
Mémoire sur la consultation publique :
***Vers une vision renouvelée, intégrée et cohérente en matière de
santé mentale, itinérance et dépendance***

Présenté au
Ministère de la Santé et des Services Sociaux

Juin 2026

Auteurs :

Josée Savard, Ph.D., professeure de psychologie, Université Laval

Martin D. Provencher, Ph.D. professeur de psychologie, Université Laval

Émilie Godin, B.A., professionnelle de recherche, Centre de recherche du CHU de
Québec-Université Laval



1. Présentation

Ce mémoire est présenté par une équipe de professeurs-chercheurs de l'Université Laval, d'acteurs des milieux cliniques et de patients-partenaires qui effectue des travaux de recherche sur l'implantation du Programme québécois pour les troubles mentaux : des autosoins à la psychothérapie (PQPTM) dans les services en santé mentale de première ligne du Québec (CLSC et GMF). Nos travaux sont financés par le programme d'Initiative stratégique en santé mentale du Fonds de recherche du Québec – Santé (FRQ-S) et les Instituts de recherche en santé du Canada. Le présent mémoire découle d'une expertise de plusieurs décennies sur les interventions psychologiques fondées sur les données probantes pour les troubles mentaux fréquents et de constats issus de nos travaux de recherche.

2. Contexte, enjeux et principaux constats

Un meilleur accès aux services et soins en santé mentale : Un besoin urgent

Au Québec, près d'une personne sur quatre souffre d'un trouble mental chaque année (Lapalme et al., 2017), une situation qui s'est aggravée depuis la pandémie de COVID-19 (LeBlanc et al., 2022; Généreux et al., 2020; Watkins-Martin et al., 2021). Les troubles anxieux et dépressifs, aussi appelés troubles mentaux fréquents, représentent environ 65 % des troubles mentaux diagnostiqués (Institut national de santé publique du Québec, 2012). L'accès aux services en santé mentale, qui était déjà limité avant la pandémie, est devenu encore plus restreint. En effet, malgré l'objectif réitéré au cours des ans de réduire l'attente pour recevoir des soins en santé mentale au public, celle-ci n'a cessé d'augmenter dû à une augmentation des besoins et des ressources humaines insuffisantes. Par conséquent, de plus en plus de personnes ne reçoivent pas les services dont ils auraient besoin pour avoir une bonne qualité de vie et bien fonctionner au quotidien. Le coût individuel et sociétal des troubles mentaux non-traités est énorme et est attribuable, entre autres, à une diminution de la qualité de vie, une augmentation des risques de séparation et de suicide, une baisse de rendement au travail (présentéisme), une augmentation de l'absentéisme et une hausse des coûts des services de santé (Kessler et al., 2009; Funk, 2008). Au Canada, les coûts associés aux troubles de santé mentale sont estimés à plus de \$180 milliards annuellement et il a été estimé qu'ils pourraient augmenter jusqu'à \$600 milliards d'ici 2050 (Morawczynski et al., 2026). Il est donc urgent de développer et d'implanter des solutions innovantes pour assurer un meilleur accès aux services et soins en santé mentale, et plus particulièrement aux interventions fondées sur les données probantes pour les troubles mentaux fréquents.

Le PQPTM : Un modèle de soins innovant et porteur d'améliorations majeures

Le PQPTM a été lancé en 2018 afin de pallier le manque de ressources et améliorer l'accès aux services en santé mentale pour toute la population québécoise. Le PQPTM s'inspire du programme IAPT (*Improving Access to Psychological Therapies*) (maintenant appelé *NHS Talking Therapies*) implanté avec succès en Angleterre pour traiter les troubles mentaux fréquents à l'aide d'interventions psychologiques fondées sur les données probantes (Clark, 2011; Clark, 2018). Une méta-analyse récente des études effectuées sur l'efficacité des interventions du *NHS Talking Therapies (NTT)* a montré une large taille d'effet pour la réduction pré- vs. posttraitement de la dépression et de l'anxiété et une amélioration de taille modérée du fonctionnement (Wakefield et al., 2021). Le rapport le plus récent du *National Health Service* indique que 50,2 % des usagers qui ont reçu des interventions du *NTT* sont considérés comme rétablis (*recovered*) (Population Health, Clinical Audit and Specialist Care Team, 2022).

