



Association des infirmières
praticiennes spécialisées
du Québec

AIPSQ

MÉMOIRE PUBLIC DE L'ASSOCIATION DES INFIRMIÈRES PRATICIENNES SPÉCIALISÉES DU QUÉBEC (AIPSQ)



**PRÉSENTÉ À: GOUVERNEMENT
DU QUÉBEC**

**COMMENTAIRES SUR LES
PROCHAINES ORIENTATIONS EN
SANTÉ MENTALE, ITINÉRANCE ET
DÉPENDANCE**

JUIN 2026

PRÉSENTATION DE L'AIPSQ

L'Association des infirmières praticiennes spécialisées du Québec (AIPSQ) a été fondée en 2005 afin d'assurer le développement, la mise en valeur, la pérennité ainsi que l'uniformité du rôle des infirmières praticiennes spécialisées (IPS) du Québec. Organisme à but non lucratif, elle représente plus de 1400 membres, provenant de chacune des cinq classes de spécialités d'IPS, soit en néonatalogie (IPSN), en santé mentale (IPSSM), en soins de première ligne (IPSPL), en soins aux adultes (IPSSA) et en soins pédiatriques (IPSSP).

Au fil des années, l'AIPSQ s'est imposée comme une référence en matière de pratique infirmière avancée, notamment en ce qui concerne le rôle des infirmières praticiennes spécialisées (IPS) au Québec. Elle œuvre à faire connaître et à promouvoir une meilleure compréhension des enjeux liés à la pratique des IPS, particulièrement en matière d'efficacité des soins et d'amélioration de l'accès aux services de santé pour la population. Dans cette perspective, l'AIPSQ met son expertise à la disposition du gouvernement et contribue activement aux réflexions entourant les projets de loi et les cadres réglementaires ayant une incidence sur la pratique professionnelle et l'organisation des services.

Le Québec a fait le choix structurant de former les IPS selon des classes de spécialité, au moyen de programmes universitaires de deuxième cycle distincts propres à chaque domaine d'exercice. Cette particularité québécoise — qui se distingue du modèle en vigueur dans plusieurs autres provinces canadiennes, où la formation est généralement de nature généraliste — constitue un fondement important de la légitimité clinique des infirmières praticiennes spécialisées en santé mentale (IPSSM). Elle justifie pleinement la reconnaissance de leur expertise spécifique et soutient les positions défendues dans le présent mémoire.

Dans un contexte marqué par une croissance importante des besoins en santé mentale et par des disparités persistantes dans l'accès aux services selon les milieux, l'AIPSQ considère comme essentiel de lever les obstacles qui freinent encore le plein déploiement des IPSSM. Ces leviers visent notamment à mieux reconnaître l'étendue de leur responsabilité clinique, à fluidifier les trajectoires de soins et de services, ainsi qu'à renforcer la capacité du système de santé à offrir des soins accessibles, continus et adaptés aux besoins de la population.

L'AIPSQ tient à remercier chaleureusement les IPSSM qui ont contribué à l'élaboration du présent mémoire, soit Caroline Beauchamp-Marois, M.A. bioéthique, M.Sc. inf.; Erhel Diard, M.Sc. inf., IPSSM; Noémie Lafond, M.Sc. inf., IPSSM; Michael Nanclarez, M.Sc. inf., IPSSM; et Marilyn Prevost, M.Sc. inf., IPSSM et IPSPL.

LES PRINCIPAUX CONSTATS

Le fardeau de la santé mentale

Portrait canadien

La santé mentale constitue un enjeu majeur de santé publique au Canada, tant en raison de sa prévalence élevée que des limites du système à répondre adéquatement aux besoins de la population.

Chaque année, environ un Canadien sur cinq est atteint d'un trouble mental ou d'un trouble lié à l'usage de substances (ICIS, 2025), et près de 50 % des Canadiens en seront affectés au cours de leur vie avant l'âge de 40 ans (Smetanin et al., 2011), un ordre de grandeur qui demeure globalement stable dans le temps. Toutefois, cette stabilité apparente masque une évolution préoccupante du fardeau de la santé mentale au cours de la dernière décennie. En effet, les données de Statistique Canada indiquent une augmentation marquée de la prévalence des troubles de l'humeur et des troubles anxieux entre 2012 et 2022. À titre d'exemple, la prévalence du trouble d'anxiété généralisée a doublé, passant de 2,6 % à 5,2 %, tandis que celle de la dépression majeure est passée de 4,7 % à 7,6 % au cours de la même période. Ces hausses sont particulièrement marquées chez les jeunes, notamment chez les femmes âgées de 15 à 24 ans (StatCan, 2023).

