largement comblés, seulement la moitié des besoins en psychothérapie était comblée⁸.

Les troubles anxio-dépressifs sont la principale cause de l'incapacité au travail. Ils commencent avant l'âge de 18 ans et le défaut de les traiter en temps opportun diminue la compétitivité⁹. Ainsi, l'accès équitable à la psychothérapie en Australie et au Royaume-Uni leur offre un avantage concurrentiel au détriment du Canada.

L'Institute of Health Economics (IHE), soutenu par le gouvernement de l'Alberta, a organisé une conférence de consensus en novembre 2014 sur la transition vers la communauté de services pour les personnes atteintes de graves maladies mentales⁴, qui a suscité un large éventail de contributions des pays au premier rang des soins communautaires et d'approches factuelles. Il a recommandé une équipe de suivi intensif (SI) et une équipe de suivi d'intensité variable (SIV) par 100,000 habitants, les mêmes normes adoptées par le Québec dans le récent Plan d'action en santé mentale 2015-2020¹⁰. Normalement, une équipe SI multidisciplinaire de 10-12 professionnels (y compris un psychiatre) suit 70-100 patients, surtout atteints de psychose et d'une pléiade de comorbidités qui font d'eux des grands utilisateurs de services. Le service prévoit un « point de responsabilité fixe » et complet chaque jour, la visite des individus chez eux et différents endroits dans la collectivité pour suivre le traitement, la réhabilitation et pour s'occuper des besoins en matière de soutien de cette clientèle. Les individus peuvent être vus deux ou trois fois par jour, ou moins d'une fois par semaine selon les besoins évalués. Une équipe SIV est aussi constituée et fonctionne de la même manière, mais avec un peu moins d'intensité, s'occupant d'environ 200 personnes dont les besoins sont moins graves. Les SI et SIV sont des interventions psychosociales systémiques et factuelles¹¹. Tant les SI que les SIV ont été implantés et vérifiés avec succès dans le cadre du projet Chez Soi de la Commission de la Santé mentale du Canada auprès des sans-abris gravement atteints de maladies mentales (y compris le soutien au logement). Ce projet de démonstration pragmatique et aléatoire a permis de démontrer son efficacité et son coût-efficacité dans 5 villes canadiennes^{12,13}. La documentation identifie les centres de soutien technique indépendants comme étant cruciaux dans l'implantation et le maintien de la qualité dans ces interventions complexes¹⁴. De tels centres de soutien technique sont présents dans les états américains qui ont réussi à établir des équipes SI. Au Canada, un tel réseau a été établi par le ministère ontarien de la Santé et des Soins de longue durée avec une surveillance provinciale assorti

de normes contractuelles pour les équipes, de l'aide à l'implantation, l'évaluation de la fidélité, et un système provincial de mesure et de déclaration des résultats. À titre de consultant clinique du ministère, Musgrave, accompagné d'un groupe de travail provincial, a établi une soixantaine d'équipes SI durant les années 90. Le Québec soutient l'implantation, la formation et l'accréditation des équipes SI et SIV¹⁵, et plus récemment la Colombie Britannique a développé des équipes SI avec évaluation des normes et de la fidélité tandis que la majorité des autres provinces ont développé des équipes SI et SIV à des degrés différents. Mais à ce stade le Canada accuse un retard de manière générale dans le développement adéquat de ces programmes : il faut une forte vision et une expertise nationales pour accélérer le pas de ces interventions en proche collaboration avec les réseaux provinciaux correspondants et les centres d'expertise technique afin de fournir l'encouragement, le soutien et la formation, les normes scientifiques et pragmatiques et la surveillance de la qualité et des résultats.

Dre Jane Philpott, ministre fédéral de la santé, avait déclaré ce qui suit « Le gouvernement fédéral ne doit pas dicter aux provinces comment livrer les services de santé. Mais le financement doit être accompagné d'un message clair en matière de priorités. Ces priorités doivent inclure une approche nationale coordonnée pour les soins offerts aux personnes âgées, l'assurance-médicaments et les soins de santé mentale. Une bonne stratégie dans ces secteurs peut mieux orienter les dépenses et améliorer la qualité des vies. Les Canadiens ont besoin d'un gouvernement fédéral qui se préoccupe des soins de santé. Nous serons tous perdants si les tendances actuelles se maintiennent et le système s'écroule ».¹⁶

Les soins de santé mentale doivent être axés sur l'accès équitable aux traitements en soins de santé primaire pour les troubles mentaux ordinaires et des soins intensifs domiciliaires et communautaires pour les troubles mentaux graves. Les fonds de transition exigés pour chacun des deux programmes reviennent à environ \$1,2 milliards par an pour une période de 5 ans. L'on peut estimer que les équipes SI et SIV ont besoin de 3 à 5 années chacune pour atteindre la maturité et obtenir les résultats escomptés dans chaque zone de desserte, et si on y ajoute un centre de soutien technique, le coût reviendrait à \$1,2 milliards par an. Pour l'accès à la psychothérapie, une analyse économique détaillée au Canada¹⁷ (fondée sur les résultats d'un modèle économique réalisé en France¹⁸), établit le coût à \$1,24 milliards par an pour couvrir les besoins non comblés des Canadiens en psychothérapie. Le gouvernement fédéral pourrait raisonnablement couvrir 50% des coûts de chaque programme et, compte tenu d'une période de transition de 3 à 5 ans, on peut s'attendre à ce que la psychothérapie s'autofinance à même les compensations des coûts du réseau provincial de santé et des services sociaux.