Comme le *NTT*, le PQPTM propose un modèle de soins en étapes (*stepped care*) qui inclut des interventions à intensité minimale telles que l'éducation psychologique (contenu éducationnel offert par écrit ou lors d'une consultation), l'autogestion (stratégies que les usagers intègrent par eux-mêmes à leur mode de vie) et les autosoins guidés (p. ex., thérapie cognitive-comportementale auto-administrée offerte avec le soutien d'un professionnel). Le niveau et le type de soins et la séquence des soins reçus sont déterminés selon les besoins et les préférences de l'utilisateur, ainsi que selon le jugement clinique et l'évolution de l'utilisateur associée aux soins reçus. De plus, les interventions sont offertes par une diversité de professionnels de la santé mentale.

Le PQPTM a un fort potentiel de révolutionner la manière dont les soins en santé mentale sont offerts au Québec, leur accessibilité et leur efficience. Or, son implantation à travers le Québec s'est déroulée à géométrie variable. Chaque Centre intégré (universitaire) en santé et en services sociaux (CI(U)SSS) était responsable de l'implanter dans son propre milieu, un processus qui s'est avéré parsemé d'écueils et d'embûches.

Les autosoins guidés ont un rôle central pour améliorer l'accès aux interventions psychologiques fondées sur les données probantes mais sont sous-utilisés ou sont utilisés de manière sous-optimale

L'introduction des autosoins guidés (aussi appelés autosoins dirigés) dans les services couramment offerts par les CI(U)SSS est au cœur des changements

proposés par le PQPTM. Cet ajout au panier de services repose sur une abondante littérature soutenant l'efficacité des traitements psychologiques auto-administrés pour traiter les troubles dépressifs et anxieux, qui se révèlent être aussi efficaces que la psychothérapie offerte en face-à-face (Andrews et al., 2018; Etzelmueller et al., 2020; Haug et al., 2012). Dans le PQPTM, les autosoins guidés sont offerts majoritairement aux usagers ayant des troubles/symptômes légers à modérés. Le succès de leur implantation aura un rôle critique dans l'amélioration de l'accès aux interventions psychologiques fondées sur les données probantes pour les troubles mentaux fréquents. De fait, comme c'est une pratique à intensité minimale en termes de ressources professionnelles impliquées, les autosoins guidés constituent la pratique la plus susceptible de présenter un ratio coût-efficacité avantageux. En effet, les autosoins guidés présentent le meilleur potentiel de générer des changements cliniquement significatifs (plus efficaces que l'autogestion et l'éducation psychologique), tout en étant peu coûteux (moins coûteux que la psychothérapie). De plus, les autosoins guidés ont le potentiel de rejoindre des personnes qui ont peu accès aux services en santé mentale comme celles vivant dans des régions rurales.