En parallèle, les troubles liés à l'usage de substances présentent une évolution plus hétérogène. Les données indiquent que, contrairement aux troubles anxieux et aux troubles de l'humeur, la prévalence globale des troubles liés à l'usage de substances est demeurée relativement stable, passant de 0,7 % à 0,8 % entre 2012 et 2022 (StatCan, 2023). Toutefois, ces troubles contribuent de façon significative au fardeau global en raison de leurs conséquences importantes sur la santé physique et mentale, de leur comorbidité fréquente avec d'autres troubles mentaux et de leur association à une mortalité élevée (CAMH, s.d.).

Plus du quart des Canadiens (26,1 %) perçoivent leur santé mentale comme passable ou mauvaise (Lowe, 2024), et environ la moitié des personnes répondant aux critères d'un trouble de l'humeur, d'un trouble anxieux ou d'un trouble lié à l'usage de substances n'ont pas consulté un professionnel de la santé en 2021 (StatCan, 2023), ce qui met en évidence un écart important entre les besoins et les services reçus. Ce décalage traduit la persistance de barrières à l'accès aux soins, notamment les délais d'attente, les coûts associés aux services et la disponibilité limitée des ressources. Ce déficit d'accès contribue directement à l'aggravation des conséquences individuelles et collectives des troubles mentaux. Ceux-ci figurent parmi les principales causes d'incapacité au Canada et sont associés à une réduction de l'espérance de vie de 10 à 20 ans. Le suicide demeure également une préoccupation majeure de santé publique, avec environ 4 000 décès par année au Canada (CAMH, s.d.).

Portrait québécois marqué par des difficultés d'accès

Au Québec, la santé mentale représente également un fardeau important. Le portrait y est globalement comparable à celui observé dans le reste du Canada, tout en étant marqué par certaines spécificités, notamment en matière d'accès aux services.

Environ 10 % des adultes québécois rapportent avoir reçu un diagnostic de trouble de l'humeur (ISQ, *Troubles de l'humeur*, 2025), tandis qu'environ 15 % déclarent un diagnostic de trouble anxieux (ISQ, *Troubles d'anxiété*, 2025). Les visites aux urgences attribuables à des tentatives de suicide sont passées de 45,5 en 2020 à 59,2 par 100 000 personnes en 2024 (INSPQ, 2025). De plus, le Québec présente un taux de suicide légèrement supérieur à la moyenne canadienne (12,2 contre 10,9 pour 100 000 habitants), ainsi que des disparités marquées entre certains groupes de population, notamment au sein des communautés autochtones (Lowe, 2024).

Ces constats s'accompagnent d'une détérioration plus générale de la santé mentale perçue dans la population québécoise. En effet, 18,4 % des Québécois estiment que leur santé mentale est passable ou mauvaise, et 6,6 % rapportent des besoins en santé mentale partiellement satisfaits ou non satisfaits (Lowe, 2024), ce qui met en évidence un décalage persistant entre les besoins de la population et l'offre de services.

L'accès aux soins en santé mentale au Québec repose sur une combinaison du réseau public, du milieu communautaire et du secteur privé. Environ 32 % des demandes d'aide seraient prises en charge par le réseau de la santé et des services sociaux, tandis que 30 % des personnes auraient recours à des formes de soutien communautaire (CMHA, 2024). Le secteur privé, quant à lui, occupe une place croissante, particulièrement pour les services spécialisés comme la psychothérapie, alors que 40 % des psychologues exerceraient exclusivement en pratique privée (APQ, 2024).

Dans ce contexte, l'organisation des services de santé mentale au Québec s'inscrit dans un cadre marqué par des inégalités structurelles importantes selon les conditions socioéconomiques, démographiques et territoriales. Ces inégalités sont particulièrement visibles dans les régions rurales et nordiques, où l'accès aux services spécialisés demeure limité, ainsi que dans les communautés autochtones, qui font face à des obstacles systémiques et à des niveaux plus élevés de besoins non comblés en santé mentale (PHAC, 2024).

Un accès aux soins insuffisant et inéquitable

Les causes des iniquités d'accès peuvent être regroupées en deux grands axes : la répartition territoriale de l'offre de soins et la coexistence des secteurs public et privé.

D'abord, puisque les services en santé mentale sont organisés en fonction du territoire de résidence de l'utilisateur et que les ressources varient considérablement d'un secteur à l'autre, deux personnes présentant une même psychopathologie peuvent vivre des trajectoires de soins très différentes selon leur lieu de résidence. À titre d'exemple, les délais d'attente pour accéder à des services de psychothérapie varient fortement d'une région à l'autre et peuvent atteindre plusieurs mois, voire plus d'un an dans certains territoires (Radio-Canada, 2023). Cette variabilité territoriale est bien documentée et constitue un enjeu majeur d'équité dans l'accès aux soins.

