



AUTO-PSY

Région de la Capitale-Nationale

Groupe d'action communautaire autonome
de promotion et de défense individuelle et
collective des droits en santé mentale

Mémoire de Auto-Psy, région de la Capitale-Nationale

**Présenté dans le cadre de la consultation
nationale québécoise «Vers une vision
renouvelée, intégrée et cohérente en
matière de santé mentale, itinérance et
dépendance»**

Déposé le 6 juin 2026

Le présent mémoire peut être diffusé au public.

Table des matières

Sommaire exécutif	3
Préambule solidaire	5
A. Présentation d'Auto-Psy, région de la Capitale-Nationale	7
B. Positionnement général : droits, justice sociale et déterminants sociaux	9
C. Appui au RRASMQ et principes d'analyse retenus	13
D. Enjeux transversaux et recommandations thématiques	
D.1 Conditions de vie, pauvreté, logement et déterminants sociaux	14
D.2 Handicap psychosocial, limitations fonctionnelles et modèle fondé sur les droits	17
D.3 Accès aux services publics, professionnels pertinents et continuité des soins	20
D.4 Alliance thérapeutique, sanisme, qualité clinique et parole des personnes concernées	23
D.5 Droits, accès à la justice, coercition et protection contre la judiciarisation évitable	26
D.6 Emploi, occupations significatives et risques psychosociaux	29
D.7 Populations spécifiques, approche intersectionnelle et équité réelle.....	31
E. Enjeux régionaux propres à la Capitale-Nationale	33
F. Gouvernance, financement et partenariat avec le communautaire autonome	35
G. Synthèse des recommandations propres à Auto-Psy.....	38
H. Conclusion.....	46
Principales références et sources mobilisées	49

Sommaire exécutif

Auto-Psy, région de la Capitale-Nationale, appuie les constats et recommandations portés collectivement par le RRASMQ. Le présent mémoire les complète à partir de l'expérience régionale d'Auto-Psy, de sa mission de promotion et de défense individuelle et collective des droits en santé mentale, ainsi que d'une littérature critique portant sur les déterminants sociaux, le handicap psychosocial, le sanisme, la coercition, l'accès aux droits, l'emploi, l'intersectionnalité et le rôle du communautaire autonome.

Le mémoire soutient qu'une vision renouvelée en santé mentale, itinérance et dépendance ne peut pas se limiter à mieux coordonner les services existants. Elle doit également transformer les conditions sociales, économiques, administratives et institutionnelles qui produisent ou aggravent la détresse : pauvreté, isolement, insécurité résidentielle, précarité d'emploi, stigmatisation, discrimination, ruptures de services, obstacles administratifs, exclusion numérique et recours disproportionné à la coercition.

Le fil directeur du mémoire est le suivant : les personnes ayant ou étant perçues comme ayant un enjeu de santé mentale doivent être reconnues comme des sujets de droits, des citoyennes à part entière et des expertes de leur expérience. Elles ne doivent pas être réduites à un diagnostic, à une trajectoire administrative, à un risque à gérer ou à une responsabilité individuelle de s'adapter à des environnements qui les excluent ou les handicapent.

Recommandations phares

- Reconnaître les déterminants sociaux de la santé mentale et rompre avec la responsabilisation individuelle de la détresse sociale.
- Reconnaître explicitement le handicap psychique ou psychosocial et garantir l'accès à des évaluations fonctionnelles.
- Réduire la violence bureaucratique et garantir un accès humain, accompagné et non numérique aux droits et services.
- Renforcer les services publics de proximité, la continuité des suivis, l'interdisciplinarité et la qualité relationnelle.
- Former le réseau, les acteurs judiciaires et les décideurs au sanisme, à l'ombrage diagnostique et aux biais affectant la crédibilité des personnes concernées.
- Faire de la coercition un véritable dernier recours et financer des alternatives communautaires, mobiles et non coercitives à la crise.

- Bonifier les mesures d'accès et de maintien en emploi, notamment le Contrat d'intégration au travail (CIT) ou le Programme intégré de soutien en emploi (PISE).¹
- Créer des postes d'experts en soutien clinique pour les populations spécifiques, notamment diversité sexuelle et de genre, santé mentale des hommes, réalités autochtones, personnes immigrantes ou racisées, neurodivergence et handicap psychosocial.
- Intégrer le principe de non-régression des droits économiques, sociaux et culturels dans la future politique en santé mentale.
- Reconnaître le communautaire autonome comme partenaire critique et rehausser substantiellement son financement à la mission.

¹ <https://www.quebec.ca/personnes-handicapees/emploi-travail-adapte/contrat-integration-travail>
<https://croissancetravail.com/nouvelle/le-programme-integre-de-soutien-en-emploi-pise>

Préambule solidaire²

Nous saluons la volonté du gouvernement du Québec de renouveler ses orientations en matière de santé mentale, d'itinérance et de dépendance dans une perspective de concertation, de cohérence et d'intégration des réponses aux besoins de la population. Les enjeux visés sont indéniablement interreliés et traversent les réalités communautaires de manière complexe. Ils exigent des actions coordonnées, durables et ancrées dans les réalités vécues par les personnes concernées.

Nous reconnaissons également la pertinence d'une approche interministérielle et intersectorielle permettant de mieux tenir compte des déterminants sociaux de la santé et des multiples dimensions qui influencent les trajectoires de vie : logement, revenu, accès aux soins et aux services, éducation, justice, employabilité, sécurité, inclusion sociale et participation citoyenne.

Toutefois, la volonté d'intégration ne doit pas conduire à l'effacement des spécificités propres à chacun des secteurs. Une approche intégrée comporte des risques importants : invisibilisation de certains enjeux particuliers, mise en concurrence des organismes de différents secteurs pour de mêmes enveloppes, dilution de l'expertise développée dans les milieux spécialisés, perte de capacité d'agir adaptée aux réalités et au rythme des personnes concernées et éloignement des réponses de proximité construites au fil des années.

Nous voulons également souligner que l'intégration des politiques et des services ne peut se traduire par une centralisation accrue ou par une multiplication des mécanismes administratifs et redditionnels. Dans un contexte où les ressources sont déjà fortement sollicitées, l'alourdissement de la bureaucratie risque de détourner temps, énergie et financement des interventions directes auprès des personnes. La cohérence des actions gouvernementales doit plutôt favoriser la complémentarité des expertises, la souplesse des pratiques, l'autonomie des milieux et la capacité d'innovation.

Nous croyons qu'une vision renouvelée doit reposer sur un équilibre clair entre intégration et reconnaissance des spécificités. Elle doit permettre de mieux arrimer

² Ce préambule a été rédigé par plusieurs organisations nationales des secteurs de l'itinérance, de la dépendance et de la santé mentale, dans l'objectif de nommer certains positionnements communs. Les organisations ayant participé sont les suivantes: l'Association pour la santé publique du Québec (ASPQ), l'Association québécoise des centres d'intervention en dépendances (AQCID), l'Association des intervenant.es en dépendance du Québec (AIDQ), le Réseau Solidarité Itinérance du Québec (RSIQ), le Réseau d'aide aux personnes seules et itinérantes de Montréal (RAPSIM), l'Association des groupes d'intervention en défense des droits en santé mentale du Québec (AGIDD-SMQ), le Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec (RRASMQ), et le Réseau communautaire en santé mentale (COSME).

les actions sans homogénéiser les réalités, soutenir les collaborations sans affaiblir les expertises sectorielles et renforcer les parcours de services sans complexifier davantage l'accès pour les personnes.

Enfin, toute orientation future devra s'appuyer sur la participation significative des personnes directement concernées, de leurs proches, des organismes communautaires, des partenaires institutionnels et des acteurs régionaux. Les réponses aux enjeux de santé mentale, d'itinérance et de dépendance ne pourront être pertinentes, humaines et efficaces que si elles demeurent enracinées dans les réalités du terrain et sensibles à la diversité des parcours, des territoires et des populations.

C'est dans cet esprit que nous présentons nos constats, préoccupations et recommandations spécifiques.

A. Présentation d'Auto-Psy, région de la Capitale-Nationale

Auto-Psy, région de la Capitale-Nationale, est un organisme à but non lucratif (OBNL) et un groupe d'action communautaire autonome de promotion et de défense individuelle et collective des droits en santé mentale. Auto-Psy poursuit, depuis sa création en 1990, une mission de promotion et de défense des droits en santé mentale. Sa mission s'adresse à toute personne qui cherche individuellement et collectivement à faire reconnaître et pouvoir exercer ses droits, dans la pleine reconnaissance de son droit à l'intégrité et de son statut de citoyenne à part entière ainsi que ceux qui lui sont reconnus, en tant qu'utilisatrice de services, par diverses lois en matière de santé et de services sociaux, notamment celui à l'accès à des ressources diversifiées et de qualité favorisant son bien-être sur tous les plans, social et économique, ainsi que celui de la collectivité. Les démarches, activités ou modalités d'engagement proposées par le groupe s'appuient sur des principes et des valeurs d'équité, de solidarité et de justice sociale et visent à permettre aux personnes concernées l'appropriation du pouvoir sur leur vie dans la reconnaissance de leur potentialité et de leurs aspirations.

Chaque année, nous menons les activités suivantes :

1. Aider et accompagner les personnes à titre de citoyennes directement concernées en tant qu'utilisatrices de services de santé mentale dans leurs démarches d'exercice de leurs droits et recours.
2. Susciter et encourager le développement de ressources accessibles, diversifiées, de qualité et des pratiques favorisant le rétablissement et une meilleure qualité de vie sur tous les plans des personnes à titre de citoyennes directement concernées en tant qu'utilisatrices de services de santé mentale.
3. Favoriser l'appropriation du pouvoir individuel et collectif des personnes à titre de citoyennes directement concernées en tant qu'utilisatrices de services de santé mentale.
4. Sensibiliser la population au vécu des personnes citoyennes directement concernées en tant qu'utilisatrices de services de santé mentale.
5. Agir comme porte-parole des personnes directement concernées en tant qu'utilisatrices de services de santé mentale dans le milieu et auprès des autorités concernées.
6. Regrouper les personnes citoyennes concernées par la mission que ce soit à titre d'utilisatrices de services de santé mentale ou de sympathisantes.

Selon les données de notre plus récent rapport annuel, nous estimons qu'environ 134 personnes, membres ou non de l'organisme, ont fréquenté nos activités et ce nombre augmente d'année en année.

Notre organisme est également membre du RRASMQ, tout comme 90 organismes qui s'identifient et adhèrent à une philosophie alternative en santé mentale. Cette approche se caractérise par une façon «autre» d'accueillir la souffrance et de considérer les problèmes de santé mentale, une approche globale et respectueuse de la personne, des pratiques favorisant l'appropriation du pouvoir, la participation et l'entraide.

Notre démarche

Le présent mémoire est présenté dans le cadre de la consultation portant sur une vision renouvelée, intégrée et cohérente en matière de santé mentale, d'itinérance et de dépendance. Il vise à compléter la contribution collective du RRASMQ à partir de l'expérience régionale d'Auto-Psy, des réalités propres à la Capitale-Nationale et des préoccupations particulières liées au handicap psychosocial, aux déterminants sociaux, à l'accès aux droits, à la coercition, à l'emploi, à l'intersectionnalité et à la gouvernance du réseau.

Le mémoire s'appuie sur trois sources principales : l'expérience de terrain d'Auto-Psy et des personnes concernées; les constats et recommandations portés collectivement par le mouvement communautaire autonome en santé mentale; et une littérature scientifique critique provenant notamment de la sociologie, du droit, du travail social, de l'ergothérapie, de la psychologie critique, des études sur le handicap, des [Mad Studies](#) et des travaux sur le sanisme.

Auto-Psy ne prétend pas couvrir l'ensemble des enjeux en santé mentale, itinérance et dépendance. Le mémoire insiste plutôt sur les conditions qui permettent aux droits d'être effectifs : services publics accessibles, reconnaissance du handicap psychosocial, lutte contre le sanisme, alternatives à la coercition, accès à la justice, soutien aux occupations significatives, équité réelle et financement adéquat du communautaire autonome.

B. Positionnement général : droits, justice sociale et déterminants sociaux

À l'instar du RRASMQ, Auto-Psy accueille favorablement l'intention gouvernementale de développer une vision renouvelée, intégrée et cohérente en matière de santé mentale, d'itinérance et de dépendance. Les personnes concernées ne vivent pas leurs difficultés en silos administratifs. Une même personne peut être confrontée à la détresse psychologique, à la pauvreté, à l'isolement, à l'insécurité résidentielle, à la discrimination, à la judiciarisation, à des difficultés d'emploi, à des obstacles administratifs et à l'absence de services adaptés.

Toutefois, Auto-Psy estime qu'une vision réellement renouvelée ne peut pas se limiter à mieux coordonner les services existants. Elle doit aussi interroger les conditions sociales, économiques, politiques et institutionnelles qui produisent ou aggravent la détresse. La santé mentale ne doit pas être comprise uniquement comme une question de diagnostic, de traitement, de comportement individuel ou d'accès à une intervention clinique. Elle doit être située dans les conditions concrètes de vie des personnes.

