Accès aux soins en santé mentale

Un portrait québécois alarmant

MQRP
MÉDECINS QUÉBÉCOIS POUR LE RÉGIME PUBLIC

Mémoire du CA présenté à l'Assemblée générale des membres

Montréal
Juin 2022

Comité de rédaction :
Santina Agresta
Cyril Devault-Tousignant
Fanny Esteban
Pierre Fontaine
Karine Gauthier
Ann Julie Huberdeau
Noémie La Haye-Caty
Juliette Monnier
Sébastien Trinh

Collaboration, édition et révision
Xavier Gauvreau
Noémie La Haye-Caty
Juliette Lemieux-Forget
Claude Saint-Georges
Nathalie Castaing

Table des matières

INTRODUCTION 4
Portrait des troubles de santé mentale au Québec 5
1. MODÈLE D'ORGANISATION DES SOINS EN SANTÉ MENTALE 8
1.1 Rôle des médecins de famille et des GMF 8
1.2 Soins dans les CIUSSS et dans les CISSS 9
1.3 Trajectoire de soins vers la psychiatrie et la psychothérapie 12
1.4 Conséquences des déficits organisationnels sur l'accès aux soins 13
2. SOUS-FINANCEMENT CHRONIQUE 15
2.1 Historique du sous-financement 15
2.2 Problèmes du sous-financement actuel 18
2.3 Conséquences de ce sous-financement chronique 20
3. ACCÈS À LA PSYCHOTHÉRAPIE 23
3.1 Inclusion de la psychothérapie dans les services publics 23
3.2 Problème d'attraction et de rétention des psychologues au public 26
3.3 Plan interministériel en santé mentale 29
3.4 Conséquences du manque d'accès à la psychothérapie 32
4. IMPACT DE LA PANDÉMIE SUR LA SANTÉ MENTALE 37
CONCLUSION 39
RECOMMANDATIONS EN UN COUP D'OEIL 40

INTRODUCTION

MQRP milite depuis des années pour une couverture publique des soins de santé. Nous croyons fermement que c'est cette couverture publique qui permettra un accès égalitaire et universel à des soins de qualité. Nous soutenons en outre que favoriser le financement privé des soins a pour conséquence d'accroître les inégalités : celles et ceux qui peuvent payer ont accès rapidement aux soins et pour les autres les délais s'allongent dans un système où les ressources sont drainées vers le privé.

À travers les années, MQRP a pris position à maintes reprises sur la question de la couverture publique des soins et sur l'organisation des soins en santé mentale. Dans notre rapport annuel de 2014, *Tracer la ligne entre le public et le privé: les impacts de la nouvelle gestion publique sur l'évolution de la première ligne au Québec*, nous relevions déjà des lacunes entourant l'accessibilité à des professionnel.le.s en santé mentale lorsque nous avons analysé le modèle actuel d'organisation des soins de première ligne. En abandonnant le modèle multidisciplinaire et décentralisé des CLSC pour adopter l'organisation en GMF, les médecins de famille se retrouvent bien souvent à être la seule voie d'accès par laquelle le patient peut obtenir des soins de santé d'autres professionnel.le.s qui soient couverts par le régime public. Cela demeure un enjeu d'actualité : en octobre 2021, le gouvernement Legault blâme les médecins de famille de ne pas prendre en charge assez de de patients[1]. En réponse à cette critique, Isabelle Leblanc, alors présidente de MQRP, dénonce entre autre en entrevue le nombre de rendez-vous médicaux ne servant qu'à obtenir une référence en psychologie, alors que les psychologues sont des professionnel.le.s autonomes qui devraient pouvoir prendre en charge des patient.e.s en première ligne, sans passer par une référence médicale[2].

Depuis longtemps, MQRP milite pour que le régime d'assurance-maladie étende sa couverture publique de soins à d'autres professionnel.le.s. En janvier 2016, dans le cadre d'une Consultation publique sur le panier de services en santé et en services sociaux, MQRP avait présenté un mémoire à la Commissaire à la santé et au bien-être s'intitulant *Rassurons les patients : pour une couverture publique nécessaire*. Nous écrivions alors: « *Nous croyons fermement qu'il faut élargir la couverture publique aux soins dentaires ainsi qu'aux autres professionnel·le·s de la santé (physiothérapeutes, ergothérapeutes, psychologues, orthophonistes, nutritionnistes, service social) hors établissement, incluant les services pré-hospitaliers. [...] Nous savons bien que désassurer un service signifiera en réalité le transfert de ce service vers le secteur privé, minant du coup les principes d'accessibilité et d'équité de notre système de santé*.[3] » Lors de l'écriture de notre rapport annuel de la même année, *Pour une collaboration publique: Portrait de l'accès aux professionnels de la santé en première ligne au Québec,* nous avons exploré l'état des lieux en psychologie au Québec, rapportant déjà des problèmes d'accessibilité aux soins publics et une tendance lourde à

[1] Plante, C. (2021), *Liste noire des médecins de famille: François Legault persiste et signe,* L'Actualité, https://lactualite.com/actualites/liste-noire-des-medecins-de-famille-legault-accuse-dingerence

[2] Masbourian, P. (2021) *Bras de fer entre médecins et gouvernement : Entrevue avec la Dre Isabelle Leblanc,* Tout un Matin, Radio-Canada, consulté en ligne au https://ici.radio-canada.ca/ohdio/premiere/emissions/tout-un-matin/segments/entrevue/375866/acces-medecins-famille

[3] Médecins québecois pour le régime public (2016), *Rassurons les patients: pour une couverture publique nécessaire,* mémoire déposé à la Comissaire à la santé et au bien-être, https://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2016/PanierServices_Memoires_Recus/MQRP.pdf

favoriser la privatisation services en santé mentale[4]. MQRP croit qu'une réduction du panier de services est une barrière supplémentaire à l'accessibilité aux soins pour le/la patient.e et contrevient aux principes de la Loi canadienne sur la santé, notamment l'intégralité, dont le principe de gratuité découle.

L'organisation des soins en santé mentale au Québec est un exemple flagrant des problèmes persistants dans notre panier de service, de même que de la lente dérive vers la privatisation de notre système de santé. Devant l'augmentation des troubles de santé mentale et le manque chronique de ressources dans le domaine, plus que jamais mis en lumière par la pandémie de la COVID-19, nous avons décidé d'approfondir le sujet et de bâtir une analyse propre au paysage québécois.

Dans ce rapport, nous commencerons par faire un portrait global des troubles de santé mentale, afin de positionner notre propos dans notre réalité québécoise. Nous avons développé trois grands axes de réflexion sur l'accès aux soins en santé mentale. Premièrement, nous croyons qu'il y des lacunes importantes dans notre modèle d'organisation de ces soins. Nos recherches sur l'organisation des soins dans les CIUSSS, sur la trajectoire de soins vers la psychiatrie et sur les conditions de travail des professionnel.le.s ont montré que ces diverses facettes ont un impact bien tangible sur les patient.e.s, notamment sur les femmes. Deuxièmement, la santé mentale est certainement un des parents pauvres du budget provincial. Nous montrerons que les soins en santé mentale au Québec sont chroniquement sous-financés, et ce depuis des décennies. Les annonces gouvernementales récentes s'inscrivent dans la même optique, et ne viennent pas rectifier le tir. Troisièmement, l'accès à la psychothérapie est déficitaire au Québec. Nous dresserons un portrait des conséquences de ce problème. Au fur et à mesure de cette analyse, nous avons pu voir que les soins offerts ont été encore davantage déstabilisés avec la pandémie, avec une fois de plus des impacts tangibles sur les populations marginalisées.

Portrait des troubles de santé mentale au Québec

Les troubles de santé mentale augmentent à chaque année, et ce dans le monde entier. Pourtant, selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), la santé mentale est l'un des domaines les plus négligés de la santé, qui « rappelle que les personnes atteintes de troubles de santé mentale graves ont une durée de vie réduite de 10 à 20 ans par rapport à la population générale[5] ». En plus d'avoir un impact considérable sur plusieurs aspects de la vie des personnes atteintes, notamment « les résultats scolaires ou professionnels, les relations avec la famille et les amis et la capacité de participer à la vie de la collectivité [6] », les problèmes de santé mentale sont associés à d'importants coûts économiques pour une société. En effet, en se basant sur l'indice AVCI (années de vie corrigées du facteur d'invalidité, en anglais DALY pour Disability Adjusted Life Years), l'OMS prévoyait déjà « qu'en 2020, le fardeau global des troubles mentaux représenterait 15 % de la charge de l'ensemble des maladies, faisant de la dépression la cause première

[4] Médecins québécois pour le régime public (2016) *Pour une collaboration publique - Portrait de l'accès aux professionnels de la santé en première ligne au Québec,* rapport annuel. https://mqrp.qc.ca/wp-content/uploads/2019/01/2016-autres-prof.pdf

[5] Organisation mondiale de la Santé (2022). *Santé mentale.* https://www.who.int/fr/health-topics/mental-health

[6] *Ibid.*

d'invalidité [7]». En 2001, Santé Canada publiait une étude qui évaluait à 14,4 milliards de dollars les coûts associés par année à la dépression et à la détresse psychologique[8]. L'enquête sur la santé des collectivités canadiennes, menée en 2002, déclarait que « les troubles anxieux et les troubles dépressifs sont les troubles mentaux les plus fréquents dans la population générale[9]». Dès l'âge de 40 ans, près de 50 % de la population aura ou aura eu une maladie mentale.[10]

Plusieurs experts estiment que la pandémie aura des répercussions sur les besoins en santé mentale pendant des années. Nous pouvons d'ores et déjà affirmer que la pandémie a exacerbé les symptômes et troubles d'ordre mental déjà présents en se rapportant à une enquête menée par l'Institut national de santé publique du Québec. En effet, ces données nous révèlent que du 1er avril au 2 septembre 2020, c'est environ 31% des adultes québécois qui rapportaient avoir éprouvé des sentiments de détresse psychologique plus souvent qu'à l'habitude[11]. Par ailleurs, l'enquête québécoise sur la santé de la population de 2020-2021 permet de renforcer le lien entre la pandémie et les sentiments associés à la détresse psychologique puisque 30% des répondants qui se situaient au niveau élevé de l'échelle de détresse psychologique attribuait complètement ces sentiments à la pandémie[12].

Encore plus récemment, une étude sur l'évolution de la santé psychologique des Montréalais au cours de la pandémie démontre que ces derniers ont été plus sévèrement affectés par la situation sanitaire actuelle. En effet, les données nous indiquent que c'est « environ 1 personne sur 3 parmi les répondants montréalais qui souffrent de symptômes compatibles avec un trouble d'anxiété généralisée (TAG) ou un trouble dépressif probable, comparativement à environ 1 personne sur 5 parmi les répondants du reste du Québec[13]». On peut noter que le contexte montréalais est particulier dans la mesure où ces données mettent davantage en lumière les conséquences négatives des mesures sanitaires, tel que l'isolement. En effet, la santé psychologique des montréalais est moins bonne que celles des habitants des autres villes de par ses caractéristiques distinctives (population plus jeune, taux d'immigration plus élevé, personne seule ou vivant sous le seuil de pauvreté, plus à risque de vivre de la stigmatisation, etc.). Ces données à l'échelle locale indiquent qu'il y a un besoin criant en soins de santé mentale chez la population en générale, mais également particulièrement chez les jeunes et les gens vivant en ville. En effet, dans l'Étude longitudinale du développement des enfants du Québec, menée par l'Institut de la statistique du Québec, on a pu observer une augmentation générale de la détresse psychologique chez les jeunes

---

[7] *Ibid.*

[8] Commissaire à la santé et au bien-être. (2018) *État de situation sur la santé mentale au Québec et réponse du système de santé et de services sociaux*. https://numerique.banq.qc.ca/patrimoine/details/52327/2242292

[9] Orientations relatives à l'organisation des soins et des services offerts à la clientèle adulte par les équipes en santé mentale de première ligne en CSSS (2011). *La force des liens.* https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2011/11-914-01F.pdf

[10] Canadian Mental health Association (2022). *Faits saillants.* https://cmha.ca/fr/trouver-de-linfo/sante-mentale/info-generale/faits-saillants/

[11] Institut national de la santé publique du Québec (2020). *COVID19-Pandémie, bien être émotionnel et santé mentale*. Publication n°3083. https://www.inspq.qc.ca/covid-19/sondages-attitudes-comportements-quebecois/sante-mentale-decembre-2020

[12] Institut de la statistique du Québec (2021). *Répercussions de la pandémie sur la vie sociale, la santé mentale, les habitudes de vie et la réalité du travail des québécois*. https://statistique.quebec.ca/fr/document/repercussions-pandemie-sur-vie-sociale-sante-mentale-habitudes-de-vie-et-realite-du-travail-des-quebecois/publication/repercussions-pandemie-sur-vie-sociale-sante-mentale-habitudes-de-vie-et-realite-du-travail-des-quebecois

[13] Direction régionale de santé publique de Montréal (2021). *L'évolution de la santé psychologique des montréalais au cours de la pandémie.* https://santemontreal.qc.ca/fileadmin/fichiers/Campagnes/coronavirus/situation-montreal/point-sante/evolution-sante-psychologique/Evolution-sante-psychologique-MTL.pdf

en hiver 2021, après un an de pandémie (Geoffroy, M-C et Gouin, J-P, 2022).[14] La santé psychologique des jeunes de douze (12) à vingt-cinq (25) ans, du secondaire, du collégial et du milieu universitaire a également été mesurée dans une vaste enquête menée par l'Université de Sherbrooke en 2022 et les résultats sont alarmants : on dénombre près d'un jeune sur deux (48%) qui rapporte des symptômes compatibles avec un trouble d'anxiété généralisée ou une dépression majeure (Université de Sherbrooke, 2022)[15]. La situation reste tout particulièrement préoccupante pour les jeunes filles et garçons de quatorze (14) à dix-neuf (19) ans puisqu'on observe une augmentation des hospitalisations pour des tentatives de suicide ou idées suicidaires (Ouellette-Vézina, H, 2022)[16]. On conviendra donc que la situation affecte malheureusement l'ensemble de notre population de manière importante.

Compte tenu de ces faits, il est évident qu'il est primordial de s'intéresser à la santé mentale et de faire des soins en santé mentale une priorité dans le débat social sur les soins de santé au Québec. La discordance entre les conséquences importantes des troubles de santé mentale sur la population et l'attention qui y est portée par notre système de soins est problématique. Notre objectif est de dresser un portrait des problèmes actuels dans l'offre de soins en santé mentale au Québec, qui vient s'inscrire dans une longue succession de désinvestissements dans les soins publics à l'ère néolibérale. Nous souhaitons participer à l'effort de conscientisation collective sur le sujet, prendre une position qui soit claire et qui puisse éclairer le débat public, et proposer des recommandations qui s'inscrivent dans les valeurs que nous défendons comme organisation depuis maintenant plus d'une décennie.