Puisque les budgets doivent être ajustés en fonction de la responsabilité populationnelle, il est pertinent de s'interroger sur l'origine de ces écarts. Une hypothèse réside dans les différences de pratiques administratives, notamment dans les façons d'attribuer les patients et de comptabiliser les statistiques, qui varient d'un établissement à l'autre. Il en résulte des données parfois difficiles à comparer entre les régions, qui peuvent refléter davantage des pratiques organisationnelles que l'offre réelle de services. À cet égard, les données de Santé Québec indiquent que 73,96 % des personnes ont obtenu un service dans le délai prescrit depuis le 1^{er} avril, mais cet indicateur renvoie à un premier contact et non à une prise en charge complète.

Les délais moyens d'attente pour obtenir un service en santé mentale au Québec demeurent importants. Chez les adultes, ils se situent entre 66 jours en première ligne et 180 jours en deuxième ligne, tandis que chez les jeunes, ils varient respectivement entre 113 et 295 jours (Radio-Canada, 2023). De plus, des délais significatifs sont observés entre l'évaluation au guichet d'accès en santé mentale (GASMA) et la prise en charge effective, pouvant atteindre 172 jours. Dans certaines régions, l'attente pour consulter un psychiatre peut même s'étendre jusqu'à deux ans. Ces délais entraînent des conséquences cliniques

et sociales majeures, notamment l'aggravation des problèmes de santé mentale, l'augmentation de l'absentéisme et un risque accru de suicide.

Sur le plan économique, les répercussions sont également considérables. Une étude de l'Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail (IRSST) estime que les lésions psychologiques liées au travail entraînent des coûts moyens d'environ 169 millions de dollars par année au Québec (Lebeau, Bilodeau & Busque, 2024). Toutefois, cette estimation demeure conservatrice, puisqu'elle ne reflète que les cas reconnus dans le cadre des régimes d'indemnisation. À une échelle plus large, l'absentéisme attribuable aux troubles de santé mentale représenterait entre 600 et 700 millions de dollars par année au Québec, selon une extrapolation de données canadiennes (CSA Group, 2026). Faute d'un accès suffisant à des services de première ligne, l'urgence demeure souvent la porte d'entrée pour ces personnes, bien qu'elle ne soit ni adaptée à leurs besoins complexes ni efficiente sur le plan économique, en plus de contribuer à l'engorgement des urgences québécoises.

Afin de pallier ce manque de services, une part importante de la population se tourne vers le secteur privé. Selon l'Ordre des psychologues du Québec, la majorité des psychothérapeutes exercent en pratique privée, avec des honoraires moyens d'environ 160 \$ par séance (Ordre des psychologues du Québec, 2024). Dans le contexte économique actuel, plusieurs familles renoncent ainsi à des soins essentiels faute de moyens financiers.

Par ailleurs, seulement environ le tiers des professionnels habilités à offrir de la psychothérapie pratiqueraient dans le secteur public, et les mécanismes de couverture demeurent limités (INESSS, 2023). De ce fait, l'accès aux services repose en grande partie sur la capacité de payer ou sur la couverture offerte par une assurance privée. En date du 1er février 2024, environ 16 000 personnes étaient en attente pour accéder à des services de psychothérapie au Québec (Ordre des psychologues du Québec, 2024). Cette réalité s'observe également chez d'autres professionnels de la santé mentale, tels que les travailleurs sociaux, les ergothérapeutes et les infirmières praticiennes spécialisées. Face à des conditions de travail exigeantes dans le réseau public, plusieurs professionnels choisissent de se tourner vers le secteur privé, ce qui accentue davantage les inégalités d'accès.

Itinérance : un phénomène en hausse directement lié à la santé mentale

Au Québec, l'itinérance est en hausse et entretient un lien étroit avec les troubles de santé mentale. Le dénombrement provincial de 2022 a recensé près de 10 000 personnes en situation d'itinérance visible, dont environ la moitié à Montréal. La relation entre itinérance et santé mentale est

bidirectionnelle : les troubles mentaux augmentent le risque d'itinérance, tandis que l'itinérance aggrave la détresse psychique et complique l'accès aux soins.

À l'échelle canadienne, environ 235 000 personnes vivent une situation d'itinérance chaque année. Une méta-analyse récente montre une prévalence particulièrement élevée des troubles mentaux dans cette population, atteignant 77 % en Amérique du Nord; 67 % présentent un trouble actif et plus de la moitié un double diagnostic associant trouble mental et trouble lié à l'usage de substances (Barry et al., 2024).

Cette situation résulte de l'interaction de facteurs individuels et structurels, notamment la maltraitance durant l'enfance, la précarité économique, la comorbidité psychiatrique, les traumatismes crâniens, la pénurie de logements abordables, la désinstitutionalisation psychiatrique, la stagnation des revenus et la fragmentation des services.