«Anything that focuses solely on the individual, and which relies on changing an individual's behaviour rather than their environment and life circumstances, offers limited options and opportunities to address mental health in meaningful ways.³»

Plusieurs travaux critiques soulignent que les logiques néolibérales tendent à individualiser les problèmes sociaux, à responsabiliser les personnes pour leur détresse, à médicaliser des souffrances liées aux conditions de vie, et à transformer le bien-être en objet de consommation, de performance ou d'adaptation individuelle⁴. Esposito et Perez⁵ soutiennent que le néolibéralisme favorise un système dans lequel les soins de santé deviennent une marchandise plutôt qu'un droit. Roberts⁶ propose pour sa part de comprendre la mondialisation néolibérale comme un déterminant structurel de la santé mentale, agissant à la fois

³ Smith, S. (2022). Neoliberalism and Mental Health Care in Ontario: A Critique of Internet-Based Cognitive Behavioural Therapy. *Canadian Journal of Disability Studies*, 11(1), 1–25.

<https://doi.org/10.15353/cjds.v11i1.849>

⁴ Cosgrove, L., & Karter, J. M. (2018). The poison in the cure: Neoliberalism and contemporary movements in mental health. *Theory & Psychology*, 28(5), 669-683

<https://doi.org/10.1177/0959354318796307>

⁵ Esposito, L. et Perez, F. (2014). Neoliberalism and the commodification of mental health. *Humanity & Society*, 38(4), 414-442 <https://doi.org/10.1177/0160597614544958>

⁶ Roberts, M. T. (2021). Globalization and Neoliberalism: Structural Determinants of Global Mental Health? *Humanity & Society*, 45(4), 471-508 <https://doi.org/10.1177/0160597620951949>

sur les conditions matérielles, les valeurs sociales et les formes dominantes de psychiatrie.

«To summarize, under a neoliberal model of governance for mental health care, behaviours that “deviate from what the market defines as functional, productive, or desirable” become pathologized and subject to discourses of individual responsibility and recovery (Esposito and Perez). Propped up by the medical model of mental illness, neoliberal forms of governance shape ideas of normalcy through the maintenance of individualizing social, political, and economic systems (Esposito and Perez), including but not limited to managerialism and capitalism. When these systems are taken as the natural order of things, and without a broader examination of the social, political, and economic factors that contribute to emotional distress, individuals become minds to be managed rather than people living under complex structural inequalities. This then leads us into dangerous territory wherein madness comes to be increasingly defined as deviant and problematic, meaning that Mad people are more likely to be exposed to psychiatric harm.⁷»

Cette critique est particulièrement importante pour une politique publique en santé mentale. Une approche qui insiste surtout sur la résilience, l'autogestion, la motivation, l'adaptation ou le retour rapide au fonctionnement risque de déplacer vers les individus la responsabilité de problèmes qui relèvent aussi du logement, du revenu, de l'organisation du travail, de l'accès aux services publics, de l'isolement social, de la discrimination et des inégalités.

Auto-Psy considère que cette tendance doit être explicitement évitée. Les personnes ayant ou étant perçues comme ayant un enjeu de santé mentale ne doivent pas être invitées à devenir simplement plus productives, plus performantes, plus résilientes ou plus capables de naviguer seules dans des systèmes complexes. Elles doivent pouvoir compter sur des conditions de vie dignes, des services accessibles, des droits effectifs, des accommodements réels, des environnements inclusifs et des formes de soutien qui respectent leur rythme, leur autonomie et leur dignité.

⁷ Smith, S. (2022). Neoliberalism and Mental Health Care in Ontario: A Critique of Internet-Based Cognitive Behavioural Therapy. *Canadian Journal of Disability Studies*, 11(1), 1–25.
<https://doi.org/10.15353/cjds.v11i1.849>

Les effets du néolibéralisme ne sont pas seulement économiques ou administratifs. Ils touchent aussi les liens sociaux. Becker, Hartwich et Haslam montrent que l'idéologie néolibérale peut réduire le bien-être en favorisant la compétition, la déconnexion sociale et la solitude. Cette idée rejoint directement les préoccupations d'Auto-Psy : la santé mentale ne peut pas être séparée de l'appartenance, de la solidarité, de la reconnaissance, de la participation sociale et du sentiment d'être soutenu par une communauté.

«Our goal in this paper has been to provide a preliminary exploration of the impact of neoliberalism on individuals' health and well-being. Despite suggestions that this political philosophy might promote individual well-being because it encourages people to strive for personal growth, we found that it actually appears to be harmful to health because it can create a sense of being disconnected from others, as well as being in competition with them, in ways that feed feelings of loneliness and social isolation.⁸»

Une vision renouvelée devrait donc rompre avec une conception étroite de la santé mentale comme simple capacité individuelle à fonctionner malgré l'adversité. Elle devrait plutôt reconnaître que le mieux-être psychologique dépend aussi de la qualité des liens sociaux, de la sécurité matérielle, de la possibilité de contribuer à la société, de l'accès à des occupations significatives, de la protection contre la discrimination et de la capacité réelle d'exercer ses droits.

Cette perspective exige aussi de reconnaître le handicap psychique ou psychosocial. Pour Auto-Psy, cette notion permet de dépasser une lecture strictement médicale des difficultés. Elle met en lumière l'interaction entre certaines limitations psychiques, cognitives, émotionnelles ou relationnelles et des environnements sociaux qui ne sont pas adaptés. Une personne peut être empêchée de participer pleinement à la société non seulement par ses symptômes, mais aussi par la pauvreté, la complexité administrative, les exigences de productivité, les préjugés, l'absence d'accommodements, l'instabilité du logement ou l'inaccessibilité des services.

Auto-Psy rappelle enfin que le Canada est partie au *Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels*. Auto-Psy rappelle par le fait même que le Québec s'est formellement engagé à respecter cet important traité international⁹. Une vision renouvelée en santé mentale devrait donc s'inscrire dans une logique de

⁸ Becker, J.C., Hartwich, L. and Haslam, S.A. (2021), Neoliberalism can reduce well-being by promoting a sense of social disconnection, competition, and loneliness. *Br J Soc Psychol*, 60: 947-965. <https://doi.org/10.1111/bjso.12438>

⁹ <https://mrif.gouv.qc.ca/Document/Engagements/1976-C01.pdf>

réalisation progressive des droits économiques, sociaux et culturels¹⁰, de non-discrimination, de protection des personnes vulnérabilisées et de non-régression. Dans le contexte de la santé mentale, cela signifie que les compressions, fermetures, transformations, réductions de services ou transferts de responsabilités vers le communautaire ne devraient jamais être traités comme de simples décisions administratives. Ils doivent être évalués à la lumière de leurs effets sur les droits, la continuité des suivis, l'accès réel aux services, le logement, la coercition, l'itinérance, l'accès à la justice et la dignité des personnes concernées.

«Les failles dans le continuum de soins et de services en santé mentale peuvent de surcroît entraîner, comme l'indique le Vérificateur général dans son rapport, des agissements criminels, l'itinérance et la dépendance aux drogues ou à l'alcool. En plus d'avoir un impact sur l'ensemble de la communauté, ces situations engendrent des coûts pour la société. (...)

Lorsque les personnes atteintes d'un trouble mental ne peuvent accéder à des services, qu'elles sont prises en charge tardivement ou qu'elles n'obtiennent pas un traitement approprié, ce sont tous les coûts sociétaux qui augmentent inutilement.¹¹»

En somme, Auto-Psy invite le gouvernement à adopter une vision fondée sur les droits humains, la justice sociale, la participation citoyenne, la reconnaissance du handicap psychosocial, la lutte contre le sanisme et la transformation des conditions de vie. Une politique renouvelée ne devrait pas seulement chercher à mieux gérer la détresse. Elle devrait aussi réduire les injustices qui la produisent, la prolongent ou l'aggravent.

¹⁰ Par. 12(1) : «Les États parties au présent Pacte reconnaissent le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle soit capable d'atteindre.»

¹¹ Commissaire au développement durable, Santé mentale : efficacité du continuum de soins et de services pour les usagers ayant des troubles mentaux graves, Observations complémentaires, mai 2023, p.8, en ligne : https://www.vgq.qc.ca/Fichiers/Publications/rapport-annuel/203/vgq_cdd_sante-mentale_mai2023_web_vf.pdf

C. Appui au RRASMQ et principes d'analyse retenus

Auto-Psy appuie les constats et les recommandations formulés par le RRASMQ. Le présent mémoire vise à les prolonger, non à les remplacer. Il s'inscrit dans une démarche de solidarité avec les organismes communautaires autonomes en santé mentale, tout en mettant en évidence certains enjeux qui méritent un approfondissement particulier dans la Capitale-Nationale.

L'analyse retenue par Auto-Psy pour la rédaction du présent mémoire repose sur quelques principes transversaux. Premièrement, la santé mentale doit être comprise à partir des déterminants sociaux et des conditions de vie. Deuxièmement, les personnes concernées doivent être reconnues comme des sujets de droits, des expertes de leur expérience et des actrices de la transformation des services. Troisièmement, les politiques publiques doivent être évaluées selon leurs effets vécus, et non seulement selon leurs résultats administratifs. Quatrièmement, les services doivent être accessibles, continus, humains, interdisciplinaires et respectueux des droits. Cinquièmement, le communautaire autonome doit demeurer un espace critique, démocratique et financé à la mission.

Le mémoire accorde une attention particulière aux enjeux qui risquent d'être invisibilisés dans une politique trop centrée sur la coordination administrative : violence bureaucratique, non-régression des droits, sanisme, ombrage diagnostique, coercition cachée, obstacles à l'aide juridique, confidentialité, discrimination numérique, santé mentale des hommes, réalités LGBTQ+, réalités autochtones, handicap psychosocial, accès aux occupations significatives, etc.

D. Enjeux transversaux et recommandations thématiques

D.1 Conditions de vie, pauvreté, logement et déterminants sociaux

«Une stratégie gouvernementale intégrée et cohérente pour améliorer la santé mentale de la population impliquerait donc de non seulement offrir plus de soins curatifs à la population, mais également d'agir en amont sur les causes des problèmes de santé mentale.¹²»

Auto-Psy considère que toute vision renouvelée en santé mentale doit partir d'un constat simple : les personnes ne vivent pas leur santé mentale en dehors de leurs conditions de vie. Le revenu, le logement, l'alimentation, le transport, l'emploi, l'accès aux services publics, les liens sociaux, la sécurité, la reconnaissance, l'accès à la justice et la possibilité de participer à la société influencent directement la détresse, le rétablissement et la qualité de vie.

Une politique publique qui traite la santé mentale principalement comme une question de diagnostic, de traitement ou de comportement individuel demeure insuffisante. Elle risque de demander aux personnes de mieux gérer leur détresse sans transformer les conditions qui la produisent ou l'aggravent. Pour Auto-Psy, la santé mentale doit donc être comprise dans ses dimensions sociales, économiques, relationnelles, juridiques et politiques.

Le logement constitue un déterminant central¹³. Une personne ne peut pas réellement se rétablir, se reposer, organiser ses soins, maintenir ses liens sociaux ou participer à la société si elle vit dans l'insécurité résidentielle, dans un logement insalubre, dans une ressource temporaire inadéquate ou avec la peur constante de perdre son toit. L'accès à un logement stable, abordable, sécuritaire et accompagné lorsque nécessaire devrait être reconnu comme une condition de base de la santé mentale.

La pauvreté produit aussi une surcharge permanente. Elle oblige les personnes à consacrer une grande partie de leur énergie à survivre : payer le loyer, trouver de la nourriture, gérer les dettes, remplir des formulaires, se déplacer, obtenir des documents, demander de l'aide, éviter les coupures de services, expliquer sa situation et recommencer les mêmes démarches auprès de plusieurs institutions.

¹² Couturier, E.-L. (2023). Diagnostic de la crise en santé mentale au Québec et ses remèdes. Institut de recherche et d'informations socioéconomiques, p. 8, en ligne : <https://iris-recherche.qc.ca/wp-content/uploads/2023/10/2023-10-Sante-mentale-WEB.pdf>

¹³ Vérificateur général du Québec, Santé mentale : efficacité du continuum de soins et de services pour les usagers ayant des troubles mentaux graves, Audit de performance, mai 2023, p.19-23, en ligne : https://www.vgq.qc.ca/Fichiers/Publications/rapport-annuel/203/04_vgq_ch4_mai2023_web_vf.pdf

Cette charge est particulièrement lourde pour les personnes vivant avec un handicap psychosocial, dont l'énergie, la concentration, la tolérance au stress ou la capacité d'organisation peuvent déjà être limitées.

