



Association québécoise

Pour les soins et la recherche en
troubles de la personnalité

Mémoire

Pour une meilleure intégration des
services relatifs aux personnes
vivant avec le trouble de la
personnalité limite et les troubles
apparentés dans l'organisation des
soins au Québec



Reconnaître
les besoins



Adapter
les services



Agir ensemble
pour l'inclusion

Vers une vision renouvelée, **intégrée** et **cohérente** en matière de
santé mentale, itinérance et dépendance

2026



Association québécoise
Pour les soins et la recherche en
troubles de la personnalité

MÉMOIRE

Pour une meilleure intégration des services relatifs aux personnes vivant avec le trouble de la personnalité limite et les troubles apparentés dans l'organisation des soins au Québec

Mémoire présenté dans le cadre des consultations menant à l'élaboration du prochain Plan d'action interministériel en santé mentale du Québec (PAISM) et destiné à être rendu public.

Produit par :

Association québécoise pour les soins et la recherche en troubles de la personnalité (AQSRTP)
www.personnalite.ca, Montréal (Québec), Canada, Juin 2026

Comité de rédaction :

Conseil d'administration de l'AQSRTP

- Dr Julie Jomphe, psychiatre, présidente
- Dr Simon Poirier, psychiatre, vice-président
- Dre Suzane Renaud, psychiatre, secrétaire
- Dr Pierre David, psychiatre, trésorier
- Dre Nadine Larivière, ergothérapeute et chercheuse, représentante de la recherche
- Lynn Courey, représentante des proches et familles
- Dr David Roy, psychiatre
- Laurence-Élizabeth Charest-Martin, psychoéducatrice,

Avec la contribution de :

Dr Lionel Cailhol, psychiatre

Morgane Gabet, Professeure adjointe, École de santé publique, Université de Montréal

Léna Lévesque, candidate au doctorat professionnel en santé publique, Université de Montréal

Et les cliniciens, chercheurs, gestionnaires, intervenants du réseau public, partenaires communautaires, personnes ayant un vécu expérientiel et proches ayant participé aux consultations, aux activités de concertation et au sondage provincial menés par l'AQSRTP en 2025 et 2026.

Citation suggérée :

Association québécoise pour les soins et la recherche en troubles de la personnalité (AQSRTP). (2026). *Pour une meilleure intégration des services relatifs au trouble de la personnalité limite et aux troubles apparentés dans l'organisation des soins au Québec : Vers une vision renouvelée, intégrée et cohérente en matière de santé mentale, d'itinérance et de dépendance*. Montréal, Québec.



Association québécoise
Pour les soins et la recherche en
troubles de la personnalité

Mot de l'AQS RTP

Les troubles de la personnalité, particulièrement le trouble de la personnalité limite et les troubles apparentés, touchent un nombre important de Québécoises et de Québécois et figurent parmi les réalités cliniques les plus fréquemment rencontrées dans les services de santé mentale, les urgences, les services de crise, les services en dépendance et plusieurs autres secteurs du réseau. Malgré leur prévalence, leurs impacts considérables et l'existence de traitements reconnus efficaces, les services qui leur sont destinés demeurent encore inégalement accessibles et insuffisamment structurés à l'échelle du Québec.

Le prochain Plan d'action interministériel en santé mentale (PAISM) représente une occasion unique de corriger cette situation. Au cours des dernières années, les connaissances scientifiques ont progressé de façon importante. Des modèles de soins efficaces ont été développés ici même au Québec et ailleurs dans le monde. Les acteurs du terrain (cliniciens, gestionnaires, chercheurs, organismes communautaires, proches et personnes ayant un vécu expérientiel) partagent aujourd'hui un constat commun : les solutions existent. Ce qui manque encore, c'est une vision cohérente, une meilleure coordination des efforts et un engagement collectif pour soutenir leur déploiement.

Ce mémoire est le fruit d'une démarche collaborative menée par l'Association québécoise pour les soins et la recherche en troubles de la personnalité (AQS RTP). Il s'appuie sur les réalités observées dans les différentes régions du Québec ainsi que sur les contributions de nombreux partenaires mobilisés autour d'un objectif commun : améliorer l'accès à des soins et services continus, équitables et fondés sur les données probantes pour les personnes vivant avec un trouble de la personnalité.

L'AQS RTP soumet respectueusement ce mémoire dans un esprit de collaboration et de dialogue. Nous croyons qu'une meilleure organisation des services en troubles de la personnalité constitue non seulement une réponse nécessaire aux besoins de cette population, mais également un levier stratégique pour améliorer la performance, l'intégration et l'humanité de l'ensemble du système québécois de santé mentale.

Nous remercions toutes les personnes qui ont contribué à cette réflexion et réitérons notre entière disponibilité pour participer aux travaux qui permettront de bâtir un continuum de soins plus cohérent, plus accessible et mieux adapté aux besoins des personnes concernées et de leurs proches.

Au nom de l'Association québécoise pour les soins et la recherche en troubles de la personnalité, Juin 2026

Julie Jomphe

Dre Julie Jomphe
Psychiatre, Présidente

Dr Simon Poirier
Psychiatre, Vice-Président

R É S U M É E X É C U T I F

Mémoire — Pour une meilleure intégration des services relatifs aux personnes vivant avec le trouble de la personnalité limite et les troubles apparentés dans l'organisation des soins au Québec
Association québécoise pour les soins et la recherche en troubles de la personnalité (AQS RTP)

L'Association québécoise pour les soins et la recherche en troubles de la personnalité (AQS RTP) est un organisme indépendant et interdisciplinaire regroupant cliniciens, chercheurs et partenaires communautaires œuvrant auprès des personnes présentant un trouble de la personnalité partout au Québec. Ce mémoire est issu d'une démarche structurée et inclusive de consultation, ancrée dans la pratique terrain, la recherche et les collaborations intersectorielles.

L'organisation des soins pour les personnes vivant avec un trouble de la personnalité limite et troubles apparentés (TPL/TA): un révélateur des limites du système actuel et une opportunité pour les prochains plans d'action

Les personnes vivant avec un TPL/TA cumulent fréquemment des besoins complexes : santé mentale, dépendance, itinérance, réadaptation sociale et professionnelle, urgences psychosociales. Un système capable de répondre adéquatement à ces personnes sera nécessairement mieux outillé pour l'ensemble des situations transversales du réseau. Des données probantes solides et des guides de pratique reconnus existent — mais les initiatives demeurent isolées. Aucun modèle provincial cohérent n'encadre actuellement l'organisation de ces services.

N O S R E C O M M A N D A T I O N S

Inscrire les soins aux personnes vivant avec le TPL/TA comme priorité structurante du prochain Plan d'action interministériel en santé mentale (PAISM)

Déployer un continuum de soins par étapes, arrimé aux structures existantes, avec des objectifs mesurables d'accès, de continuité et de qualité des soins dans les ententes de gestion des établissements.

1 Structurer un continuum intégré, hiérarchisé et coordonné dans toutes les régions

Organiser les trajectoires autour des besoins cliniques, avec des corridors d'accès régionaux cartographiés et des passerelles claires entre les 1^{re}, 2^e et 3^e lignes.

2 Renforcer l'intégration intersectorielle dans les trajectoires de soins pour les personnes vivant avec le TPL/TA et l'intervention précoce

Assurer des transitions planifiées dès l'adolescence, déployer des gestionnaires de trajectoire dédiés et aligner les interventions avec les secteurs du logement, de la justice, de l'emploi et du communautaire.

3 Structurer une stratégie provinciale de formation, de supervision et de soutien clinique

Créer un système d'accréditation avec deux niveaux (base et spécialisé), intégrer les personnes vivant avec un TPL/TA dans la formation universitaire initiale et continue, et étendre la formation aux secteurs sociaux (ex., CPEJ, justice, emploi).

4 Reconnaître les proches, les organismes communautaires et les personnes avec un vécu expérientiel comme composantes essentielles du continuum de soins

Intégrer formellement les familles et les pairs aidants dans les trajectoires ; reconnaître les organismes communautaires comme partenaires clinique.

5 Déployer une stratégie nationale de sensibilisation et de lutte contre la stigmatisation

Plan national déployé dans tous les établissements de santé, activités annuelles en mai (mois du TPL/TA), capsules coconstruites avec les personnes concernées, et volet spécifique aux sous-groupes invisibilisés (ex., personnes de la diversité sexuelle ou de genre, premiers peuples).

Ces recommandations proviennent d'une démarche structurée et inclusive de consultation menée par l'association depuis 2025 auprès de cliniciens, de gestionnaires, de personnes avec le vécu expérientiel et leur entourage, avec plus de 200 répondants.