Le sous-financement et la fragmentation des soins contribuent à une mortalité prématurée accrue dans cette population. Les personnes atteintes de troubles mentaux graves ont une espérance de vie réduite de 10 à 15 ans, notamment en raison d'un accès inadéquat aux soins physiques, d'un dépistage insuffisant, de délais prolongés et d'un manque d'intégration des services. L'accès à certaines interventions spécialisées demeure également réduit chez les personnes ayant un trouble mental, en particulier celles vivant avec une schizophrénie (O'Connor et al., 2023).

Les modèles actuels de soins en santé mentale demeurent souvent mal adaptés à la réalité des personnes en situation d'itinérance. Conçus pour une clientèle stable et logée, ils reposent sur des rendez-vous fixes, des exigences administratives et des modalités rigides qui nuisent à la continuité des soins. Cette fragmentation accentue les ruptures de services, la méfiance envers les professionnels et les obstacles liés au transport, à la dispersion géographique et à la stigmatisation (Ramsay et al., 2019).

Les peuples autochtones sont par ailleurs surreprésentés parmi les personnes en situation d'itinérance, ce qui témoigne d'inégalités structurelles persistantes et de déterminants sociaux défavorables.

Certaines approches ont démontré leur efficacité, notamment le traitement communautaire assertif, qui a permis de réduire l'itinérance de 37 % et d'améliorer les symptômes psychiatriques de 26 % (Hwang et al., 2014), ainsi que les interventions de temps critique, qui favorisent la stabilité résidentielle et réduisent les réadmissions lors des périodes de transition.

Des initiatives comme la coopérative de solidarité SABSA illustrent l'intérêt de modèles souples et de proximité pour rejoindre les personnes les plus vulnérables (Duhoux et al., 2016). Dans ces approches, les infirmières

pratichiennes constituent des atouts importants en raison de leur expertise clinique et de leur approche holistique.

Coût humain et économique

Au Québec, les répercussions de la santé mentale sur le fonctionnement social et économique sont majeures. Chaque semaine, environ 30 travailleurs sur 1 000 s'absentent du travail pour un problème de santé psychologique, ce qui représente près de 132 000 absences hebdomadaires à l'échelle de la province (La Presse, 2023). À l'échelle canadienne, ces enjeux se traduisent par une perte de productivité estimée à environ 6 milliards de dollars par année.

Les troubles de santé mentale figurent désormais parmi les principales causes d'invalidité de longue durée et contribuent de façon importante au fardeau économique, malgré l'absence de données consolidées permettant d'en mesurer toute l'ampleur. À l'inverse, les investissements en santé mentale génèrent des retombées importantes : selon l'INESSS, chaque dollar investi dans les services psychologiques permettrait un retour d'environ 2 \$, tandis que l'Organisation mondiale de la santé estime ce rendement à 5,3 \$ US pour le traitement de la dépression et à 4,0 \$ US pour les troubles anxieux.

Ces données appuient la nécessité d'investir en amont, particulièrement en première ligne, afin de réduire les coûts associés aux épisodes aigus, à l'absentéisme et à la perte de productivité. À cet égard, les IPSSM offrent une approche plus précoce, continue et adaptée que les trajectoires centrées sur la gestion des crises en milieu hospitalier. En plus de favoriser la stabilisation des usagers, cette approche réduit le recours aux urgences, prévient certaines hospitalisations et contribue à une utilisation plus efficiente des ressources.

ENJEUX ET DÉFIS DES ORIENTATIONS ACTUELLES

Bilan de l'axe 5 du Plan d'action interministériel 2022-2026

L'action 5.5, qui vise le déploiement des infirmières praticiennes spécialisées en santé mentale (IPSSM), concerne directement l'AIPSQ. Le Plan d'action prévoyait un investissement de 13,47 millions de dollars et une cible de 166 IPSSM en services de proximité. Au 15 mars 2026, 177 IPSSM certifiées étaient

inscrites au tableau de l'OIIQ, sans compter les étudiantes et candidates. Bien que cette cible semble atteinte sur le plan quantitatif, plusieurs enjeux demeurent, notamment parce qu'une partie de ces professionnelles exercent partiellement ou totalement en pratique privée.

La répartition territoriale des effectifs demeure inégale et les conditions de déploiement sur le terrain restent préoccupantes. Le nombre exact d'IPSSM en pratique active dans le réseau public n'est pas documenté, mais l'effectif actuellement disponible paraît insuffisant pour répondre aux besoins populationnels en santé mentale. Cette incertitude alimente l'inquiétude des étudiantes et des futures candidates, certaines envisageant même d'abandonner leur parcours faute de perspectives d'emploi claires dans le réseau public.

À cela s'ajoute une compréhension encore limitée du rôle des IPSSM au sein de la population. Bien que les professionnels du réseau reconnaissent de mieux en mieux l'étendue de leur champ de pratique, cette méconnaissance du grand public constitue encore un frein à leur pleine intégration dans les trajectoires de soins et à l'optimisation de leur contribution à l'accès aux services.