Par ailleurs, la question des déterminants sociaux ne peut être pleinement saisie sans aborder la crise de l'insécurité alimentaire, une réalité qui exacerbe de manière alarmante le handicap psychosocial de nos membres. La communauté scientifique a récemment mis en lumière le champ de la « psychiatrie nutritionnelle », démontrant sans équivoque que la qualité de l'alimentation, via l'axe intestin-cerveau et la régulation de la neuro-inflammation, influence directement la prévention des crises, de la dépression et de l'anxiété. Le 20 mai 2026, lors d'un dîner-causerie organisé chez Auto-Psy intitulé "Les 6 piliers de la *nutrition psychiatry* : Manger santé cassé!!", les personnes concernées ont témoigné avec force de la détresse aiguë générée par la flambée du coût des aliments. Si la science nous enjoint de consommer des aliments frais pour protéger notre santé mentale, l'insuffisance flagrante des prestations sociales et l'inflation rendent cette injonction paradoxale et cruelle. Exiger des personnes en situation de pauvreté qu'elles se rétablissent psychologiquement tout en les condamnant financièrement à la consommation de produits ultra-transformés ou à la fréquentation des banques alimentaires relève du piège néolibéral et d'une profonde violence bureaucratique. Une vision renouvelée en santé mentale doit par conséquent cesser d'individualiser la responsabilité de la nutrition. L'accès à une alimentation permettant de maintenir la santé neurobiologique n'est pas un simple choix de consommation, mais un droit humain fondamental et un préalable incontournable à tout processus de rétablissement.

Il faut reconnaître le travail invisible de santé accompli quotidiennement par les personnes elles-mêmes. Des recherches sur l'expérience vécue du rétablissement montrent que les personnes vivant avec des enjeux de santé mentale réalisent un travail constant pour maintenir leur bien-être, préserver leur dignité, chercher du soutien, composer avec les déterminants sociaux et survivre dans des conditions souvent précaires. Ce travail de santé est rarement reconnu par les services, qui valorisent plus facilement l'autonomie, l'espoir, l'empowerment ou l'autogestion sans toujours tenir compte des conditions matérielles qui rendent ces objectifs possibles ou impossibles.

Les obstacles administratifs doivent aussi être reconnus comme des déterminants de santé mentale. Pour plusieurs personnes, les formulaires, les appels téléphoniques, les plateformes numériques, les critères d'admissibilité, les demandes de preuves, les délais, les refus, les révisions et les renvois d'un service à l'autre deviennent une source importante de détresse. Ces obstacles ne sont pas

de simples irritants. Ils peuvent empêcher l'accès au revenu, au logement, aux soins, aux services, aux accommodements et aux droits.

La notion de violence bureaucratique lente permet de nommer cette réalité. Des travaux sur l'austérité et le handicap montrent que la bureaucratie peut isoler, déshumaniser et décourager les personnes handicapées, tout en donnant à des choix politiques une apparence technique, neutre ou administrative. Cette violence n'est pas toujours spectaculaire, mais elle agit dans les pratiques ordinaires : paperasse, décisions opaques, inaction, exclusions, demandes répétées de preuve et réduction des personnes à des mesures administratives.

Cette réalité est encore plus forte lorsque la personne vit aussi des barrières linguistiques, culturelles ou migratoires. Les barrières linguistiques peuvent produire du silence, de la déshumanisation et une perte concrète de citoyenneté sociale lorsque les personnes doivent réclamer elles-mêmes des services d'interprétation ou d'accompagnement alors qu'elles sont précisément fragilisées dans leur capacité de revendication.

La transformation numérique doit faire l'objet d'une vigilance particulière. Les services en ligne peuvent simplifier certaines démarches pour certaines personnes, mais ils peuvent aussi exclure les personnes pauvres, isolées, âgées, handicapées, allophones, sans domicile stable ou sans accès à un espace privé. Les technologies peuvent même reproduire ou renforcer les inégalités lorsque des systèmes automatisés deviennent des portes d'entrée vers le logement, le crédit, l'éducation, l'emploi ou les services.

Une vision renouvelée doit donc refuser de transférer vers les personnes vulnérabilisées la responsabilité de naviguer seules dans des systèmes de plus en plus complexes. Elle doit plutôt simplifier les démarches, offrir de l'accompagnement humain, garantir des alternatives non numériques, financer les organismes de défense des droits et reconnaître que l'accès aux services est réel seulement lorsque la personne peut effectivement les utiliser.

D.2 Handicap psychosocial, limitations fonctionnelles et modèle fondé sur les droits

Auto-Psy considère que les prochaines orientations gouvernementales doivent reconnaître explicitement le handicap psychique ou psychosocial. Cette reconnaissance est essentielle pour éviter que les difficultés vécues par les personnes soient réduites à un diagnostic, à des symptômes ou à une responsabilité individuelle.

Le handicap psychosocial ne désigne pas simplement le fait d'avoir un trouble mental. Il renvoie plutôt à l'interaction entre certaines limitations psychiques, cognitives, émotionnelles, relationnelles ou organisationnelles et des environnements sociaux, administratifs, professionnels ou institutionnels qui ne sont pas adaptés. Une personne peut donc être handicapée non seulement par son état de santé, mais aussi par la pauvreté, l'isolement, la stigmatisation, la complexité administrative, les exigences de performance, le manque de soutien, l'absence d'accommodements ou l'inaccessibilité des services.

Cette approche permet de déplacer le regard. Il ne suffit pas de demander quel est le diagnostic de la personne. Il faut aussi demander quels obstacles l'empêchent de participer à la société, d'exercer ses droits, d'obtenir des services, de conserver un logement, d'accéder à un emploi ou de maintenir des liens sociaux.

Les travaux critiques sur le handicap psychosocial insistent sur cette dimension relationnelle et contextuelle. Han propose de comprendre le handicap psychosocial en tenant compte des rapports de pouvoir, des conditions matérielles, de la capacité décisionnelle soutenue ou fragilisée par l'environnement, et des limites des réponses coercitives lorsque les soutiens sociaux, communautaires et résidentiels sont insuffisants. Cette perspective est particulièrement importante en santé mentale, où les besoins des personnes peuvent être invisibles, fluctuants, mal compris ou disqualifiés.

La reconnaissance du handicap psychosocial doit aussi tenir compte des personnes qui ne s'identifient pas spontanément comme handicapées, mais qui vivent néanmoins des obstacles réels à leur participation sociale. Elle doit reconnaître les obstacles sociaux et institutionnels, tout en reconnaissant que certaines personnes ont besoin de soutiens, d'accommodements, de services spécialisés et d'évaluations fonctionnelles.

Les limitations psychosociales peuvent toucher la concentration, la mémoire, l'organisation, la gestion du stress, la tolérance aux interactions, la capacité à remplir des formulaires, la régularité de présence, la communication, la gestion des conflits, l'énergie disponible, le sommeil, la capacité à se déplacer ou la capacité à maintenir des démarches dans le temps. Ces limitations peuvent varier selon les

périodes, les environnements, les exigences administratives, les relations avec les intervenants ou les conditions matérielles de vie.

C'est pourquoi Auto-Psy insiste sur l'importance des évaluations fonctionnelles. Une personne ne devrait pas devoir prouver uniquement un diagnostic pour obtenir de l'aide. Elle devrait pouvoir faire reconnaître ses besoins fonctionnels : ce qui l'empêche concrètement de participer, ce qui l'aide, ce qui aggrave sa situation, quels accommodements sont nécessaires, quelles conditions de service sont accessibles et quels soutiens permettent de prévenir la détérioration.

Le handicap psychosocial est souvent invisible. Cette invisibilité peut avoir des conséquences graves. Les personnes peuvent être perçues comme peu motivées, désorganisées, difficiles, non collaborantes, instables ou responsables de leurs échecs, alors qu'elles vivent des limitations réelles. L'invisibilité peut aussi rendre plus difficile l'accès aux accommodements, au crédit d'impôt pour personnes handicapées, aux mesures d'emploi, aux services adaptés, aux études, au logement ou à la protection contre la discrimination.

Cette approche doit se traduire dans l'accès aux plans d'intervention et aux plans de services individualisés. Une personne vivant avec un handicap psychosocial devrait pouvoir bénéficier d'un plan qui reconnaît ses besoins dans leur globalité : services cliniques, accompagnement, accommodements, documents nécessaires à l'exercice des droits, conditions de communication, mesures de prévention de crise, ressources communautaires, objectifs de participation sociale et responsabilités des différents acteurs.

Enfin, reconnaître le handicap psychosocial implique de transformer les environnements. L'intervention ne doit pas seulement viser l'adaptation de la personne. Elle doit aussi modifier les services publics, les milieux de travail, les établissements d'enseignement, les tribunaux, les organismes d'aide à l'emploi, les services numériques, les logements et les démarches administratives.

Pour qu'elle ne demeure pas un vœu pieux, la reconnaissance du handicap psychique ou psychosocial réclamée par Auto-Psy doit impérativement se traduire par l'adoption d'un cadre clinique partagé, enseigné et mesurable au sein du réseau de la santé et des services sociaux. À cet égard, Auto-Psy considère que le Modèle de développement humain et du processus de production du handicap (MDH-PPH), reconnu internationalement, constitue l'approche scientifique la plus robuste pour matérialiser cette vision.

En rupture totale avec les logiques d'individualisation de la détresse, le MDH-PPH démontre que la pleine participation sociale dépend de l'interaction entre les facteurs personnels (les capacités ou limitations fluctuantes de la personne) et les facteurs environnementaux. Le modèle permet de nommer et de quantifier

formellement la pauvreté, la complexité administrative, le manque de logement et le sanisme institutionnel comme de véritables « obstacles environnementaux » générant la situation de handicap, plutôt que de les occulter derrière l'ombrage d'un diagnostic psychiatrique.

Cependant, l'expertise clinique visant à identifier et à pallier ces obstacles est hautement inégale. Si l'approche du rétablissement prône la transformation des environnements, de nombreux intervenants demeurent enfermés dans une logique de gestion des déficits. Le Réseau international sur le Processus de production du handicap (RIPPH) offre précisément une formation pointue (« Cours 5 : Santé mentale – MDH-PPH »)¹⁴ permettant aux professionnels d'utiliser des outils psychométriques validés, tels que la Mesure des habitudes de vie (MHAVIE) et la Mesure de la qualité de l'environnement (MQE), afin d'élaborer des plans d'intervention individualisés axés sur la levée des barrières systémiques.

Auto-Psy estime que le déploiement de ces connaissances fondamentales ne peut plus relever du privilège, de la bonne volonté individuelle des cliniciens ou de l'initiative d'organismes communautaires. Face aux enjeux de judiciarisation évitable et de violence bureaucratique lente, il y a un impératif éthique à ce que Santé Québec systématise cette approche écologique pour l'ensemble des acteurs du continuum de soins, en assurant son financement et sa diffusion massive dans les établissements publics.

¹⁴ <https://ripph.qc.ca/formations/formation-quebec/sante-mentale/>

D.3 Accès aux services publics, professionnels pertinents et continuité des soins

Auto-Psy considère que l'accès aux services publics en santé mentale doit être au cœur des prochaines orientations gouvernementales. Les personnes ayant ou étant perçues comme ayant un enjeu de santé mentale ne devraient pas devoir attendre la crise, l'hospitalisation, l'intervention policière ou la judiciarisation avant d'obtenir du soutien.

L'accès ne doit pas être compris seulement comme l'existence abstraite d'un service ou comme l'inscription d'une personne sur une liste d'attente. Un service est réellement accessible seulement si la personne peut y entrer dans un délai raisonnable, le comprendre, s'y rendre, s'y sentir accueillie, y être accompagnée selon ses besoins, y recevoir une réponse adaptée et y maintenir une relation de confiance dans le temps.

Des lacunes dans l'organisation des services nuisent au continuum de soins et de services.

En 2020-2021, 28 % des congés d'hospitalisation pour un trouble de santé mentale ont été suivis d'une nouvelle hospitalisation après 6 mois. Ce taux atteint 66 % chez les GUU. Afin de limiter les réhospitalisations, il est important que les usagers puissent bénéficier d'un bon continuum de soins et de services. Or, nous avons constaté des lacunes dans l'organisation des services.

Dans les deux CIUSSS audités¹⁵, nous avons observé un manque de fluidité lors du passage à l'urgence des personnes ayant des problèmes de santé mentale, notamment lors des transferts vers les instituts en santé mentale.

De plus, nous avons remarqué un manque de communication entre les services hospitaliers et les équipes externes, ainsi que des difficultés dans l'interprétation des exigences légales du consentement aux soins ou du partage d'informations.¹⁶

¹⁵ Dont le CIUSSS de la Capitale-Nationale

¹⁶ Vérificateur général du Québec, Santé mentale : efficacité du continuum de soins et de services pour les usagers ayant des troubles mentaux graves, Audit de performance, mai 2023, p.34, en ligne : https://www.vgq.qc.ca/Fichiers/Publications/rapport-annuel/203/04_vgq_ch4_mai2023_web_vf.pdf

Auto-Psy souhaite rappeler que l'accès aux services publics est indissociable de la continuité. Une intervention ponctuelle peut être utile, mais elle ne remplace pas un suivi lorsque la situation de la personne exige de la stabilité, de la durée, de la coordination et une compréhension globale de son parcours. Plusieurs personnes vivant avec un handicap psychosocial ont besoin d'un accompagnement qui ne soit pas limité à quelques rencontres, à une intervention de crise ou à une orientation vers un autre service.