D'autres pays ont donné le ton; il est grand temps que le Canada emboîte le pas en créant un fonds de transition afin de mettre en place ces services.

Declaration of Conflicting Interests

The author(s) declared no potential conflicts of interest with respect to the research, authorship, and/or publication of this article.

Funding

The author(s) received no financial support for the research, authorship, and/or publication of this article.

References

1. Liberal Platform. A new plan for a strong middle class [Internet]. 2015 [cited 2016 Sep 7]. Available from: <https://www.liberal.ca/files/2015/10/New-plan-for-a-strong-middle-class.pdf>
2. Kirby M, Keon W. Out of the shadows at last: transforming mental health, mental illness and addiction services in Canada. The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology [Internet]. 2007 [cited 2016 Sep 7]. Available from: <http://www.parl.gc.ca/content/sen/committee/391/soci/rep/pdf/rep02may06part1-e.pdf>
3. Vasiliadis HM, Dezetter A. Les programmes de prise en charge financière des psychothérapies en Australie et en Angleterre [Publicly funded programs of psychotherapy in Australia and England]. *Sant Ment Que*. 2015;40(4):101-118.
4. Lesage AD, Bland R. Consensus statement on improving mental health transitions [Internet]. Edmonton (Alberta): Institute of Health Economics; 2014 [cited 2016 Sep 7]. Available from: http://ihe.ca/publications/imht_cdc_consensus_statement_en
5. Whiteford HA, Buckingham WJ, Harris MG, et al. Estimating treatment rates for mental disorders in Australia. *Aust Health Rev*. 2014;38(1):80-85.
6. Layard R, Clark D, Knapp M, Mayraz G. Cost-benefit analysis of psychological therapy. Discussion Paper No. 829. London: Centre for Economic Performance; 2007.
7. Fansi A, Jehanno C, Lapalme M, Drapeau M, Bouchard S. Efficacité de la psychothérapie comparativement à la pharmacothérapie dans le traitement des troubles anxieux et dépressifs chez l'adulte: une revue de la littérature [Effectiveness of psychotherapy compared to pharmacotherapy for the treatment of anxiety and depressive disorders in adults: a literature review]. *Sante Ment Que*. 2015;40(4):141-173.
8. Sunderland A, Findlay LC. Perceived need for mental health care in Canada: results from the 2012 Canadian Community Health Survey—Mental Health. *Health Rep*. 2013; 24(9):3-9.
9. Heckman J, Masterov DV. The productivity argument for investing in young children [Internet]. 2004 [cited 2016 Sep 7]. Available from: <http://jenni.uchicago.edu/Invest/>
10. MSSS. Plan d'action en santé mentale 2015-2020 [Internet]. Gouvernement du Québec Bibliothèque et Archives nationales du Québec Bibliothèque et Archives Canada; 2015 [cited 2016 Sep 7]. Available from: http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2015/15-914-04_W.pdf
11. Burns T, Catty J, Dash M, Roberts C, Lockwood A, Marshall M. Use of intensive case management to reduce time in hospital in people with severe mental illness: systematic review and meta-regression. *BMJ*. 2007;335(7615):336.
12. Stergiopoulos V, Hwang SW, Gozdzik A, et al. At Home/Chez Soi. Effect of scattered-site housing using rent supplements and intensive case management on housing stability among homeless adults with mental illness: a randomized trial. *JAMA*. 2015;313(9):905-915.
13. Mental Health Commission of Canada. At Home/Chez Soi final report [Internet] [cited 2016 Sep 7]. Available from: <http://www.mentalhealthcommission.ca/English/document/24376/national-homechez-soi-final-report>
14. Briand C, Menear M. Implementing a continuum of evidence-based psychosocial interventions for people with severe mental illness: part 2—review of critical implementation issues. *Can J Psychiatry*. 2014;59(4):187-195.
15. MSSS. National Center of Excellence in Mental Health [Internet] [cited 2016 Sep 7]. Available from: <http://www.douglas.qc.ca/section/cnesm-298?locale=en>
16. Philpott J. How the healthcare system is like a game of Jenga. [accessed 2016 Sep 7]. Available from: <http://janephilpott.ca/how-the-healthcare-system-is-like-a-game-of-jenga/>
17. Vasiliadis H-M, Latimer E, Lesage A, Drapeau M. System level costs and benefits of improving access to psychological services for depression. Paper presented at the 11th ENMESH conference; October 1-3, 2015; Malaga, Spain.
18. Dezetter A, Briffault X, Ben Lakhdar C, Kovess-Masfety V. Costs and benefits of improving access to psychotherapies for common mental disorders. *J Ment Health Policy Econ*. 2013; 16(4):161-177.