3. Constats

Les autosoins guidés mis de l'avant dans le PQPTM constituent en soi un changement de pratique susceptible de créer une réelle rupture avec la manière traditionnelle d'offrir des soins et services en santé mentale. Mais ce changement majeur ne se concrétisera que s'ils sont offerts à une majorité d'usagers éligibles ce qui est loin d'être le cas présentement. En effet, les résultats préliminaires de nos travaux de recherche indiquent qu'ils sont présentement offerts à moins de 10 % des usagers admissibles aux autosoins guidés (c.-à-d., personnes ayant des symptômes anxieux et/ou dépressifs légers à modérés; Fournel et al., en préparation). De plus, ils sont offerts à des personnes bien sélectionnées (p. ex., plus jeunes) et sont peu offerts aux personnes issues de la diversité, ce qui représente un enjeu majeur d'accessibilité. Par ailleurs, nos résultats indiquent que les intervenants continuent de sentir qu'ils ne sont pas bien outillés pour offrir les autosoins guidés de manière compétente à leurs usagers (Bet et al., 2024; Bet et al., en préparation). Cela se traduit par une administration sous-optimale des autosoins guidés dans la pratique avec des séances souvent trop longues (60 min plutôt que les 30 min suggérées), ce qui est contraire au but d'utiliser moins de ressources pour un usager donné afin de pouvoir offrir des soins à plus d'usagers, et une utilisation souvent parcellaire des guides d'autosoins nuisant à l'intégrité du traitement et à son efficacité. De plus, certains intervenants ont partagé avoir cessé d'utiliser les autosoins par manque de

confiance en leurs capacités à les offrir, ce qui compromet à long terme la pérennité de l'implantation du PQPTM dans le réseau.

Sur le plan organisationnel, nos multiples contacts avec des acteurs des CI(U)SSS nous ont fait constater qu'il y avait une désaffection grandissante envers le PQPTM en général et les autosoins guidés en particulier. Les multiples réorganisations des dernières années ont fait que des postes de chargés de projet du PQPTM ont été abolis, ou encore certains chargés de projet se sont vu confier d'autres responsabilités en sus, rendant l'implication dans l'implantation du PQPTM moins soutenue. Or, l'implantation du PQPTM est loin d'être complétée et il importe de continuer d'y investir tous les efforts nécessaires à son succès et pour assurer sa pérennité dans le temps.

4. Recommandations sur les pistes de solution

4.1 Réinvestir dans l'implantation du PQPTM

Il est impératif de réaliser que l'implantation pérenne du PQPTM ne va pas de soi et qu'il faut continuer d'y investir les ressources organisationnelles nécessaires. Plusieurs éléments du PQPTM ne sont pas encore bien intégrés tels que la mesure en continu, pilier pourtant essentiel à la continuité des soins selon le modèle de soins en étapes et à l'évaluation de l'efficacité de ses diverses composantes. La Plateforme de soins virtuels (PSV) est en cours de déploiement pour certaines équipes offrant des services en santé mentale et permettra de colliger plus facilement l'évolution des symptômes des usagers et leur fonctionnement dans le temps, mais il faut continuer d'accompagner les intervenants afin qu'ils l'utilisent systématiquement avec tous leurs usagers et à chacune de leurs séances d'intervention. Cela est essentiel pour réajuster le niveau de soins en fonction de l'évolution des usagers. Un autre aspect qui est problématique dans plusieurs milieux est l'absence de trajectoires claires, autant pour l'orientation d'une clientèle qui pourrait bénéficier des autosoins guidés que pour les références d'usagers qui se détériorent ou ne s'améliorent pas avec ces derniers vers des interventions plus intensives (p. ex., thérapie cognitive-comportementale individuelle ou de groupe). L'amélioration de la coordination et de la fluidité des services offerts passe nécessairement par un réinvestissement dans l'organisation et le déploiement du PQPTM dans chaque région.

4.2 Offrir un programme de formation panquébécois sur les autosoins guidés à tous les intervenants de première ligne (CLSC et GMF) appelés à en offrir dans leur pratique.