Réduction des postes et exode vers le privé

La présidente de l'AIPSQ a d'ailleurs exprimé ses inquiétudes quant au risque de voir ces professionnelles se tourner vers le secteur privé (*Le Nouvelliste*). Cette situation engendre une incertitude importante chez les infirmières et infirmiers qui envisagent la formation d'IPSSM, ce qui compromet l'attractivité de la profession à un moment où les besoins en santé mentale sont en forte croissance.

Dans ce contexte, un nombre croissant d'IPSSM se dirigent vers la pratique privée, attirées notamment par des conditions de travail plus favorables. Le secteur privé accueille désormais une part des nouvelles diplômées, notamment en rachetant l'obligation de service public liée aux bourses de formation, ce qui fragilise davantage la capacité du réseau public à retenir cette expertise. Cette dynamique contribue progressivement à l'émergence d'un système de soins à deux vitesses.

Ce phénomène fait écho à la crise déjà observée chez les psychologues. Entre 2011 et 2023, le réseau public québécois a perdu environ 25 % de ses effectifs en psychologie, tant dans le réseau de la santé et des services sociaux que dans le réseau scolaire (Ordre des psychologues du Québec). Ce précédent est particulièrement préoccupant dans le contexte des IPSSM, puisqu'il illustre le risque concret de voir l'expertise clinique se concentrer graduellement hors du réseau public, au détriment de l'équité et de l'accès aux soins.



Inégalités géographiques et accès aux services en santé mentale

Les données scientifiques et les rapports institutionnels convergent : l'accès aux services de santé mentale au Québec demeure marqué par des inégalités territoriales et socioéconomiques importantes. Cette situation s'inscrit dans un contexte où la santé mentale constitue l'une des principales sources d'iniquité en santé au Canada (Agence de la santé publique du Canada, 2024).

L'offre de services spécialisés demeure inégalement répartie sur le territoire québécois. Une forte concentration des ressources dans les grands centres, notamment dans le Grand Montréal, contraste avec la pénurie chronique observée dans les régions rurales et éloignées. Cette disparité entraîne des délais d'attente plus longs, des déplacements importants et une continuité des soins plus fragile. Les populations rurales consultent d'ailleurs moins de spécialistes en santé mentale que les populations urbaines (16,1 % contre 34,3 %) (Fleury et al., 2012; 2016).

À ces écarts territoriaux s'ajoutent des inégalités sociales marquées. Les personnes en situation de défavorisation présentent une prévalence plus élevée de troubles mentaux, de détresse psychologique et de comportements suicidaires (INSPQ, 2024; 2025). Or, le système actuel maintient un accès différencié aux soins : si les services médicaux sont couverts par le régime public, les services psychologiques et plusieurs interventions psychosociales demeurent souvent partiellement ou non couverts, ce qui crée un système à deux vitesses. Il en résulte des besoins non comblés particulièrement importants chez les personnes à faible revenu ou sans assurance privée.

Ces inégalités touchent de manière disproportionnée plusieurs groupes, notamment les peuples autochtones, les personnes racisées, immigrantes ou réfugiées, les communautés 2ELGBTQI+, ainsi que les femmes, les jeunes et les personnes en situation d'itinérance ou de précarité. Elles sont accentuées par le racisme, le sexisme, la stigmatisation, le manque de sensibilité culturelle, la pénurie de main-d'œuvre, la fragmentation des services, la faible continuité des soins et l'accès inégal à certains programmes spécialisés, comme les services d'intervention précoce pour la psychose.

Les évaluations de la réforme québécoise en santé mentale montrent par ailleurs que les gains en matière d'accès et de coordination des services demeurent limités (Fleury et al., 2012; 2016). Quant à la télésanté, bien qu'elle soit prometteuse, son potentiel reste freiné par des limites de connectivité, des contraintes organisationnelles et certaines limites cliniques, notamment en contexte de crise. Dans l'ensemble, le système québécois de santé mentale demeure insuffisamment structuré pour garantir un accès équitable, rapide et

adapté aux besoins de la population, ce qui justifie la mise en œuvre d'actions concertées et structurantes.

Accès à la psychothérapie : un déficit structurel

En 2018, l'INESSS concluait déjà à un accès inéquitable à la psychothérapie au Québec, marqué par la prédominance du secteur privé et par une forte orientation médicale des soins en santé mentale, malgré l'efficacité reconnue des interventions psychologiques et la préférence exprimée par plusieurs usagers pour ces approches (INESSS, 2018). En réponse, le PQPTM a permis de structurer l'offre de services selon un modèle de soins par étapes, inspiré du programme anglais *Improving Access to Psychological Therapies* (IAPT), allant des autosoins à la psychothérapie (MSSS, 2023).