Or, les modes de gestion contemporains des services publics peuvent parfois nuire à cette continuité. Les réformes associées au *New Public Management* ont été analysées comme introduisant dans les services publics une culture de performance, de cibles, de quantification et de valeurs organisationnelles inspirées du secteur privé. Dans les services de santé mentale, ces logiques peuvent réduire l'autonomie professionnelle, augmenter la charge administrative et diminuer le temps disponible pour le travail relationnel auprès des personnes.

Auto-Psy ne remet pas en question l'importance de la reddition de comptes. Les services publics doivent être transparents, évalués et responsables. Toutefois, les indicateurs administratifs ne doivent pas devenir plus importants que les effets vécus par les personnes. Un dossier peut être ouvert rapidement, un formulaire peut être rempli correctement, une trajectoire peut être implantée et une cible peut être atteinte, sans que la personne ait réellement reçu le soutien dont elle avait besoin.

La culture de l'audit peut aussi transformer le sens du travail clinique. Les questionnaires, les indicateurs de performance, les protocoles et les systèmes de vérification peuvent façonner les pratiques, parfois au point de produire une conformité administrative qui ne correspond pas toujours à la réalité humaine du soin. L'évaluation doit donc porter sur ce qui compte réellement : la qualité du lien, le respect des droits, la continuité, la sécurité, la pertinence des interventions, l'amélioration des conditions de vie et la capacité de la personne à reprendre du pouvoir sur sa vie.

Auto-Psy souhaite aussi attirer l'attention sur la bureaucratisation du soin. Certains outils, comme les plans de soins ou les formulaires de gestion du risque, peuvent être utiles lorsqu'ils soutiennent une intervention réelle. Mais ils peuvent aussi devenir des tâches administratives qui éloignent les intervenants des personnes. Des pratiques présentées comme rationnelles, protectrices ou participatives peuvent parfois renforcer l'aliénation, la gestion du risque et la distance relationnelle plutôt que le soin véritable.

Une vision renouvelée doit donc protéger le temps relationnel. Les personnes ne demandent pas seulement des trajectoires; elles demandent des humains disponibles, compétents, attentifs et capables de les accompagner dans la durée.

Une réponse véritablement publique ne devrait pas être réduite à orienter, trier, mesurer ou fermer des dossiers. Elle devrait soutenir, comprendre, accompagner, coordonner et prévenir les ruptures.

Auto-Psy insiste également sur l'accès à une diversité de professionnels pertinents. Les besoins en santé mentale ne relèvent pas uniquement de la psychiatrie ou de la médication. Selon la situation, les personnes peuvent avoir besoin de psychologues, travailleuses sociales, ergothérapeutes, infirmières praticiennes spécialisées en santé mentale, psychoéducateurs, pairs aidants, intervenants communautaires, conseillers en emploi, professionnels du logement, intervenants en dépendance ou ressources de défense des droits.

La continuité exige aussi des transitions accompagnées. Trop souvent, les personnes sont renvoyées d'un service à l'autre sans accompagnement réel : première ligne, deuxième ligne, organisme communautaire, urgence, crise, médecin de famille, CLSC, psychiatre, aide sociale, logement, emploi. Chaque transition peut devenir une rupture si la personne doit recommencer son récit, refaire la preuve de sa détresse, attendre de nouveau ou comprendre seule les démarches à suivre.

D.4 Alliance thérapeutique, sanisme, qualité clinique et parole des personnes concernées

Auto-Psy considère que la qualité des services en santé mentale ne peut pas être évaluée uniquement selon leur disponibilité, leur délai d'accès ou leur conformité administrative. Dans le domaine de la santé mentale, la qualité relationnelle est centrale. Une intervention peut être techniquement offerte tout en étant vécue comme froide, invalidante, paternaliste, expéditive ou stigmatisante. Dans ce cas, le service risque non seulement de ne pas aider, mais aussi d'aggraver la méfiance envers le réseau.

L'alliance thérapeutique ne devrait donc pas être traitée comme un aspect secondaire du soin. Elle constitue souvent une condition de possibilité de l'intervention. Pour plusieurs personnes ayant vécu des ruptures de services, des hospitalisations difficiles, des interventions coercitives, des diagnostics stigmatisants, des expériences de discrimination ou des refus d'accommodement, la relation avec le professionnel détermine en grande partie la capacité de demander de l'aide, de se confier, de revenir aux rencontres et de participer aux décisions.

Cette question est directement liée au sanisme¹⁷. Le sanisme ne désigne pas seulement des préjugés individuels envers les personnes ayant un diagnostic psychiatrique. Il peut aussi se manifester dans les pratiques institutionnelles, les décisions cliniques, les notes au dossier, les mécanismes de plainte, les tribunaux, les services d'emploi et les politiques publiques. Des travaux critiques sur le stigmate montrent qu'il faut comprendre la stigmatisation comme une forme de pouvoir social, politique et économique, et non seulement comme une attitude négative entre individus.

En santé mentale, le sanisme peut faire en sorte que la parole d'une personne soit moins crue, moins prise au sérieux ou moins bien contextualisée. Une critique peut être interprétée comme de l'opposition. Une demande d'accommodement peut être perçue comme une exigence excessive. Une réaction de colère peut être lue comme une dysrégulation. Une méfiance envers le réseau peut être interprétée comme un symptôme plutôt que comme la conséquence d'expériences antérieures d'invalidation, de coercition ou d'abandon.

Cette dynamique rejoint ce que certains travaux nomment l'injustice affective. Les émotions des personnes psychiatisées — colère, peur, tristesse, méfiance, indignation — peuvent être disqualifiées ou pathologisées au lieu d'être comprises comme des réponses intelligibles à des expériences réelles. Une émotion intense

¹⁷ Renaud et al. (2026). Sanism: A Conceptual Analysis. *Studies in Social Justice*. (20) 1. 41-60.
<https://doi.org/10.26522/ssj.v20i1.5239>

n'est pas nécessairement une preuve d'irrationalité. Elle peut aussi être une réaction légitime à une injustice, à une perte de contrôle, à une rupture de service ou à une parole non entendue.

Il faut également être prudent avec certaines catégories cliniques ou psychosociales. Des expressions comme manque d'autocritique, faible *insight*, opposition, rigidité, refus de collaborer, revendications excessives, évitement ou faible motivation peuvent avoir des effets très lourds. Elles peuvent influencer les décisions futures, l'accès aux services, la crédibilité de la personne, les mesures coercitives, les relations avec les proches, les démarches d'emploi ou les recours juridiques.

Dans le cadre de nos accompagnements individuels, les membres d'Auto-Psy rapportent de fréquentes insatisfactions à l'égard des services ultra-spécialisés de la région, notamment ceux offerts par la clinique Faubourg St-Jean. Les personnes concernées témoignent régulièrement d'un manque flagrant de personnalisation des soins et d'un non-respect de leurs besoins ou de leurs préférences. Bien que ces milieux s'appuient sur un modèle clinique exigeant un cadre thérapeutique bien défini, l'application rigide de ce dernier se transforme trop souvent en une approche déshumanisante. De plus, la littérature clinique elle-même reconnaît que les intervenants œuvrant auprès de cette clientèle peuvent développer des attitudes blâmantes ou une perte d'empathie, ce qui brise inévitablement l'alliance thérapeutique. En s'appuyant sur des modèles qui situent la dysfonction uniquement à l'intérieur de l'individu et qui évacuent son contexte social, ces services risquent de reproduire une forme de sanisme institutionnel qui invalide l'expérience de la personne. Auto-Psy revendique que l'expertise clinique ne justifie en rien l'effacement de la parole de l'utilisateur : la souplesse, la personnalisation et le respect des préférences doivent demeurer des préalables non négociables à tout processus de rétablissement.

Avant d'attribuer une difficulté à la personnalité, au diagnostic ou à une supposée non-collaboration, les professionnels devraient se demander si la réaction observée peut être liée à la pauvreté, à la peur, à l'épuisement, à un traumatisme institutionnel, à un manque d'accommodement, à un problème relationnel, à une barrière administrative ou à une expérience réelle de discrimination.

Les diagnostics psychiatriques doivent eux aussi être utilisés avec compétence et humilité. Ils peuvent parfois aider à comprendre une situation, à obtenir des services, à accéder à des accommodements ou à mettre des mots sur une souffrance. Mais ils peuvent aussi réduire la personne à une catégorie, orienter le regard vers ses déficits, favoriser l'ombrage diagnostique et invisibiliser les conditions sociales dans lesquelles elle vit.

L'ombrage diagnostique constitue un enjeu majeur. Lorsqu'un professionnel attribue trop rapidement une plainte, une émotion, une difficulté ou une contestation au diagnostic de la personne, il risque de passer à côté d'un besoin réel, d'un problème physique, d'une atteinte aux droits, d'un obstacle environnemental, d'une violence vécue ou d'une défaillance institutionnelle.

Auto-Psy recommande également de renforcer la reconnaissance du savoir expérientiel. Les personnes concernées ne sont pas seulement des bénéficiaires de services. Elles possèdent une connaissance concrète des effets des politiques, des trajectoires de soins, des ruptures de services, des pratiques invalidantes, des obstacles administratifs et des conditions qui favorisent ou empêchent le rétablissement.

D.5 Droits, accès à la justice, coercition et protection contre la judiciarisation évitable

Auto-Psy considère que la santé mentale ne peut pas être séparée de l'accès aux droits. Les personnes ayant ou étant perçues comme ayant un enjeu de santé mentale doivent pouvoir accéder à des services, mais aussi comprendre leurs droits, les exercer, les faire respecter, contester une décision injuste et obtenir un accompagnement adéquat lorsqu'une décision touche leur liberté, leur intégrité, leur logement, leur revenu, leur emploi, leur confidentialité ou leur participation sociale.

Dans la pratique, l'exercice des droits est souvent difficile. Les personnes concernées peuvent vivre de la détresse, de la pauvreté, de l'isolement, de la stigmatisation, une méfiance envers les institutions, des limitations fonctionnelles, des difficultés de communication, des obstacles administratifs ou une faible capacité à se représenter seules. Lorsque ces difficultés se combinent, les droits peuvent devenir théoriques : ils existent dans les textes, mais demeurent difficilement utilisables.

Auto-Psy insiste donc sur une idée centrale : les garanties juridiques formelles ne suffisent pas si les personnes n'ont pas les moyens réels de les exercer. Une personne ne dispose pas réellement de ses droits si elle ne peut pas comprendre les procédures, obtenir de l'information accessible, être accompagnée, consulter un avocat, rassembler sa preuve, contester une décision ou être crue lorsqu'elle témoigne de son expérience.

Cette difficulté est particulièrement préoccupante dans les contextes de coercition. La garde en établissement, les autorisations de soins, certaines interventions policières, les mesures de contrôle et les trajectoires judiciaires ou quasi judiciaires touchent des droits fondamentaux. Ces mesures peuvent affecter la liberté, l'intégrité, la dignité, la confidentialité, l'autonomie décisionnelle et la confiance envers le réseau.

En 2021-2022, les NSA sous ordonnance judiciaire ont occupé les lits selon une durée moyenne de 229 jours/personnes au CIUSSS-EMTL. Ce délai n'a cessé de croître depuis 2018-2019, alors qu'il était de 140 jours/personnes. Pour ce qui est du CIUSSS-CN, la durée moyenne d'occupation des lits par cette clientèle a été de 108 jours/personnes en 2021-2022. La figure 7 montre d'ailleurs la progression, au niveau provincial, du nombre de

requêtes en justice en lien avec des soins en santé mentale
de 2017 à 2021.¹⁸

Auto-Psy reconnaît qu'il existe des situations de crise où une intervention urgente peut être nécessaire pour protéger la vie, la sécurité ou l'intégrité d'une personne. Toutefois, la coercition ne doit jamais devenir une réponse ordinaire à l'absence de services volontaires, au manque de logement, à la pauvreté, à l'isolement, aux ruptures de suivi ou à l'insuffisance des ressources communautaires.

Cette perspective oblige à poser une question fondamentale avant de recourir à la contrainte : quelles alternatives volontaires ont réellement été offertes? La personne a-t-elle eu accès à un logement stable, à un revenu suffisant, à un accompagnement intensif, à un centre de crise, à du soutien communautaire, à un suivi continu, à une médiation, à un plan de crise, à des accommodements ou à une aide juridique? Si ces alternatives n'existent pas ou ne sont pas accessibles, la coercition risque de devenir le symptôme d'un échec collectif.

La gestion du risque doit également être examinée avec prudence. Les institutions publiques ont des responsabilités réelles de protection, mais une culture centrée sur le risque peut transformer les personnes concernées en objets de surveillance plutôt qu'en sujets de droits. Protéger une personne ne signifie pas automatiquement la contrôler. Prévenir une crise ne signifie pas attendre que la situation se détériore jusqu'à justifier une intervention judiciaire ou policière.

L'accès à la justice est ici déterminant. Une personne qui fait l'objet d'une requête de garde en établissement ou d'autorisation de soins devrait avoir accès à une information claire, à une représentation juridique effective, à un temps suffisant pour comprendre les enjeux, à la possibilité de faire entendre sa parole et à un accompagnement respectueux.