Association québécoise
Pour les soins et la recherche en
troubles de la personnalité

Table des matières

SECTION 1 - INTRODUCTION ET POSITIONNEMENT	6
1.1 Introduction	
1.2 Utilisation des termes troubles de la personnalité limite et troubles apparentés (TPL/TA)	
1.3 Contexte et cadre de contribution	
1.4 Présentation de l'AQS RTP et de sa légitimité	
1.5 Structure du mémoire et objectif principal	
SECTION 2 - ÉTAT DES LIEUX	9
2.1 Une prévalence élevée et un impact systémique majeur	
2.2 Une clientèle au cœur des enjeux d'intégration des services	
2.3 Un moment charnière : des connaissances avancées mais une organisation inégale	
SECTION 3 - ENJEUX ET DÉFIS	13
3.1 Accès limité et inéquitable aux soins spécialisés fondés sur les données probantes	
3.2 Organisation des services fragmentée et absence de continuum clair entre les lignes de soins	
3.3 Formation insuffisante, manque d'expertise et pratiques cliniques non harmonisées	
3.4 Déficits structurels liés à la stigmatisation et à la méconnaissance des personnes vivant avec un TPL/TA	
SECTION 4 - RECOMMANDATIONS	16
4.1 Recommandation principale - Reconnaître et prioriser les soins aux personnes vivant avec le TPL/TA dans le prochain PAISM	
4.2 Sous-recommandation 1 - Structurer un continuum intégré, hiérarchisé et coordonné de services pour les personnes vivant avec le TPL/TA dans toutes les régions	
4.3 Sous-recommandation 2 - Renforcer l'intégration intersectorielle dans les trajectoires de soins pour les personnes vivant avec le TPL/TA et l'intervention précoce	
4.4 Sous-recommandation 3 - Structurer une stratégie provinciale de formation, de supervision et de soutien clinique concernant les soins aux personnes vivant avec un TPL/TA	
4.5 Sous-recommandation 4 - Reconnaître les proches, les organismes communautaires et les personnes avec un vécu expérientiel comme composantes essentielles du continuum de soins	
4.6 Sous-recommandation 5 - Déployer une stratégie nationale de sensibilisation et de lutte contre la stigmatisation concernant les personnes vivant avec le TPL /TA	
SECTION 5 - CONDITIONS DE SUCCÈS	29
SECTION 6 - CONCLUSION	30
6.1 Synthèse	
6.2 Appel à l'action et ouverture au dialogue	

SECTION 1 - INTRODUCTION ET POSITIONNEMENT

1.1 Introduction

Les personnes vivant avec un trouble de la personnalité, particulièrement le trouble de la personnalité limite et les troubles apparentés (TPL/TA), représentent un enjeu majeur de santé publique et d'organisation des soins au Québec. Environ 2,4 % de la population vit avec un TPL/TA¹. Cette clientèle a souvent des besoins multiples et complexes. En conséquence, elle recourt aux services de santé et services sociaux de façon particulièrement élevée. Leur taux de consultation est de 6 à 12 fois supérieur à celui observé chez les personnes souffrant de dépression majeure². Les personnes vivant avec le TPL/TA occupent environ 6 % de toutes les consultations en soins primaires adultes³ et jusqu'à une consultation sur quatre aux urgences psychiatriques les concernent⁴.

Malgré l'importance clinique de cette clientèle, l'ampleur de la souffrance humaine associée à ces troubles et les coûts économiques considérables qui en découlent, les services destinés aux personnes vivant avec un TPL/TA demeurent insuffisamment structurés à l'échelle provinciale et ne disposent pas des ressources professionnelles qualifiées nécessaires pour répondre adéquatement à leurs besoins. Les services demeurent fragmentés, inégaux et inégalement distribués à travers la province⁵.

Alors que le Québec entreprend une réflexion majeure sur l'avenir de ses services en santé mentale, itinérance et dépendance, il serait important de reconnaître les soins aux personnes vivant avec le TPL/TA comme un angle mort organisationnel du réseau et d'agir maintenant pour structurer un continuum de soins accessible, cohérent et conséquent, fondé sur les données probantes et capable de répondre aux besoins réels de cette population.

« Je suis la mère de Sasha, espoir olympique en natation, une jeune femme lumineuse et profondément aimée qui vivait avec un trouble de la personnalité limite. Elle est décédée à l'âge de 20 ans, non pas parce qu'elle ne voulait pas vivre, mais parce que les services dont elle avait besoin étaient inaccessibles, non coordonnés ou trop coûteux. Comme tant d'autres familles, nous avons frappé à des portes qui restaient fermées, pendant que sa détresse s'aggravait et que nous étions laissés seuls, sans outils, sans filet, sans soutien. »

- Lynn Courey, Fondation Sashbear

1 Ramos-Suárez I, Guerrero-Jiménez M, Cervilla JA, Gutiérrez B. **Epidemiology of borderline personality disorder in the general population: Prevalence, sociodemographic factors, and comorbidities - A systematic review and meta-analysis.** J Affect Disord. 2026 Feb 1;394(Pt A):120482. doi: 10.1016/j.jad.2025.120482. Epub 2025 Oct 20. PMID: 41115635.

2 Gunderson, J. G. (2011). **Borderline personality disorder.** New England Journal of Medicine, 364(21), 2037-2042

3 Mendez-Miller, M., Naccarato, J., & Radico, J. A. (2022). **Borderline personality disorder.** American family physician, 105(2), 156-161

4 Miller, J., Nguyen, E., Lam, A. Y. H., Brann, P., Innes, S., Buntine, P., ... & Hope, J. (2024). **Experiences of consumers, carers and clinicians during borderline personality disorder presentations to the emergency department—An integrative review.** Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 31(4), 572-582.

5 Le Corff, C., David, P., Larivière, N., Dahak, J. et Therriault, C. (2022). **Services et traitements offerts aux personnes ayant un trouble de personnalité limite : État de situation au Québec et perspectives d'avenir.** Santé mentale au Québec, 47(2), 177-193. doi.org



1.2 Utilisation des termes troubles de la personnalité limite et troubles apparentés (TPL/TA)

Dans ce mémoire, l'expression TPL/TA désigne non seulement les personnes vivant avec le trouble de la personnalité limite (TPL), mais également un ensemble de troubles qui présentent des chevauchements cliniques importants et qui coexistent fréquemment au sein des mêmes trajectoires de soins. Cela comprend notamment les autres troubles de la personnalité du groupe B (narcissique, antisocial et histrionique), ainsi que des troubles fréquemment associés tels que les troubles de l'humeur et troubles anxieux, le trouble de stress post-traumatique, le trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité et les troubles liés à l'usage de substances. Ces conditions tendent à s'associer sur le plan clinique, partageant souvent des facteurs de risque, des mécanismes sous-jacents, des manifestations symptomatiques et des besoins d'intervention similaires. Cette notion vise à reconnaître la complexité de ces présentations et la nécessité d'une organisation des services capable de répondre à des besoins multiples et interdépendants.

1.3 Contexte et cadre de contribution

Ce mémoire s'inscrit dans le cadre de l'appel à contribution lancé pour alimenter le prochain Plan d'action interministériel en santé mentale (PAISM) et repose sur une démarche collaborative menée par l'Association québécoise pour les soins et la recherche en troubles de la personnalité (AQS RTP), mobilisant des intervenants issus du réseau public, du secteur privé, du milieu communautaire, des experts de vécu (personnes concernées et familles) ainsi que des gestionnaires, cliniciens et chercheurs œuvrant auprès des personnes présentant un trouble de la personnalité. Cet énoncé de position s'est appuyé sur des rencontres de concertation menées en 2026 ainsi qu'une démarche de réflexion collaborative et un sondage provincial visant à documenter les réalités cliniques, organisationnelles et régionales vécues sur le terrain, effectué en 2025 (n=224 répondants). Les constats recueillis convergent vers une même conclusion : malgré les principes structurants déjà affirmés dans le PAISM 2022-2026 (notamment l'accessibilité, la continuité des trajectoires, l'intégration intersectorielle et l'implantation de pratiques fondées sur les données probantes) les personnes vivant avec un TPL/TA demeurent confrontées à des difficultés significatives d'accès aux soins et aux services⁶.

À notre avis, cette population représente un révélateur des limites actuelles du système : non seulement elle cumule fréquemment des besoins complexes en santé mentale, dépendance et itinérance, mais aussi en réadaptation sociale et en urgence psychosociale. En ce sens l'organisation des soins pour les personnes vivant avec un TPL/TA constitue un incontournable pour le développement du réseau québécois en santé mentale : un système capable de répondre adéquatement aux besoins de ces personnes sera nécessairement mieux outillé pour répondre à l'ensemble des situations complexes et transversales rencontrées dans le réseau.

1.4 Présentation de l'AQS RTP et de sa légitimité

L'AQS RTP est un organisme à but non lucratif, indépendant et interdisciplinaire regroupant des cliniciens, chercheurs et partenaires communautaires impliqués dans les soins et services destinés aux personnes présentant un trouble de la personnalité partout au Québec. Son expertise repose sur une connaissance directe des réalités cliniques et organisationnelles du réseau, alimentée par la pratique terrain, la recherche, la formation et les collaborations intersectorielles développées dans plusieurs régions.

6 Poirier, S., Larivière, N., David, P., Renaud, S., Jomphe, J., & Courey, L. (sous presse). **Vers un continuum de soins en troubles de la personnalité au Québec : entre avancées cliniques et inertie organisationnelle**. Santé mentale au Québec.