Plusieurs milieux du Québec ont développé des formations pour les intervenants qui varient substantiellement en termes d'intensité et de contenu. Une formation pour tout le Québec est requise afin d'assurer un niveau de compétence et d'uniformiser les pratiques. Ce programme de formation devrait être fondé sur les données probantes et inspiré des meilleures pratiques des autres modèles de soins en étapes offerts dans le monde qui ont eu du succès (p. ex., *NTT*). À titre de comparaison, une quarantaine de jours de formation sont offerts aux intervenants du *NTT* (appelés *Psychological Wellbeing Practitioners*), lesquels n'ont pas de permis de pratique comme professionnels de la santé mentale à la base. Le programme de formation québécois n'aurait pas besoin d'être aussi intensif compte tenu que les autosoins guidés sont offerts par des professionnels de la santé mentale (souvent des travailleurs sociaux) qui ont déjà des compétences en santé mentale et en relation d'aide, mais devrait tout de même contenir un corpus de connaissances substantiel sur le modèle de soins en étapes et ses assises théoriques et empiriques, les troubles anxieux et dépressifs, la thérapie cognitive-comportementale, l'administration pas-à-pas des autosoins guidés et l'acquisition de compétences par des exercices expérientiels. Compte tenu d'un certain roulement dans les effectifs du réseau, il faudrait s'assurer que le programme de formation soit offert à intervalles réguliers et de façon permanente de manière à pouvoir former les intervenants qui arrivent en poste.

4.3 Accélérer l'embauche de psychologues/psychothérapeutes dans le réseau public qui sont aptes à offrir des interventions de haute intensité dans le cadre du PQPTM.

Des résistances importantes ont été rencontrées auprès des psychologues/psychothérapeutes dans l'implantation du PQPTM dans les services en santé mentale. La crainte principale était que les psychologues/psychothérapeutes perdent leur place dans le réseau. Or, ils jouent un rôle central dans la mise en place des soins en étapes du PQPTM et le succès de leur implantation car ce sont eux qui peuvent offrir les interventions à haute intensité en fonction des actes qui leur sont réservés. Ils pourraient même exercer un rôle clé dans la formation des intervenants offrant des interventions de faible intensité. Ces résistances pourraient être amoindries par la diffusion d'information fondée sur les données probantes et d'interventions visant à corriger des croyances erronées

envers le PQPTM et les interventions à faible intensité comme les autosoins (p. ex., croire que les autosoins guidés ne sont pas efficaces ou appropriés). Toutefois, il demeure que plusieurs psychologues/psychothérapeutes du réseau ne travaillent pas selon les approches préconisées par le PQPTM, lequel est basé sur les recommandations des guides de pratique d'associations internationales, qui leur permettraient d'offrir les interventions plus intensives du PQPTM (p. ex., thérapie cognitive-comportementale). Nous croyons qu'il importe que les futures embauches de psychologues/psychothérapeutes, dans les équipes du réseau offrant des services en étapes, priorisent les cliniciens d'approches compatibles avec le PQPTM et aient comme mandat spécifique d'offrir les interventions à haute intensité du PQPTM. De recruter des ressources dédiées à cette offre de service permettraient d'avoir une masse critique d'intervenants formés, d'établir des trajectoires de services claires suivant la complétion des interventions de faible intensité et, par conséquent, améliorerait considérablement la continuité des soins à l'intérieur du PQPTM.