Les enjeux d'aide juridique doivent être mieux intégrés aux politiques en santé mentale. L'aide juridique devrait être renforcée non seulement pour les dossiers de garde ou d'autorisation de soins, mais aussi pour les enjeux connexes : logement, revenu, discrimination, emploi, accommodements, confidentialité, accès aux services, plaintes contre un établissement, contestations administratives et protection contre la judiciarisation évitable.

Auto-Psy souhaite également attirer l'attention sur les pratiques relatives aux requêtes combinées de garde en établissement et d'autorisation de soins. La garde et l'autorisation de soins sont deux atteintes distinctes aux droits fondamentaux :

¹⁸ Vérificateur général du Québec, Santé mentale : efficacité du continuum de soins et de services pour les usagers ayant des troubles mentaux graves, Audit de performance, mai 2023, p.25, en ligne : https://www.vgq.qc.ca/Fichiers/Publications/rapport-annuel/203/04_vgq_ch4_mai2023_web_vf.pdf

l'une touche principalement la liberté, l'autre l'intégrité et l'autonomie décisionnelle. Elles ne devraient jamais être traitées comme un automatisme procédural.

Chaque demande devrait être justifiée séparément, selon une preuve individualisée, actuelle, proportionnée et nécessaire. Le fait qu'une personne fasse l'objet d'une demande de garde ne devrait pas rendre presque automatique une demande d'autorisation de soins. Inversement, le besoin de soins ne devrait pas effacer les exigences propres à la privation de liberté.

Enfin, Auto-Psy rappelle que la protection des droits ne peut pas reposer seulement sur les individus. Une personne en crise, pauvre, isolée, sans avocat, sans logement stable ou sans accompagnement ne peut pas porter seule le fardeau de faire respecter ses droits. Il faut financer les organismes communautaires autonomes de défense des droits, l'information juridique accessible, l'accompagnement dans les démarches, les alternatives à la coercition et les services volontaires de proximité.

D.6 Emploi, occupations significatives et risques psychosociaux

Auto-Psy considère que l'accès à l'emploi, au maintien en emploi et aux occupations significatives doit être reconnu comme un enjeu majeur de santé mentale, de handicap psychosocial, de dignité et de participation sociale. Pour plusieurs personnes ayant ou étant perçues comme ayant un enjeu de santé mentale, l'exclusion du marché du travail ne découle pas d'un manque de volonté. Elle résulte souvent d'un ensemble d'obstacles : préjugés liés aux diagnostics psychiatriques, trajectoires professionnelles interrompues, absence d'accommodements, difficulté à faire reconnaître les limitations fonctionnelles, pauvreté, isolement, fatigue, anxiété, rigidité des milieux de travail et manque de soutien spécialisé.

L'emploi peut être bénéfique lorsqu'il est choisi, adapté, sécuritaire, valorisant et accompagné. Il peut favoriser le revenu, l'estime de soi, la reconnaissance, les liens sociaux, la stabilité et le sentiment de contribuer à la société. Toutefois, Auto-Psy insiste sur une distinction essentielle : il ne faut pas confondre soutien à l'emploi et injonction au retour au travail.

Un emploi mal adapté, précaire, humiliant, instable, discriminatoire ou psychologiquement dangereux peut aggraver la détresse. Les politiques publiques doivent donc éviter de présenter l'emploi comme une solution universelle ou comme la preuve principale du rétablissement. Le rétablissement ne devrait pas être réduit au retour à la productivité économique.

Auto-Psy recommande que les politiques d'emploi en santé mentale reposent sur l'équité réelle. Il ne suffit pas d'offrir les mêmes programmes à tout le monde. Les personnes en situation de handicap psychosocial peuvent avoir besoin d'un soutien intensif, flexible, durable et adapté. Elles peuvent aussi avoir besoin d'un accompagnement dans la divulgation, la confidentialité, les accommodements, la relation avec l'employeur, la gestion du stress, la stabilisation du logement, les prestations, le transport et le maintien en emploi.

Dans la Capitale-Nationale, le Programme intégré de soutien à l'emploi, ou PISE, constitue un exemple régional pertinent à consolider. PISE a été conçu sur la base du modèle inspiré de *l'Individual Placement and Support*, fondé sur l'accès rapide au marché régulier du travail, l'exclusion zéro¹⁹, le respect des préférences de la personne, l'intégration avec les équipes cliniques et le soutien individualisé continu. Auto-Psy considère que ce type de programme doit être protégé, mieux financé et rendu plus accessible.

¹⁹ Auto-Psy a constaté que les agents de PISE au CIUSSS-CN excluent certains diagnostics, comme les troubles anxieux, les troubles de l'humeur et les troubles de la personnalité, alors que l'approche IPS est reconnue scientifiquement pour fonctionner avec la clientèle ayant ces diagnostics. Nous dénonçons vivement ces exclusions non justifiées.

Le contrat d'intégration au travail et les autres mesures spécialisées doivent également être bonifiés. Une personne vivant avec un handicap psychosocial peut avoir besoin d'un soutien qui ne se limite pas à l'obtention d'un emploi. Le maintien en emploi est souvent l'enjeu le plus difficile. Les limitations peuvent fluctuer, les relations de travail peuvent devenir anxiogènes, les attentes peuvent être mal comprises, les accommodements peuvent devoir être ajustés et certaines difficultés peuvent apparaître seulement après l'embauche.

L'accès aux accommodements doit aussi être pensé de manière concrète. Les accommodements peuvent inclure un horaire flexible, une entrée progressive, du télétravail partiel, des pauses, une réduction temporaire des heures, une clarification écrite des attentes, un environnement moins bruyant, une personne-ressource, un soutien à la priorisation, une adaptation des communications, une médiation ou un accompagnement lors des rencontres avec l'employeur.

Ces mesures doivent respecter la confidentialité. Une personne ne devrait pas être obligée de divulguer son diagnostic, son historique médical, ses hospitalisations ou ses démarches passées de défense des droits pour accéder à une mesure d'emploi. Ce qui doit être communiqué à l'employeur, avec le consentement libre et éclairé de la personne, ce sont les limitations fonctionnelles pertinentes et les accommodements nécessaires, non l'ensemble de son histoire personnelle.

Auto-Psy considère également que les politiques d'emploi doivent tenir compte des risques psychosociaux dans les milieux de travail. Il serait incohérent de demander aux personnes vivant avec un handicap psychosocial de s'intégrer au marché du travail sans agir sur les organisations du travail qui produisent ou aggravent la détresse : surcharge, harcèlement, insécurité, management par objectifs, manque d'autonomie, conflits, absence de soutien, exigences contradictoires, précarité et culture de performance.

Il faut aussi reconnaître que l'emploi rémunéré n'est pas la seule forme de participation sociale. Les occupations significatives peuvent inclure les études, le bénévolat, la participation citoyenne, l'engagement communautaire, l'entraide, la création, la formation, les responsabilités familiales, les activités de défense des droits ou les loisirs. Pour certaines personnes, l'emploi à temps plein n'est pas possible ou souhaitable à court terme. Cela ne signifie pas qu'elles ne contribuent pas à la société.

Auto-Psy recommande donc une approche plus large de la participation sociale. Les politiques publiques doivent soutenir les personnes dans des activités choisies, significatives et compatibles avec leurs capacités. L'objectif ne devrait pas être de classer les personnes selon leur productivité économique, mais de leur permettre de vivre dignement, de contribuer selon leurs possibilités et de participer à la société.

D.7 Populations spécifiques, approche intersectionnelle et équité réelle

Auto-Psy considère qu'une vision renouvelée en santé mentale, itinérance et dépendance doit intégrer une approche intersectionnelle réelle. Les personnes ayant ou étant perçues comme ayant un enjeu de santé mentale ne forment pas un groupe homogène. Leurs expériences varient selon l'âge, le genre, l'orientation sexuelle, l'identité ou l'expression de genre, l'origine ethnoculturelle, le statut migratoire, l'appartenance autochtone, la langue, la pauvreté, le handicap, la neurodivergence, le logement, l'emploi, les expériences de violence, les rapports avec la justice et l'accès concret aux services.

L'intersectionnalité ne doit pas être comprise comme une simple addition d'identités. Elle sert plutôt à analyser comment différents rapports de pouvoir se combinent : sanisme, pauvreté, racisme, colonialisme, homophobie, transphobie, sexisme, capacitisme, âgisme, précarité résidentielle, exclusion du marché du travail et judiciarisation. Une approche intersectionnelle doit demeurer liée à la justice sociale et à l'analyse des rapports de pouvoir, plutôt qu'à une simple reconnaissance descriptive de la diversité.

Les personnes issues de la diversité sexuelle et de genre peuvent vivre des obstacles particuliers en santé mentale : rejet familial, isolement, discrimination, peur de se dévoiler, violence, invisibilisation, présomptions hétérosexistes ou cisnormatives, manque de formation des intervenants et difficulté à trouver des espaces réellement sécuritaires. Ces réalités peuvent se combiner avec un handicap psychosocial, la pauvreté, la stigmatisation psychiatrique, l'itinérance, la consommation, les violences sexuelles, le racisme ou la précarité d'emploi.

Auto-Psy souhaite aussi que les prochaines orientations tiennent compte de la santé mentale des hommes. Certains hommes peuvent être socialisés à taire leur détresse, à éviter de demander de l'aide, à associer la vulnérabilité à l'échec, ou à exprimer leur souffrance par le retrait, la colère, la consommation, l'isolement ou l'hyperactivité. Cela justifie le développement d'approches sensibles au genre, capables de rejoindre les hommes sans renforcer les stéréotypes et sans négliger les réalités des hommes marginalisés.

Un de nos membres issu d'un groupe de la diversité sexuelle nous a rapporté une grave situation de soins et services décontextualisés, impersonnels et non-sécuritaire à la Clinique Faubourg St-Jean à Québec. Les professionnels de la santé et gestionnaires de cette clinique étaient notamment indifférents à la notion de stress minoritaire et aux enjeux spécifiques vécus par les personnes

homosexuelles. La problématique vécue par notre membre est décrite par Rodriguez-Seijas, Rogers, and Asadi²⁰.

Les prochaines orientations doivent également reconnaître explicitement les réalités des Premières Nations, des Inuit et des personnes autochtones vivant en milieu urbain. Les enjeux de santé mentale ne peuvent pas être séparés de l'histoire coloniale, des pensionnats, des déplacements, des ruptures familiales et communautaires, du racisme systémique, des barrières linguistiques ou culturelles, de la méfiance envers les institutions et de la difficulté d'accéder à des services culturellement sécurisants.

Les personnes immigrantes, réfugiées, racisées ou issues de la diversité ethnoculturelle peuvent rencontrer des obstacles spécifiques : méconnaissance du réseau, barrières linguistiques, peur de la stigmatisation, discrimination, précarité économique, isolement, non-reconnaissance des diplômes, traumatismes migratoires, séparation familiale, insécurité administrative ou méfiance envers les institutions. Les barrières linguistiques doivent être reconnues comme un enjeu de droits.

Les personnes neurodivergentes ou ayant des limitations fonctionnelles multiples peuvent rencontrer des obstacles particuliers : environnements sensoriellement difficiles, communications trop rapides ou abstraites, rigidité administrative, difficulté à faire reconnaître les besoins d'adaptation, confusion entre neurodivergence, santé mentale et comportement problématique, ou absence de coordination entre les services.

Auto-Psy recommande que Santé Québec crée et finance des postes d'experts en soutien clinique pour certaines populations ou réalités spécifiques. Une approche intersectionnelle ne peut pas reposer uniquement sur la bonne volonté individuelle des intervenants ni sur des formations ponctuelles. Ces postes devraient permettre de soutenir les équipes cliniques, de répondre à des situations complexes, de développer des outils, de diffuser les meilleures pratiques, d'accompagner les gestionnaires, de soutenir les partenaires communautaires et de prévenir les angles morts institutionnels.

Ces experts ne devraient pas créer de nouveaux silos. Leur rôle serait plutôt de renforcer la capacité du réseau à répondre à la diversité réelle des personnes. Ils devraient travailler en lien avec les personnes concernées et les organismes qui les représentent, afin que leur expertise ne soit pas seulement administrative ou clinique, mais aussi enracinée dans les savoirs expérientiels et communautaires.

²⁰ Rodriguez-Seijas, C., Rogers, B. G., & Asadi, S. (2023). Personality disorders research and social decontextualization: What it means to be a minoritized human. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 14(1), 29–38. <https://doi.org/10.1037/per0000600>

E. Enjeux régionaux propres à la Capitale-Nationale

Auto-Psy souhaite que les prochaines orientations gouvernementales tiennent compte des réalités concrètes vécues sur le territoire de la région 03. Une vision nationale en santé mentale, itinérance et dépendance ne peut être réellement cohérente si elle ne reconnaît pas les effets locaux des décisions budgétaires, administratives et organisationnelles.

Les besoins ne se présentent pas de manière abstraite. Ils se manifestent dans des quartiers, des logements, des urgences, des CLSC, des ressources communautaires, des milieux de travail, des tribunaux, des ressources d'hébergement, des listes d'attente, des ruptures de services et des trajectoires individuelles souvent très complexes.