Depuis 2022, par ses activités de concertation, ses travaux de réflexion provinciale et les données recueillies auprès des intervenants du réseau public, privé, communautaire et des experts de vécu, l'AQS RTP occupe une position privilégiée pour documenter les besoins réels du terrain et proposer des solutions concrètes, cohérentes et fondées sur les meilleures pratiques afin d'améliorer l'organisation des services pour cette population. Pour en savoir davantage sur la mission et les activités de l'Association, consulter le site Web : personnalite.ca.

1.5 Structure du mémoire et objectif principal

Le mémoire présente d'abord un état de la situation des personnes vivant avec un TPL/TA au Québec, puis expose les principaux constats issus des consultations terrain avant de proposer des pistes structurantes pour l'organisation des services. Les recommandations formulées visent principalement à faire reconnaître les soins aux personnes vivant avec le TPL/TA comme une priorité explicite du prochain PAISM, à proposer la mise en place un continuum provincial de soins cohérent, modulé selon des particularités régionales (ex. en milieux ruraux), intégré et soutenu par une gouvernance dédiée - incluant une meilleure intégration des partenaires communautaires, des experts de vécu - ainsi qu'à développer des indicateurs de performance spécifiques afin de mieux évaluer la qualité, l'accessibilité et les impacts réels des services offerts à cette population.



SECTION 2 - ÉTAT DES LIEUX

2.1 Une prévalence élevée et un impact systémique majeur

Une personne vivant avec un trouble de la personnalité (TP) expérimente des difficultés durables dans la manière dont elle se perçoit elle-même, perçoit autrui, régule ses émotions et interagit avec son environnement. Ces difficultés apparaissent habituellement à l'adolescence ou au début de l'âge adulte, persistent dans le temps et peuvent entraîner une souffrance importante ainsi que des répercussions significatives sur les relations interpersonnelles, le travail, les études et la participation sociale. Le DSM-5 décrit dix catégories de TP, regroupées en trois groupes selon leurs similarités descriptives :

- **Groupe A** : paranoïaque, schizoïde, schizotypique
- **Groupe B** : antisociale, limite ou borderline (TPL), histrionique, narcissique
- **Groupe C** : évitante, dépendante, obsessionnelle-compulsive

En plus de ces dix catégories, le DSM-5 inclut le trouble de la personnalité dû à une affection médicale, l'autre trouble spécifié de la personnalité ainsi que le trouble de la personnalité non spécifié.

Avec une prévalence estimée à environ 5 % de la population générale⁷, les TP comme condition de santé figurent parmi les troubles mentaux les plus fréquents. Leur prévalence est comparable, voire supérieure, à celle de plusieurs autres troubles couramment visés par les politiques et programmes en santé mentale. Ils sont présents chez environ 25 à 50 % des personnes recevant des soins en santé mentale de première ligne et chez près de 50 % des patients suivis dans les services psychiatriques spécialisés⁸.

Les enjeux liés aux TP du groupe B se distinguent par leur impact clinique et sociétal notable. Les personnes vivant avec ces difficultés partagent des caractéristiques transversales (instabilité affective, impulsivité, difficultés interpersonnelles marquées et comportements à risque) ce qui fait en sorte qu'elles représentent les personnes avec les TP les plus fréquemment rencontrées dans les services de santé et les plus coûteux pour le système de soins.

Au Québec, une étude populationnelle provinciale réalisée en 2017⁹ et utilisant le Système intégré de surveillance des maladies chroniques du Québec (SISMACQ), couvrant 99 % des 8 millions d'habitants de la province, a établi que la prévalence à vie de personnes vivant avec un TP du groupe B diagnostiqué cliniquement était de 2,6 % dans la population québécoise en 2011-2012. Cette même étude a révélé des données alarmantes sur la mortalité : les hommes vivant avec un TP du groupe B perdent en moyenne 13 années d'espérance de vie et les femmes 9 années par rapport à la population générale. Les trois principales causes de décès sont le suicide (20,4 %), les maladies cardiovasculaires (19,1 %) et les cancers (18,6 %).

7 Shadid, J., Ferrari, A. J., Bach, B., Sellbom, M., Sharp, C., Hutsebaut, J., d'Huart, D., Santomauro, D. F., & Chanen, A. (2025). **The global epidemiology of personality disorder: A systematic review and meta-regression** (Preprint). SSRN. <https://doi.org/10.2139/ssrn.5526618>

8 Tyrer, P., Reed, G. M., & Crawford, M. J. (2015). **Classification, assessment, prevalence, and effect of personality disorder**. *The Lancet*, 385(9969), 717–726. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61995-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61995-4)

9 Cailhol, L., Pelletier, É., Rochette, L., Laber, R., Laporte, L., David, P., Bherer, C., Bhatt, M., & Bhatt, M. (2017). **Prevalence, mortality, and health care use among patients with cluster B personality disorders clinically diagnosed in Quebec: A provincial cohort study, 2001-2012**. *Canadian Journal of Psychiatry / Revue canadienne de psychiatrie*, 62(5), 336–342. <https://doi.org/10.1177/0706743717700818>



Les données internationales indiquent que les personnes vivant avec le TPL/TA ont une suicidalité particulièrement élevée : une méta-analyse récente estime la prévalence à vie des idéations suicidaires à 80 %, celle des tentatives de suicide à 52 % et celle des décès par suicide à 6 %, soulignant l'importance de cette clientèle comme enjeu prioritaire de santé publique et d'organisation des soins¹⁰.

Concernant l'utilisation des services de santé au Québec, en 2011-2012, parmi les personnes ayant un TP du groupe B : 78 % avaient consulté un médecin généraliste, 62 % un psychiatre, 44 % s'étaient présentées à l'urgence et 22 % avaient été hospitalisées au cours de l'année. À ces coûts directs s'ajoutent des coûts indirects majeurs liés à l'invalidité, à la désinsertion socioprofessionnelle et au recours à l'aide sociale¹¹, permettant d'estimer, à partir d'études internationales, des coûts pouvant atteindre 50 000\$ canadiens par personne et par année¹². Les besoins des personnes présentant un TPL/TA figurent parmi les plus coûteux pour le système de soins.

« Le TPL, même après ma [formation] technique je ne savais pas ce que c'était. Tout ce que je savais, c'était que ce sont des gens ayant besoin d'aide, avec un bagage de vie pas facile, et mécompris. Aujourd'hui, faisant partie de cette clientèle, je comprends mieux ce que c'est, je l'accepte et je me comprends un peu plus tous les jours. Mais tout ça, ça m'a coûté 15 ans. 15 ans à me chercher, à vivre des péripéties et relations autant conflictuelles et toxiques les unes que les autres, à maltraiter mes amis (sans m'en rendre compte et sans faire exprès). »

- Pierre (prénom modifié)

10 Lak, M., Shakiba, S., Dolatshahi, B., Saatchi, M., Shahrbaft, M., & Jafarpour, A. (2025). **The prevalence of suicide ideation, suicide attempt and suicide in borderline personality disorder patients: A systematic review and meta-analysis.** *General Hospital Psychiatry*, 95, 52–61. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2025.04.005>

11 Kramer, U., Kolly, S., Maillard, P., Pascual-Leone, A., Samson, A. C., Schmitt, R., Bernini, A., Allenbach, G., Despland, J.-N., & de Roten, Y. (2022). **A comprehensive model of costs in borderline personality disorder: Societal cost of BPD.** *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 13(6), 618–627. <https://doi.org/10.1037/per0000520>

12 Meuldijk, D., McCarthy, A., Bourke, M. E., & Grenyer, B. F. S. (2017). **The value of psychological treatment for borderline personality disorder: Systematic review and cost offset analysis of economic evaluations.** *PLoS ONE*, 12(3), e0171592. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0171592>



À l'inverse, certaines études suggèrent qu'un accès structuré à des psychothérapies spécialisées permettrait de réduire les coûts de plusieurs milliers de dollars par personne annuellement^{13,14}. Une étude québécoise a comparé l'utilisation des services entre les personnes présentant un TP du groupe B et celles vivant avec la schizophrénie. Les personnes avec un TP du groupe B utilisaient davantage de services médicaux généraux, mais accédaient à moins de traitements psychiatriques spécialisés et de psychothérapie que celles vivant avec la schizophrénie, suggérant des obstacles importants dans l'accès aux soins de santé mentale pour cette population¹⁵.

2.2 Une clientèle au cœur des enjeux d'intégration des services

Pour bien comprendre l'impact du TPL/TA sur l'organisation des soins, il importe de les considérer comme des troubles trans-diagnostiques associés à une importante multimorbidité psychiatrique, physique et sociale. Les personnes concernées présentent fréquemment des troubles concomitants - notamment des troubles de l'humeur (82,7%), des troubles anxieux (84,5%), des troubles liés à l'usage de substances (78,2%) ou des troubles de stress post-traumatique (30,2%)¹⁶ - ainsi que d'importantes difficultés de fonctionnement dans les différentes sphères de la vie et de stabilité sociale^{17,18}. Cette réalité les place au cœur des interfaces les plus critiques du système de santé et de services sociaux, précisément celles que le gouvernement souhaite améliorer dans le cadre du prochain PAISM : recours répétés aux urgences, centres de crise, hospitalisations psychiatriques, forte présence dans les services en dépendance, surreprésentation dans les situations d'itinérance ou de précarité sociale, et trajectoires de soins souvent fragmentées entre la première et la deuxième ligne. Malgré une mobilisation importante des ressources cliniques et organisationnelles, les difficultés de fond liées à la régulation émotionnelle, aux relations interpersonnelles et aux schémas cognitifs dysfonctionnels demeurent souvent insuffisamment prises en charge, faute de trajectoires de soins structurées, cohérentes et continues. En ce sens, les TPL et troubles apparentés illustrent de façon exemplaire les défis structurels à résoudre dans le réseau actuel : améliorer la continuité des trajectoires, renforcer la coordination des services et assurer l'accès au bon service, au bon moment, pour les personnes présentant les besoins les plus complexes.