[14] Geoffroy, M-C et Gouin, J-P (2022). *Santé mentale des jeunes, un coup de pouce dans une période charnière*. La Presse. https://www.lapresse.ca/debats/opinions/2022-01-21/sante-mentale-des-jeunes/un-coup-de-pouce-dans-une-periode-charniere.php

[15] Université de Sherbrooke (2022). *Un jeune sur deux présente des symptômes d'anxiété ou de dépression*. https://www.usherbrooke.ca/actualites/nouvelles/sante/details/44448

[16] Ouellette-Vézina, H (2022). *Le taux de suicide se "stabilise" mais la détresse demeure*. La Presse. https://www.lapresse.ca/actualites/sante/2022-01-31/rapport-de-l-inspq/le-taux-de-suicide-se-stabilise-mais-la-detresse-demeure.php

1. MODÈLE D'ORGANISATION DES SOINS EN SANTÉ MENTALE

1.1 Rôle des médecins de famille et des GMF

Les médecins de famille et les GMF représentent l'une des principales portes d'entrée vers les soins en santé mentale pour la population, les deux autres portes d'entrées étant le service d'Info-Social (811) et les services d'accueil des CLSC. Une porte d'entrée d'autant plus importante que les médecins de famille sont en mesure d'évaluer les troubles mentaux, d'élaborer des recommandations de traitement concernant les soins en santé mentale et de soutenir le processus de traitement par la médication et le suivi médical. Les structures de services en santé mentale devraient donc pouvoir supporter la compétence des médecins de famille et des GMF, plutôt que d'œuvrer en parallèle.

L'accessibilité aux soins de première ligne contribue à une meilleure santé publique et à une moins grande consommation de soins médicaux totaux[17]. Ainsi, le lien entre l'amélioration de la santé dans une population et la qualité des soins de première ligne est de plus en plus claire, et ce de trois manières :

1. La santé est meilleure dans les régions pourvues en médecins de famille;
2. Selon l'Association médicale canadienne, « les médecins de famille jouent également un rôle important dans la promotion de la santé et la prévention des maladies. Ils coordonnent les soins avec d'autres spécialistes et professionnels de la santé et défendent les intérêts de leurs patients pour qu'ils puissent recevoir les soins et les services dont ils ont besoin dans l'ensemble du système de santé [18] »;
3. Les soins qui correspondent aux caractéristiques des soins de première ligne sont associés à une meilleure santé globale19.

Or, au Québec, d'importants problèmes d'accessibilité aux soins de première ligne persistent et se sont même développés, plus spécifiquement dans les dernières années. D'abord, l'inscription à un médecin de famille reste bien en-deçà de la moyenne canadienne chez les québécois.e.s[20].

De plus, l'organisation des services en santé mentale est non seulement sous-financée depuis plusieurs années, mais aussi en mutation, ce qui tend à rendre de plus en plus complexe la tâche des omnipraticiens pour référer à des soins. Cette mutation découle de la restructuration profonde qui a actuellement cours dans le cadre de l'implantation du Programme Québécois Pour les Troubles Mentaux (PQPTM).

---

[17] Engström S, Foldevi M, Borgquist L. (2001) *Is general practice effective? A systematic literature review*. Scandinavian Journal of Primary Health Care. Volume 19 (2) https://doi.org/10.1080/028134301750235394

[18] Association médicale canadienne. (2019). *Médecine familiale.* https://www.cma.ca/sites/default/files/2019-01/family-fr.pdf

[19] Starfield B, Shi L, Macinko J. (2005) *Contribution of primary care to health systems and health. Milbank Q.* 2005;83(3):457-502. doi:10.1111/j.1468-0009.2005.00409.x

[20] Gladu F. P. (2007). *La pénurie réelle ou ressentie de médecins de famille au Québec: Peux-t-on y remédier?*. Canadian Family Physician, *53*(11), 1871–1873. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2231462/

1.2 Soins dans les CIUSSS et dans les CISSS

Rendre compte des difficultés que cette restructuration peut poser n'est pas chose aisée ; d'une part, certaines régions administratives sont plus avancées au niveau de l'implantation du PQPTM, et, d'autre part, le programme permet aux CIUSSS et aux CISSS une certaine liberté dans l'interprétation des services à offrir et leurs modalités. Cela fait en sorte que, d'un territoire à l'autre, l'accès aux services et la structure de ces services peuvent être très différents. Bien que, selon le site officiel du Gouvernement du Québec, « Depuis l'automne 2020, tous les établissements publics de santé et de services sociaux au Québec offrent les services prévus au PQPTM. Tous les citoyen.ne.s du Québec assurés par la Régie de l'assurance maladie du Québec y ont accès gratuitement.[21]», il semble que cela ne se vérifie pas sur le terrain et que le programme soit encore en implantation dans plusieurs régions administratives, possiblement en raison de retards dus à la pandémie.

Afin de dresser un portrait de ce qu'est le PQPTM, notons qu'il s'inspire des recommandations cliniques du *National Institute for Health and Care Excellence (NICE)* et introduit la notion de soins en étapes dans le continuum de services et de soins en santé mentale.

> Ce modèle précise les soins et services recommandés les moins intrusifs et les plus efficaces, selon une gradation et en fonction des caractéristiques présentées par la personne. Les traitements proposés dépendent de la gravité et de la persistance des symptômes, de l'altération du fonctionnement, de la complexité de la situation clinique et de la réponse au traitement offert. Selon le trouble mental visé, le modèle de soins par étapes peut contenir de trois (3) à six (6) étapes.
>
> Cette hiérarchisation facilite le cheminement des personnes entre les niveaux de services et vient traduire la complexité et l'intensité des interventions nécessaires pour répondre aux besoins de santé, sociaux ou psychologiques. Ainsi, elle vise à assurer à la personne l'accès au bon service, au bon moment, au bon endroit et avec l'expertise appropriée. L'ascension des étapes suppose que la situation de la personne exige une intensification des traitements et une expertise de plus en plus spécialisée. Par ailleurs, les soins et services par étapes ne représentent pas un cheminement clinique linéaire, ce qui signifie qu'une personne n'a pas à passer par l'ensemble des étapes afin de bénéficier des soins et services dont elle a besoin.
>
> Concrètement, les étapes vont d'interventions, comme la surveillance active et les autosoins aux premières étapes, jusqu'à des traitements plus spécifiques et spécialisés, comme de la psychothérapie ou des interventions s'y apparentant et le traitement combiné avec la médication, aux niveaux supérieurs. [22]

Cette hiérarchisation des soins « en étapes » se décline en fonction de deux principes fondamentaux:

> Les modèles de soins en étapes sont le plus souvent décrits comme l'interaction de deux

[21] Gouvernement du Québec (2021) *Soins et services par étapes en santé mentale : des autosoins à la psychothérapie* https://www.quebec.ca/sante/conseils-et-prevention/sante-mentale/obtenir-aide-en-sante-mentale/soins-services-etapes-sante-mentale

[22] Ministère de la santé et de services sociaux (2019) *Programme québécois pour les troubles mentaux : des autosoins à la psychothérapie (PQPTM)* https://msss.gouv.qc.ca/professionnels/sante-mentale/programme-quebecois-pour-les-troubles-mentaux/principes/

principes (Richards et al., 2012):

> *Le principe du* « *moindre fardeau* »: une intervention probante (efficace) de basse intensité est offerte en premier, et les traitements de plus haut niveau d'intensité sont offerts aux personnes à risque pour elles-mêmes ou pour autrui, qui ont des antécédents d'échecs thérapeutiques ou qui ne démontrent pas d'amélioration à la suite de l'intervention initiale;
>
> *Le principe de la « révision planifiée»* qui est nécessaire afin que le client puisse *«* changer de palier » vers un traitement plus intensif ou changer vers une autre intervention dans le même palier. La révision planifiée utilise une mesure objective de l'effet de l'intervention pour accompagner la prise de décision. [23]

1.2.1 Premier palier de services

La lecture des documents gouvernementaux et les informations rapportées par les professionnel.le.s (peu de documentation existe concernant les spécificités de chaque palier de service) nous ont permis de comprendre que le premier palier de soin est principalement constitué des services généraux offerts en CLSC (accueil psychosocial), dans les GMF et au niveau des médecins de famille. Au niveau de ce palier, peu de changements semblent avoir été apportés jusqu'ici, si ce n'est un recours de plus en plus grand aux services téléphoniques du 811 pour l'accès aux services de palier supérieur.

1.2.2 Deuxième palier de services

Les services plus spécifiques offerts dans les CLSC (direction de santé mentale) constituent le deuxième palier de service et comportent des guides d'autosoin, des groupes psychoéducatifs et les services de différent.e.s professionnel.le.s (ergothérapeutes, psychoéducateurs/rices, travailleurs/ses sociaux/les, éducateurs/rices spécialisé.e.s, etc.) formés à l'intervention psychosociale de courte durée (une dizaine de rencontres). Il convient de s'y intéresser davantage car c'est principalement à partir de ce deuxième palier de service qu'un.e usager.e commence à être comptabilisé.e dans les listes d'attente du ministère. La nouvelle configuration des services (« en étapes ») a donc aussi ici un impact important sur les statistiques du ministère qu'il convient d'expliciter.

Il faut noter qu'il n'est pas possible, à partir des systèmes informationnels en place, de déterminer pour quels types de service les usagers sont en attente.

> En entrevue avec Radio-Canada cette semaine, le Dr Pierre Bleau, nommé directeur national en juin 2019, précise que les listes d'attente pour chaque service sont multiples. Le plus important, selon lui, est de connaître le temps que chaque personne doit attendre avant d'obtenir le service dont elle a besoin.
>
> Vous me demandez c'est quoi, le temps d'attente pour voir un psychologue, par exemple? Je ne pourrais pas vous dire quels sont les gens en attente de tel ou tel service et combien de temps d'attente il y a, affirme celui qui est aussi psychiatrique [sic] au Centre

[23] CIUSSS de la Capitale-Nationale (Mai 2021). *Guide d'accompagnement pour l'implantation des soins en étapes en troubles de la personnalité*. p. 15.

universitaire de santé McGill. [24]

On ne peut donc savoir, à partir des statistiques de liste d'attente, pour quels services les 20 000 usagers et usagères[25], qui y sont inscrits actuellement, attendent. On ne peut donc savoir s'ils sont en attente pour un suivi psychosocial, pour un groupe psychoéducatif ou des services d'autosoins. Pire, suivant la nature du principe de « moindre fardeau », il est vraisemblable que ces usagers et usagères soient en attente de services qui sont considérés insuffisants pour répondre complètement à leur besoin et qu'on peut prévoir qu'ils/elles soient replacé.e.s sur la liste d'attente pour un nouvel épisode de service au terme de leur premier service.

Il en découle qu'on ne peut considérer d'emblée que d'obtenir un service répondra à la demande de l'usager/ère et que d'offrir le service diminuera la liste d'attente. S'il existe des mécanismes et des portes d'entrées qui permettent à certains usagers/ères d'obtenir « le bon service, au bon moment » (par exemple, pour court-circuiter la trajectoire de service en étapes), il faut reconnaître que de hiérarchiser les soins implique que la majorité des usagers/ères devraient d'abord recevoir les soins et les services de paliers inférieurs, de « moindre fardeau ». Un traitement incomplet mène invariablement à une demande ou un besoin de services complémentaire ; et, donc, à un nouvel usager sur une liste d'attente. Il en résulte également que les chiffres présentés par le ministère ne correspondent vraisemblablement pas à l'attente réelle des usagers/ères, c'est-à-dire à la durée de l'attente qui correspond au service pour lequel une demande a été formulée[26].

La diversité des services offerts au niveau du deuxième palier de service, à l'intérieur d'un même territoire administratif ou entre les différents territoires administratifs, est aussi problématique. De nouvelles professions, expertises et services s'ajoutent aux services de santé mentale, ce qui, en soi, est une bonne nouvelle. Mais cela induit également une complexité à formuler des recommandations pour les médecins de famille et les GMF, qui ne connaissent pas toujours les spécificités de chaque profession (par exemple, dans quelles situations référer à un suivi court terme en ergothérapie, en psychoéducation ou en éducation spécialisée?) ou les particularités des groupes psychoéducatifs offerts. Il leur devient donc difficile de bien orienter leurs patient.e.s, alors que leur rôle au niveau de la trajectoire de service devrait être essentiel. La modalité de groupe tend à être favorisée au niveau de ce palier de service ; cependant dans les régions administratives présentant une faible densité populationnelle, cela engendre des enjeux de proximité des services, de disponibilité des professionnel.le.s et de confidentialité, compte tenu que dans certains milieux moins denses la possibilité de connaître des professionnel.le.s ou d'autres patient.e.s est beaucoup plus grande.

Un autre enjeu est le manque de flexibilité d'une trajectoire de service prédéfinie, à l'opposé du

[24] Paris, A. (novembre 2020) *Listes d'attente : on n'a pas toute l'info, dit le directeur de la santé mentale au Québec. Radio-Canada.* https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1749203/psychologues-attente-ressources-sante-mentale-pandemie-msss?msclkid=d59ee62cbdb311eca81af10c4befaafb

[25] Bernier, J. (2022) *QS veut mettre fin aux listes d'attente en santé mentale*. Journal de Montréal. https://www.journaldemontreal.com/2022/04/16/qs-veut-mettre-fin-aux-listes-dattente-en-sante-mentale?fbclid=IwAR3nYrxvzxepABPi7IRSxJqwgoaikB9X6CMsRIOj7Zx86GQPwIZxAcH6tjM

[26] Bergeron, M. (2021) *Les listes d'attente en santé mentale sont-elles manipulées?* La Tribune numérique. https://www.latribune.ca/2021/01/25/les-listes-dattente-en-sante-mentale-sont-elles-manipulees-3478d74ecd78c650afdd0de5407078b9?nor=true

modèle précédent où les paliers de services et les trajectoires n'étaient pas hiérarchisés, de sorte que les intervenant.e.s avaient une plus grande latitude de personnaliser les services en fonction de la présentation clinique.

Ce manque de flexibilité semble engendrer plus de trous de services et conséquemment des références de plus en plus fréquentes vers les ressources communautaires extérieures au réseau. Ces dernières, plus flexibles, mais moins bien financées et moins stables, feraient face à une pression accrue au niveau des demandes de service. Ainsi:

- Dans les deux tiers des groupes communautaires interrogés par l'IRIS en 2021, la charge de travail était immense et difficile à prévoir et a eu des conséquences sur l'équilibre vie personnelle-travail et sur le sentiment d'accomplissement des travailleuses.

- Près d'un groupe sur cinq est dans une situation précaire en raison du sous-financement et de la pandémie, et le quart de ceux-ci sont dans une situation qui met en danger leur existence.[27]

Le réseau public de santé mentale est donc en transformation, transformation qui a été retardée par la pandémie, mais dont le retard d'implantation permet de réfléchir aux conséquences pour l'accès aux services et pour la qualité des soins. Il faudra cependant reconnaître qu'à l'heure actuelle, la transformation qui a lieu a un impact direct sur les fonctions d'accessibilité et de continuité des services de première ligne, en particulier lorsque les trajectoires de soins nécessitent l'intervention des services en psychiatrie ou en psychothérapie.