Dans la Capitale-Nationale, les personnes concernées et les organismes communautaires observent une pression importante sur les services en santé mentale : délais d'accès, suivis trop courts, difficulté à obtenir des services spécialisés, ruptures de continuité, surcharge des organismes communautaires, complexité des trajectoires et accès inégal aux professionnels pertinents. Ceci n'est certainement pas sans lien avec l'augmentation des plaintes au Protecteur du citoyen concernant le CIUSSS-CN entre les années 2023-2024 et 2024-2025²¹.

Auto-Psy est particulièrement préoccupé par la fermeture, la réduction ou la transformation de services spécialisés en santé mentale dans la Capitale-Nationale²². Les services spécialisés ne sont pas des services accessoires. Ils répondent à des besoins qui ne peuvent pas toujours être adéquatement pris en charge par des interventions brèves, généralistes ou standardisées. Le remplacement d'un service ne doit pas être seulement annoncé. Il doit être réel, disponible et adapté.

Les enjeux régionaux de santé mentale sont étroitement liés au logement. Dans la Capitale-Nationale, comme ailleurs, les personnes vivant avec un handicap psychosocial peuvent se retrouver dans des situations de grande instabilité lorsque les services de santé mentale ne sont pas arrimés à des solutions de logement, de

²¹ Protecteur du citoyen, Rapport annuel 2024-2025, septembre 2025, p. 87, en ligne : <https://protecteurducitoyen.qc.ca/sites/default/files/2025-10/rapport-annuel-activites-2024-2025.pdf>

²² <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/2195023/ciuss-s-porte-entree-masm-psychologique>
<https://www.ledevoir.com/actualites/sante/915477/ciuss-s-capitale-nationale-ferme-autre-ressource-psychiatrie-quebec>
<https://www.lesoleil.com/chroniques/mylene-moisan/2025/09/25/le-ciuss-s-ferme-lhj-pour-les-ta-th-pardon-COGPKLEWEZCE7EDNP2EH7KFHUA/>
<https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/2133751/388-fermeture-coupe-ciuss-s-psychotique>
<https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/2135743/abolition-postes-sante-coupe-budget>
<https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/2126955/info-social-811-detresse-psychologique-consultation>

soutien communautaire et d'accompagnement dans la durée. Entre le domicile, l'urgence, la rue, l'hospitalisation ou la judiciarisation, il devrait exister davantage de ressources intermédiaires, volontaires, accessibles et respectueuses de la dignité.

Le Programme intégré de soutien à l'emploi du CIUSSS de la Capitale-Nationale, ou PISE, constitue un exemple régional particulièrement pertinent. PISE illustre ce que peut produire un partenariat régional porteur entre le réseau public, les organismes communautaires et les ressources spécialisées en employabilité. Ce type de modèle permet de dépasser la séparation artificielle entre soins, emploi, accompagnement communautaire, participation sociale et réadaptation.

Toutefois, ces programmes doivent être protégés contre les compressions, les critères trop restrictifs, le financement temporaire ou les attentes de performance trop étroites. Leur objectif ne devrait pas être de produire rapidement des placements, mais de soutenir l'accès à des emplois choisis, adaptés, durables et compatibles avec les besoins des personnes.

Auto-Psy souhaite également que les prochaines orientations portent une attention particulière aux pratiques régionales relatives à la garde en établissement, aux autorisations de soins et aux autres mesures coercitives. Dans la région de Québec, les pratiques relatives aux requêtes combinées de garde en établissement et d'autorisation de soins devraient être documentées avec rigueur. La garde et l'autorisation de soins sont deux atteintes distinctes aux droits fondamentaux. Elles ne devraient pas être traitées comme un automatisme procédural.

Auto-Psy joue un rôle essentiel dans la Capitale-Nationale en matière de promotion et de défense individuelle et collective des droits en santé mentale. Ce rôle ne peut pas être remplacé par le réseau public. Les organismes de défense des droits offrent un espace distinct où les personnes peuvent être informées, accompagnées, crues, soutenues et outillées pour comprendre et exercer leurs droits.

Auto-Psy recommande que les organismes communautaires autonomes soient associés en amont aux décisions régionales touchant les trajectoires de services, les fermetures ou transformations de ressources, les pratiques coercitives, les mécanismes d'accès, la participation citoyenne et la défense des droits. La participation d'Auto-Psy ne doit pas être seulement consultative ou symbolique. Elle doit permettre de porter une parole critique, enracinée dans l'expérience des personnes concernées, et capable d'influencer réellement les décisions.

F. Gouvernance, financement et partenariat avec le communautaire autonome

Auto-Psy reconnaît l'importance d'une meilleure cohérence entre les politiques publiques en santé mentale, itinérance et dépendance. Les personnes concernées ne vivent pas leurs difficultés selon les frontières administratives des ministères, des directions de programme ou des trajectoires de services. Une même personne peut vivre simultanément de la détresse psychologique, de la pauvreté, de l'isolement, une difficulté de logement, une consommation problématique, une judiciarisation, une discrimination, des obstacles d'emploi, une difficulté administrative et un manque d'accès aux soins.

Toutefois, l'intégration des politiques publiques ne doit pas devenir un simple exercice de centralisation, de gestion de flux ou de rationalisation administrative. Une vision réellement renouvelée doit améliorer l'expérience concrète des personnes : moins de portes fermées, moins de ruptures, moins de renvois d'un service à l'autre, moins d'obstacles administratifs, plus de continuité, plus de soutien humain et plus de droits effectifs.

Auto-Psy met en garde contre une conception technocratique de l'intégration. Une politique peut être dite intégrée tout en demeurant éloignée des besoins réels des personnes. Elle peut multiplier les comités, les indicateurs, les plateformes, les redditions de comptes et les trajectoires sans améliorer l'accès concret aux services ni la protection des droits. La cohérence ne doit pas être confondue avec l'uniformité.

Les politiques publiques sont souvent évaluées à partir d'indicateurs administratifs : nombre de demandes traitées, nombre d'interventions, délais moyens, taux de fermeture des dossiers, respect des cibles ou implantation de trajectoires. Ces données peuvent être utiles, mais elles sont insuffisantes. Auto-Psy recommande que les futures orientations soient évaluées selon leurs effets humains : les personnes obtiennent-elles réellement du soutien? Les droits sont-ils mieux protégés? Les services sont-ils plus accessibles? Les suivis sont-ils plus continus? Les organismes communautaires conservent-ils leur autonomie critique?

Auto-Psy recommande aussi que la future politique québécoise en santé mentale, itinérance et dépendance intègre explicitement le principe de non-régression des droits économiques, sociaux et culturels. Ce principe est particulièrement pertinent dans un contexte de compressions, de réorganisations, de fermetures ou de transformations de services. Toute réduction, fermeture, fusion, transformation ou numérisation d'un service essentiel en santé mentale devrait être précédée d'une analyse publique de ses effets sur les droits des personnes concernées.

Les organismes communautaires autonomes jouent un rôle essentiel dans le filet social québécois. Ils offrent des espaces d'accueil, d'entraide, d'éducation populaire, de défense des droits, de participation citoyenne et de transformation sociale. Leur contribution ne peut pas être réduite à une prestation de services déléguée par l'État.

Auto-Psy rappelle que l'action communautaire autonome repose sur une mission propre, une vie associative, une proximité avec les personnes concernées et une capacité critique. Cette autonomie est particulièrement importante en santé mentale, où les personnes peuvent avoir besoin d'un lieu distinct du réseau public pour être écoutées, crues, informées de leurs droits et soutenues dans leurs démarches.

Lorsque le réseau public est sous pression, il peut être tentant de transférer implicitement vers le communautaire des responsabilités qui relèvent normalement des services publics : soutien à des personnes laissées sans suivi, accompagnement de personnes en attente, prévention de crises évitables, aide à la navigation du réseau, information sur les droits ou compensation des ruptures de services. Auto-Psy considère que cette logique est dangereuse. Les organismes communautaires ne doivent pas devenir les amortisseurs silencieux des compressions budgétaires ni les exécutants de priorités institutionnelles définies sans eux.

Le financement à la mission est indispensable à l'autonomie des organismes communautaires. Il permet aux organismes de répondre aux besoins réels de leurs membres et de leur communauté, plutôt que de devoir adapter constamment leurs activités à des appels de projets, à des priorités temporaires ou à des enveloppes ciblées. Dans le domaine de la santé mentale, cette stabilité est particulièrement importante puisque les liens de confiance, la présence dans le temps et la mémoire organisationnelle sont essentiels.

Auto-Psy considère qu'il faut éviter d'opposer simplement les personnes utilisatrices de services et les professionnels. Plusieurs professionnels du réseau public et du communautaire veulent offrir un accompagnement humain, relationnel et respectueux des droits, mais se retrouvent eux-mêmes pris dans des contraintes organisationnelles importantes : surcharge, manque de temps, exigences administratives, cibles de performance, pression de gestion du risque, instabilité des équipes et manque de ressources.

La transformation numérique du réseau soulève des enjeux importants de confidentialité, d'accès, de consentement, de surveillance et de discrimination. En santé mentale, les renseignements contenus dans un dossier peuvent être particulièrement sensibles. Les personnes doivent comprendre qui a accès à leurs renseignements, à quelles fins, dans quelles circonstances, pendant combien de

temps, avec quels mécanismes de consentement et avec quels recours en cas d'usage inapproprié.

Les services en ligne peuvent être utiles pour certaines personnes, mais ils peuvent exclure les personnes pauvres, isolées, âgées, handicapées, allophones, sans domicile stable, sans appareil adéquat ou sans espace privé. Les technologies numériques doivent être au service des personnes, et non devenir une nouvelle barrière administrative ou un outil de surveillance.

G. Synthèse des recommandations propres à Auto-Psy

Auto-Psy appuie les constats et recommandations du RRASMQ. Les recommandations suivantes visent à les compléter à partir de la mission d'Auto-Psy, de son ancrage régional et de la littérature critique mobilisée dans le présent mémoire. Elles sont regroupées en huit axes afin d'en faciliter la lecture.

Axe 1 — Droits, dignité et déterminants sociaux de la santé mentale

Recommandation 1 — Reconnaître les déterminants sociaux de la santé mentale

Que les prochaines orientations gouvernementales reconnaissent explicitement que la santé mentale est indissociable des conditions de vie, notamment le revenu, le logement, l'alimentation, le transport, l'emploi, l'éducation, l'accès à la justice, l'accès aux soins et services, la sécurité, l'inclusion sociale, la participation citoyenne ainsi que les obstacles administratifs, numériques et institutionnels.

Recommandation 2 — Rompre avec la responsabilisation individuelle de la détresse sociale

Que le gouvernement évite de traiter la détresse principalement comme un problème individuel, médical ou comportemental, et qu'il adopte plutôt des mesures structurelles visant à réduire la pauvreté, l'isolement, l'insécurité résidentielle, l'exclusion, la discrimination et les inégalités sociales.

Recommandation 3 — Reconnaître le droit au meilleur état de santé physique et mentale possible

Que le Québec reconnaisse explicitement, dans ses lois, politiques publiques et pratiques administratives, le droit de toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle soit capable d'atteindre, dans une perspective fondée sur les droits humains, la dignité et l'égalité réelle.

Recommandation 4 — Réduire la violence bureaucratique dans l'accès aux droits et services

Que les ministères, Santé Québec et les organismes publics simplifient les démarches administratives, réduisent les demandes répétées de preuve, garantissent des accompagnements humains, prévoient des alternatives non numériques et évaluent les effets des procédures administratives sur la santé mentale, la dignité et l'accès réel aux droits.

Recommandation 5 — Reconnaître le logement comme condition fondamentale de santé mentale

Que les prochaines orientations gouvernementales reconnaissent l'accès à un logement stable, abordable, sécuritaire, salubre et accompagné lorsque nécessaire comme une condition essentielle de santé mentale, de rétablissement, de prévention de la crise, de réduction de la coercition et de participation sociale.

Axe 2 — Handicap psychosocial, limitations fonctionnelles et environnements inclusifs

Recommandation 6 — Reconnaître explicitement le handicap psychosocial

Que les prochaines orientations gouvernementales reconnaissent explicitement la notion de handicap psychique ou psychosocial, en adoptant une approche fondée sur les droits, la participation sociale, l'égalité réelle et l'interaction entre les limitations des personnes et les obstacles environnementaux.

Recommandation 7 — Garantir l'accès à des évaluations fonctionnelles

Que le réseau public garantisse l'accès à des professionnels qualifiés, notamment des ergothérapeutes et d'autres professionnels pertinents, pour documenter les limitations fonctionnelles, les capacités, les besoins d'accommodement et les obstacles environnementaux vécus par les personnes en situation de handicap psychosocial.