« Si ceux que j'ai rencontré avaient été en mesure de me guider vers les bonnes ressources, les bons professionnels, j'aurais été assurément plus performant dans mes cours [...] Une chose est certaine, j'aurais été plus heureux au bout du compte, et ça, ça n'a pas de prix. »

- Pierre (prénom modifié)

13 Meuldijk, D., McCarthy, A., Bourke, M. E., & Grenyer, B. F. (2017). **The value of psychological treatment for borderline personality disorder: Systematic review and cost offset analysis of economic evaluations.** PloS one, 12(3), e0171592.

14 Wunsch, E.-M., Kliem, S., & Kröger, C. (2014). **Population-based cost-offset estimation for the treatment of borderline personality disorder: Projected costs in a currently running, ideal health system.** Behaviour Research and Therapy, 60, 1-7. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.06.002>

15 Cailhol, L., Pelletier, É., Rochette, L., Laporte, L., David, P., Villeneuve, É., Bherer, C., Bhéreur, A., Bhéreur, P., & Lesage, A. (2021). **Utilization of health care services by patients with cluster B personality disorders or schizophrenia.** Psychiatric Services, 72(12), 1392-1399. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.202000554>

16 Leichsenring, F., Heim, N., Leweke, F., et al. (2023). **Borderline personality disorder: A review.** JAMA, 329(8), 670-679.

17 Larivière, N. (2025). **Personality Disorders.** C. Brown, J. Munoz, G. Stoffel. Occupational Therapy for Mental Health: A Vision for Participation (3rd ed.). FA Davis.

18 Kramer, U., De Panfilis, C., Barkauskiene, R., Bertsch, K., Hutsebaut, J., Kaera, A., Mendoza-Alvarez, M., Kongerslev, M. T., Renneberg, B., Schmah, C., & Swales, M. (2025). **Psychosocial functioning in personality disorders. Borderline personality disorder and emotion dysregulation,** 12(1), 46. <https://doi.org/10.1186/s40479-025-00326-y>



2.3 Un moment charnière : des connaissances avancées mais une organisation inégale

Le Québec se trouve aujourd'hui dans un moment charnière où les connaissances cliniques et organisationnelles en TPL et troubles apparentés sont largement suffisantes pour soutenir une offre de services cohérente, mais où les services demeurent encore profondément fragmentés et inégalement accessibles. Plusieurs traitements psychothérapeutiques validés, notamment la thérapie comportementale dialectique (TCD), la thérapie basée sur la mentalisation (TBM), la thérapie des schémas et le Good Psychiatric Management (GPM), ont fait l'objet d'études d'efficacité robustes. Des initiatives locales innovantes ont également émergé dans certains CISSS et CIUSSS, notamment à travers le cadre de référence du CNESM (2017)¹⁹ pour les services de groupe en première ligne et le guide d'accompagnement du CIUSSS de la Capitale-Nationale (2021)²⁰ proposant un modèle structuré de soins par étapes. Toutefois, ces initiatives demeurent isolées et aucun modèle provincial cohérent, harmonisé et uniformément implanté n'encadre actuellement l'organisation des services. Les données recueillies dans le cadre du sondage mené par l'AQSRTP mettent en évidence des délais d'attente importants, un manque de ressources spécialisées, une forte variabilité régionale de l'offre de services et un sentiment fréquent d'impuissance chez les intervenants de première ligne. Malgré ces lacunes, les conditions d'un changement structurant sont déjà réunies : une coalition large d'acteurs mobilisés (partenaires, proches, réseaux communautaires, équipes universitaires et leaders cliniques) est prête à soutenir cette transformation. De plus, plusieurs modèles internationaux démontrent qu'une organisation cohérente des services est possible et efficace, notamment en Australie²¹, en Norvège²², aux Pays-Bas²³, au Royaume-Uni²⁴ et en Irlande^{25,26}. Enfin, l'émergence de nouvelles approches en intervention précoce, en télépratique, en psychothérapies adaptées et en réadaptation au travail offre au Québec une occasion concrète de moderniser durablement son système de santé mentale sans repartir de zéro.

19 Centre d'excellence en santé mentale et Santé et service sociaux du Québec. (2017). Cadre de référence : Offre de services de groupe pour troubles de la personnalité en contexte de 1re ligne santé mentale — Le trouble de personnalité limite

20 <https://www.ciuuss-capitalenationale.gouv.qc.ca/a-propos/publications/guide-accompagnement-implantation>

21 Grenyer, B. F. S. (2014). **An integrative relational step-down model of care: The Project Air Strategy for Personality Disorders**. The ACPARIAN (Australian Clinical Psychology Association), 9, 8–13.

22 Pedersen, G., Wilberg, T., Hummelen, B., & Hartveit Kvarstein, E. (2023). **The Norwegian network for personality disorders**. Nordic Journal of Psychiatry, 77(5), 512–520. <https://doi.org/10.1080/08039488.2022.2147995>

23 Hutsebaut, J., et al. (2020). **Guideline-informed treatment for personality disorders (GIT-PD): Introduction of a stepped care model**. Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation, 7, 16. <https://doi.org/10.1186/s40479-020-00133-7>

24 <https://www.england.nhs.uk/long-read/implementation-guidance-2024-psychological-therapies-for-severe-mental-health-problems/>

25 Flynn, D. (2021). **Coordinated dissemination of DBT in Ireland since 2013** (adultes). Current Opinion in Psychology. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2021.01.002>

26 Flynn, D. (s.d.). **Dissémination TCD – adolescents**, Irlande. Child and Adolescent Mental Health. <https://doi.org/10.1111/camh.12298>



SECTION 3 - ENJEUX ET DÉFIS

À partir des consultations, rencontres de concertation et données recueillies par l'AQSRTP auprès d'intervenants de différents secteurs, quatre enjeux structurants ont été identifiés et analysés afin de mieux comprendre les causes profondes qui freinent le développement d'une offre de services cohérente, accessible et intégrée. Ces constats serviront de base aux recommandations formulées à la section 5 du présent mémoire

3.1 Accès limité et inéquitable aux soins spécialisés fondés sur les données probantes

L'accès aux services spécialisés pour les personnes présentant un TPL et troubles apparentés demeure marqué par d'importantes disparités territoriales. Selon la région, les ressources locales et le niveau d'organisation des services, les possibilités d'obtenir des soins adaptés varient considérablement. Cette situation s'explique en partie par la disponibilité limitée de professionnels formés, l'insuffisance de l'offre de services spécialisés, la variabilité des critères d'accès aux programmes et l'absence de leviers organisationnels suffisants pour soutenir l'implantation de pratiques fondées sur les données probantes, particulièrement dans les régions éloignées ou moins bien desservies.

« Et si j'ai pu faire une thérapie, c'est bien parce que j'ai travaillé fort en maudit pour y avoir accès. Je faisais partie du réseau de la santé, je savais que le GASMA existait et je me doutais bien que ce que je vivais, c'était de la Santé Mentale. J'ai donc fait moi-même les démarches. J'ai relancé sans arrêt le GASMA, j'ai interpellé les psychiatres pour avoir un coup de main pour entrer dans la boucle, j'ai pratiquement harcelé le guichet pour avoir une place et après 7 mois de démarches et d'attente, on m'a appelé. C'était enfin mon tour. C'est pas normal. »

- Pierre (prénom modifié)



Les répercussions de cette accessibilité limitée sont majeures : faute de recevoir des interventions appropriées au bon moment, plusieurs personnes voient leur détresse se chroniciser et se complexifier, ce qui entraîne un recours fréquent aux urgences, aux hospitalisations et aux services de crise. Ces trajectoires répétitives et peu structurées génèrent des coûts importants pour le réseau, accentuent la désorganisation des parcours de soins et alimentent chez les usagers et leurs proches un profond sentiment de désespoir, d'impuissance et d'abandon.

Alors que le Québec et le Canada se préparent à l'évolution du cadre entourant l'aide médicale à mourir, qui prévoit désormais son ouverture aux personnes présentant un trouble mental sous certaines conditions, il devient d'autant plus important de garantir que les personnes vivant avec un TPL/TA aient eu la possibilité de bénéficier de traitements spécialisés, accessibles et fondés sur les données probantes. Cette garantie ne peut être assurée sans une reconnaissance explicite de cette population dans les orientations ministérielles et sans la mise en place d'un continuum de soins structuré à l'échelle provinciale.