1.3 Trajectoire de soins vers la psychiatrie et la psychothérapie

La trajectoire vers la psychiatrie et les services de psychothérapie représentent le troisième palier de services. Le troisième palier de service est constitué des services spécifiques intensifs, c'est-à-dire principalement des groupes de psychothérapie, de la psychothérapie individuelle et des cliniques externes en psychiatrie générale. Compte tenu que le principe « du moindre fardeau » tend à favoriser les services des paliers précédents avant d'offrir les services plus intensifs, on comprendra que pour plusieurs usagers et usagères, l'accès à ces services peut s'en trouver retardé. Il y a bien sûr certaines possibilités d'orienter directement l'usager ou l'usagère vers l'étape de service approprié, mais cela exige l'évaluation d'un.e professionnel.le pouvant évaluer les troubles mentaux, lorsqu'on veut bien départager ceux et celles qui profiteraient ou non d'une psychothérapie. Or, certains établissements n'ayant plus de *Guichet d'accès en santé mentale adulte (GASMA)*, cette possibilité s'en trouve compromise. En ce qui concerne l'accessibilité à la psychothérapie, on troque donc une liste d'attente trop longue pour plusieurs listes d'attente qui se succèdent.

L'enjeu se complique du fait que certains établissements de santé imposent une limite de séances

[27] Couturier, E. L., Fortin, M. (2021). *Effets de la crise sanitaire sur le milieu communautaire – Portrait de la situation pour les organismes du Québec*. Institut de recherche et d'informations socioéconomiques (IRIS) https://iris-recherche.qc.ca/publications/effets-de-la-crise-sanitaire-sur-le-milieu-communautaire-portrait-de-la-situation-pour-les-organismes-du-quebec/

(douze (12) à quinze (15) séances maximum) arbitraire et sous-efficiente pour les services de psychothérapie de première ligne, possiblement en raison de la pénurie de psychologues dans le réseau public. Selon Harnet et coll. (2010), tel que cité dans le rapport de l'INESSS en 2018[28], au niveau du nombre de séances de psychothérapie qui sont nécessaires pour obtenir des gains thérapeutiques :

- 50 % des personnes présentent des changements cliniques significatifs après 14 séances, et
- 70 % des personnes qui se sont présentées pour traitement avec des troubles modérés ou plus sévères présentent des changements cliniques significatifs après 23 séances.[29]

Les services offerts étant sous-efficients, une référence aux services de psychothérapie de deuxième ligne s'avère souvent nécessaire, imposant un changement de psychothérapeute aux personnes et des délais supplémentaires pour l'accessibilité au bon service.

Cela tend à aller à l'encontre du principal facteur d'efficacité thérapeutique, soit l'établissement d'une alliance thérapeutique entre le ou la psychothérapeute et son/sa patient.e. Cela fait aussi en sorte qu'au long cours la responsabilité de l'usager ou de l'usagère, entre les différents épisodes de service, repose souvent sur le seul médecin de famille dont la tâche se complexifie alors d'enjeux psychosociaux.

1.4 Conséquences des déficits organisationnels sur l'accès aux soins

En résumé, le filet social en santé mentale est actuellement fortement ébranlé par la transition vers le PQPTM et nous notons des conséquences envisageables et actuellement manifestes qu'il faut adresser pour mener à bien cette transition. Le sous-financement chronique en santé mentale vient s'imbriquer aux enjeux discutés, ainsi que la pandémie, qui n'a aidé en rien et a laissé des traces sur la santé mentale des québécois.e.s.

Ce qui est rapporté des sites précurseurs et des territoires administratifs où l'implantation du PQPTM a débuté, doit également nous sensibiliser à la vulnérabilité de plusieurs types de clientèles plus marginalisées (femmes monoparentales à faible revenu, communautés ethniques, par exemple, qui ont moins de disponibilité pour des services de groupe avec qui la langue parlée peut être un obstacle, etc.). Par exemple, notre analyse révèle que l'imbrication de plusieurs catégories d'inégalités complexifie l'accès aux services de santé mentale des jeunes femmes aux prises avec des troubles de santé mentale. Les professionnel.le.s doivent pouvoir exercer leur jugement clinique et offrir des services plus conséquents lorsque la situation l'exige, de façon à éviter la multiplication des démarches et des remises en liste d'attente, qui peuvent en décourager certain.e.s et donner l'impression d'un « parcours du combattant ». Ainsi, il est fréquent que plusieurs usagers et usagères demandent des services de psychothérapie alors qu'ils sont dirigés vers les services d'un palier inférieur ; cela peut donner le sentiment qu'on ne veut pas répondre à leur demande pour obtenir les services désirés et peut pousser les usagers et usagères à abandonner leur démarche d'aide.

[28] INESSS (janvier 2018), *Accès équitable aux services de psychothérapie au Québec*. http://www.santecom.qc.ca/Bibliothequevirtuelle/INESSS/9782550803997.pdf
[29] *Ibid*

Également, on peut penser que lorsqu'un usager ou une usagère atteint le troisième palier de service après avoir reçu un ou plusieurs services du deuxième palier, c'est que la sévérité des difficultés a été initialement mal évaluée, possiblement en raison de la mesure d'évaluation en continue, qui pousse à offrir des services de moindre fardeau et d'en observer les résultats, plutôt que de procéder à une évaluation initiale complète et d'offrir d'emblée le bon service. L'accès aux services psychiatriques et psychothérapeutiques s'en trouve donc retardé.

On doit donc s'assurer 1) que le gouvernement puisse avoir des statistiques et une lecture représentative de la situation en santé mentale au Québec, 2) que les soins en étapes ne retardent pas les prises en charge de services de troisième palier lorsqu'ils sont nécessaires, particulièrement les évaluations psychiatriques et la psychothérapie, et 3) que l'offre de services soit relativement uniforme et facile à comprendre dans l'ensemble de la province, qu'ils soient suffisamment flexibles pour s'adapter à des populations plus vulnérables et complexes.

2. SOUS-FINANCEMENT CHRONIQUE

Le financement alloué aux services en santé mentale a évolué au Québec au fil des changements de mentalités et des différentes transformations des services psychiatriques et des soins en santé mentale. L'évolution du secteur de la santé mentale est une mine d'informations pertinentes lors de l'analyse des différents enjeux liés au financement public du réseau.

2.1 Historique du sous-financement

Ce sont les institutions traitant ce qui était malheureusement alors communément appelé dans le monde politique les « aliénés » qui reçoivent le premier financement public au Québec, à l'ère où les soins en santé mentale sont majoritairement axés sur l'hospitalisation dans des grandes institutions. Ce financement, alloué pour la première fois en 1801[30], prend la forme du système d'affermage. Ainsi, le gouvernement alloue aux différentes institutions privées une somme annuelle fixe réglée en fonction du nombre de patient.e.s hospitalisé.e.s. Ce mode de financement, où le propriétaire est en quelque sorte encouragé à multiplier les patient.e.s hospitalisé.e.s pour maximiser son profit[31], sera important jusque dans les années 1960 au Québec, contrairement aux autres provinces canadiennes dans lesquelles les premières institutions psychiatriques sont déjà la propriété de l'État.

Or, ce système fait l'objet de vives critiques au milieu du 19e siècle, menant ultimement à une Commission Royale d'enquête en 1886[32]. Le système de l'affermage est finalement maintenu, mais à condition que les propriétaires des asiles reconnaissent l'autorité de surintendants médicaux qui seront responsables de l'admission et du traitement des patient.e.s dans les institutions[33].

Après la Seconde Guerre mondiale, alors que de vrais doutes sont soulevés à propos de l'efficacité de l'internement (souvent contre le gré) comme technique thérapeutique, le gouvernement fédéral annonce un financement de dix millions de dollars consacrés à « l'hygiène mentale »[34]. Dans les mêmes années, des départements de psychiatrie voient le jour dans les facultés de médecine québécoises, ce qui favorise l'émergence de nouvelles approches en santé mentale. Par exemple, la révolution psychopharmacologique des années 1950 permet d'enfin sortir les

[30] 1. Wallot, H. (1979). Perspective sur l'histoire québécoise de la psychiatrie: le cas de l'asile de Québec. *Santé mentale au Québec, 4*(1), 102-122. https://doi.org/10.7202/030051ar

[31] Fleury, M.J. & Grenier, G. (2004). *Historique et enjeux du système de santé mentale québécois*. Ruptures, revue transdisciplinaire en santé 10(1), 21-38

[32] *Ibid*

[33] *Ibid*

[34] *Ibid*

patient.e.s ayant des troubles psychotiques des institutions et de traiter les troubles dépressifs[35]. Quelques années plus tard, en 1961, Camille Laurin, par sa postface du livre *Les fous crient au secours*, est à l'origine d'un important mouvement de « modernisation » des soins psychiatriques qui aboutit à la Commission Bédard[36].

Ce rapport est crucial dans l'histoire du financement de la santé mentale, car il constitue le premier mouvement majeur de désinstitutionalisation de la maladie mentale au Québec. Dans les années qui suivent, on note une sortie importante des patient.e.s en hospitalisation de longue durée et une diminution du nombre de lits dans les hôpitaux psychiatriques (diminution de 28% entre 1965 et 1975)[37]. On assiste à une régionalisation des services avec la création de départements de psychiatrie dans les hôpitaux partout au Québec et la création de treize régions psychiatriques. Les hôpitaux psychiatriques seront pourvus, quelques mois plus tard, d'un budget annuel protégé, comme les hôpitaux généraux[38]. La psychiatrie communautaire prend aussi de l'importance : de nouveaux services comme les centres de jour et les centres de nuit, ainsi que les foyers d'accueil voient le jour. Or, les services communautaires ne seront pas à la hauteur, n'étant pas assez nombreux et ne recevant pas assez de financement. La réinsertion sociale sera donc très difficile, ce qui remettra en doute l'efficacité des alternatives au modèle hospitalier[39].

En 1970, un mouvement semblable voit le jour. La réforme Castonguay-Nepveu, tout en continuant le chemin de désinstitutionalisation, apporte d'importants changements administratifs dans l'ensemble du système de santé. On note entre autres une hiérarchisation du système de santé avec l'apparition des conseils régionaux de santé et des services sociaux (CRSSS) et des centres locaux de services communautaires (CLSC). Avec la création des commissions administratives régionales, un effort est fait pour décentraliser les services. Cela étant dit, ce nouveau modèle d'organisation ne confie pas de statut particulier à la maladie mentale. Ainsi, les psychiatres perdent du pouvoir et le domaine de la santé mentale perd des privilèges comme son budget protégé. Accompagné d'un mouvement de contestation de la psychiatrie institutionnelle, ceci donne lieu à un retour en force de la vision sociocommunautaire des soins en santé mentale, notamment avec la formation du Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec (RRASMQ) composé d'organismes communautaires visant en particulier la réinsertion sociale des patients souffrant de maladie mentale[40].

Or, le gouvernement se rend compte que les ressources dans la communauté ne sont toujours pas suffisantes pour répondre à la demande. Le problème du phénomène de la porte tournante prend de plus en plus d'ampleur et les personnes souffrant de troubles mentaux vivent des problèmes de pauvreté et de criminalisation. Ainsi, le gouvernement du Québec, dans les années 1980,

---

[35] Fleury, M.J. & Grenier, G. (2004). *Historique et enjeux du système de santé mentale québécois.* Ruptures, revue transdisciplinaire en santé 10(1), 21-38

[36] Boudreau, F. (1981). *La psychiatrie québécoise depuis 1960: de structure en structure, la loi du plus fort est-elle toujours la meilleure?* Santé mentale au Québec, 6(2), 27-47.https://doi.org/10.7202/030100ar

[37] Fleury, M.J. & Grenier, G. (2004). *Historique et enjeux du système de santé mentale québécois.* Ruptures, revue transdisciplinaire en santé 10(1), 21-38

[38] *Ibid*

[39] Ministère de la santé et des services sociaux du Québec (1999). *Défis de la reconfiguration des services de santé mentale - Pour une réponse efficace et efficiente aux besoins des personnes atteintes de troubles mentaux graves.* https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000243/

[40] Fleury, M.J. & Grenier, G. (2004). *Historique et enjeux du système de santé mentale québécois*. Ruptures, revue transdisciplinaire en santé 10(1), 21-38

commence à financer les organismes communautaires. La somme allouée est cependant négligeable. En 1984, par exemple, 2.5% du budget pour la santé mentale était consacré aux ressources communautaires[41].

Ces circonstances mènent ensuite au lancement de la Politique de santé mentale (PSM) en 1989. La PSM, considérée comme un élément important du changement vers l'approche biopsychosociale au Québec, se veut une réforme de l'organisation des services centrée sur la personne, avec la création d'un plan de service individualisé pour chaque individu, mais aussi sur l'équité régionale, avec la création des plans régionaux d'organisation de services[42]. En outre, la PSM renforce l'orientation sociocommunautaire des soins. Ainsi, la désinstitutionalisation se poursuit, mais avec un accent beaucoup plus important sur la qualité des ressources communautaires pour assurer une prise en charge adéquate des patients lors de leur retour dans leur milieu de vie[43]. Le gouvernement est donc forcé de reconnaître la contribution essentielle des institutions hors du réseau public, ainsi que celle des familles des patient.e.s. En conséquence, un soutien sous forme d'aide psychosociale est proposé aux familles, une augmentation du budget pour les ressources communautaires est prévue et on offre aux organismes communautaires une opportunité de participer à la planification du budget dans chacune des seize (16) régions socio-sanitaires du Québec. Cet exercice de planification par partenariat se bute toutefois malheureusement à une impasse alors que se confrontent les intérêts irréconciliables de chaque groupe.

Au tournant du 21e siècle, l'accent est donc mis sur l'intégration des services dans le but de répondre, sans faille et sans dédoublement, aux besoins de la population. Ceci passe entre autres par le développement du plan d'action en santé mentale 2005-2010 qui, en réponse à un rapport accablant sur l'état des services en santé mentale du Vérificateur général en 2003[44], introduit des changements importants. En améliorant l'offre de soins en première ligne, les ressources sont plutôt concentrées dans le traitement des troubles mentaux plus courants et moins sévères en première ligne. De plus, les organismes communautaires voient leur budget bonifié à 10% des dépenses en santé mentale[45]. Avec un investissement de plus de 80 millions de dollars, le plan d'action prévoit améliorer les services en créant notamment les guichets d'accès en santé mentale, ainsi que des postes d'agents de liaison pour favoriser les liens entre les milieux hospitalier et communautaire[46]. Or, ces mesures restent insuffisantes.