Recommandation 8 — Intégrer et généraliser la formation au modèle MDH-PPH en santé mentale

Que Santé Québec et le MSSS, en collaboration avec le Réseau international sur le Processus de production du handicap (RIPPH) et les ordres professionnels concernés, déploient une stratégie nationale, assortie d'un financement dédié, visant à rendre la formation sur le modèle MDH-PPH obligatoire pour les intervenants, évaluateurs et gestionnaires œuvrant en santé mentale. Cette stratégie doit inclure le développement d'un bassin de formateurs institutionnels accrédités au sein de chaque établissement pour assurer la pérennité de l'approche sans alourdir le fardeau financier des professionnels.

Recommandation 9 — Clarifier l'accès aux plans d'intervention et aux plans de services individualisés

Que le MSSS et Santé Québec précisent clairement dans quels cas les personnes ont droit à un plan de services individualisé (PSI), et que l'élaboration de ces plans soit formellement basée sur des évaluations fonctionnelles exhaustives (telles que la Mesure des habitudes de vie – MHAVIE et la Mesure de la qualité de l'environnement – MQE du MDH-PPH), intégrant ainsi les besoins en matière de logement, d'accommodements en emploi, de revenus et de participation sociale.

Recommandation 10 — Faciliter l'accès aux documents nécessaires à l'exercice des droits

Que l'accès aux documents nécessaires à l'exercice des droits, notamment les formulaires médicaux, fiscaux, administratifs ou sociaux, soit reconnu comme une composante concrète de l'accès aux services publics, et que les personnes puissent obtenir ces documents sans devoir recourir systématiquement au privé.

Recommandation 11 — Transformer les environnements qui produisent ou aggravent les situations de handicap

Que les interventions en santé mentale visent aussi la transformation des environnements qui produisent ou aggravent les situations de handicap psychosocial, notamment les milieux de travail, les services publics, le logement, les études, les démarches administratives, les services numériques, les tribunaux et les mécanismes d'accès aux droits.

Axe 3 — Services publics, continuité, interdisciplinarité et qualité relationnelle

Recommandation 12 — Renforcer l'accès public aux services de proximité

Que les prochaines orientations prévoient un rehaussement substantiel des services publics de proximité en santé mentale, incluant des services en présentiel, accessibles rapidement, gratuits, adaptés aux besoins des personnes et disponibles dans toutes les communautés.

Recommandation 13 — Protéger la continuité des suivis

Que le MSSS et Santé Québec établissent des standards clairs afin que les suivis en santé mentale puissent être maintenus dans la durée lorsque la situation de la personne le requiert, et afin que toute transition, référence, fermeture ou fin de suivi soit accompagnée, expliquée et planifiée avec la personne concernée.

Recommandation 14 — Garantir une véritable interdisciplinarité

Que les services en santé mentale reposent sur des équipes interdisciplinaires comprenant, selon les besoins, des psychologues, travailleuses sociales, ergothérapeutes, infirmières praticiennes spécialisées en santé mentale, pairs aidants, intervenants communautaires et autres professionnels pertinents.

Recommandation 15 — Évaluer les services selon leurs effets humains et relationnels

Que les services en santé mentale soient évalués non seulement selon des indicateurs administratifs, mais aussi selon leurs effets vécus : qualité relationnelle, continuité, respect des droits, accessibilité réelle, participation de la personne, diminution des ruptures, amélioration des conditions de vie et réduction du recours à la crise ou à la coercition.

Recommandation 16 — Prévenir l'exclusion numérique

Que la transformation numérique des services ne remplace jamais l'accès humain et présentiel, et que des mesures concrètes soient prévues pour les personnes qui n'ont pas accès à Internet, à un téléphone intelligent, à un espace privé, à une adresse stable ou aux compétences numériques nécessaires.

Axe 4 — Sanisme, qualité clinique et reconnaissance de la parole des personnes concernées

Recommandation 17 — Favoriser l'alliance thérapeutique dès l'entrée dans les services

Que le MSSS et Santé Québec développent des mécanismes permettant de favoriser l'alliance thérapeutique dès l'entrée dans les services, notamment par la prise en compte des préférences de la personne, de ses expériences antérieures, de ses besoins relationnels, de ses vulnérabilités et de la compatibilité entre ses besoins et l'expertise du professionnel.

Recommandation 18 — Permettre les changements de professionnel sans pénalité

Que les personnes utilisatrices de services puissent demander un changement de professionnel ou d'intervenant lorsque l'alliance thérapeutique est compromise, sans être pénalisées, étiquetées comme non collaborantes ou contraintes de recommencer l'ensemble de leur trajectoire d'accès.

Recommandation 19 — Former le réseau au sanisme, aux biais cognitifs et à l'ombrage diagnostique

Que tous les professionnels, gestionnaires et intervenants du réseau public reçoivent une formation continue obligatoire sur le sanisme, les biais cognitifs, l'ombrage diagnostique, les préjugés liés aux diagnostics psychiatriques, les pratiques paternalistes préjudiciables, l'injustice affective et les effets de la stigmatisation sur l'accès aux soins, aux services et aux droits.

Recommandation 20 — Encadrer la rigueur des évaluations psychiatriques et psychosociales

Que les évaluations psychiatriques et psychosociales soient encadrées par des exigences explicites de rigueur, de transparence et de contextualisation, afin d'éviter les conclusions fondées sur une sélection partielle des faits, des hypothèses non vérifiées, une interprétation décontextualisée des comportements ou une attribution excessive des difficultés au diagnostic de la personne.

Recommandation 21 — Reconnaître la parole des personnes concernées comme une expertise

Que la parole individuelle et collective des personnes premières concernées soit reconnue comme une expertise essentielle à l'amélioration des services, à la lutte contre la stigmatisation et à la prévention des pratiques paternalistes, notamment par le financement d'espaces autonomes de représentation, de consultation, d'éducation populaire et de défense collective des droits.

Axe 5 — Accès à la justice, coercition et protection contre la judiciarisation évitable

Recommandation 22 — Renforcer l'aide juridique pour les enjeux de santé mentale et de handicap psychosocial

Que les services d'aide juridique soient élargis, mieux financés et mieux adaptés aux personnes ayant un enjeu de santé mentale ou un handicap psychosocial, notamment pour les dossiers liés aux soins et services, à la garde en établissement, aux autorisations de soins, au logement, à l'emploi, aux accommodements, à la discrimination, au revenu, à la confidentialité et aux recours administratifs.

Recommandation 23 — Faire de la coercition un véritable dernier recours

Que toute future orientation gouvernementale affirme clairement que la coercition en santé mentale, incluant la garde en établissement, les soins imposés, les interventions policières et les mesures de contrôle, doit demeurer un dernier recours strictement encadré, utilisé seulement lorsque les alternatives volontaires, communautaires, psychosociales et de proximité sont insuffisantes dans une situation donnée.

Recommandation 24 — Développer des alternatives communautaires, mobiles et non coercitives à la crise

Que le gouvernement finance de manière récurrente des centres de crise, des équipes mobiles communautaires, des services d'accompagnement volontaire, des approches de désescalade,

des plans de crise élaborés avec les personnes concernées et des pratiques alternatives à la crise, afin de réduire le recours à l'hospitalisation forcée, aux interventions policières et aux mesures judiciaires.

Recommandation 25 — Documenter et encadrer les requêtes combinées de garde et d'autorisation de soins

Que le MSSS, Santé Québec et le ministère de la Justice documentent les pratiques relatives aux requêtes de garde en établissement accompagnées d'une requête d'autorisation de soins, notamment dans la Capitale-Nationale, et qu'ils prévoient des balises afin que ces recours demeurent distincts, exceptionnels, individualisés et rigoureusement justifiés.

Recommandation 26 — Former les acteurs judiciaires et administratifs au sanisme et au handicap psychosocial

Que les juges, avocats, intervenants judiciaires, décideurs administratifs, professionnels du réseau public et agents de l'État reçoivent une formation continue sur le sanisme, le handicap psychosocial, l'ombrage diagnostique, les biais cognitifs, les déterminants sociaux de la santé mentale et les droits fondamentaux des personnes ayant ou étant perçues comme ayant un enjeu de santé mentale.

Que les juges, avocats, décideurs administratifs et psychiatres procédant aux évaluations de garde en établissement reçoivent une formation continue et obligatoire basée sur le modèle MDH-PPH. Cette formation doit permettre aux acteurs judiciaires de contextualiser la dangerosité ou l'inaptitude en évaluant systématiquement si la situation de crise découle de l'absence de facilitateurs environnementaux (logement stable, suivi communautaire, soutien financier) avant de recourir à toute mesure de privation de liberté.

Axe 6 — Emploi, occupations significatives et risques psychosociaux

Recommandation 27 — Bonifier les mesures spécialisées d'accès et de maintien en emploi et soutenir les modèles d'emploi fondés sur les meilleures pratiques

Que le gouvernement bonifie substantiellement les budgets consacrés aux mesures spécialisées d'accès, d'intégration et de maintien en emploi pour les personnes en situation de handicap psychosocial, notamment le contrat d'intégration au travail, le Programme intégré de soutien à l'emploi, les programmes inspirés de l'*Individual Placement and Support* et les mesures d'accompagnement durable.

Que les prochaines orientations soutiennent les modèles inspirés de l'*Individual Placement and Support*, dont PISE dans la Capitale-Nationale, en privilégiant l'accès rapide à des emplois choisis, le respect des préférences, le soutien individualisé, la continuité de l'accompagnement, l'arrimage avec les équipes cliniques et le maintien en emploi.

Recommandation 28 — Protéger la confidentialité et le consentement dans les démarches d'emploi

Que l'accès aux mesures d'emploi, aux accommodements et aux programmes de soutien ne soit jamais conditionné à une divulgation excessive du diagnostic, de l'historique médical, des hospitalisations ou des démarches antérieures de défense des droits, et que toute communication avec un employeur repose sur le consentement libre, éclairé et limité de la personne concernée.

Recommandation 29 — Prévenir les risques psychosociaux dans les milieux de travail

Que les politiques en santé mentale prévoient des mécanismes de collaboration entre le réseau de la santé, la CNESST, les employeurs, les syndicats, les organismes communautaires et les services spécialisés en emploi afin de prévenir les risques psychosociaux, le harcèlement, la discrimination et les pratiques de gestion préjudiciables à la santé mentale.

Recommandation 30 — Reconnaître les occupations significatives au-delà de l'emploi rémunéré

Que les prochaines orientations reconnaissent l'accès à des occupations significatives — emploi, études, bénévolat, participation citoyenne, engagement communautaire, entraide, formation, création, responsabilités familiales ou autres activités choisies — comme un déterminant majeur de la santé mentale, de la dignité et de la participation sociale.

Axe 7 — Intersectionnalité, populations spécifiques et équité réelle

Recommandation 31 — Intégrer une approche intersectionnelle dans toutes les politiques de santé mentale

Que les prochaines orientations gouvernementales intègrent une approche intersectionnelle tenant compte notamment de l'âge, du genre, de l'orientation sexuelle, de l'identité ou expression de genre, de l'origine ethnoculturelle, du statut migratoire, de l'appartenance autochtone, de la langue, de la pauvreté, du handicap, de la neurodivergence et des expériences de discrimination.

Recommandation 32 — Créer des postes d'experts en soutien clinique pour les populations spécifiques

Que Santé Québec crée et finance de manière récurrente des postes d'experts en soutien clinique pour certaines populations ou réalités spécifiques, notamment la diversité sexuelle et de genre, la santé mentale des hommes, les réalités autochtones, les personnes immigrantes, réfugiées ou racisées, les personnes neurodivergentes, les personnes en situation de handicap psychosocial, les personnes en grande précarité socio-économique et les personnes âgées, afin de soutenir les équipes du réseau, d'adapter les services, de diffuser les meilleures pratiques et de prévenir les biais institutionnels.

Recommandation 33 — Évaluer l'équité réelle d'accès aux services

Que les politiques et plans d'action en santé mentale soient évalués selon leur capacité à rejoindre les personnes les plus éloignées des services, notamment celles qui vivent des barrières linguistiques, numériques, économiques, administratives, territoriales, culturelles ou liées au handicap.

Recommandation 34 — Soutenir la participation des personnes concernées issues de populations marginalisées

Que le gouvernement finance la participation collective et autonome des personnes concernées issues de populations marginalisées, ainsi que des organismes qui les représentent, dans l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation des politiques en santé mentale.

Axe 8 — Réalités régionales, communautaire autonome, gouvernance démocratique et droits sociaux

Recommandation 35 — Documenter les effets régionaux des compressions et transformations de services

Que le MSSS, Santé Québec et le CIUSSS de la Capitale-Nationale documentent publiquement les effets des compressions, abolitions de postes, fermetures, transformations et réorganisations sur l'accès aux services en santé mentale, les délais, la continuité des suivis, les hospitalisations, les urgences, l'itinérance, la judiciarisation, la coercition et la surcharge des organismes communautaires.

Recommandation 36 — Protéger et reconstruire les services spécialisés dans la Capitale-Nationale

Que le gouvernement réinvestisse dans des services spécialisés en santé mentale dans la Capitale-Nationale, notamment pour les personnes vivant avec des troubles psychotiques, des troubles anxieux, des troubles de l'humeur, des troubles de la personnalité, des limitations fonctionnelles importantes ou des besoins complexes d'accompagnement dans la communauté.