3.2 Organisation des services fragmentée et absence de continuum clair entre les lignes de soins

Des travaux québécois portant sur l'organisation des services pour les personnes vivant avec un TPL/TA, notamment ceux de LeCorff et collaborateurs (2022)²⁷, montrent une importante hétérogénéité des trajectoires de soins et des mécanismes d'accès selon les régions et les établissements. Bien que plusieurs équipes aient développé des pratiques innovantes et des collaborations locales efficaces, l'articulation entre la première, la deuxième et la troisième ligne demeure souvent complexe et variable. Dans plusieurs milieux, l'accès aux services spécialisés présente des barrières multiples. À cela s'ajoutent des enjeux persistants de coordination médico-psychosociale, une harmonisation incomplète des trajectoires cliniques et des difficultés à assurer des liens continus avec les services d'urgence, les services de crise, le communautaire et les autres secteurs sociaux impliqués auprès de cette clientèle.

Ces difficultés organisationnelles entraînent des répercussions concrètes tant pour les usagers que pour les équipes cliniques. Elles contribuent à prolonger les délais d'accès, à multiplier les évaluations et les transitions de services, ainsi qu'à créer des ruptures de continuité parfois vécues comme déstabilisantes par les personnes concernées. Les intervenants de première ligne rapportent également un sentiment fréquent de surcharge clinique et d'isolement lorsqu'ils doivent intervenir auprès de personnes en situations complexes sans avoir un véritable accès au soutien spécialisé. Dans ce contexte, plusieurs usagers se retrouvent orientés vers des services insuffisamment adaptés à l'intensité ou à la nature de leurs besoins, ce qui nuit à l'efficacité des interventions et favorise des trajectoires répétitives de crise, d'urgence et d'hospitalisation.

3.3 Formation insuffisante, manque d'expertise et pratiques cliniques non harmonisées

Les formations pour mieux comprendre et aider les personnes vivant avec un TPL/TA demeurent insuffisantes, tant dans les programmes universitaires que dans le réseau de la santé et des services sociaux. Plusieurs intervenants rapportent d'ailleurs un inconfort clinique important face à cette clientèle. L'accès limité à la formation continue, à la supervision clinique et au soutien spécialisé, pourtant reconnus comme essentiels dans les guides de pratique pour les TPL/TA contribuent à cet inconfort.

27 Le Corff, C., David, P., Larivière, N., Dahak, J. et Therriault, C. (2022). **Services et traitements offerts aux personnes ayant un trouble de personnalité limite : État de situation au Québec et perspectives d'avenir**. Santé mentale au Québec, 47(2), 177–193. doi.org

Cette situation explique en partie la grande variabilité dans l'application des approches fondées sur les données probantes et le manque de cohérence dans les pratiques à l'échelle locale et provinciale. Les conséquences sont importantes : interventions parfois peu adaptées, traitements qui se prolongent sans bénéfice clair, expériences thérapeutiques négatives pour les usagers, mais aussi épuisement professionnel et roulement du personnel, ce qui fragilise davantage la continuité et la qualité des soins.

« J'aimerais partager les mots que ma fille a écrits pendant qu'elle participait à un programme de thérapie comportementale dialectique, un traitement intensif et validé scientifiquement pour le TPL, auquel elle a dû accéder à l'étranger puisqu'il n'était pas offert au Québec en 2011 : « Ce programme de TCD est comme de l'eau pour moi... c'est une ressource vitale pour vivre. Cela devrait être gratuit. »

Ce traitement était non seulement inaccessible au Québec, mais aussi extrêmement coûteux à l'étranger. Nous avons dû l'interrompre faute de moyens. Ma fille s'est alors sentie comme un fardeau pour ceux qu'elle aimait. C'est ainsi que nous l'avons perdue. »

- Lynn Courey, Fondation Sashbear

3.4 Déficits structurels liés à la stigmatisation et à la méconnaissance des personnes vivant avec un TPL/TA

La stigmatisation entourant les personnes vivant avec le TPL/TA demeure un enjeu majeur dans le réseau de la santé, dans la population générale et parfois même, dans les espaces décisionnels. La méconnaissance de la gravité clinique, sociale et économique de même que du potentiel de traitabilité et de rétablissement contribue à leur faible priorisation dans les politiques publiques et au sous-financement chronique des services qui leur sont destinés. Cette situation est accentuée par l'absence de données provinciales consolidées sur les trajectoires de soins, les coûts, les délais d'accès et les résultats cliniques, limitant la capacité des décideurs à planifier et à soutenir le développement des services. Cette dynamique entretient un cercle vicieux où les investissements se concentrent davantage sur la gestion de crise que sur le développement de soins structurés, continus et fondés sur les données probantes.



SECTION 4 - RECOMMANDATIONS

4.1 Recommandation principale - Reconnaître et prioriser les soins aux personnes vivant avec le TPL/TA dans le prochain PAISM

Objectif : Inscrire les soins aux personnes vivant avec le TPL/TA comme priorité structurante du prochain PAISM, avec des objectifs mesurables d'accès, de continuité et de qualité des soins, et mettre en place une gouvernance provinciale soutenant le déploiement progressif d'un continuum de soins par étapes à l'échelle du Québec, arrimé aux structures existantes.

Sans reconnaissance explicite des problématiques et enjeux associés aux personnes présentant un TPL/TA dans le cadre stratégique gouvernemental, le développement des services continuera de reposer sur des initiatives locales souvent fragiles, variables d'une région à l'autre et dépendantes de financements ponctuels ou de leaders cliniques isolés. L'inscription de la reconnaissance des personnes vivant avec le TPL/TA comme priorité dans le prochain PAISM constitue donc une condition essentielle à une transformation durable des services : elle permettrait de donner aux établissements un cadre clair de planification, des leviers d'imputabilité, une cohérence provinciale et une légitimité organisationnelle pour développer des trajectoires de soins cohérentes, accessibles et pérennes. Des balises minimales provinciales pourraient être définies pour soutenir l'implantation des services, à l'image de ce qui existe pour les personnes vivant avec un premier épisode psychotique.

Cette reconnaissance pourrait s'accompagner d'une instance provinciale dédiée aux soins aux personnes vivant avec le TPL/TA afin d'assurer l'harmonisation des pratiques, le soutien à l'implantation des services et le transfert des connaissances à travers le Québec. Ses mandats pourraient notamment inclure :

- Le développement de balises organisationnelles provinciales ;
- Les seuils minimaux de ressources professionnelles selon la taille de la population desservie ;
- Le soutien à l'organisation et au déploiement des trajectoires cliniques ;
- La coordination des activités de formation et de supervision ;
- Le soutien à l'amélioration continue de la qualité ;
- Le développement d'indicateurs communs ;
- La cartographie et le suivi de l'offre de services ;
- Le soutien aux régions éloignées.

Les données québécoises soutiennent déjà la nécessité d'une meilleure harmonisation et d'un soutien organisationnel accru dans l'organisation des services pour les personnes vivant avec un TPL/TA. Les modèles de soins en étapes développés au Québec démontrent également la faisabilité et la pertinence clinique d'une telle organisation structurée des services.

Les soins aux personnes concernées par le TPL/TA ne doivent pas être envisagés comme une priorité additionnelle, mais comme un axe transversal permettant de renforcer plusieurs objectifs déjà au cœur du PAISM, notamment :

- L'accès aux soins ;
- La continuité des trajectoires ;
- La prévention des hospitalisations répétées ;
- L'implantation de pratiques fondées sur les données probantes ;
- Le rétablissement personnel et social ;
- L'intégration intersectorielle.



Le continuum de soins pourrait s'articuler autour de trois niveaux complémentaires et interconnectés²⁸ :

- Une première ligne (CLSC, GMF et services psychosociaux de proximité) accessible qui offre des interventions individuelles et de groupes basés sur les données probantes, centrée également sur l'évaluation des besoins en santé mentale, l'éducation psychologique, la gestion de crise, la stabilisation clinique et le soutien au retour au travail ou aux études.
- Une deuxième ligne spécialisée permettant l'accès à des traitements structurés approfondis fondés sur les données probantes également - notamment la thérapie comportementale dialectique complète (TCD)²⁹, la thérapie basée sur la mentalisation (TBM)³⁰, la thérapie des schémas³¹ et le suivi psychiatrique spécialisé, comme le "*Good psychiatric management*" (GPM)³² - avec des réévaluations diagnostiques et thérapeutiques selon l'évolution des besoins.
- Une troisième ligne réservée aux situations plus complexes, sévères ou réfractaires, pouvant prendre différentes formes et qui restent à définir en l'absence de données probantes claires. Par exemple, un rôle de soutien clinique, de supervision et de transfert d'expertise auprès des autres niveaux de soins tout comme du traitement résidentiel.

De façon transversale, l'organisation des services aurait intérêt à intégrer une logique d'intervention précoce par exemple en adolescence^{33,34} ou dès les premiers signes, une logique de rétablissement et de réinsertion sociale, une participation active des organismes communautaires et des milieux résidentiels en santé mentale. Les familles et proches seraient intégrés aux soins offerts et du soutien actif leur serait dédié. Des mesures favorisant le retour au travail et l'employabilité à chacune des étapes du continuum sont à privilégier. La transversalité implique aussi d'intégrer les services en dépendance de même qu'organiser les services dès l'adolescence.