Alors que le budget en santé mentale du MSSS en 2005-2006 était de 836$ millions, il passait à

---

[41] Ministère de la santé et des services sociaux du Québec (1999). *Défis de la reconfiguration des services de santé mentale - Pour une réponse efficace et efficiente aux besoins des personnes atteintes de troubles mentaux graves.* https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000243/

[42] Fleury, M.J. & Grenier, G. (2004). *Historique et enjeux du système de santé mentale québécois.* Ruptures, revue transdisciplinaire en santé 10(1), 21-38

[43] Mercier, C. & White, D. (1995). *La politique de santé mentale et la communautarisation des services.* Santé mentale au Québec, 20(1), 17-30. https://doi.org/10.7202/032330ar

[44] Vérificateur général du Québec (2003). *Rapport à l'Assemblée nationale pour l'année 2003-2004, tome II.* https://www.vgq.qc.ca/Fichiers/Publications/rapport-annuel/2003-2004-T2/fr_Rapport2003-2004-T2-AnnexeC.pdf

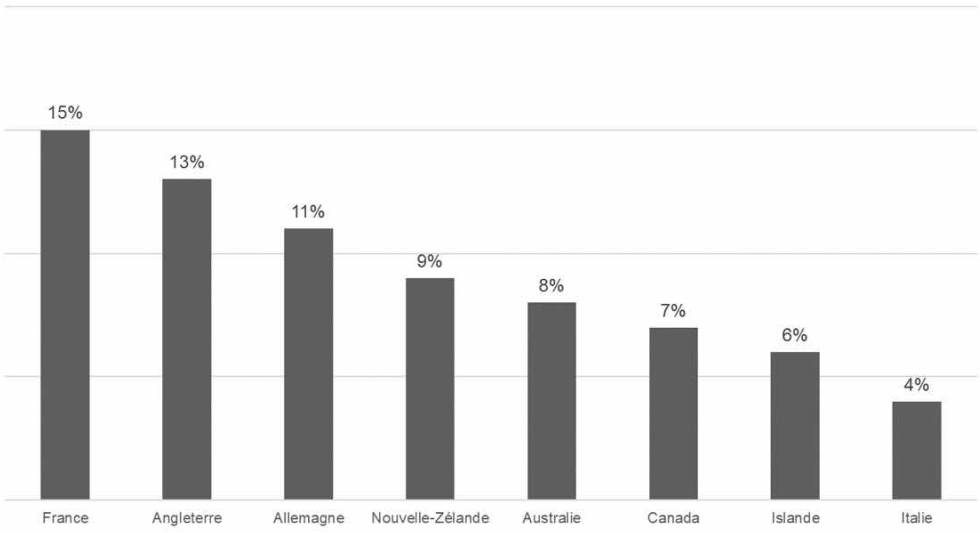
[45] Commissaire à la santé et au bien-être du Québec (2012). *État de situation sur la santé mentale au Québec et réponse du système de santé et de services sociaux.* https://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2012/SanteMentale/CSBE_EtatSituation_SanteMentale_2012.pdf

[46] Ministère de la santé et des services sociaux du Québec (2005). *Plan d'action en santé mentale 2005-2010 - La force des liens.* https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000786/

1,1 milliards en 2009-2010[47]. Cependant, par rapport à l'ensemble des dépenses en santé, la part du budget allouée à la santé mentale restait stable (de 7,91% à 7,96%)[48]. Ensuite, dans le plan d'action gouvernemental 2015-2020 (*Faire ensemble et autrement*), Québec promet un investissement supplémentaire de 70 millions de dollars sur cinq (5) ans[49]. L'orientation reste semblable avec l'accent sur la consolidation des soins entre les différent.e.s intervenant.e.s des différents milieux. L'objectif d'offrir 10% du budget aux organismes communautaires est toujours présent puisqu'il n'est toujours pas atteint. Récemment, le Plan d'action interministériel en santé mentale 2022-2026 (*S'unir pour un mieux-être collectif*) promet 361 millions de dollars en nouveaux investissements sur 5 ans[50]. Or, tel que décrit dans les prochaines sections, ces nouveaux investissements restent encore insuffisants.

2.2 Problèmes du sous-financement actuel

En 2015, on estime à environ 15,8 milliards les dépenses publiques et privées en santé mentale au Canada[51]. Cela représente environ 7,2 % du total des dépenses en santé du Canada (219,1 milliards de dollars) et c'est bien inférieur aux dépenses de plusieurs autres pays occidentaux. À titre de comparaison, la France et le Royaume-Unis affectent respectivement 15% et 13% de la part du budget en santé dans les soins de santé mentale.



Pourcentage du total des dépenses consacré à la santé mentale, par pays de l'OCDE (2017)[1]

[47] Commissaire à la santé et au bien-être du Québec (2012). *État de situation sur la santé mentale au Québec et réponse du système de santé et de services sociaux.* https://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2012/SanteMentale/CSBE_EtatSituation_SanteMentale_2012.pdf

[48] *Ibid*

[49] Ministère de la santé et des services sociaux du Québec (2015). *Plan d'action en santé mentale 2015-2020 – Faire ensemble et autrement.* https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001319/

[50] Ministère de la santé et des services sociaux du Québec (2022). *Le Plan d'action interministériel en santé mentale 2022-2026 - S'unir pour un mieux-être collectif.*https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003301/

[51] Commission de la santé mentale du Canada (2017). *Faire valoir les arguments en faveur des investissements dans le système de santé mentale du Canada à l'aide de considérations économiques.* https://www.mentalhealthcommission.ca/wp-content/uploads/drupal/2017-03/case_for_investment_fr.pdf

Au mois de mars 2021, l'actuel ministre des finances, Éric Girard, présente son plan budgétaire pour l'année 2021-2022[52]. Dans ce dernier, un montant total de cent dix-sept (117) milliards de dollars avec une croissance prévue 5,4% est annoncée. De celui-ci, une proportion de 43% est prévue pour les dépenses en santé comptabilisant donc cinquante (50) milliards. Afin de renforcer le système de santé, on prévoit des investissements totalisant, en plus de ce qui est prévu, quinze (15) milliards. Près de la moitié de cette somme sert actuellement à la gestion pandémique. Par ailleurs, les objectifs considérés comme prioritaires sont le rehaussement des services aux aîné.e.s, l'amélioration de l'accès à la première ligne et l'accroissement de l'offre de services en santé mentale. Cependant, de ce quinze (15) milliards, on ne prévoit qu'un investissement de deux cent soixante-deux (262) millions dans ce dernier domaine, ce qui correspond à peine à 1,75% du montant total malgré le fait qu'on indique que ce secteur est prioritaire. Il y a donc une importante discordance entre les chiffres et ce qui est annoncé.

Les dépenses prévues sont divisées en plusieurs catégories dont la plus grande correspond aux services dispensées à la population. Il est planifié que, pour l'année financière en cours, un budget de 1,6 milliards de dollars allait être attribué aux services en santé mentale en opposition à environ dix (10) milliards pour ce qui est des services en santé physique. Ce montant ne représente que 4,7% du budget décerné aux services à la population. Pourtant, une (1) consultation sur quatre (4) auprès d'un médecin de famille a pour motif une souffrance d'ordre psychologique[53]. On peut réalistement douter que le budget corresponde aux besoins sur le terrain.

Afin de mieux comprendre les sommes injectées, il est possible d'analyser les coûts réels des problèmes de santé mentale. Selon un rapport émis par la Commission de la santé mentale du Canada publié en 2011[54], les troubles mentaux coûtaient déjà près de cinquante (50) milliards par année à l'économie canadienne. De plus, on y mentionne qu'au cours des trente (30) prochaines années, le coût total pour l'économie aura dépassé les 2,5 billions de dollars. Ces estimations ont été faites à partir de l'étude Risk Analityca prenant en considération les coûts directs et indirects des différentes conditions de santé mentale. Dans un premier temps, les coûts directs représentent les soins médicaux et hospitaliers, les médicaments, les services communautaires et sociaux et le soutien au revenu. Pour ce qui est des coûts indirects, ils sont liés à l'impact sur la productivité au travail. Évidemment, ces données concernent l'ensemble du Canada et il est difficile de trouver de telles informations à l'échelle québécoise. Nonobstant, considérant que la prévalence des troubles de santé mentale est en augmentation constante au Québec, ces chiffres peuvent nous donner une bonne idée des coûts actuels potentiels qui se chiffre actuellement en milliards de dollars. Finalement, le fait d'investir dans des stratégies validées et approuvées en santé mentale pourrait même permettre aux gouvernements d'économiser de l'argent. Par exemple, des données canadiennes et québécoises permettent d'estimer que le retour sur l'investissement serait de 2$ pour chaque dollar investi dans les

[52] Gouvernement du Québec (2021). *Plan budgétaire. 2021-2022.* http://www.budget.finances.gouv.qc.ca/budget/2021-2022/fr/documents/PlanBudgetaire_2122.pdf
[53] Gouvernement du Québec (2021). *Crédit et dépenses des portefeuilles 2021-2022*. https://www.tresor.gouv.qc.ca/fileadmin/PDF/budget_depenses/21-22/3-Credits_depenses_portefeuilles.pdf
[54] Commission de la Santé Mentale du Canada. (2011) *La nécessité d'investir dans la santé mentale au Canada.* https://www.mentalhealthcommission.ca/wp-content/uploads/drupal/Investing_in_Mental_Health_FINAL_FRE_0.pdf

services psychologiques pour le traitement de la dépression[55]. Ceci étant dit et au risque de nous répéter, les sommes dédiées sont actuellement insuffisantes et ne répondent pas à la demande croissante.

En janvier dernier, le plan interministériel d'action en santé mentale 2022-2026 tant attendu est dévoilé par le ministre de la santé et des services sociaux Lionel Carmant, et dévoile les priorités du gouvernement. Nous élaborerons davantage sur ces nouvelles annonces plus loin dans ce rapport.

2.3 Conséquences de ce sous-financement chronique

Le sous-financement chronique en santé mentale peut s'expliquer notamment par une priorisation importante de la santé physique de la part des pouvoirs publics au détriment de la santé mentale. Comme le définit l'OMS, la santé repose sur un état de bien-être physique, mental et social et ne repose pas seulement sur l'absence de maladie. Force est de constater que les efforts pour améliorer la santé des populations dans les dernières décennies se sont principalement concentrés sur la santé physique aux dépens de la santé mentale.

Dans un système de santé axé sur l'atteinte d'objectifs quantifiables par des indicateurs de performance, le financement est majoritairement orienté vers les milieux hospitaliers. Avec des résultats davantage axés vers le long terme, la prévention est souvent le parent pauvre des enveloppes budgétaires et la santé mentale ne fait pas exception, comme nous avons pu le constater. Les conséquences de ce sous-financement sont multiples et nécessitent d'être exposées.

2.3.1 Coût sociétal important

Un financement efficace en santé mentale peut réduire de manière importante le coût social associé aux troubles de santé mentale. Les économistes de la santé distinguent trois types de coûts : 1) les dépenses directes sont les dépenses publiques et privées engagées pour fournir les services et le soutien associés au processus de traitement, de soin et de récupération de la maladie, 2) les coûts indirects représentent les pertes de production attribuables aux maladies, aux incapacités liées au travail et aux décès prématurés, 3) enfin, le coût intangible correspond à la perte de qualité de vie et les conséquences subjectives de la maladie.

Selon les estimations de la Commission de la santé mentale du Canada (CSMC), les maladies et les problèmes associés à la santé mentale coûtent à l'économie canadienne plus de cinquante (50) milliards de dollars par an, soit près de 1 400 $ par personne au Canada en 2016. Alors que plus de 75 % des troubles mentaux se manifestent avant l'âge de vingt-quatre (24) ans; et que 50 % des troubles présents chez les adultes ont débuté avant l'âge de quatorze (14) ans[56], un financement axé sur une prévention précoce permettrait de réduire les coûts associés. Une étude de la Mental Health Commission of Canada rapporte qu'une intervention précoce chez un jeune

---

[55] Institut national d'excellence en santé et en services sociaux. (2018, janvier). *Accès équitable aux services de psychothérapie au Québec*. https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/ServicesSociaux/INESSS_Acces-equitable-psychotherapie.pdf

[56] Health Intelligence Inc (2013). *An Imperative for Change, Access to Psychological Services for Canada. A Report to the Canadian Psychological Association.* https://cpa.ca/docs/File/Position/An_Imperative_for_Change.pdf

qui présente un problème de santé mentale peut faire économiser plus de 280 000 $ en soins au courant de sa vie[57].

Sur le plan québécois, la Coalition des psychologues du réseau public québécois (CPRPQ) avance qu'un plan reposant sur l'embauche de quatre cent cinquante (450) psychologues dans le secteur public, accompagné d'un rattrapage salarial pour permettre de les recruter, ferait épargner deux cent vingt-huit (228) millions de dollars par année en terme de visites chez les médecins de famille, en visites aux urgences et en hospitalisations[58].

MQRP appelle donc les décideurs à faire des investissements conséquents en santé mentale dans des programmes qui mettent l'accent sur l'intervention précoce et rapide afin de prévenir ou atténuer l'incidence des maladies mentales au cours de la vie et les coûts sociétaux qui en résultent.

2.3.2 Pression sur le système

Au-delà du poids financier que cela pose sur notre société, le sous-financement en santé mentale augmente la pression sur notre système de santé. Entre 2006-2007 et 2013-2014, les visites aux urgences et les hospitalisations pour des maladies et problèmes associés à la santé mentale ont augmenté de 45% et 37% respectivement chez les enfants et les jeunes[59]. Selon le rapport de 2017 de la Commissaire à la santé et au bien-être sur l'utilisation des urgences en santé mentale et en santé physique au Québec, le séjour moyen à l'urgence pour l'ensemble des visites en santé mentale était de 12,5 heures. C'est en moyenne 3,8 heures de plus que les visites à l'urgence en santé physique, dont le séjour moyen est de 8,7 heures[60]. Près d'un Canadien sur 10 qui se rend à l'urgence pour des problèmes de santé mentale ou de dépendance le fait au moins quatre (4) fois durant l'année[61].

2.3.3 Organismes communautaires sous-financés

L'offre de soins en santé mentale au public est complémentée par les organismes communautaires dont le financement se fait souvent selon un modèle de sous-traitance. Ainsi, le gouvernement du Québec injecte des sommes ponctuelles au communautaire plutôt que de financer des mesures plus structurantes et pérennes au public. Tel que dénoncé dans notre rapport sur le philanthrocapitalisme, cela crée une instabilité dans les milieux communautaires et force les organismes à compléter leurs revenus à l'aide du financement privé, les mettant ainsi dans une position de précarité et de vulnérabilité face à leurs donateurs[62].

---

[57] *Ibid*

[58] Coalition des psychologues du réseau public québécois (janvier 2022). *Il est temps d'investir en santé mentale.* https://www.coalitionpsy.org/post/il-est-temps-d-investir-en-sant%C3%A9-mentale

[59] Institut canadien d'information sur la santé (2021). *Visites fréquentes à l'urgence pour des problèmes de santé mentale ou de dépendance.* https://www.cihi.ca/sites/default/files/document/19994-pdf-backgrounder-shp-ed-visits-fr02pc.pdf

[60] Commissaire à la santé et au bien-être (2017). *Utilisation des urgences en santé mentale et en santé physique au Québec*. https://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2017/Urgences/CSBE_Rapport_Urgences_2017.pdf

[61] *Ibid*

[62] Médecins québécois pour le régime public (2019) *Le « philanthrocapitalisme » des fondations en santé - Étude des impacts sur le système public de santé et de services sociaux* https://drive.google.com/file/d/1l0sUWUTZWmgGw7gU--qSOaS-bTTuNtzD/view

En conclusion, le sous-financement en santé mentale date de plusieurs décennies, et s'est au fil du temps cristallisé dans différentes réformes et plans en santé mentale. L'enveloppe actuelle en santé mentale est insuffisante et de cela découle des conséquences sociales et économiques majeures.