En 2026, force est de constater que, malgré cette structuration, l'accessibilité réelle à la psychothérapie demeure limitée. Le PQPTM est implanté dans la majorité des CISSS et CIUSSS, mais plusieurs recommandations de l'INESSS n'ont pas été pleinement réalisées, et les difficultés d'accès continuent d'entraîner des coûts humains, sociaux et économiques importants liés aux troubles mentaux non traités ou insuffisamment traités (INESSS, 2018).

Cette situation s'explique en partie par la difficulté de recruter et de retenir les psychologues et psychothérapeutes dans le réseau public, alors qu'une proportion importante exerce dans le secteur privé (INESSS, 2018). Pourtant, le Québec dispose déjà d'un bassin de professionnels répondant aux critères de base pour exercer la psychothérapie, notamment les IPSSM, dont la formation universitaire avancée en santé mentale pourrait être davantage mise à contribution.

Or, seule une minorité de ces professionnelles détient un permis de psychothérapeute. Le processus d'accès, fondé sur une formation complémentaire importante et sur une reconnaissance individuelle des acquis, demeure long, complexe et peu cohérent (INESSS, 2018). Comme 80 à 85 % des IPS exercent dans le réseau public (OIIQ, 2025), cette situation prive potentiellement le Québec d'un levier important pour accroître l'offre de psychothérapie dans le secteur public. Un constat semblable peut être fait pour d'autres professionnels, notamment les travailleurs sociaux et les conseillers d'orientation, dont la contribution pourrait être mieux mobilisée si les conditions d'accès à la pratique étaient adaptées.

RECOMMANDATIONS

Déploiement et pérennisation des IPSSM dans le réseau public

Le déploiement des infirmières praticiennes spécialisées en santé mentale (IPSSM) constitue un levier structurant pour améliorer l'accès aux services de santé mentale au Québec. Toutefois, l'atteinte des cibles numériques ne suffit pas à garantir un impact réel sur l'accès aux soins. Il demeure essentiel d'assurer un déploiement stratégique, stable et équitable des IPSSM à l'échelle du territoire, en cohérence avec les besoins populationnels.

À cet effet, l'AIPSQ recommande :

- **De garantir un déploiement stable et pérenne des IPSSM** dans le réseau public, incluant un accès à un poste dans leur région pour les IPSSM certifiées, afin de prévenir la perte de main-d'œuvre qualifiée vers le secteur privé;
- **De planifier ce déploiement selon une logique populationnelle**, avec des cibles régionales ajustées au fardeau de maladie, à l'itinérance et à la vulnérabilité sociale;
- **D'assurer une intégration systématique des IPSSM, au-delà de la première ligne**, dans les équipes à haut impact clinique, notamment en premiers épisodes psychotiques, en traitement intensif dans le milieu, en itinérance ainsi qu'en urgence psychiatrique et en relance post-urgence;

Il importe également de reconnaître l'évolution du rôle des IPSSM vers un modèle de pratique plus complet, pouvant inclure la psychothérapie, afin de renforcer la continuité des soins, de réduire la fragmentation des services et de diminuer les délais liés aux référencement multiples.

Accès à la psychothérapie : élargir l'offre et simplifier les parcours

L'accès à la psychothérapie demeure l'un des principaux goulots d'étranglement du système québécois de santé mentale. Les délais d'attente et la prédominance du secteur privé compromettent l'accès à des soins conformes aux lignes directrices cliniques, avec pour conséquences un retard dans le traitement optimal, une dépendance accrue à la pharmacothérapie et un risque plus élevé de chronicisation.

Dans ce contexte, l'enjeu n'est pas uniquement d'augmenter le nombre de psychologues, mais de mieux mobiliser l'ensemble des ressources professionnelles déjà présentes dans le réseau public.

À cet effet, l'AIPSQ recommande :

- **De mettre en place un processus provincial standardisé** pour l'obtention du permis de psychothérapeute par les IPSSM, fondé sur un programme complémentaire uniformisé et une reconnaissance cohérente des acquis;
- **D'élargir l'accès à des formations en psychothérapie fondées sur les données probantes** pour les professionnels du réseau public déjà engagés en santé mentale, notamment les travailleurs sociaux, les psychoéducateurs et les infirmières cliniciennes;

Une telle stratégie permettrait d'accroître rapidement l'offre de psychothérapie dans le réseau public, sans se substituer au rôle des psychologues, tout en favorisant un meilleur accès à un traitement de première ligne reconnu pour ses bénéfices cliniques et économiques.

Améliorer les conditions de travail et l'efficience organisationnelle

L'attraction et la rétention des IPSSM et des autres professionnels en santé mentale constituent des conditions importantes pour soutenir la pérennité du système et la continuité des soins.