La mise en place d'un continuum cohérent nécessite une connaissance claire, accessible et actualisée des ressources disponibles sur chaque territoire. Une cartographie provinciale des services offerts pour les personnes vivant avec le TPL/TA distinguant les services destinés aux usagers et aux proches - serait élaborée et mise à jour de façon continue.

Modalités suggérées : implantation progressive par projets pilotes régionaux, en s'appuyant sur les CISSS et CIUSSS existants, avec évaluation à mi-parcours.

28 Paris, J. (2017). **Stepped care for borderline personality disorder: making treatment brief, effective, and accessible.** Academic Press.

29 Linehan, M. M. (2025). **DBT skills training manual.** Guilford Publications.

30 Bateman, A. W., & Fonagy, P. (2004). **Mentalization-based treatment of BPD.** Journal of personality disorders, 18(1), 36-51.

31 Bernstein, D. P. (2005). **Schema therapy for personality disorders.** Handbook of personology and psychopathology, 462-477.

32 Gunderson, J. G. (2014). **Handbook of good psychiatric management for borderline personality disorder.** American psychiatric pub.

33 Kothgassner, O. D., Goreis, A., Robinson, K., Huscsava, M. M., Schmah, C., & Plener, P. L. (2021). **Efficacy of dialectical behavior therapy for adolescent self-harm and suicidal ideation: a systematic review and meta-analysis.** Psychological medicine, 51(7), 1057-1067. <https://doi.org/10.1017/S0033291721001355>

34 Esposito, E. C., Patel, K. K., Hull, S., Johnson, C. N., Patel, M. A., & Glenn, C. R. (2026). **Evidence Base Update of Psychosocial Treatments for Self-Injurious Thoughts and Behaviors in Youth: 2018-2024.** Journal of clinical child and adolescent psychology : the official journal for the Society of Clinical Child and Adolescent Psychology, American Psychological Association, Division 53, 55(1), 1-38. <https://doi.org/10.1080/15374416.2026.2613368>



Proposition d'indicateurs SMART:

- Inscription formelle de la nécessité des soins spécifiques aux personnes concernées par le TPL/TA dans le prochain PAISM.
- Création d'une instance provinciale de gouvernance et de coordination des services destinés aux personnes vivant avec le TPL/TA dans les six mois suivant la publication du prochain PAISM.
- Cartographie provinciale complète des services destinés aux personnes vivant avec le TPL/TA publiée et accessible dans l'année suivant la publication du prochain PAISM, avec mise à jour annuelle.
- Mise en place de balises provinciales minimales d'organisation des services pour les personnes concernées par le TPL/TA d'ici 2028.
- 100 % des établissements devant rendre compte d'au moins un indicateur lié à l'organisation et au déploiement des services destinés aux personnes vivant avec le TPL/TA dans leurs ententes de gestion d'ici 2029.

Actions	2027	2028	2029	2030	2031
Inscription formelle de la nécessité des services spécialisés aux personnes vivant avec le TPL/TA dans le PAISM	●				
Création d'une instance provinciale de gouvernance et de coordination	●				
Cartographie provinciale complète des services publiée et accessible	●				
Mise à jour annuelle de la cartographie provinciale		●	●	●	●
Élaboration et implantation des balises provinciales minimales d'organisation des services	»	●			
100 % des établissements rendent compte d'au moins un indicateur lié à l'organisation des services pour les personnes vivant avec le TPL/TA dans leurs ententes de gestion		»	●	●	●

● = réalisation ou maintien

» = phase d'implantation progressive



4.2 Sous-recommandation 1 - Structurer un continuum intégré, hiérarchisé et coordonné de services pour les personnes vivant avec le TPL/TA dans toutes les régions

Objectif : Structurer un continuum intégré, hiérarchisé et coordonné de services pour les personnes vivant avec le TPL/TA, fondé sur une logique de soins par étapes, de complémentarité des niveaux de soins et d'accès «au bon service au bon moment».

Ce continuum prévoirait inclure des services de proximité accessibles, des traitements spécialisés fondés sur les données probantes, des services intensifs pour les situations complexes ainsi que des mécanismes formels de coordination, de supervision et de soutien clinique entre les niveaux de soins.

4.2.1 Organiser les trajectoires autour des besoins cliniques

Le développement de critères d'orientation harmonisés, de protocoles de transition clairs et de mécanismes de collaboration structurés entre les services de proximité, spécialisés et surspécialisés favoriserait un accès plus rapide au niveau d'intervention approprié. Dans cette perspective, les services spécialisés et surspécialisés devraient également jouer un rôle transversal de soutien clinique, de supervision et de co-intervention auprès des équipes du réseau, particulièrement dans les situations complexes. Cette approche s'inscrit dans les principes des modèles de soins par étapes et des continnum hiérarchisés recommandés dans la littérature québécoise et internationale.

4.2.2 Structurer des corridors d'accès régionaux

Des corridors d'accès régionaux structurés seraient également développés afin d'assurer une meilleure continuité entre les organismes communautaires, les services de proximité, les services spécialisés et les services surspécialisés. Le modèle des programmes pour premiers épisodes psychotiques constitue un exemple pertinent d'organisation intégrée et hiérarchisée pouvant inspirer le développement des trajectoires pour les personnes vivant avec un TPL/TA.

La co-construction régionale des trajectoires avec les partenaires locaux, communautaires et intersectoriels permettrait d'adapter les corridors de services aux réalités territoriales tout en favorisant une meilleure harmonisation provinciale.

4.2.3 Déployer des mécanismes de coordination clinique et de gestion de trajectoire

Le développement de mécanismes structurés de coordination clinique constitue une composante essentielle d'un continuum intégré pour les services auprès des personnes vivant avec le TPL/TA. Des gestionnaires de trajectoire dédiés devraient être identifiés dans chaque territoire afin de soutenir la coordination entre les différents acteurs impliqués : santé mentale, services sociaux, communautaire, milieu scolaire, justice, sécurité publique et employabilité.

Ces rôles pivots favoriseraient :

- La fluidité des transitions ;
- La diminution des pertes d'information clinique ;
- La réduction des évaluations répétitives ;
- La prévention des ruptures de suivi ;
- La cohérence des plans d'intervention intersectoriels.

Les modèles québécois de soins en étapes soulignent d'ailleurs l'importance des mécanismes formels de coordination et de monitoring longitudinal dans les trajectoires de soins pour les personnes vivant avec le TPL/TA.

Propositions d'indicateurs SMART :

- 3 régions pilotes avec un continuum formel opérationnel dans les 12 mois suivant le prochain PAISM ; celles-ci s'étant doté d'un mécanisme formel d'évaluation de l'accessibilité, des taux de transitions, de la fluidité perçue par les acteurs ; création d'un mécanisme de coordination d'ici 2029 ; déploiement provincial d'ici 2030.
- Monitoring du taux de visites à l'urgence et des hospitalisations des personnes concernées par le TPL/TA dans les régions pilotes d'ici 2029.
- Au moins un gestionnaire de trajectoire pour les services aux personnes vivant avec le TPL/TA identifié dans chacun des établissements régionaux de Santé Québec (anciennement CISSS/CIUSSS) d'ici 2028.
- Critères harmonisés d'orientation pour la clientèle des personnes vivant avec le TPL/TA et implantés dans 100 % des MASM d'ici 2028.
- Campagne d'informations dans tous les établissements régionaux de Santé Québec sur les continuums de soins de leur territoire pour les personnes vivant avec le TPL/TA d'ici 2028.
- Les personnes vivant avec un TPL/TA de toute région auront un accès à un groupe thérapeutique fondé sur les données probantes, spécifique à leur TPL/TA, d'ici 2028.

Actions	2027	2028	2029	2030	2031
3 régions pilotes avec continuum de soins formel opérationnel pour les personnes vivant avec le TPL/TA	●	●	●		
Évaluation de l'accessibilité, des taux de transition, de la fluidité perçue et des mécanismes de coordination dans les régions pilotes		»	●		
Déploiement provincial des continuums de soins pour les personnes vivant avec le TPL/TA			»	●	●
Monitoring des visites à l'urgence et des hospitalisations des personnes vivant avec le TPL/TA (comparaison de base avec 2027)	(base)	»	●		
Au moins un gestionnaire de trajectoire identifié dans chaque établissement régional de Santé Québec pour les services aux personnes vivant avec le TPL/TA	»	●	●	●	●
Critères harmonisés d'orientation pour la clientèle des personnes vivant avec le TPL/TA et implantés dans 100 % des MASM	»	●	●	●	●
Campagne d'information dans tous les établissements régionaux de Santé Québec sur les continuums de soins de leur territoire	»	●	●	●	●
Accès à un groupe thérapeutique fondé sur les données probantes spécifique aux personnes avec TPL/TA dans toutes les régions	»	●	●	●	●

● = réalisation ou maintien

» = phase d'implantation progressive



4.3 Sous-recommandation 2 - Renforcer l'intégration intersectorielle dans les trajectoires de soins pour les personnes vivant avec le TPL/TA et l'intervention précoce

Objectif : Renforcer l'intégration intersectorielle dans les trajectoires de soins pour les personnes vivant avec le TPL/TA en mettant en place des mécanismes de coordination formels entre les différents secteurs de soins, les organismes communautaires et les partenaires de le domaine du logement, de l'employabilité, de la justice et des dépendances, afin d'assurer des transitions plus fluides, une meilleure continuité clinique et un soutien cohérent au rétablissement et au fonctionnement social des personnes concernées.