3. ACCÈS À LA PSYCHOTHÉRAPIE

La psychothérapie a fait ses preuves sur le plan scientifique pour traiter plusieurs problèmes de santé mentale[63]. Il est donc essentiel qu'elle fasse partie de l'offre de services dans le réseau public où les gens les plus vulnérables se retrouvent (ex. personnes hospitalisées, personnes qui ont besoin de l'apport d'équipes interdisciplinaires ou qui n'ont pas les moyens de consulter au privé, réfugié.e.s). Toutefois, nous remarquons une tendance à offrir d'autres types de services dans le réseau public pour remplacer la psychothérapie même si l'usager ou l'usagère en a besoin. Évidemment, la psychothérapie n'est pas le service requis pour tous, mais lorsqu'une personne en a besoin, elle devrait pouvoir en bénéficier rapidement pour éviter de voir son état se détériorer ou se chroniciser.

Afin d'éviter la confusion et toute forme de fausse représentation de la psychothérapie, il est important de comprendre la différence entre la psychothérapie et les services qui peuvent s'y approcher mais qui ne le sont pas, tels que les auto-soins, l'éducation psychologique, la rencontre d'accompagnement, le coaching, l'intervention de soutien, l'intervention conjugale et familiale, la réadaptation, le suivi clinique, et l'intervention de crise. La loi 21 définit et réserve l'exercice de la psychothérapie, de même que le titre de psychothérapeute, aux psychologues, médecins et détenteurs de permis de psychothérapeute. La définition de la psychothérapie établie dans le cadre de la Loi 21 et selon l'article 187.1 du Code des professions est la suivante :

> La psychothérapie est un traitement psychologique pour un trouble mental, pour des perturbations comportementales ou pour tout autre problème entraînant une souffrance ou une détresse psychologique qui a pour but de favoriser chez le client des changements significatifs dans son fonctionnement cognitif, émotionnel ou comportemental, dans son système interpersonnel, dans sa personnalité ou dans son état de santé. Ce traitement va au-delà d'une aide visant à faire face aux difficultés courantes ou d'un rapport de conseils ou de soutien. [64]

3.1 Inclusion de la psychothérapie dans les services publics

Il est important pour les personnes ayant besoin d'une psychothérapie d'y accéder, et que cette dernière soit bien ajustée à la complexité de leur condition, leur situation de vie et leur état psychologique. L'acte de la psychothérapie ne devrait pas être minimisé. Il ne s'agit pas de procédures routinières ou standardisées, mais plutôt d'un acte complexe, n'ayant pas comme objectif de produire des résultats miraculeux à faibles coûts. Il n'y a par ailleurs pas lieu de couper sur la durée de la psychothérapie puisque nous savons qu'une psychothérapie pratiquée à sa pleine capacité réduirait de 10% le budget total des dépenses en santé[65]. Précisément, il a été établi que, pour la plupart des patient.e.s, la limite *minimale* pour une psychothérapie initiale appropriée, i.e. permettant aux personnes de se rétablir et de revenir à un niveau de

---

[63] INESSS (janvier 2018), *Accès équitable aux services de psychothérapie au Québec*. http://www.santecom.qc.ca/Bibliothequevirtuelle/INESSS/9782550803997.pdf

[64] Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité (décembre 2021). *Code des professions, article 187.1*. https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/lc/c-26

[65] INESSS (janvier 2018), *Accès équitable aux services de psychothérapie au Québec*. http://www.santecom.qc.ca/Bibliothequevirtuelle/INESSS/9782550803997.pdf.

fonctionnement « normal », serait de vingt (20) à vingt-cinq (25) séances[66]. En outre, selon une étude allemande portant sur 22 294 participant.e.s[67], des épisodes d'une durée de trente (30) à quatre-vingt-quinze (95) séances de psychothérapie sont tout à fait rentables et utiles. Pour étayer leur affirmation, ces auteurs font état d'une réduction de 42% de jours de maladie, de 2 % de jours d'hospitalisation, de 22% de coûts d'hospitalisation et de 8% de coûts de services externes.

Nous devons nous méfier des effets négatifs des interventions de base qui reposent sur une compréhension insuffisante et irréaliste des problèmes de santé mentale, qui minimisent la complexité et la diversité des besoins d'une grande majorité de la clientèle et qui dénaturent la psychothérapie. Nous mesurerons la véritable valeur de la psychothérapie lorsque l'accès aux services sera adéquat et découlera de l'évaluation des besoins rencontrés afin de déterminer le traitement approprié.

Ce que les usagers et usagères nous rapportent sur le terrain est qu'il est très difficile d'avoir accès à un.e psychologue ou à de la psychothérapie. Ils sont souvent dirigés vers d'autres types de services qui ne leur conviennent pas (ex. autosoins, groupe de psychoéducation, etc). Selon le Ministère de la Santé et des Services Sociaux (MSSS), le PQPTM, qui a été décrit et discuté en amont de ce texte, « vise à accroître et à améliorer l'offre publique de services allant des autosoins à la psychothérapie[68] » . L'implantation de ce modèle depuis quelques années aurait réduit le temps d'attente de 51% en moyenne dans les établissements concernés selon le ministre Carmant[69]. Toutefois, la réalité du terrain est différente en ce qui concerne l'accès à un psychologue : le temps d'attente étant effectivement de 6 à 24 mois[70]. Nombreux organismes communautaires déplorent le manque d'accès en psychothérapie pour leurs usagers et usagères. Selon Réal Labelle, psychologue et professeur titulaire au Département de psychologie à l'Université du Québec à Montréal (UQAM): « l'approche présente une vision intégrée des services ». Il estime néanmoins que l'accès à la psychothérapie ne s'en trouve pas facilité. « En Angleterre et en Australie, ils ont proposé des protocoles et ont injecté beaucoup d'argent en psychothérapie. Ce n'est pas le cas ici », souligne-t-il[71].

Par ailleurs, des contraintes qui restreignent l'autonomie professionnelle sont souvent imposées aux psychologues et aux psychothérapeutes œuvrant dans le réseau public, ce qui nuit fréquemment au progrès des usagers et usagères. Par exemple, le nombre de séances de psychothérapie est souvent limité à douze (12) ou à quinze (15) en ne considérant pas les besoins

---

[66] Harnett, P., O'donovan, A., & Lambert, M. J. (2010). *The dose response relationship in psychotherapy: Implications for social policy.* Clinical Psychologist, 14(2), 39-44. https://www.researchgate.net/publication/47746319_The_dose_response_relationship_in_psychotherapy_Implications_for_social_policy

[67] Altmann, U., Zimmermann, A., Kirchmann, H.A., Kramer, D., Fembacher, A., Bruckmayer, E., et al. (2016). *Outpatient psychotherapy reduces health-care costs: A study of 22,294 insurants over 5 years.* Front Psychiatry, 7, 98. https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyt.2016.00098/full

[68] MSSS (2022). *Programme québécois pour les troubles mentaux : des autosoins à la psychothérapie (PQPTM).* https://msss.gouv.qc.ca/professionnels/sante-mentale/programme-quebecois-pour-les-troubles-mentaux/principes/

[69] Tommy Chouinard, La Presse (27 mai 2021). *Québec rate sa propre cible.* https://www.lapresse.ca/actualites/2021-05-27/attente-en-sante-mentale/quebec-rate-sa-propre-cible.php

[70] Leïla Jolin-Dahel, Le Devoir (13 février 2021). *Programme québécois pour les troubles mentaux: intéressant, mais insuffisant.* https://www.ledevoir.com/societe/sante/594970/programme-quebecois-pour-les-troubles-mentaux-interessant-mais-insuffisant

[71] *Ibid*

des patient.e.s. Cela crée souvent une pression chez la personne qui consulte. Certains milieux imposent même un type d'approche psychothérapeutique, alors que celle-ci devrait être déterminée en fonction de la compréhension clinique et des besoins de la personne qui cherche de l'aide. Ces contraintes contribuent malheureusement à déshumaniser les soins en santé mentale.

3.1.1 Les risques des programmes de sous-traitance au privé

Afin d'assurer un accès juste et équitable à la psychothérapie, il est primordial que ce service soit offert dans le réseau public. En effet, la clientèle desservie dans le réseau public est différente de celle qui reçoit normalement des services dans le secteur privé. Ces personnes sont plus vulnérables sur le plan socio-économique et/ou présentent des problématiques plus complexes qui nécessitent l'apport d'une équipe interdisciplinaire. En effet, l'offre de services dans le réseau est unique en raison, entre autres, du travail en équipes interdisciplinaires et du contact direct avec le référent ou la référente (ex. médecin, infirmière, physiothérapeute).

En plus des difficultés d'accès au travail en équipes interdisciplinaires souvent nécessaire pour offrir des suivis adaptés à des problématiques complexes, chroniques ou comorbides, la sous-traitance au privé diminue les contacts directs avec les référent.e.s, compliquant la coordination et l'échange d'informations. Ces contacts et échanges riches entre différents professionnel.le.s ont souvent lieu dans le cadre de réunions interdisciplinaires.

Par ailleurs, le recours à la sous-traitance entraîne également une perte d'expertise, une diminution du partage de connaissances au sein des équipes traitantes et le dédoublement de certaines activités ainsi que des frais supplémentaires. Ces limites affectent nécessairement la qualité des soins, et ce, peu importe le milieu.

D'ailleurs, le 2 novembre 2020, le gouvernement a annoncé un investissement de vingt-cinq (25) M$ pour la sous-traitance de services de psychothérapie dans le privé afin de diminuer les listes d'attente du réseau public[72]. Cette mesure s'est montrée très peu efficace pour réduire les listes d'attente et laissait pour compte les personnes les plus vulnérables dont la complexité des difficultés nécessitait des services intégrés et interdisciplinaires, de même que des expertises spécifiques n'existant pas au privé (ex. traumatologie, trouble alimentaire, douleur chronique, psychiatrie, DPJ, etc.). Un an après l'annonce du programme de sous-traitance, soit en octobre 2021, seulement mille quatre cents (1 400) personnes avaient pu consulter un psychologue ou un psychothérapeute du secteur privé alors que l'objectif du gouvernement était d'offrir des services à cinq mille (5 000) personnes[73]. Du vingt-cinq (25) M$ investis, seulement quinze (15)% a été utilisé en un an pour ce programme, alors que les besoins de la population sont criants[74]. La complexité des cas, le tarif maximal de 100 $ l'heure fixé par le MSSS et les tâches administratives ont fait en sorte que très peu de professionnel.le.s du privé ont conclu des contrats avec les établissements publics. Par ailleurs, le remboursement par le gouvernement de services privés à des taux bien supérieurs à ceux versés à ses propres employés a assurément eu un effet

[72] Marie-Ève Cousineau, Le Devoir (19 octobre 2021). *Un an plus tard, la liste d'attente en santé mentale ne diminue pas.* https://www.ledevoir.com/societe/641217/sante-mentale-un-an-plus-tard-la-liste-d-attente-en-sante-mentale-ne-diminue-pas

[73] Ibid

[74] Radio-Canada (11 avril 2022). *Santé mentale : 100 M$ plus tard, les listes d'attente toujours dans le rouge.* https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1875096/sante-mentale-enveloppe-100-millions-liste-attente-prive

dévastateur sur la motivation des employé.e.s du réseau et risque de contribuer à la pénurie de main d'œuvre. L'échec de ce programme de sous-traitance démontre l'importance d'investir les fonds publics directement dans le réseau public pour améliorer l'accès aux services afin que l'ensemble de la population, incluant les personnes les plus vulnérables, puissent en bénéficier.

3.2 Problème d'attraction et de rétention des psychologues au public

Les psychologues représentent 80% des personnes habilitées à faire de la psychothérapie au Québec[75]. Malheureusement, le réseau public fait face une importante pénurie de psychologues en raison de graves problèmes d'attraction et de rétention. Le Québec a pourtant le ratio de psychologues par habitant le plus élevé en Amérique du Nord[76], mais peu de psychologues choisissent de travailler dans le réseau public. La majorité d'entre eux travaillent dans le secteur privé[77]. Cela entraîne de graves conséquences en limitant grandement l'accès à des services spécialisés dont la psychothérapie aux gens les plus vulnérables. Cette pénurie engendre des délais d'attente démesurés, un phénomène de portes-tournantes, l'aggravation et la chronicisation des troubles de santé mentale et des conséquences multiples sur le bien-être et le fonctionnement des québécois.e.s (p.ex., décrochage scolaire, arrêts de maladie, etc.).

3.2.1 Quantifier la pénurie de psychologues

Il est estimé qu'il manquera huit cent soixante (860) psychologues dans le réseau public d'ici 2023, soit plus de 40% des psychologues du réseau de la santé[78]. Le recrutement est difficile alors que seulement 25% des nouveaux psychologues choisissent de travailler dans le réseau public à la fin de leur doctorat obligatoire. Le *Portrait de la main d'œuvre psychosociale* du Ministère de la santé et des services sociaux explique toutefois qu'il faudrait recruter l'ensemble des finissants pour combler les besoins de main-d'œuvre en psychologie[79], ce qui est très peu probable considérant que la pénurie continue de s'aggraver. Pourtant, selon un sondage de la Fédération interuniversitaire des doctorant.e.s en psychologie[80], 75% de ceux-ci souhaitent travailler dans le réseau public, mais ne le feront pas en raison des conditions salariales.

En plus des difficultés majeures sur le plan de l'attraction des nouveaux et nouvelles diplômé.e.s au doctorat en psychologie, le réseau public fait également face à d'importants problèmes de rétention alors que 40,5% des psychologues travaillant dans le réseau de la santé quittent leur poste au cours de leurs cinq (5) premières années de pratique pour aller travailler dans le secteur privé[81]. Cette situation affecte les psychologues qui restent puisqu'ils ressentent la pression des

---

[75] INESSS (janvier 2018), *Accès équitable aux services de psychothérapie au Québec*. http://www.santecom.qc.ca/Bibliothequevirtuelle/INESSS/9782550803997.pdf

[76] Health Intelligence Inc (2013). *An Imperative for Change, Access to Psychological Services for Canada. A Report to the Canadian Psychological Association.* https://cpa.ca/docs/File/Position/An_Imperative_for_Change.pdf

[77] Ordre des psychologues du Québec (OPQ) (2021). *Rapport annuel 2019-2020*. https://www.ordrepsy.qc.ca/documents/26707/501029/Rapport%20annuel%202019-2020%20-%20FINAL.pdf/4bb94d3a-002e-4438-143c-82f8110de609

[78] Morency, C.-A. & Roy-Lemire, M.E (avril 2019). *Portrait de la main d'œuvre psychosociale,* Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.

