

Programme de bourses d'études en psychothérapie offert à certains professionnels

Modalités particulières 2026-2027

Présentation du programme

Ce programme de bourses s'adresse aux professionnels (conseiller d'orientation, ergothérapeute, criminologue, infirmière, psychoéducateur et travailleur social) détenteurs d'un diplôme de maîtrise dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines et qui souhaitent compléter la formation additionnelle requise afin d'être admissibles à l'exercice de la psychothérapie.

Établissements visés

L'ensemble des établissements de Santé Québec ainsi que les établissements des régions 17 (Nunavik) et 18 (Terres-cries-de-la-Baie-James) sont visés par ce programme.

Titres d'emploi concernés

Selon la nomenclature des titres d'emploi, des libellés, des taux et des échelles de salaire du réseau de la santé et des services sociaux, les diplômés des programmes de formations ciblés par le présent programme, et titulaires d'un permis d'exercice de la psychothérapie, seront embauchés selon le titre d'emploi correspondant à leur formation.

Admissibilité

Tous les candidats souhaitant obtenir une bourse doivent :

- Détenir un statut de citoyen canadien ou de résident permanent, et demeurer au Québec; Être titulaire d'un diplôme de maîtrise dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines, délivré par un établissement d'enseignement reconnu par le gouvernement du Québec;
- Posséder un permis d'exercice valide de son ordre professionnel;
- Obtenir une prescription de l'Ordre des psychologues du Québec (OPQ) autorisant le stage obligatoire d'au plus 600 heures et la formation additionnelle, menant à l'exercice de la psychothérapie au Québec;
- Être retenus par un établissement visé à la suite du processus de sélection des candidatures et s'engager à y exercer la psychothérapie à titre de professionnel autorisé.

Information complémentaire

- Un candidat ne peut soumettre une demande à plus de deux établissements visés simultanément.
- Un candidat inscrit à la maîtrise en sexologie, concentration clinique, ou à la maîtrise en sciences appliquées en thérapie conjugale et familiale n'est pas admissible au présent programme de bourses. Le programme de bourses applicable est celui destiné aux étudiants.

Exigences liées à la bourse

Le candidat qui obtient la bourse s'engage à :

- Travailler dans un établissement visé pour une période minimale de deux (2) années;
- Offrir et respecter une disponibilité conforme aux dispositions locales des conventions collectives et adaptée aux besoins de l'établissement avec lequel il a signé une entente, et ce, dès la fin de ses études;
- Fournir les documents suivants :
 - Le diplôme universitaire de maîtrise en santé mentale et en relations humaines;
 - Le permis d'exercice de son ordre professionnel.

Information complémentaire

Le volet pratique (stage) obligatoire pourrait être réalisé dans l'établissement qui parrainera le candidat. Cependant, le milieu de stage pourrait différer du lieu d'engagement. Pour les personnes déjà à l'emploi d'un établissement visé, les dispositions prévues aux conventions collectives sont applicables.

Bourses attribuées et autres frais

Pour l'exercice 2026-2027, **73 bourses d'un montant maximal de 45 000 \$** seront offertes par le ministère de la Santé et des Services sociaux aux boursiers qui offriront une prestation de travail dans un établissement de Santé Québec, ainsi que **5 bourses** aux boursiers qui offriront une prestation de travail dans un établissement des régions nordiques¹.

Le montant de la bourse est établi en fonction du nombre d'heures de formation théorique et pratique prescrites par l'OPQ et qui doivent être effectuées par le candidat :

Heures de formation	Bourse attribuée
900 heures et moins	30 000 \$
Plus de 900 heures	45 000 \$

Informations complémentaires

- Le MSSS assume les frais relatifs à l'analyse de chaque dossier pour valider l'admissibilité menant au permis d'exercice de la psychothérapie délivré par l'OPQ.
- En cas de révision ou de réexamen du dossier par l'OPQ modifiant le nombre d'heures de formation additionnelle prescrites, le montant de la bourse sera recalculé selon les barèmes en vigueur. Tout versement excédant le montant révisé devra être remboursé au MSSS.