Dans le réseau public, certaines conditions d'exercice, telles que la charge clinique élevée et certaines modalités organisationnelles, peuvent nuire à l'attractivité et à la rétention des professionnels. Une attention particulière à ces facteurs pourrait contribuer à favoriser leur engagement durable au sein du réseau public.

À cet effet, l'AIPSQ propose :

Réviser les modèles organisationnels et les indicateurs de performance

L'AIPSQ propose d'ajuster les modèles organisationnels et les indicateurs de performance afin qu'ils reflètent davantage la complexité des trajectoires en santé mentale, les délais réels d'accès aux services — incluant la deuxième ligne et la psychothérapie — ainsi que le temps requis pour des activités cliniques essentielles, comme l'établissement du lien thérapeutique, la coordination des soins, la concertation interprofessionnelle et les interventions intersectorielles.

Favoriser des conditions de pratique propices à la rétention et à l'efficience

L'AIPSQ propose également de soutenir des conditions de pratique favorisant l'attraction et la rétention des IPSSM et des autres professionnels en santé mentale. Cela peut notamment passer par une plus grande souplesse organisationnelle, lorsque pertinente et sécuritaire, par une reconnaissance adaptée de la complexité clinique, ainsi que par une réduction du fardeau administratif grâce à une meilleure répartition des tâches et à l'utilisation d'outils numériques permettant de libérer davantage de temps clinique.

Mieux répondre aux besoins des populations vulnérables

Les inégalités en santé mentale touchent de façon disproportionnée certaines populations exposées à des barrières d'accès structurelles, sociales et culturelles. Une réponse plus équitable suppose des approches différenciées, adaptées aux réalités de ces groupes et soutenues par des trajectoires de soins plus accessibles, coordonnées et culturellement sécurisantes.

Pour les personnes sans couverture d'assurance maladie — notamment les personnes désaffiliées, les demandeurs d'asile, les résidents temporaires et les personnes sans statut migratoire — il importe de clarifier les modalités d'accès aux services en santé mentale et d'envisager une couverture minimale pour les services essentiels. Une telle orientation contribuerait à réduire les retards de prise en charge, à soutenir les équipes cliniques et à favoriser une réponse plus cohérente à l'échelle provinciale et, idéalement, canadienne.

Pour les communautés autochtones, il convient de privilégier des approches de proximité, culturellement sécurisantes et coconstruites avec les communautés, afin de renforcer l'accessibilité, la pertinence des services et la continuité des soins. Dans cette perspective, l'intégration des IPSSM peut constituer un levier pertinent.

Pour les personnes issues de la diversité sexuelle et de genre, le développement de services sensibles aux réalités identitaires, ainsi que la formation des équipes cliniques à des pratiques inclusives et sécuritaires, demeurent essentiels.

Pour les femmes victimes de violence conjugale ou familiale, une meilleure intégration de la santé mentale dans les trajectoires de protection et le développement de corridors de services dédiés favoriseraient une prise en charge plus continue et mieux coordonnée.

Chez les jeunes, particulièrement à l'adolescence, l'augmentation des besoins en santé mentale appelle au renforcement d'initiatives intégrées comme Aire ouverte, à une meilleure coordination avec les milieux communautaires, scolaires et de la protection de la jeunesse, ainsi qu'à des approches de type « no wrong door ». Les IPSSM peuvent y jouer un rôle significatif, notamment grâce à leur vision holistique et à leur contribution à la continuité des soins, en particulier lors de la transition à la majorité.

RÉFLEXIONS SUR L'INTÉGRATION DES SERVICES EN SANTÉ MENTALE, EN ITINÉRANCE ET EN DÉPENDANCE

L'organisation des services en santé mentale, en dépendance et en itinérance demeure trop fragmentée, ce qui nuit à la continuité des soins et à l'efficacité du système. Les trajectoires sont souvent complexes, cloisonnées et peu adaptées aux personnes présentant des problématiques concomitantes. Une transformation vers des approches intégrées, centrées sur les besoins réels de la personne, apparaît donc nécessaire.

Cette transformation devrait reposer sur une prise en charge globale des troubles concomitants, une meilleure intégration des services de santé mentale, de dépendance, de logement et des services sociaux, ainsi que sur des trajectoires plus simples, continues et accessibles. Dans cette perspective, l'accès à la psychothérapie constitue un enjeu transversal prioritaire, puisqu'il demeure limité et inéquitable malgré son rôle reconnu dans les lignes directrices cliniques.

Les IPSSM représentent à cet égard un levier stratégique. Leur formation avancée leur permet de contribuer à l'évaluation globale, à la coordination des soins et à une meilleure fluidité des trajectoires. Leur plein déploiement, incluant une contribution accrue à l'accès à la psychothérapie, pourrait renforcer l'offre de soins complets et continus au sein du réseau public.