[79] Ibid

[80] FIDEP (2020). *Rapport-Synthèse : Évaluation du programme de bourses pour les internats en psychologie au Québec*.

[81] Morency, C.-A. & Roy-Lemire, M.E (avril 2018). *Portrait de la main d'œuvre psychosociale,* Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.

listes d'attente et qu'ils doivent former fréquemment de nouveaux collègues pour les voir ensuite partir.

Ainsi, la pénurie de psychologues dans le réseau public amène également une pénurie de superviseur.e.s pour former la relève. Cette pénurie n'est pas sans conséquence, puisque plusieurs doctorant.e.s en psychologie doivent reporter d'un an leur graduation et, de ce fait, accroître leur endettement. Cela ralentit également l'arrivée de la relève sur le marché du travail et rallonge les délais d'attente pour la population. Par ailleurs, à défaut de trouver un stage supervisé dans le réseau public, certains doctorant.e.s se voient contraint.e.s de faire leur stage en cabinet privé, ne développant pas l'expertise du travail dans le réseau public. Cela entraîne à nouveau une diminution de la relève dans le réseau public, véritable cercle vicieux qui perpétue la pénurie.

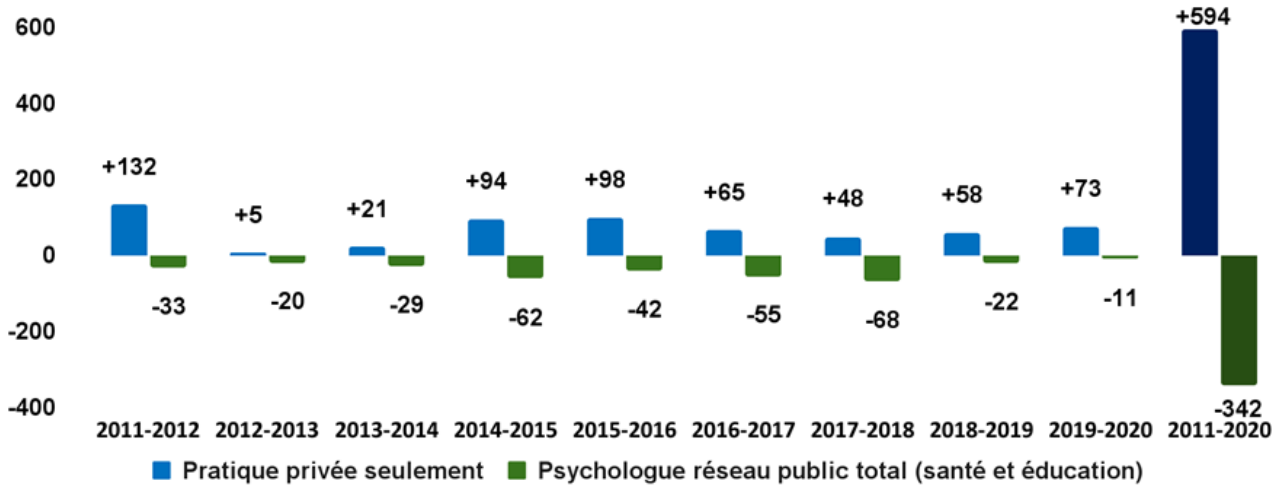
Au Québec, nous observons une diminution constante du nombre de psychologues dans le réseau public. Entre 2011 et 2020, le nombre de psychologues qui travaillent seulement dans le secteur privé a augmenté de cinq cent quatre-vingt-quatorze (594) et le nombre de psychologues qui travaillent principalement dans le réseau public (santé et éducation) a diminué de trois cent quarante-deux (342) (voir Graphique 1), selon les données des rapports annuels de l'Ordre des psychologues du Québec. Par conséquent, nous notons une forte augmentation du nombre de psychologues dans le secteur privé au détriment du réseau public (écoles, centres jeunesses, hôpitaux, CLSC, cégeps, centres de réadaptation, etc.). Ce phénomène est également observé dans le *Portrait de la main d'œuvre psychosociale* qui en arrive à la conclusion suivante :

> « *Sur la base du nombre d'arrivées dans les années récentes, il semble peu probable que le recrutement puisse atteindre le niveau projeté pour maintenir l'effectif au niveau actuel quoique le RSSS parvenait à excéder ce niveau de recrutement annuel par le passé (en 2011-2012 et avant). Bien que le RSSS soit en compétition pour le recrutement avec d'autres employeurs ou même avec l'option du travail autonome, le nombre de diplômés au doctorat est assez imposant pour atteindre le recrutement projeté. Par ailleurs, il se pourrait bien que le RSSS recrute une proportion supérieure à 25% des diplômés au doctorat ([...]), mais que la* ***difficulté soit de retenir*** *ces employés dans le RSSS.*
>
> *Le* ***taux de départs*** *parmi les moins de 55 ans est* ***plus élevé*** *pour ce [titre d'emploi] que celui des autres professionnels des services sociaux. De façon reliée, le taux de rétention des nouveaux psychologues est inférieur. Améliorer la rétention des psychologues actuels et futurs au-delà des hypothèses de projection, qui sont largement basées sur l'historique des années récentes, serait un objectif à privilégier* ***pour freiner et renverser la diminution d'effectif des années récentes****.* »[82]

Autrement dit, il y aurait suffisamment de psychologues formés chaque année pour combler les effectifs; il reste à les attirer et à les retenir dans le réseau public. Par ailleurs, la profession de psychologue est la seule du domaine psychosocial pour laquelle on observe une constante diminution du nombre d'effectifs au cours des dix (10) dernières années, alors que toutes les autres professions (p. ex., travailleuses sociales, psychoéducatrices, techniciennes en éducation spécialisée, techniciennes en travail social, etc.) sont en augmentation.

[82] Morency, C.-A. & Roy-Lemire, M.E (avril 2018). *Portrait de la main d'œuvre psychosociale,* Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.

Graphique 1. Évolution du nombre de psychologues dans le secteur privé versus le secteur public



3.2.2 Raisons derrière la pénurie artificielle de psychologues

Deux sondages, l'un effectué auprès des psychologues, l'autre auprès des doctorant.e.s en psychologie, démontrent que la raison première pour laquelle les psychologues choisissent de travailler dans le secteur privé est le manque de reconnaissance salariale dans le réseau public[83]. En effet, les psychologues sont largement désavantagés sur le plan de la rémunération par rapport à plusieurs comparatifs :

- Public-privé: plus de 40% d'écart[84] en considérant tous les avantages sociaux des employés du réseau public tels que le fonds de pension, ainsi que toutes les dépenses et les heures non-rémunérées des psychologues œuvrant en pratique privée
- Les autres professionnel.le.s du réseau public détenteurs d'un baccalauréat qui ne pratiquent pas la psychothérapie prennent leur retraite environ six (6) ans plus tôt que leurs collègues psychologues tout en ayant accumulé plus de 300 000$ d'actifs supplémentaires.
- La rémunération des psychiatres québécois est environ 300% supérieure à celle de leurs collègues psychologues, alors qu'ils ont un nombre d'années d'études similaire.

[83] APTS, CSQ, FTQ & CSN (2019). *Sondage destiné aux psychologues du réseau de la santé et des services sociaux concernant leurs primes de rétention.* https://aptsq.com/actualites/l-apts-la-csn-la-csq-et-la-ftq-repondent-publiquement-a-la-campagne-publicitaire-trompeuse-du-gouvernement-legault/

[84] Coalition des psychologues du réseau public québécois (CPRPQ) et Association des psychologues de Québec. (2020). *Résultats du sondage portant sur l'écart de rémunération entre le secteur privé et le secteur public.* https://www.coalitionpsy.org/m%C3%A9moires

- Les psychologues du réseau public en Ontario gagnent 57% de plus que ceux du Québec après cinq (5) ans de pratique.

Le deuxième enjeu affectant l'attraction et la rétention des psychologues concerne les limitations au plan de l'autonomie professionnelle.

Par ailleurs, les psychologues sont aux prises avec un problème majeur de représentation. Sur le plan syndical, ils sont notamment classés dans la catégorie des technicien.ne.s et des professionnel.le.s de la santé et des services sociaux, et ce, bien que ce soit la seule profession requérant un doctorat. Au cours des dernières années, de nombreuses démarches ont eu lieu auprès des syndicats pour que la rémunération des psychologues soit ajustée en fonction de leur formation et de leurs responsabilités. Malheureusement, puisqu'ils sont jumelés à plus de cent (100) titres d'emploi et qu'ils représentent qu'une toute petite minorité (moins de 3% des membres), leur voix ne peut être entendue. Pour résoudre ce problème, il est primordial de créer un regroupement de psychologues avec droit de négociation en modifiant la *Loi concernant les unités de négociation dans le secteur des affaires sociales*. Ce changement de loi permettrait aux psychologues de négocier directement avec le Conseil du trésor.

Les délais d'attente actuels pour voir un psychologue dans le réseau public sont de six (6) à vingt-quatre (24) mois et les patient.e.s reçoivent souvent d'autres types de services (auto-soins, groupe) ou sont dirigés vers un autre professionnel.le dont le traitement de la santé mentale n'est pas le champ d'expertise. Or, sans rattrapage salarial et sans amélioration de l'autonomie professionnelle, la profession de psychologues risque de disparaître du réseau public. Selon un sondage récent, 92% des Québécois.e.s veulent que l'accès aux psychologues soit amélioré dans le réseau public[85].

3.3 Plan interministériel en santé mentale

Le nouveau plan interministériel en santé mentale présenté en janvier 2022 par le ministre délégué à la santé et aux services sociaux, Lionel Carmant, prévoit un certain nombre de dispositions intéressantes, mais améliorer l'accès à la psychothérapie ne semble pas être une priorité. De plus, aucune mesure ne vise à régler les problèmes majeurs d'attraction et de rétention des psychologues dans le réseau public. Une des mesures phares du plan interministériel en santé mentale du ministre Carmant consiste à déployer plus d'infirmières praticiennes spécialisées (IPS), puisqu'elles « détiennent des connaissances et des habiletés de niveau avancé », en santé mentale. Le rôle et la contribution des IPS est indéniable et elles sont essentielles. Toutefois, la formation offerte aux IPS ne leur permet pas de pratiquer la psychothérapie.

Ce plan interministériel ne prévoit pas non plus de mesures visant à régler la pénurie grandissante de psychologues dans le réseau public. Pour remédier à cette pénurie, le ministre Carmant a mentionné miser sur le recrutement de doctorant.e.s à la fin de leurs études en ouvrant des postes dans les milieux où ils font leurs stages. Or, si cette mesure est un pas dans la bonne

[85] CPA, CPAP & Nanos (2020). *Strong majority want improved access to psychologists: Quebec, Provincial Survey, December 2020.* https://cpa.ca/docs/File/Media/Que%20Access%20to%20Services%20CPA%20CPAP%20Nanos%20Survey.pdf

direction, elle ne peut résoudre les problèmes d'attraction et de rétention décrits précédemment. Récemment, certain.e.s étudiant.e.s ont exprimé publiquement leur désir de travailler dans le réseau public, mais seulement si les conditions salariales sont améliorées:

> Nous voulons travailler dans le réseau public, contribuer à l'amélioration du bien-être psychologique des gens les plus souffrants, œuvrer en équipe multidisciplinaire, aider à libérer les médecins de famille et désengorger les urgences. Nous attendons un signal de la part du gouvernement, une juste reconnaissance salariale. Et puis, nous serons présents et heureux de l'être! [86]

Une autre des mesures proposées par le ministre Carmant est d'offrir des bourses pour la formation de psychothérapeutes. Il est donc important de distinguer le rôle et la formation des psychologues et des psychothérapeutes. Depuis 2006, il est nécessaire de détenir un doctorat pour devenir psychologue. La formation du psychologue est axée principalement sur la santé mentale, la psychopathologie, le développement humain, la psychothérapie, la recherche et la déontologie. En plus de pouvoir pratiquer la psychothérapie pour traiter leurs patient.e.s, les psychologues sont habilités à évaluer les troubles mentaux, ce qui n'est pas toujours le cas des psychothérapeutes. L'évaluation par un psychologue permet d'effectuer un diagnostic différentiel parfois complexe. Cette compréhension clinique guidera ensuite les modalités de traitement et la mise en place d'interventions ciblées (psychothérapie, pharmacothérapie ou interventions psychosociales telles que le recours aux services d'une travailleuse sociale, etc.). Cette évaluation permet de mieux ajuster les interventions en cours de traitement en fonction des changements dans la présentation clinique du patient. Les psychothérapeutes sont également en mesure d'évaluer les besoins de leurs patient.e.s dans leur propre champ d'expertise, mais ne possèdent souvent pas de connaissances aussi fines et pointues que les psychologues sur le plan des troubles mentaux. Par ailleurs, la formation de base des psychothérapeutes est différente de celle des psychologues; ils sont d'abord travailleurs sociaux, conseillers en orientation ou autre, leurs manières de penser et de conceptualiser sont donc distinctes. Leur contribution est donc également différente. Il n'est d'ailleurs pas rare que les patient.e.s aient besoin de travailler avec différents types de professionnel.le.s puisque ceux-ci n'interviennent pas de la même manière ni sur les mêmes enjeux.

Par ailleurs, les psychologues sont également formés à la consultation clinique, un rôle important qu'ils sont souvent appelés à jouer auprès des équipes traitantes pour favoriser le traitement des patients. Il est bien important de faire la distinction entre l'interdisciplinarité et l'«interchangeabilité». Les psychothérapeutes sont essentiels et ont un rôle important à jouer, mais mettre tous les efforts à augmenter leur nombre sans s'occuper de la pénurie grandissante de psychologues n'est pas suffisant.

La mesure proposée par le ministre Carmant présente des limites importantes. En effet, chaque année, c'est seulement environ cinquante (50) nouveaux psychothérapeutes qui sont formés[87]. Au total, le Québec ne compte qu'environ 1600 psychothérapeutes non psychologues qui sont

---

[86] Journal de Montréal (1er novembre 2021). *Futurs psychologues: nous voulons travailler dans le réseau public.* https://www.journaldemontreal.com/2021/11/01/futurs-psychologues--nous-voulons-travailler-dans-le-reseau-public

[87] Ordre des psychologues du Québec (2021). *Rapport annuel 2020-2021.* https://www.ordrepsy.qc.ca/documents/26707/0/OPQ_RapportAnnuel_2020-2021_Web.pdf/4df35182-afea-db0e-3a64-cd7dbac0845b

souvent établis en pratique privée[88]. Par contraste, plus de trois cent trente (330) nouveaux psychologues entrent sur le marché du travail chaque année[89].