¹« Régions nordiques » fait référence à la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik (RRSSSN-17) et les Terres-Cries-de-la-Baie-James (CCSSSJ-18).

IMPORTANT : Il est recommandé d'ouvrir et de compléter ce formulaire à l'aide d' Adobe Acrobat Reader afin d'assurer un fonctionnement optimal des champs automatisés.

– Veuillez remplir les sections 1 à 3, enregistrer le formulaire, puis le transmettre par courriel à l'établissement visé.

1. Renseignements de la personne candidate

Nom	Prénom(s)
Adresse	Ville
Code postal	Téléphone
Courriel personnel	Autre courriel

2. Déclaration de la personne candidate

Je soussigné(e), _____, déclare présenter une demande de bourse d'études offerte par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Je m'engage à compléter le programme de formation visé et à respecter l'ensemble des conditions prévues à la fiche descriptive du programme de bourse et au cadre de référence.

Sélectionnez le programme de bourse applicable

Programme de bourses

Nom de l'établissement d'enseignement

Debut de la formation (mois/année)	Fin prévue de la formation (mois/année)	Deux (2) années Durée de la période d'engagement
---	--	---

Formation académique – Faire un choix

Formation académique pertinente complétée (**uniquement pour la bourse en psychothérapie – volet professionnel**)

Consentement à la collecte et au partage des renseignements personnels du candidat ou de la candidate – Les renseignements recueillis au moyen du présent formulaire sont collectés à des fins d'identification dans le cadre de la gestion du programme de bourses d'études du MSSS. L'obtention de votre consentement est une condition légale pour bénéficier du programme de bourses d'études.

Vous pouvez retirer ce consentement en tout temps. L'entité responsable de l'administration du programme de bourses procédera alors à la destruction de vos renseignements dans ses fichiers dans les meilleurs délais. De plus, le MSSS cessera de communiquer vos renseignements à ses partenaires et demandera à ces derniers une confirmation de la destruction sécuritaire de vos renseignements déjà communiqués. À défaut de consentement, vous ne pourrez pas bénéficier du programme de bourses d'études du MSSS.

J'autorise le MSSS, Santé Québec, les établissements du réseau de la santé et des services sociaux, le ministère de l'Éducation et les établissements d'enseignement reconnus par le gouvernement du Québec et tout ordre professionnel concerné ainsi que toute autre personne ou organisme impliqué dans le cadre du programme de bourses, à s'échanger les renseignements me concernant, lorsque leur communication est nécessaire à l'évaluation, à l'application ou au respect de cet engagement.

Changement d'adresse – Je m'engage à informer l'établissement du réseau de la santé et des services sociaux responsable du programme de bourses, dans un délai de 30 jours, de tout changement d'adresse de résidence, de tout abandon ou de toute suspension de ma formation, et ce, de la signature des présentes jusqu'à la fin de mon engagement.

"Je déclare avoir pris connaissance du Cadre de référence 2026-2027 des Programmes de bourses du MSSS, qui traite notamment des critères généraux d'admissibilité, des obligations et engagements des candidats, du versement des bourses, de récupération des montants versés et de règles fiscales, ainsi que de la fiche descriptive du programme de bourses".

3. Signature de la personne candidate

Je déclare que tous les renseignements fournis sont véridiques. En inscrivant mon nom ci-dessous, j'atteste avoir lu et accepté les déclarations ci-dessus. Cette inscription constitue mon approbation officielle.	Ville
Nom complet	Date (jour/mois/année)

SECTION RÉSERVÉE À L'ÉTABLISSEMENT

– Cette section doit être complétée après la signature de la personne candidate.

4. Renseignements et commentaires de l'établissement

Nom de l'établissement de santé

Si EPC ou EPNC – indiquer le nom

Commentaires et particularités

– Veuillez indiquer le nom du diplôme, l'établissement d'enseignement, la région, le titre d'emploi visé ainsi que, le cas échéant, le nombre d'heures requises.

5. Signature du représentant de l'établissement responsable de l'administration du programme de bourses

Ville

Nom(s) et prénom(s) en lettres moulées

Signature du représentant ou de la représentante

Date (jour/mois/année)