La réussite de cette transformation repose également sur une collaboration intersectorielle soutenue, notamment avec les secteurs du logement, de la justice, des services sociaux, de l'éducation et des municipalités. L'enjeu n'est plus seulement d'augmenter l'offre de services, mais de mieux les organiser autour des besoins de la population. Dans cette optique, les IPSSM constituent l'un des leviers d'une transformation plus accessible, cohérente et efficiente du système de santé mentale québécois.

RÉFÉRENCES

Agence de la santé publique du Canada (PHAC). (2024). *Inégalités en matière de santé mentale, de bien-être et de mieux-être au Canada*. Gouvernement du Canada.

Association des pharmaciens du Québec (APQ). (2024). *Mémoire — Projet de loi no 67 : Loi modifiant le Code des professions pour la modernisation du système professionnel et visant l'élargissement de certaines pratiques professionnelles dans le domaine de la santé et des services sociaux*. APQ.

Barry, R., Anderson, J., Tran, L., et al. (2024). Prevalence of mental health disorders among individuals experiencing homelessness: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 81(7), 691-699.

Centre for Addiction and Mental Health (CAMH). (s. d.). *Mental illness and addiction: Facts and statistics*.

CSA Group. (2026). *The economic cost of mental health in Canada*. CSA Group.

Duhoux, A., Contandriopoulos, D., Roy, B., Laroche, D., & Mattmann, S. (2016). *La Coopérative de solidarité SABSA*.

Fleury, M. J., Grenier, G., Vallée, C., Aubé, D., Farand, L., Bamvita, J. M., & Cyr, G. (2016). Implementation of the Quebec mental health reform (2005–2015). *BMC Health Services Research*, 16(1), 1-13.

Fleury, M.-J., Farand, L., Aubé, D., & Imboua, A. (2012). Management of mental health problems by general practitioners in Quebec / La prise en charge des troubles de santé mentale chez les omnipraticiens du Québec. *Canadian Family Physician*, 58(12), e732-738, e725-731.

Hwang, S. W., & Burns, T. (2014). Health interventions for people who are homeless. *The Lancet*, 384(9953), 1541-1547.

Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). (2025). *Services liés à la santé mentale et à l'utilisation de substances, 2025*.

Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). (2018). *Accès équitable aux services de psychothérapie au Québec*. Gouvernement du Québec.

Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). (2023). *Accès aux services de psychothérapie au Québec*. Gouvernement du Québec.

Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). (2025, 3 février). *Les comportements suicidaires au Québec : portrait 2025*.

Institut de la statistique du Québec (ISQ). (2025a, 16 octobre). *Troubles de l'humeur*. Statistique Québec.

Institut de la statistique du Québec (ISQ). (2025b, 13 novembre). *Troubles d'anxiété*. Statistique Québec.

Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). (2024). *Facteurs qui influencent la santé mentale*. Institut national de santé publique du Québec.

Lebeau, M., Bilodeau, J., & Busque, M.-A. (2024). *Le coût des lésions psychologiques liées au travail au Québec*. Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail (IRSST).

Lowe, L. D. (2024). *The state of mental health in Canada 2024: Mapping the landscape of mental health*. Canadian Mental Health Association.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2023). *Programme québécois pour les troubles mentaux : des autosoins à la psychothérapie (PQPTM)*. Gouvernement du Québec.

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). (2025). *Données sur les infirmières praticiennes spécialisées au Québec*. OIIQ.

Ordre des psychologues du Québec. (2024). *Investir en santé mentale : aller au-delà des constats — Mémoire présenté dans le cadre des consultations prébudgétaires 2024 du ministère des Finances*.

Organisation mondiale de la santé (OMS). (2016). *Investir dans le traitement de la dépression et de l'anxiété : une analyse du retour sur investissement mondial*.

Pilon-Larose, H. (2023, 29 octobre). *Santé mentale au travail : 132 000 Québécois absents chaque semaine*. La Presse.

Radio-Canada. (2022). *Délais d'attente en santé mentale au Québec et accès aux services*. Radio-Canada.

Ramsay, N., Hossain, R., Moore, M., Milo, M., & Brown, A. (2019). Health care while homeless: Barriers, facilitators, and the lived experiences of homeless individuals accessing health care in a Canadian regional municipality. *Qualitative Health Research*, 29(13), 1839-1849.

Smetanin, P., Stiff, D., Briante, C., Adair, C. E., Ahmad, S., & Khan, M. (2011). *The life and economic impact of major mental illnesses in Canada: 2011 to 2041*. RiskAnalytica, on behalf of the Mental Health Commission of Canada.

Statistique Canada (StatCan). (2023, 22 septembre). *Troubles mentaux et accès aux soins de santé mentale*. Gouvernement du Canada.