On peut donc difficilement envisager que la mesure soit efficace pour combler les 40% de postes de psychologues manquants dans le réseau de la santé d'ici les deux prochaines années. Quels incitatifs financiers seraient requis pour rendre le permis de psychothérapeute plus attractif ? Ces sommes ne seraient-elles pas mieux investies dans la revalorisation de la profession de psychologue ? Et si on décide de faire autrement, comment s'assurer de la rétention de ces professions en qui on aura investi temps et argent pour qu'ils obtiennent leur permis de psychothérapeute alors que dans les mêmes conditions salariales et avec des possibilités professionnelles semblables, les psychologues sont de plus en plus nombreux à quitter le public pour travailler en cabinet privé qu'ils perçoivent comme plus payant ? Qu'est-ce qui empêchera les psychothérapeutes de faire de même ?

Le nouveau plan interministériel en santé mentale suggère également l'embauche de mille (1000) employé.e.s dans le secteur de la santé mentale. Il s'agit d'une bonne initiative. Par contre, comme ce fut le cas à la suite d'ouvertures de postes au début de la pandémie, il est à prévoir que très peu des professionnel.le.s recruté.e.s seront habilité.e.s à pratiquer la psychothérapie. En effet, sur trois cents (300) postes en santé mentale ouverts en 2020, seulement 9% des professionnel.le.s recruté.e.s étaient des psychologues[90], ainsi 91% des postes avaient été comblés par d'autres corps d'emploi (travailleurs et travailleuses sociaux, agent.e.s de ressources humaines, éducateurs et éducatrices spécialisés, technicien.ne.s en services sociaux, etc). Ces différent.e.s intervenant.e.s sont essentiel.le.s et jouent un rôle important dans le réseau public, toutefois la vaste majorité d'entre eux ne sont pas habilité.e.s à pratiquer la psychothérapie. Ainsi, l'objectif d'augmenter l'accès à la psychothérapie peut difficilement être atteint sans augmenter le nombre de psychologues dans le réseau public qui, rappelons-le, représente 80% des personnes habilitées à pratiquer la psychothérapie au Québec.

En mai 2022, le ministre Carmant a annoncé la formation d'un comité pour examiner les conditions d'exercice des psychologues. Toutefois, ce comité ne pourra pas travailler à améliorer les conditions de travail des psychologues, mais seulement les conditions de pratique. Sa portée sera donc extrêmement limitée puisque les enjeux principaux expliquant les problèmes d'attraction et de rétention des psychologues dans le réseau concernent principalement les conditions de travail.

---

[88] *Ibid*

[89] *Ibid*

[90] Radio-Canada (28 nov.2020). *Listes d'attente : on n'a pas toute l'info, dit le directeur de la santé mentale au Québec.* https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1749203/psychologues-attente-ressources-sante-mentale-pandemie-msss?fromApp=appInfoIos&partageApp=appInfoiOS&accesVia=partage&fbclid=IwAR1RO7pB8zKhg_eWpfj10DaK4Wq3aGHZKqkNRLbz-jOCgp4HurVE6pOtgxE

3.4 Conséquences du manque d'accès à la psychothérapie

« Il est très frustrant comme intervenante de voir que nos appelant.e.s ont autant de difficultés à avoir des suivis avec des psychologues… Quand la grande majorité des personnes suicidaires nous contactent et qu'ils nous expliquent que leurs hospitalisations ne durent pas plus que 48h - parfois 24h - et qu'aucun suivi ne leur est assuré, c'est démoralisant. On a une place essentielle comme organisme communautaire mais limitée malgré tout : on est formés pour aider les personnes suicidaires et leurs proches, les endeuillé.e.s aussi, au téléphone, d'intervenir auprès d'eux et assurer des plans de sécurité. Mais on le sait que la psychothérapie est protectrice, que d'avoir un psychologue reste essentiel, et c'est trop souvent inaccessible. Idéalement, on travaillerait avec les appelant.e.s pour les mener vers la thérapie, pour les accompagner pendant les moments difficiles quand leur psychologue n'est pas disponible, mais c'est dur de montrer aux appelant.e.s qu'ils ont plein de ressources si on est la seule qui est réalistement accessible pour eux en ce moment. On voit la frustration et on la partage aussi. Pour moi, assurer l'accès à la psychothérapie ça sauverait des vies. »

- bénévole-intervenante chez Suicide Action Montréal interviewée dans le contexte de notre rapport annuel

« *Travailler dans des organismes communautaires, c'est être confronté aux troubles de santé mentale, à la pauvreté et bien souvent, au désespoir. En tant qu'intervenante en centre d'hébergement, je suis face à des femmes qui ont eu des parcours de vie différents, mais qui ont en commun de se retrouver en situation d'itinérance. La violence conjugale, des troubles mentaux graves comme la schizophrénie, les troubles de consommation sont quelques unes des raisons qui amène une femme ou une mère de se retrouver à la rue. Les résidentes ont pour beaucoup des suivies en psychiatrie, mais la grande majorité n'ont pas de suivis de psychothérapie, et c'est quelque chose qui revient souvent. Les intervenantes ont un rôle essentiel dans leur vie, mais on la ressent la lacune au niveau de l'accès à un psychothérapeute ou un psychologue, surtout quand on a des femmes qui pensent au suicide, qui ont un trouble de personnalité limite, de l'anxiété… on est limité à ce moment-là dans nos interventions.* »

- intervenante dans un centre d'hébergement de Montréal interviewée dans le contexte de notre rapport annuel

Conséquences sociales et psychologiques

Les difficultés d'accès à la psychothérapie engendrent des risques notables de préjudices à la personne et à son entourage. Plus un problème de santé mentale tarde à être pris en charge, plus il y a de risques que ce problème se complexifie et se chronicise. En outre, un trouble de santé mentale non traité augmente le risque de développer un autre trouble de santé mentale, menant au développement de comorbidités. Ainsi, plus les délais pour traiter sont longs, plus le traitement sera long puisque la problématique sera plus complexe. Par exemple, il a été démontré que les jeunes québécois.e.s qui présentent des signes de dépression, d'anxiété, ou de désespoir sont plus à risque de développer des problèmes significatifs de consommation d'alcool[91] ou de

[91] Conrod, P. J., Castellanos-Ryan, N., & Mackie, C. (2011). *Long-term effects of a personality-targeted intervention to reduce alcohol use in adolescents*. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 79(3), 296–306. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21500886/

jeux de hasard et d'argent[92] pendant l'adolescence et au début de l'âge adulte. Les problématiques de dépendance pouvant elles-mêmes exacerber les difficultés anxiodépressives préexistantes, ces personnes peuvent alors développer un profil complexe de santé mentale, ce qui nuira à leur potentiel d'insertion socioprofessionnelle dès le début de l'âge adulte[93].

Ainsi, il faut nécessairement prendre en considération la fenêtre d'intervention précoce chez les enfants/adolescent.e.s puisque l'adolescence est une période particulièrement propice au développement d'un trouble de santé mentale et que cette période de développement mettra les bases pour le fonctionnement de la personne dans la société à long terme. Soulignons d'ailleurs que les problèmes de santé mentale interfèrent avec le fonctionnement scolaire des élèves et augmentent les risques de décrochage scolaire[94]. De façon inquiétante, soulignons que nous notons une augmentation de 75% des visites à l'urgence pour des problèmes de santé mentale chez les jeunes de cinq (5) à vingt-quatre (24) ans depuis 10 ans[95].

Par ailleurs, les personnes souffrant d'un trouble de santé mentale ont plus de risque de développer des maladies physiques (ex. problème cardiaque, diabète, troubles cognitifs)[96]. À cet effet, soulignons que 88,4 % des personnes avec un trouble mental souffrent également d'une maladie physique chronique[97]. La présence de troubles de santé mentale est également associée à une diminution de l'espérance de vie. Plus spécifiquement, les hommes souffrant de trouble de santé mentale ont une espérance de vie diminuée de huit ans et les femmes, de cinq ans[98]. Nous ne pouvons pas nier l'usure de la maladie mentale sur le corps et ses répercussions sur la santé globale.

Surutilisation de la médication psychotrope

Par ailleurs, le manque d'accès à la psychothérapie et aux services des psychologues à un impact direct sur l'utilisation de la médication pour le traitement des troubles de santé mentale. Selon les données de la RAMQ, il est troublant mais révélateur de constater que la consommation d'antidépresseurs a connu une hausse de 28% chez les enfants de quatorze (14) ans et moins entre 2019 à 2021[99]. Cette hausse était particulièrement marquée chez les garçons de neuf (9) ans

---

92 Allami, Y., Vitaro, F., Brendgen, M., Carbonneau, R., & Tremblay, R. E. (2018). *Identifying at-risk profiles and protective factors for problem gambling: A longitudinal study across adolescence and early adulthood*. Psychology of Addictive Behaviors, 32(3), 373. https://doi.org/10.1037/adb0000356

93 Esmaeelzadeh, S., Moraros, J., Thorpe, L., & Bird, Y. (2018). *The association between depression, anxiety, and substance use among Canadian post-secondary students.* Neuropsychiatry Disease and Treatment. 14 , 3241–3251. doi: 10.2147/NDT.S187419

94 Agnafors, S., Barmark, M., & Sydsjö, G. (2020). *Mental health and academic performance: A study on selection and causation effects from childhood to early adulthood*. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology. 56, 857-866. https://doi.org/10.1007/s00127-020-01934-5

95 Stéphanie Marin, Le Soleil (6 mai 2019). *Santé mentale: hausse des hospitalisations et des visites à l'urgence chez les jeunes.* https://www.lesoleil.com/2019/05/06/sante-mentale-hausse-des-hospitalisations-et-des-visites-a-lurgence-chez-les-jeunes-f8546fba4071c46a78ff0aa8508ceb08

96 Suls J. (2018). *Toxic affect: Are anger, anxiety, and depression independent risk factors for cardiovascular disease?* Emotion Review. 10(1):6-17. https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1754073917692863

97 INSPQ (2020). *L'effet combiné de la multimorbidité et des troubles mentaux sur les admissions fréquentes à l'urgence chez les adultes québécois.* https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2645_effet_multimorbidite_troubles_mentaux_urgence.pdf

98 INSPQ (2012). *Surveillance des troubles mentaux au Québec : prévalence, mortalité et profil d'utilisation des services.* https://mobile.inspq.qc.ca/pdf/publications/1578_SurvTroublesMentauxQc_PrevalMortaProfilUtiliServices.pdf

99 Journal de Québec (7 février 2022). *L'usage d'antidépresseurs est en forte hausse chez les jeunes.* https://www.journaldequebec.com/2022/02/07/lusage-dantidepresseurs-en-forte-hausse-chez-les-jeunes

et les filles de dix (10) ans. Les effets à long terme des antidépresseurs sur les cerveaux sont très peu connus, ce qui rend cette augmentation d'autant plus inquiétante. De plus, la consommation d'antidépresseurs a connu une hausse de 68% chez les adolescentes dans les cinq (5) dernières années[100].

En 2011, une personne sur sept assurée par le régime public d'assurance médicaments du Québec prenait des antidépresseurs[101]. Pourtant, dans bien des cas, une psychothérapie est à la fois plus efficace et moins dispendieuse qu'un traitement pharmacologique en considérant la diminution des risques de rechute ou de dégradation[102].

De plus, l'utilisation d'une médication psychostimulante comme le Ritalin est trois fois plus élevée chez les jeunes au Québec que dans le reste du Canada[103]. Les difficultés d'accès aux ressources appropriées et à une évaluation rigoureuse semblent souvent contribuer à la surconsommation de ce type de médicament. Les diagnostics de TDAH sont souvent donnés rapidement à l'aide de questionnaires. Toutefois, cette démarche est rarement suffisante pour poser un bon diagnostic puisque les comportements répertoriés dans les questionnaires sont non spécifiques. Ainsi, un jeune qui présente une problématique autre (telle que des symptômes dépressifs, de l'anxiété, des difficultés de sommeil, des difficultés d'adaptation en lien avec des stresseurs familiaux ou sociaux, etc.) obtiendra, dans la majorité des cas, des résultats significatifs à ces questionnaires. Il se verra trop souvent prescrire une médication au lieu d'autres types de services plus appropriés incluant la psychothérapie.

Une évaluation spécialisée et rigoureuse devrait être un prérequis afin de développer une compréhension clinique complète des enjeux sur le plan de la santé psychologique de la personne en considérant l'environnement dans lequel elle évolue et la présence de stresseurs (ex. conflit dans la famille, maladie, etc). La médication et/ou la psychothérapie ou d'autres types d'intervention (ex. coaching parental, psychoéducation) devraient être offertes en second lieu selon les conclusions de l'évaluation initiale. Malheureusement, le manque de ressources dans le réseau public compromet grandement ce processus.

Phénomène des portes tournantes

Les difficultés d'accès à la psychothérapie engendrent également un phénomène de porte tournante : des patients frappent à plusieurs portes sans avoir accès aux services dont ils ont vraiment besoin. Il en résulte une détérioration de leur état ainsi qu'un sentiment de découragement et de perte de confiance envers les services publics de santé. Des idées suicidaires peuvent même se développer suite à cette perte d'espoir, alors que la motivation au changement diminue puisque l'aide ne vient jamais. Il arrive même que des personnes se suicident alors

---

[100] Journal de Québec (23 septembre 2019). *Les jeunes filles accros aux antidépresseurs : la consommation d'antidépresseurs a augmenté de 68 % au cours des cinq dernières années.* https://www.journaldequebec.com/2019/09/23/forte-hausse-chez-les-jeunes-filles

[101] Conseil du médicament (2011). *Portrait de l'usage des antidépresseurs chez les adultes assurés par le régime public d'assurance médicaments du Québec.* https://numerique.banq.qc.ca/patrimoine/details/52327/2024132

[102] INESSS (2015). *Avis sur l'accès équitable aux services de psychothérapie*. http://www.santecom.qc.ca/Bibliothequevirtuelle/INESSS/9782550734628.pdf

[103] INESSS (septembre 2017), *Portrait de l'usage des médicaments spécifiques au trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) chez les Québécois de 25 ans et moins.* https://numerique.banq.qc.ca/patrimoine/details/52327/3109470

qu'elles sont sur des listes d'attente pour des services psychologiques. On ne peut négliger la gravité de la détresse que cause le sentiment d'être abandonné par le système. Enfin, on ne peut passer sous silence l'impact des problèmes de santé mentale sur les proches, qui en l'absence de services appropriés, se retrouvent coincés dans un rôle de soutien qui les épuisent et les mettent à risque d'eux-mêmes développer de la détresse psychologique.