4.3.1 Assurer des transitions planifiées dès l'adolescence et au passage à l'âge adulte

Les ruptures de services au passage vers les services adultes représentent un point critique du continuum de soins. Les jeunes présentant des enjeux relationnels complexes ou des manifestations précoces du TPL/TA perdent fréquemment l'accès au suivi lors de la transition vers l'âge adulte, malgré des besoins persistants.

Des protocoles de transition planifiée devraient être établis entre les services jeunesse et adultes, incluant les partenaires scolaires, les services de protection de la jeunesse, les milieux de détention et les ressources communautaires. Une logique d'intervention précoce et de continuité longitudinale permettrait de réduire les ruptures de soins et les trajectoires de crise récurrentes.

4.3.2 Consolider l'intégration intersectorielle autour des besoins fonctionnels et sociaux

Les répercussions que vivent les personnes concernées par un TPL/TA s'étendent bien au-delà du champ de la santé mentale et affectent fréquemment le logement, l'intégration professionnelle, les relations sociales, le fonctionnement quotidien et les trajectoires judiciaires. Dans ce contexte, une organisation efficace des services doit reposer sur une approche intersectorielle dépassant les limites du seul réseau de la santé.

Le développement de tables de concertation intersectorielles régionales, de protocoles de collaboration formalisés et de plans de services intégrés pour les situations complexes permettrait d'assurer une meilleure cohérence des interventions auprès de ces personnes entre les différents secteurs impliqués ou pouvant l'être.

Cette vision s'inscrit directement dans les orientations interministérielles du futur continuum en santé mentale, dépendance et itinérance, qui mettent l'accent sur la responsabilité collective, la complémentarité des partenaires et l'intégration des services.

Proposition d'indicateurs SMART :

- Au moins une table de concertation intersectorielle active par région concernant les services aux personnes vivant avec le TPL /TA d'ici 2029.
- Protocoles de collaboration formalisés entre les services de santé mentale offrant des soins aux personnes vivant avec le TPL/TA, la CPEJ, la justice, les services en dépendance, en hébergement, services de crise, services d'employabilité et d'assurances dans au moins 10 régions d'ici 2029.



Actions	2027	2028	2029	2030	2031
Au moins une table de concertation intersectorielle active par région concernant les services aux personnes vivant avec le TPL/TA	»	»	●	●	●
Élaboration et négociation de protocoles de collaboration intersectorielle (CPEJ, justice, dépendance, hébergement, services de crise, employabilité, assurances)	»	»	●		
Protocoles de collaboration formalisés dans au moins 10 régions			●	●	●

● = réalisation ou maintien

» = phase d'implantation progressive



4.4 Sous-recommandation 3 - Structurer une stratégie provinciale de formation, de supervision et de soutien clinique concernant les soins aux personnes vivant avec un TPL/TA

Objectif : Mettre en place une stratégie provinciale intégrée de formation, de supervision et de transfert d'expertise concernant le traitement des personnes vivant avec le TPL/TA afin de soutenir le développement d'un continuum de soins cohérent, accessible et fondé sur les données probantes dans l'ensemble des régions du Québec.

Cette stratégie pourrait s'appuyer sur un système d'accréditation à niveaux d'expertise différenciés, des mécanismes structurés de supervision continue, ainsi qu'un soutien clinique interrégional permettant de réduire les iniquités territoriales d'accès à l'expertise.

4.4.1 Développer un système provincial d'accréditation et de soutien à l'expertise

La stratégie pourrait distinguer :

- Un niveau de base accessible à l'ensemble des intervenants des secteurs de la santé, du communautaire, de la CPEJ, de la justice, de l'éducation et de l'employabilité;
- Un niveau spécialisé destiné à des thérapeutes et des cliniciens-pivots responsables du soutien clinique, de la supervision et du développement des pratiques dans chaque région.

Le niveau de base viserait principalement :

- La reconnaissance des manifestations cliniques des personnes vivant avec un TPL/TA ;
- Les attitudes thérapeutiques à privilégier;
- Les interventions contre-indiquées;
- Les mécanismes d'orientation dans le continuum de soins.

Le niveau spécialisé permettrait le développement d'expertises avancées dans les approches probantes (ex., TCD, TBM, thérapie des schémas, GPM), ainsi qu'un rôle actif de consultation et de transfert de connaissances auprès des équipes.

Cette stratégie pourrait s'appuyer sur la création d'un service québécois d'expertise en soins aux personnes vivant avec un TPL/TA ayant pour mandat : la formation ; la supervision ; le soutien à l'implantation ; la consultation clinique et le transfert de connaissances à l'échelle provinciale.

4.4.2 Rehausser l'accès à la formation continue

L'accès à la formation continue et à une supervision clinique régulière et structurée devrait être considéré comme une composante essentielle du maintien des compétences et de la qualité des soins. La supervision, accessible dans toutes les régions, notamment grâce à des mécanismes de soutien interrégional lorsque l'expertise locale est limitée.

4.4.3 Soutenir une culture de pratique collaborative et intersectorielle

La formation aurait intérêt à dépasser le seul cadre des traitements psychothérapeutiques pour inclure :

- Le fonctionnement du continuum de soins ;
- Les mécanismes de transition ;
- Les bonnes pratiques de collaboration intersectorielle ;
- Le travail conjoint avec les organismes communautaires, les proches et les familles.



Le développement des compétences pourrait également s'étendre aux partenaires non traditionnellement associés à la santé mentale spécialisée, notamment les milieux scolaires, la CPEJ, la justice, les ressources d'employabilité et les milieux correctionnels, afin de favoriser des interventions coordonnées auprès des personnes vivant avec un TPL/TA.

Cette approche est cohérente avec les orientations interministérielles du PAISM, qui mettent l'accent sur la concertation, le partenariat et le décloisonnement des services.

Proposition d'indicateurs SMART :

- Stratégie provinciale de formation concernant les personnes vivant avec un TPL/TA adoptée dans les 12 mois suivant le prochain PAISM.
- Système provincial d'accréditation à deux niveaux opérationnels d'ici 2028.
- Au moins 500 professionnels accrédités niveau 1 et au moins 100 autres au niveau spécialisé d'ici 2029.
- Formation de base concernant les personnes vivant avec un TPL/TA offerte dans les secteurs CPEJ, justice et employabilité dans toutes les régions d'ici 2029.

Actions	2027	2028	2029	2030	2031
Élaboration et adoption de la stratégie provinciale de formation concernant les personnes vivant avec un TPL/TA	●				
Développement du système provincial d'accréditation à deux niveaux	»	●			
Système provincial d'accréditation à deux niveaux opérationnel		●	●	●	●
Accréditation progressive des professionnels (niveau 1 et niveau spécialisé)		»	●		
Au moins 500 professionnels accrédités niveau 1 et au moins 100 autres au niveau spécialisé		»	●	●	●
Déploiement de la formation de base concernant les personnes vivant avec un TPL/TA dans les secteurs CPEJ, justice et employabilité	»	»	●		
Formation de base offerte dans toutes les régions aux secteurs ciblés			●	●	●

● = réalisation ou maintien

» = phase d'implantation progressive



4.5 Sous-recommandation 4 - Reconnaître les proches, les organismes communautaires et les personnes avec un vécu expérientiel comme composantes essentielles du continuum de soins

Objectif : Reconnaître formellement les proches, les organismes communautaires et les personnes ayant un vécu expérientiel comme des partenaires essentiels du continuum de soins pour les personnes vivant avec le TPL/TA, en soutenant leur intégration structurée dans l'organisation des services, les trajectoires cliniques et le développement des pratiques.

4.5.1 Intégrer les proches et les personnes avec un vécu expérientiel dans les trajectoires de soins

Les proches jouent un rôle central et continu dans les trajectoires des personnes vivant avec un TPL/TA. Leur implication ne devrait pas dépendre des pratiques locales ou de la motivation individuelle des équipes, mais faire partie intégrante des standards organisationnels de soins.

Les proches devraient pouvoir :

- Recevoir de l'information et du soutien ;
- Être intégrés aux plans de soins ;
- Participer aux mécanismes de concertation ;
- Accéder à des interventions adaptées à leurs besoins.

Parallèlement, les personnes ayant un vécu expérientiel devraient être davantage intégrées dans :

- Les équipes cliniques ;
- La co-conception des services ;
- Les activités de formation ;
- Les mécanismes d'amélioration continue ;
- Les initiatives de sensibilisation.

Cette approche s'inscrit dans les orientations du PAISM favorisant le partenariat avec les proches, le savoir expérientiel et les organismes communautaires.