Recommandation 37 — Consolider les programmes régionaux porteurs, dont PISE

Que les programmes régionaux fondés sur des partenariats entre le réseau public, le communautaire et les milieux de vie, notamment PISE, soient protégés, bonifiés et financés de manière récurrente.

Recommandation 38 — Reconnaître le communautaire autonome comme partenaire critique

Que les organismes communautaires autonomes soient reconnus comme des partenaires autonomes, critiques et enracinés dans les communautés, et non comme des sous-traitants du réseau public ou des compensateurs de compressions budgétaires.

Recommandation 39 — Rehausser le financement à la mission du communautaire autonome

Que le gouvernement rehausse substantiellement le financement à la mission des organismes communautaires autonomes en santé mentale, incluant les organismes de promotion et de défense des droits, afin d'assurer leur stabilité, leur autonomie, la continuité de leurs activités et des conditions de travail décentes.

Recommandation 40 — Associer les organismes de défense des droits aux décisions structurantes

Que les organismes de promotion et de défense des droits en santé mentale, dont Auto-Psy dans la Capitale-Nationale, soient associés en amont aux décisions structurantes touchant l'accès aux services, les trajectoires de soins, les mesures coercitives, les transformations organisationnelles, les politiques régionales et la participation citoyenne.

Recommandation 41 — Intégrer le principe de non-régression dans la politique en santé mentale

Que la future politique québécoise en santé mentale, itinérance et dépendance intègre explicitement le principe de non-régression des droits économiques, sociaux et culturels, de façon à ce que toute fermeture, réduction, transformation, numérisation ou restriction de services en santé mentale soit précédée d'une analyse publique de ses effets sur les droits, l'accès réel aux services, la continuité des suivis, les personnes vulnérabilisées, le logement, la coercition, l'itinérance et la surcharge du communautaire autonome.

Recommandation 42 — Justifier toute mesure susceptible de réduire l'accès réel aux services

Que toute mesure susceptible de réduire l'accès aux services, aux suivis, aux ressources spécialisées, au logement avec soutien, aux alternatives à la crise ou aux organismes de défense des droits soit justifiée publiquement, démontre qu'aucune mesure moins préjudiciable n'est possible, protège prioritairement les personnes les plus vulnérabilisées et prévoit des alternatives équivalentes avant son implantation.

Recommandation 43 — Appuyer la ratification du Protocole facultatif se rapportant au PIDESC

Que le gouvernement du Québec appuie publiquement la ratification par le Canada du Protocole facultatif se rapportant au Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, et qu'il s'engage à collaborer à sa mise en œuvre dans ses champs de compétence, notamment en matière de santé, services sociaux, logement, revenu, handicap, accès à la justice et lutte contre la discrimination.

Recommandation 44 — Protéger la confidentialité et prévenir l'exclusion numérique

Que toute transformation numérique du réseau, incluant le dossier santé numérique, l'hébergement de données sensibles et l'usage possible de systèmes automatisés, soit encadrée par des garanties robustes de confidentialité, de consentement, de transparence, de sécurité, de recours effectifs et de prévention de la discrimination numérique.

H. Conclusion

Auto-Psy réitère son appui aux constats et recommandations portés collectivement par le RRASMQ. Le présent mémoire vise à prolonger cette contribution à partir de l'expérience régionale d'Auto-Psy, de sa mission de promotion et de défense individuelle et collective des droits en santé mentale, ainsi que des réalités vécues par les personnes ayant ou étant perçues comme ayant un enjeu de santé mentale.

Une vision renouvelée, intégrée et cohérente en matière de santé mentale, d'itinérance et de dépendance ne doit pas seulement mieux coordonner les services existants. Elle doit aussi transformer les conditions qui produisent ou aggravent la détresse : pauvreté, isolement, insécurité résidentielle, précarité d'emploi, obstacles administratifs, exclusion numérique, discrimination, sanisme, ruptures de services, manque d'accompagnement, insuffisance des ressources communautaires et recours disproportionné à la coercition.

Auto-Psy invite le gouvernement à éviter toute approche qui réduirait la santé mentale à une responsabilité individuelle. Les personnes concernées ne doivent pas être invitées à devenir simplement plus résilientes, plus productives, plus autonomes ou mieux adaptées à des environnements qui les excluent, les appauvrissent, les stigmatisent ou les handicapent. Une politique réellement renouvelée doit plutôt agir sur les environnements eux-mêmes : services publics, logement, revenu, travail, justice, démarches administratives, milieux communautaires, accès aux droits et pratiques cliniques.

Dans cette perspective, la reconnaissance du handicap psychique ou psychosocial constitue un levier essentiel. Elle permet de comprendre que les personnes peuvent être limitées non seulement par leurs symptômes ou difficultés personnelles, mais aussi par des environnements rigides, complexes, non adaptés ou discriminatoires. Reconnaître le handicap psychosocial, c'est reconnaître la nécessité d'évaluations fonctionnelles, d'accommodements, de plans individualisés, de soutien dans les démarches et de transformation des milieux de vie.

Auto-Psy insiste également sur la lutte contre le sanisme²³. Le sanisme ne se limite pas à des préjugés individuels. Il peut traverser les évaluations, les notes cliniques, les décisions administratives, les tribunaux, les milieux d'emploi, les services publics et les mécanismes de plainte. Il peut faire en sorte que la parole d'une personne soit moins crue, que ses émotions soient pathologisées, que ses

²³ À ce sujet, Auto-Psy se réjouit du financement obtenu récemment par une chercheuse de notre région afin qu'elle puisse théoriser le concept de sanisme.
<https://www.fp.ulaval.ca/actualites/anne-marie-gagne-julien-obtient-une-subvention-du-frq-pour-son-projet-sur-le-sanisme-en-tant-que-systeme-doppression>

revendications soient disqualifiées ou que ses démarches de défense des droits soient interprétées comme un manque de collaboration.

La coercition doit demeurer un véritable dernier recours. Une société ne peut pas compenser le manque de services volontaires, de logements, de suivis continus, d'équipes mobiles, de ressources communautaires et d'accompagnement par une augmentation de mesures judiciaires, policières ou hospitalières. Auto-Psy demande que les alternatives non coercitives soient financées, développées et évaluées, et que les pratiques régionales relatives aux requêtes de garde en établissement et d'autorisation de soins soient documentées avec rigueur.

Auto-Psy souligne l'importance de protéger et de consolider les programmes régionaux porteurs, notamment PISE, qui illustre la pertinence d'un modèle intégré de soutien à l'emploi inspiré des meilleures pratiques, arrimé aux équipes cliniques et centré sur les préférences de la personne. L'emploi peut soutenir la santé mentale lorsqu'il est choisi, adapté, sécuritaire et accompagné. Il ne doit toutefois jamais devenir une injonction à la productivité ou une condition implicite de reconnaissance de la valeur des personnes.

Une vision renouvelée doit également intégrer une approche intersectionnelle réelle. Les réalités liées à l'âge, au genre, à l'orientation sexuelle, à l'identité de genre, à l'appartenance autochtone, au racisme, à l'immigration, à la langue, à la pauvreté, au handicap, à la neurodivergence et à l'isolement doivent transformer concrètement les services. La création de postes d'experts en soutien clinique pour certaines populations spécifiques constitue une mesure structurante pour éviter que l'intersectionnalité demeure un principe abstrait.

Enfin, Auto-Psy rappelle que les organismes communautaires autonomes ne sont pas des sous-traitants du réseau public. Ils sont des lieux de démocratie, d'éducation populaire, d'entraide, de participation citoyenne, de défense des droits et de transformation sociale. Leur autonomie, leur financement à la mission et leur capacité critique doivent être protégés. Une meilleure intégration des politiques publiques ne doit jamais se faire au prix de la centralisation technocratique, de la mise en concurrence, de la bureaucratisation ou de la dilution des expertises communautaires.

Pour Auto-Psy, une vision réellement renouvelée devra donc être plus qu'une réforme administrative. Elle devra constituer un engagement politique clair envers la dignité, les droits, la justice sociale, la reconnaissance du handicap psychosocial, la lutte contre le sanisme, la réduction de la coercition, la transformation des conditions de vie, le financement du communautaire autonome et la participation réelle des personnes concernées.

Les personnes ayant ou étant perçues comme ayant un enjeu de santé mentale ne demandent pas seulement d'être mieux orientées dans un système complexe. Elles demandent d'être entendues, respectées, accompagnées, crues, soutenues et reconnues comme des citoyennes à part entière. C'est à cette condition qu'une vision renouvelée en santé mentale, itinérance et dépendance pourra véritablement contribuer à un mieux-être collectif.

Principales références et sources mobilisées

- Armstrong, V. et Brandon, T. (2020). Mental distress and “self-stigma” in the context of support provision: Exploring attributions of self-stigma as sanism. *Mental Health and Social Inclusion*, 24(1), 41-48. <https://doi.org/10.1108/MHSI-09-2019-0028>
- Becker, J. C., Hartwich, L. et Haslam, S. A. (2021). Neoliberalism can reduce well-being by promoting a sense of social disconnection, competition, and loneliness. *British Journal of Social Psychology*, 60, 947-965. <https://doi.org/10.1111/bjso.12438>
- Bernheim, E. (2022). L'internement psychiatrique au Québec. Du Grand renfermement à la gestion des risques, l'histoire d'une sur-judiciarisation. *Revue interdisciplinaire d'études juridiques*, 88(1), 135-160. <https://doi.org/10.3917/riej.088.0135>
- Bernheim, E. (2023). Droit des pauvres, pauvres droits : la Chambre de la jeunesse, au carrefour des inégalités et de la nouvelle gestion publique. *Les Cahiers de droit*, 64(1), 11-49. <https://doi.org/10.7202/1097335ar>
- Carney, T. (2008). The mental health service crisis of neoliberalism: An antipodean perspective. *International Journal of Law and Psychiatry*, 31, 101-115. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2008.02.001>
- Cohen, C. I. (2025). Neorecovery: A critical analysis of the relationship between neoliberalism and the recovery movement. *Community Mental Health Journal*, 61, 248-253. <https://doi.org/10.1007/s10597-024-01275-6>
- Esposito, L. et Perez, F. (2014). Neoliberalism and the commodification of mental health. *Humanity & Society*, 38(4), 414-442. <https://doi.org/10.1177/0160597614544958>
- Farias, M. N. et Lopes, R. E. (2023). Occupational therapy and the progressive neoliberal trap: Challenges for an anti-oppressive praxis. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, 33(1-3), e209610. <https://doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v33i1pe209610>
- Han, Y. (2024). Interrogating safeguards under the Mental Health Act in Ontario: Towards a postmodernist relational understanding of disability. *Studies in Social Justice*, 18(3), 481-498. <https://doi.org/10.26522/ssj.v18i3.4789>
- Hammell, K. W. (2017). Critical reflections on occupational justice: Toward a rights-based approach to occupational opportunities. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 84(1), 47-57. <https://doi.org/10.1177/0008417416654501>
- Hammell, K. W. (2020). Making choices from the choices we have: The contextual embeddedness of occupational choice. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 87(5), 400-411. <https://doi.org/10.1177/0008417420965741>
- Hunt, J. (2023). On the need for structurally competent counselling and psychotherapy: Neoliberal ideology, disability and the psy disciplines. *Counselling and Psychotherapy Research*, 23, 598-602. <https://doi.org/10.1002/capr.12649>
- Karter, J. M. (2025). An ecological model for conceptual competence in psychiatric diagnosis. *Journal of Humanistic Psychology*, 65(4), 741-766. <https://doi.org/10.1177/0022167819852488>
- Lavallee, Z., Gagné-Julien, AM. Affective injustice, sanism and psychiatry. *Synthese* 204, 94 (2024). <https://doi.org/acces.bibl.ulaval.ca/10.1007/s11229-024-04731-8>
- Moth, R. (2020). ‘The business end’: Neoliberal policy reforms and biomedical residualism in frontline community mental health practice in England. *Competition & Change*, 24(2), 133-153. <https://doi.org/10.1177/1024529418813833>
- Norberg, I. (2022). Austerity as bureaucratic violence: Understanding the impact of (neoliberal) austerity on disabled people in Sweden. *Sociology*, 56(4), 655-672. <https://doi.org/10.1177/00380385211051210>
- Gruhl KLR. (2020). Neoliberalism: Unpacking Limited Employment Success for Persons with SMI. *Canadian Journal of Occupational Therapy*. 87(5), 390-399. <https://doi.org/10.1177/0008417420968678>
- Roberts, M. T. (2021). Globalization and Neoliberalism: Structural Determinants of Global Mental Health? *Humanity & Society*, 45(4), 471-508. <https://doi.org/10.1177/0160597620951949>
- Tyler, I., & Slater, T. (2018). Rethinking the sociology of stigma. *The Sociological Review*, 66(4), 721-743. <https://doi.org/10.1177/0038026118777425>
- Warner, L., Kurtiş, T. et Adya, A. (2020). Navigating criticisms of intersectional approaches: Reclaiming intersectionality for global social justice and well-being. *Women & Therapy*, 43(3-4), 262-277. <https://doi.org/10.1080/02703149.2020.1729477>