Conséquences économiques

Sur le plan économique, les problèmes d'accès aux soins psychologiques se font également sentir. À la demande du cabinet du ministre Dubé, la Coalition des psychologues du réseau public québécois[104] a proposé un plan d'investissement pour embaucher des psychologues pour améliorer l'accès à la psychothérapie. Ce plan permettrait de réduire les frais d'hospitalisation en plus de contribuer à désengorger les urgences et les médecins. À titre d'exemple, actuellement au Québec, les frais annuels liés aux hospitalisations pour des troubles de santé mentale s'élèvent à 415,3 M$. Par ailleurs, jusqu'à 40% des visites médicales chez les médecins de famille sont liées à la santé mentale. Bien que l'accès aux services des psychologues ne puisse régler l'entièreté de la problématique, on estime qu'on pourrait économiser 383,6 M$ en coûts liés à la santé mentale annuellement (35,8 M$ d'économie en visites à l'urgence, 89,3 M$ d'économie en hospitalisations et 258,5 M$ d'économie en visite chez le ou la médecin de famille) en embauchant quatre cent cinquante (450) psychologues à temps plein avec un rattrapage salarial pour permettre le recrutement[105]. Cet investissement annuel de 155 M$ permettrait un retour sur investissement de 228 M$ par an. Ces calculs ne tiennent pas compte de l'impact économique des coûts indirects liés aux problèmes de santé mentale (tels que: les absences au travail, les coûts entraînés par le système judiciaire liés aux problèmes de santé mentale, les services de polices, l'impact de la santé psychologique sur de nombreuses maladies physiques, etc.), qui sont généralement estimés à quatre fois plus que les coûts directs. L'absence d'investissement actuel coûte donc cher aux Québécois.e.s, et ce depuis longtemps.

À titre d'exemple, au Québec, la consommation d'alcool et de drogues a engendré des pertes de productivité de l'ordre de 3.05 milliards de dollars en 2017[106]. Les coûts associés à la médication psychotrope ont été évalués à plus de 266 M$ en 2019[107]. Les coûts associés au suicide sont aussi très importants. Par exemple, en Australie, le coût économique des pertes en lien avec les suicides des jeunes est estimé à 511 M$ par année[108]. Basé sur ces données australiennes, les coûts annuels

---

104 Gauthier, K., Serra-Poirier, C., Marchica, L. & Scuccimarri, C. (2021). *Psychologues du réseau public : économies pour le Québec et désengorgement des urgences.* Mémoire de la Coalition des psychologues du réseau public québécois (CPRPQ) présenté au Gouvernement du Québec. https://www.coalitionpsy.org/_files/ugd/479504_c57fb2cdfe1e42278751fd45d6452a37.pdf

105 *Ibid*

106 Groupe de travail scientifique sur les coûts et les méfaits de l'usage de substances au Canada (2020). *Coûts et méfaits de l'usage de substances au Canada (2015-2017), préparé par l'Institut canadien de recherche sur l'usage de substances et le Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances, Ottawa (Ont.*), Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances. https://cemusc.ca/ressources/national/#:~:text=De%202015%20%C3%A0%202017%20%3A,environ%201%20258%20%24%20en%202017.

107 RAMQ (2019). Tableau AM.10. *Nombre d'ordonnances, leur coût brut et leur coût RAMQ selon les classes et sous-classes de médicaments les plus fréquentes et la catégorie de personnes assurées, par ordre décroissant du nombre d'ordonnances. Régime public d'assurance médicaments, Québec, 2019*. https://www4.prod.ramq.gouv.qc.ca/IST/CD/CDF_DifsnInfoStats/CDF1_CnsulInfoStatsCNC_iut/DifsnInfoStats.aspx?ETAPE_COUR=2 , repéré en ligne le 8 mars 2021.

108 Kinchin, I. & Doran, C.M. (2018). The cost of youth suicide in Australia*. International Journal of Environmental Research and Public Health*, *15*, 672. https://www.mdpi.com/1660-4601/15/4/672

des suicides pour les jeunes au Québec au prorata de la population pourraient être estimés à environ cent cinquante-huit (158) M$ par année (8,5 M$ pour le Québec versus 27,5 M$ pour l'Australie).

En conclusion, si l'objectif est de prioriser réellement la santé mentale des québécoises et des québécois, des changements majeurs devront avoir lieu dans le réseau public incluant l'amélioration de l'accès à la psychothérapie. En effet, la psychothérapie est souvent le traitement le plus efficace lorsque l'on tient compte de la prévention des rechutes et doit être privilégiée dans l'intervention auprès des personnes souffrants de problèmes de santé mentale. Bien que ce ne soit pas tous les patient.e.s qui aient besoin de psychothérapie, cette option ne doit pas être réservée uniquement en dernier recours ou après plusieurs mois d'attente au risque d'entraîner davantage de souffrance et de chronicisation. Ce type de services ne doit pas non plus être réservé seulement aux gens qui ont les moyens de consulter en privé ou dont les problématiques sont les plus légères, laissant pour compte les gens les plus vulnérables. Les difficultés d'accès à la psychothérapie sont lourdes de conséquence tant pour les individus en souffrance que pour l'ensemble de la société.

4. IMPACT DE LA PANDÉMIE SUR LA SANTÉ MENTALE

La crise de la COVID-19 est une crise sans précédent qui a mis en lumière des enjeux en santé mentale déjà bien présents avant la pandémie. Force est de constater que deux ans après le début de cette pandémie, l'état de notre système de santé mentale est dans une situation grave. D'après l'OMS, au cours de l'année 2020, la prévalence mondiale des troubles de santé mentale a augmenté de 25%[109]. Cette augmentation importante coïncide avec une baisse des services qui aboutit à d'importantes lacunes dans la prise en charge de ces patient.e.s.

Les données sont préoccupantes, notamment auprès des jeunes: « En Colombie-Britannique, 37 % de la population ont indiqué que leur santé mentale s'était détériorée depuis le début de la pandémie. À l'échelle nationale, cette proportion augmente auprès des jeunes de dix-huit (18) à vingt-quatre (24) ans, chez qui la santé mentale d'une personne sur deux s'est détériorée.[110]» Selon une étude de l'Université de Sherbrooke et du CIUSSS de l'Estrie sur la santé psychologique des jeunes de douze (12) à vingt-cinq (25) ans, au moins 50 % des jeunes interrogés de plus de seize (16) ans ont ainsi indiqué qu'ils présentaient des symptômes d'anxiété ou de dépression allant de modérés à sévères. Plus inquiétant encore, un jeune sur quatre a pensé qu'il serait mieux mort, ou a pensé à se faire du mal au cours des deux dernières semaines selon l'étude publiée en janvier 2021[111]. Alors que les demandes de services n'ont fait qu'augmenter pendant la pandémie, le réseau public n'a pas pu faire face à ces augmentations et les listes d'attentes n'ont fait qu'exploser. En avril 2022, 19 000 enfants et adultes figuraient sur les listes d'attentes, soit 20% de plus qu'à l'automne 2020[112].

Bien que le taux de suicide au Québec se stabilise depuis quelques années, on observe depuis la pandémie une hausse des hospitalisations pour tentative de suicide. Elles ont notamment augmenté de 23% entre 2019 et 2021 chez les adolescentes de quinze (15) à dix-neuf (19) ans. Pour ce même groupe, les visites aux urgences pour les idées suicidaires ont grimpé de 15%. Une augmentation similaire est observée chez les jeunes garçons de quatorze (14) à dix-neuf (19) ans[113]. Il est donc évident que la pandémie a engendré une augmentation de la souffrance parmi la population québécoise, et plus particulièrement chez les jeunes. De plus, entre 2019 et 2021, la consommation d'antidépresseurs a connu une hausse de 28% chez les enfants de quatorze (14) ans et moins selon les données de la RAMQ. Malheureusement, de telles prescriptions se font de plus en plus chez les enfants pour différents troubles incluant la dépression et l'anxiété, soit dans des cas plus sévères ou encore pour pallier à l'absence de suivis psychosociaux[114].

---

[109] Gray, B *et al.* (2022) *Mental Health and COVID-19: Early evidence of the pandemic's impact: Scientific brief, 2 March 2022*. https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Sci_Brief-Mental_health-2022.1

[110] Xenos, S (2021) *Les effets de la pandémie sur la santé mentale persistent, révèle un sondage.* Radio-Canada. https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1790060/sondage-sante-mentale-pandemie-covid-19-ubc

[111] Université de Sherbrooke (2022) *Enquête menée par l'Université de Sherbrooke et le CIUSSS de l'Estrie – CHUS sur la santé psychologique des 12 à 25 ans.* https://www.usherbrooke.ca/actualites/nouvelles/sante/details/46968

[112] Rémillard, D. (2022) *Santé mentale : 100 M$ plus tard, les listes d'attente toujours dans le rouge.* Radio-Canada. https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1875096/sante-mentale-enveloppe-100-millions-liste-attente-prive

[113] Institut national de santé public du Québec (2021) *La mortalité par suicide est stable, alors que les visites aux urgences bondissent* https://www.inspq.qc.ca/en/node/30877

[114] Dion-Viens, D. (2022) *L'usage d'antidépresseurs en forte hausse chez les jeunes.* Journal de Québec. https://www.journaldequebec.com/2022/02/07/lusage-dantidepresseurs-en-forte-hausse-chez-les-jeunes

Ce court survol montre bien que la pandémie a détérioré la santé mentale des québécois.e.s. et que le système québécois, déjà affaibli à cet égard, a été incapable de s'adapter afin d'offrir suffisamment de services à ceux et celles en ayant le besoin. Cette insuffisance de notre système face à un événement socio-sanitaire majeur devrait servir de signal d'alarme et renforce les constats de notre rapport : il y a urgence d'agir pour améliorer les soins en santé mentale.

CONCLUSION

Nos recherches nous ont permis de mettre en lumière les différents problèmes auxquels font face les québécois.e.s qui cherchent à avoir de l'aide pour des troubles de santé mentale. Les problèmes de santé mentale sont grandissants dans le monde entier, et le Québec ne fait pas exception. Les besoins sont criants.

Dans ce rapport, nous avons approfondi les différentes causes qui semblent contribuer aux problèmes d'accès aux soins en santé mentale. Notre modèle d'organisation de soins présente des lacunes importantes. Nous avons vu que le fonctionnement du PQPTM en lui-même soulève de multiples questions qui se doivent d'être adressées. De plus, des problèmes d'accessibilité à la première ligne viennent teinter la trajectoire de soin, notamment de par le système de référencement complexe et par les profondes mutations répétitives qui viennent fragiliser le système. Les soins en santé mentale sont chroniquement sous-financés, marqués par leur historique de mise à l'écart. Leur financement est constamment grugé, au fil des réformes, s'inscrivant dans un désinvestissement néolibéral des services publics. Cela engendre un coût sociétal qu'on ne peut ignorer, en plus de pressuriser le système, augmentant davantage les demandes. Finalement, l'accès à la psychothérapie dans le système public est déficitaire, causé entre autres par un exode des psychologues vers le privé où les conditions de travail sont plus avantageuses. Comme il a été discuté, les risques de sous-traiter au privé sont multiples. La solution passe par la revalorisation de la profession dans le réseau public.

En filigrane de plusieurs enjeux soulevés, nous relevons la privatisation passive du système de santé qui, en confiant au privé une grande partie des soins en santé mentale, en limite l'accès au plus grand nombre. Bien que ce portrait puisse sembler sombre, nous tenons à souligner les différentes initiatives québécoises dans les dernières années qui font de l'accès aux soins en santé mentale un enjeu incontournable. Nous pensons à plusieurs organismes communautaires et à des regroupements de professionnel.e.s, entre autres, qui portent le flambeau de cette lutte.

MQRP répète depuis des années que nos soins de santé seront plus justes et de meilleure qualité s'ils sont publics. Les soins en santé mentale ne font pas exception. Nous continuerons de militer pour que commence au Québec, dès maintenant, une refonte majeure des soins en santé mentale qui revalorise et s'appuie sur le caractère public du système de santé, dans une perspective multidisciplinaire et inclusive. Nos recommandations sont des pistes de réflexions concrètes pour entamer ces changements, et elles ont comme objectif d'appeler à la mobilisation citoyenne et politique.

RECOMMANDATIONS EN UN COUP D'OEIL

1. Faire des soins pour les troubles de santé mentale au Québec une réelle priorité dans le système de santé, étant donné l'étendue et les conséquences systémiques de ces troubles.

2. Revoir le plan d'action interministériel d'action en santé mentale 2022-2026 afin de bonifier l'enveloppe pour les soins en troubles de santé mentale, et offrir un financement soutenu dans le futur en se basant sur la prévalence de troubles de santé mentale dans la population.

3. Étendre le régime d'assurance-maladie pour couvrir les services offerts par les psychologues et les psychothérapeutes, afin que ces services soient couverts sous le régime public et ainsi assurer un accès universel, équitable et gratuit.

4. Revaloriser l'importance et la pertinence des soins en première ligne pour les troubles de santé mentale, notamment en :
    a. Offrant une éducation de qualité dans le cursus des sciences de la santé sur les troubles de la santé mentale ;
    b. Décentrant la porte d'entrée des soins de première ligne, qui actuellement gravite autour des médecins. Ainsi, d'autres professionnel.le.s peuvent déterminer quel est le service le plus adéquat pour les patient.e.s ;
    c. Favorisant la décentralisation des soins, en misant notamment sur l'expertise des soignant.e.s dans les communautés, qui sont mieux outillé.e.s pour connaître les besoins de leur population.

5. S'attarder aux problèmes structurels présents sous le PQPTM en :
    a. S'assurant que les patient.e.s ont vraiment accès aux services dont ils/elles ont besoin et ne sont pas redirigé.e.s vers d'autres services de plus faible intensité parce qu'ils sont les seuls disponibles (exemple auto-soins, groupes psychoéducatifs, etc) ;
    b. S'assurant que les autosoins et les groupes psychoéducatifs ne soient pas comptabilisés comme des services qui répondent aux besoins sur les listes d'attente mais les considérer comme des services reçus en attendant d'obtenir le service nécessaire ;
    c. S'assurant que les groupes psychoéducatifs aient une organisation plus flexible (en gardant par exemple les groupes ouverts et non obligatoires), permettrait un accès aux services plus fluide et éviterait les dépenses administratives découlant d'une logistique trop lourde (organisation des groupes, groupes qui cessent en raison d'un manque de participants, etc) ;
    d. Faisant davantage d'études d'impact sur les conséquences des changements structurels dans les soins en santé mentale au Québec.

6. Mettre en place les moyens nécessaires pour améliorer les conditions de travail des psychologues dans le réseau public, notamment en diminuant l'écart salarial entre le secteur privé et le réseau public afin que les psychologues choisissent de travailler dans le réseau public.

7. Améliorer l'autonomie professionnelle des psychologues et des autres intervenant.e.s dans le réseau public, notamment en :
    a. Leur permettant de déterminer la durée des suivis et le type d'intervention selon les besoins de leurs patients ;
    b. N'imposant pas le monitorage en continue qui ajoute un fardeau administratif pour les intervenant.e.s et peut nuire à l'alliance thérapeutique ;
    c. Soutenant le travail en interdisciplinarité tout en respectant les rôles distincts de chaque intervenant.e. Les différent.e.s intervenant.e.s ne sont pas interchangeables.

8. Revaloriser et financer adéquatement les organismes communautaires qui offrent des soins en santé mentale.
    a. Étudier davantage l'impact du manque d'accès aux soins en santé mentale sur les populations marginalisées et encourager un financement direct aux organismes qui mettent de l'avant leurs besoins.

9. Sensibiliser la population aux troubles de santé mentale, en visant notamment un éloignement de la dichotomie « santé physique versus santé mentale », qui participe entre autre à la marginalisation des troubles en santé mentale.