« Le désarroi des proches est immense. Nous voulons aider, mais sans formation ni accompagnement, nos meilleures intentions ne suffisent pas. [...] »

Les familles doivent être reconnues et outillées en tant que partenaires du rétablissement. Les programmes communautaires gratuits, accessibles et fondés sur les données probantes changent des vies, redonnent espoir et réduisent la pression sur les urgences et les hospitalisations.

Si nous voulons réellement désengorger le système de santé mentale, nous devons soutenir les organismes communautaires et transformer le paysage de soutien aux proches. Investir dans les pairs aidants et dans les familles, c'est investir dans la prévention, dans la dignité et dans la vie. Chaque jeune et sa famille méritent une vie qui vaut la peine d'être vécue. »

- Lynn Courey, Fondation Sashbear



4.5.2 Reconnaître les organismes communautaires comme partenaires cliniques

Les organismes communautaires constituent souvent les services les plus accessibles et les plus ancrés dans le milieu de vie des personnes. Leur rôle pourrait être pleinement reconnu dans le continuum de soins aux personnes vivant avec le TPL/TA. La réduction des barrières administratives permettrait la formalisation de collaborations porteuses.

Proposition d'indicateurs SMART :

- Participation formelle de proches et de personnes ayant un vécu expérientiel dans les mécanismes régionaux sur les soins aux personnes vivant avec le TPL/TA dans 100 % des régions d'ici 2028.
- Présence d'au moins une personne partenaire - une personne ayant le vécu expérientiel de TPL/TA ou une personne proche aidante - impliquée de façon formelle dans l'organisation ou la prestation des services destinés aux personnes vivant avec un TPL/TA dans chacune des régions du Québec d'ici 2029.
- Offre structurée de soutien aux proches disponible dans chaque région d'ici 2029.

Actions	2027	2028	2029	2030	2031
Mise en place de mécanismes régionaux favorisant la participation des proches et des personnes ayant un vécu expérientiel dans l'organisation des soins TPL/TA	»	●			
Participation formelle de proches et de personnes ayant un vécu expérientiel dans les mécanismes régionaux sur les soins aux personnes vivant avec le TPL/TA dans 100 % des régions		●	●	●	●
Intégration progressive de pairs aidants ou proches aidants dans les services destinés aux personnes vivant avec le TPL/TA	»	»	●		
Présence d'au moins une personne partenaire ou pair aidant ayant un vécu expérientiel impliquée de façon formelle dans l'organisation ou la prestation des services destinés aux personnes vivant avec un TPL/TA dans chacune des régions du Québec d'ici 2029.	»	»	●	●	●
Développement et implantation d'une offre structurée de soutien aux proches dans chaque région	»	»	●	●	●

● = réalisation ou maintien

» = phase d'implantation progressive



4.6 Sous-recommandation 5 - Déployer une stratégie nationale de sensibilisation et de lutte contre la stigmatisation concernant les personnes vivant avec le TPL / TA

Objectif : Mettre en place une stratégie nationale de sensibilisation et de lutte contre la stigmatisation concernant les personnes vivant avec le TPL/TA, visant à améliorer les attitudes, réduire les préjugés individuels et institutionnels et favoriser un accès plus équitable aux soins et services.

4.6.1 Déployer un plan provincial structuré de sensibilisation

Le MSSS pourrait développer un plan national de sensibilisation intégré aux ententes de gestion des établissements régionaux de Santé Québec, incluant :

- Des activités annuelles de sensibilisation ;
- Des outils cliniques accessibles ;
- Des contenus de formation courts et standardisés;
- Des campagnes d'information destinées au grand public ;
- Des mécanismes de reddition de comptes.

4.6.2 Co-construire les contenus avec les personnes concernées

Les contenus de sensibilisation devraient être développés avec des personnes ayant un vécu expérientiel, des proches, des cliniciens et des organismes communautaires.

Les contenus pourraient viser notamment :

- La réduction des stéréotypes ;
- L'amélioration des attitudes thérapeutiques ;
- La démystification des personnes vivant avec un TPL/TA ;
- Les interventions à privilégier et celles à éviter ;
- La présentation des trajectoires et ressources disponibles.

Une attention particulière devrait être portée aux groupes souvent invisibilisés ou moins reconnus dans les trajectoires de soins des personnes vivant avec un TPL/TA notamment les hommes, les personnes issues de minorités ethnoculturelles, de la diversité sexuelle et de genre et les populations judiciarisées.

Proposition d'indicateurs SMART :

- Plan national de sensibilisation au vécu des personnes vivant avec le TPL/TA adopté par le MSSS d'ici 2028.
- Activité annuelle de sensibilisation concernant les personnes vivant avec le TPL/TA réalisée dans 100 % des établissements régionaux de Santé Québec d'ici 2029.
- Intégration d'un volet spécifique destiné aux groupes invisibilisés dans au moins une campagne provinciale d'ici 2028.

Actions	2027	2028	2029	2030	2031
Élaboration et adoption par le MSSS d'un plan national de sensibilisation concernant les personnes vivant avec le TPL/TA	»	●			
Développement et déploiement des activités régionales de sensibilisation	»	»	●		
Activité annuelle de sensibilisation réalisée dans 100 % des établissements régionaux de Santé Québec			●	●	●
Développement d'un contenu spécifique destiné aux groupes invisibilisés dans les campagnes provinciales	»	●			
Intégration d'un volet spécifique destiné aux groupes invisibilisés dans au moins une campagne provinciale		●	●	●	●

● = réalisation ou maintien

» = phase d'implantation progressive



SECTION 5 - CONDITIONS DE SUCCÈS

La mise en œuvre des recommandations ne nécessite pas une transformation radicale du système, mais une structuration, un alignement et un soutien explicite des pratiques existantes.

5 conditions essentielles

1. Leadership clinique et organisationnel fort et partagé

- Identification de leaders à différents niveaux (local, régional, provincial).
- Engagement explicite des directions cliniques et de leurs gestionnaires.
- Capacité à soutenir l'amélioration continue des pratiques dans le temps par la formation et la collaboration à la recherche.

2. Financement dédié, stable et orienté vers la transformation

- Dédicé : soutenir les initiatives spécifiques (formation, coordination).
- Pérenne : éviter les cycles d'implantation suivis de désengagement.
- Stratégique : investir dans les leviers structurants et non dans les structures lourdes.

3. Participation active des personnes concernées et des proches

- Implication dans la conception, l'implantation et l'évaluation des services.
- Intégration de pairs aidants et d'utilisateurs partenaires dans les équipes.
- Reconnaissance de l'expertise des proches.

4. Implantation progressive, structurée et accompagnée

- Projets pilotes et phases d'implantation ciblées avant la mise à l'échelle.
- Soutien continu aux équipes (formation, supervision, intégration d'outils et d'interventions probantes).
- Mécanismes de suivi et d'ajustement intégrés dès le départ.

5. Cohérence globale des actions

- Alignement entre orientations politiques, modèles cliniques, pratiques terrain et données probantes.
- Éviter la fragmentation des initiatives et maximiser leur impact cumulé.
- Inscrire la spécificité des soins des personnes vivant avec le TPL/TA dans toutes les politiques connexes (dépendance, itinérance, prévention du suicide).



SECTION 6 - CONCLUSION

6.1 Synthèse

L'organisation des soins pour les personnes concernées par les TPL/TA demeure l'un des principaux angles morts du système québécois de santé mentale malgré leur prévalence élevée et les coûts humains et organisationnels associés à une prise en charge inadéquate. Pourtant, les connaissances cliniques existent, les approches efficaces sont reconnues et plusieurs modèles organisationnels probants, au Québec comme à l'international, démontrent qu'il est possible de structurer des trajectoires cohérentes, accessibles et efficaces.

Le principal enjeu n'est plus l'absence de solutions cliniques, mais plutôt l'absence d'une vision intégrée, d'une coordination provinciale et d'un continuum suffisamment structuré pour soutenir les équipes, réduire les ruptures de services et assurer un accès équitable aux soins. Structurer les services pour les personnes vivant avec le TPL/TA ne représente pas la création d'un nouveau système parallèle : il s'agit plutôt de rendre le système actuel plus cohérent, plus fluide et plus performant pour une clientèle qui mobilise déjà massivement les ressources du réseau.

La question n'est donc plus de savoir s'il faut agir, mais comment le faire désormais de façon concertée, durable et structurante.

6.2 Appel à l'action et ouverture au dialogue

L'AQSRTTP invite le ministère de la Santé et des Services sociaux, Santé Québec et les instances responsables du prochain PAISM à reconnaître explicitement les personnes vivant avec le TPL/TA comme une priorité clinique, organisationnelle et de santé publique nécessitant une réponse structurée à l'échelle provinciale.

Nous recommandons que les travaux entourant le futur plan d'action donnent lieu à une démarche concertée réunissant les acteurs du réseau, les organismes communautaires, les proches, les personnes ayant un vécu expérientiel et les experts cliniques afin de co-construire une vision cohérente du continuum de services pour les personnes vivant avec le TPL/TA au Québec.

L'AQSRTTP souhaite contribuer activement à cette réflexion et demeure disponible pour participer à toute audition, consultation, groupe de travail ou démarche collaborative visant à soutenir le développement d'une offre de services plus intégrée, plus équitable et fondée sur les meilleures pratiques.