Références

- Andrews, G., Basu, A., Cuijpers, P., Craske, M. G., McEvoy, P., English, C. L., et al. (2018). Computer therapy for the anxiety and depression disorders is effective, acceptable and practical health care: an updated meta-analysis. *Journal of Anxiety disorders*, 55, 70-78.
doi :10.1016/j.janxdis.2018.01.001
- Bet, Q., Gilbert, A., Bergeron, J., Fournel, I., Savard, J., Foldes-Busque, G. et Provencher, M. D. (2024). Perceptions des professionnels face à l'implantation d'autosoins dirigés dans le cadre du Programme québécois pour les troubles mentaux, *Santé mentale au Québec*, 49(1), 99-122.
<https://doi.org/10.7202/1112528ar>
- Clark, D. M. (2011). Implementing NICE guidelines for the psychological treatment of depression and anxiety disorders: the IAPT experience. *International Review of Psychiatry*, 23(4), 318-327.
doi:10.3109/09540261.2011.606803
- Clark, D. M. (2018). Realising the mass public benefit of evidence-based psychological therapies: The IAPT program. *Annual Review of Clinical Psychology*, 7(14), 159-183. doi:10.1146/annurev-clinpsy-050817-084833
- Etzelmüller, A., Vis, C., Karyotaki, E., Baumeister, H., Titov, N., Berking, M., et al. (2020). Effects of internet-based cognitive behavioral therapy in routine care for adults in treatment for depression and anxiety: systematic review and meta-analysis. *Journal of Medical Internet Research*, 22(8), doi: 10.2196/18100
- Funk, M. (2008). Integrating mental health into primary care: a global perspective. *World Health Organization*.
<https://www.who.int/publications/i/item/9789241563680>
- Généreux, M., David, M. D., Carignan, M., Champagne-Poirier, O., Blouin-Genest, G., & Roy, M. (2020). Psychosocial Impacts of the Covid-19 Pandemic: Results of a Broad Survey in Québec Phase 2 of the Survey.
https://nccid.ca/wp-content/uploads/sites/2/2020/11/ENG-Quebec-Survey-Report_English_30-novembre-2020_.pdf
- Haug, T., Nordgreen, T., Öst, L. G., & Havik, O. E. (2012). Self-help treatment of anxiety disorders: a meta-analysis and meta-regression of effects and potential moderators. *Clinical Psychology Review*, 32(5), 425-445.
doi :10.1016/j.cpr.2012.04.002
- Institut national de santé publique du Québec (2012). Surveillance des troubles mentaux au Québec: prévalence, mortalité et profil d'utilisation des services. *Gouvernement du Québec*, pp. 1-15.
https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1578_SurvTroublesMentauxQc_Pr evalMortaProfilUtiliServices.pdf
- Kessler, R. C., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Chatterji, S., Lee, S., Ormel, J., et al. (2009). The global burden of mental disorders: an update from the WHO

- World Mental Health (WMH) surveys. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 18(1), 23-33. doi:10.1017/S1121189X00001421
- Lapalme, M., Moreault, B., Fansi, A., & Jehanno, C. (2017). Accès équitable aux services de psychothérapie au Québec. *Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS)*, pp. 1-97.
<http://www.santecom.qc.ca/Bibliothequevirtuelle/INESSS/9782550803997.pdf>
- LeBlanc, A., Baron, M., Blouin, P., Tarabulsky, G., Routhier, F., Mercier, C., et al. (2022). For a structured response to the psychosocial consequences of the restrictive measures imposed by the global COVID-19 health pandemic: the MAVIPAN longitudinal prospective cohort study protocol. *BMJ Open*, 12(4). doi:10.1136/bmjopen-2021-048749
- Morawczynski, O., Dobson, K., & Howatt, W. (2026). The economic cost of mental health in Canada. Canadian Standards Association, Toronto, ON.
- Population Health, Clinical Audit and Specialist Care Team. (2022). Psychological Therapies: Annual Report on the use of IAPT services. *NHS Digital*. <https://digital.nhs.uk/data-and-information/publications/statistical/psychological-therapies-annual-reports-on-the-use-of-iapt-services/annual-report-2021-22#>
- Wakefield, S., Kellett, S., Simmonds-Buckley, M., Stockton, D., Bradbury, A., & Delgadillo, J. (2021). Improving Access to Psychological Therapies (IAPT) in the United Kingdom: A systematic review and meta-analysis of 10-years of practice-based evidence. *The British Journal of Clinical Psychology*, 60(1), 1–37. doi:10.1111/bjc.12259
- Watkins-Martin, K., Orri, M., Pennestri, M. H., Castellanos-Ryan, N., Larose, S., Gouin, J.-P., et al. (2021). Depression and anxiety symptoms in young adults before and during the COVID-19 pandemic: evidence from a Canadian population-based cohort. *Annals of General Psychiatry*, 20(1), 1-12. doi:10.1186/s12991-021-00362-2