

La relation d'abord. Aller à la rencontre, accueillir et ouvrir le dialogue

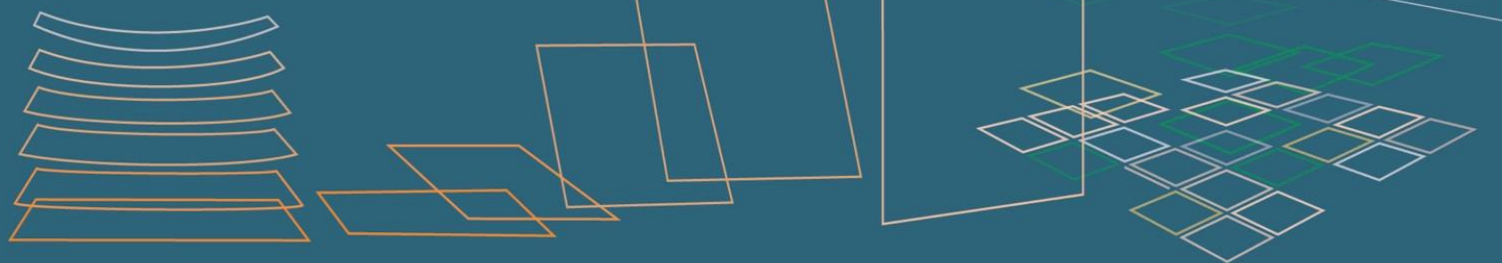
Mémoire public présenté dans le cadre de la consultation nationale sur les nouvelles orientations « Vers une vision renouvelée, intégrée et cohérente en matière de santé mentale, itinérance et dépendance »

Lourdés Rodriguez del Barrio, PhD

Emilie Proteau-Dupont, PhD

William Bayiha, PhD

Maximilien Bouchard, M.Sc.



Reconnaissance territoriale

« Nous reconnaissons que nous sommes réunis sur le territoire de Tiohtiá:ke/Montréal, terre ancestrale non cédée qui a longtemps servi de lieu de rassemblement et d'échange entre les peuples autochtones. Nous reconnaissons la nation Kanien'kehá:ka (Mohawk) comme gardienne de ces terres et de ces eaux. »

Ce mémoire s'appuie sur de nombreux travaux de recherche terrain rigoureux, menés en étroite collaboration avec les milieux de pratique, impliquant des chercheurs et chercheuses membres de l'Équipe de recherche et d'action en santé mentale et culture (ÉRASME), de l'équipe REGARDS et de leurs collaborations dans le cadre du Centre de recherche et de partage des savoirs InterActions (Centre affilié universitaire du CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal). Ces recherches reposent sur une analyse approfondie d'expériences d'intervention, sur la mobilisation de savoirs issus de différentes sources (scientifiques, expérientielles et professionnelles), ainsi que sur l'observation et l'accompagnement de processus concrets d'implantation. Ce type de démarche permet de documenter de manière fine les conditions qui favorisent la mise en œuvre de pratiques relationnelles et dialogiques, tout en assurant leur pertinence et leur transférabilité dans divers contextes d'intervention.

Le mémoire repose particulièrement sur les travaux de l'Alliance de recherche et d'action Alternatives inclusives en santé mentale où participent, entre autres, des organisations qui agissent au croisement des champs d'action de la santé mentale, de l'itinérance et des dépendances, telles que Diogène et PECH (voir Annexe).

Recherche et rédaction

Lourdes Rodriguez del Barrio, PhD, professeure titulaire, École de travail social, Université de Montréal, Directrice de l'Équipe de recherche et d'action en santé mentale et culture (ÉRASME) et du Centre InterActions.

Emilie Proteau-Dupont, PhD, post-doctorante, Université de Montréal, ÉRASME, ESTAMIRA.

William Bayiha, PhD, professionnel de recherche, Université de Montréal, ÉRASME, ESTAMIRA.

Maximilien Bouchard, M.Sc., professionnel de recherche, Université de Montréal, ÉRASME, Alliance de recherche et d'action Alternatives inclusives en santé mentale.

Comité scientifique

Nassera Touati, PhD, professeure titulaire, ÉNAP, Directrice de l'Équipe de recherche sur la gouvernance et les réseaux de solidarité (REGARDS).

Tatiana Sanhuenza, PhD, professeure associée à l'ÉNAP, chercheuse en résidence ESTAMIRA, REGARDS.

Graphisme

Leslie Plumb, Centre InterActions, ESTAMIRA.

Table des matières

1	INTRODUCTION	4
2	VIOLENCES ET SOUFFRANCES SOCIALES. ÉLARGIR LA COMPRÉHENSION DE LA SANTÉ MENTALE ...	6
2.1	Réalités complexes et effets croisés des dynamiques de discrimination systémiques sur les parcours de vie	6
2.2	Impacts de l'expérience de la rue et traumatismes complexes	9
3	LIMITES DU SYSTÈME ACTUEL.....	9
3.1	Transformations des politiques publiques. Passer à l'action	9
3.2	La fragmentation, l'inadéquation et le non-recours aux services	10
3.3	Surmédicalisation et individualisation des problèmes sociaux	11
4.	RÉORIENTATION DES PRATIQUES	12
4.1	La continuité de l'expérience	12
4.2	La relation d'abord. Aller à la rencontre, accueillir et ouvrir le dialogue	13
4.3	La médication en santé mentale. Approches collaboratives	14
5.	RENFORCEMENT DES CAPACITÉS DU COMMUNAUTAIRE.....	15
5.1	Rôle central du communautaire	15
5.2	Limites structurelles et conditions pour les dépasser	15
6.	PRINCIPALES RECOMMANDATIONS.....	16
ANNEXE		19
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES		21

1 Introduction

Les violences systémiques mondialisées, les crises politiques, économiques, socioclimatiques et sociosanitaires et les choix politiques conduisent à l'accroissement des inégalités, de la pauvreté, à la crise du logement et à des mouvements migratoires inédits.

Les transformations de nos manières de vivre ensemble s'accroissent, notamment par l'extension de nouvelles technologies numériques et de l'intelligence artificielle. Les processus d'expulsion, d'exclusion, de discriminations et de rupture des liens sociaux s'aggravent aussi. Les effets de ces dynamiques affectent toute la population, dévoilent nos fragilités et nous font prendre conscience que la santé mentale, l'itinérance et les problèmes de dépendances sont des enjeux sociétaux communs. L'opinion publique devient ainsi plus sensible à l'ampleur de ces enjeux.

Dans ce contexte, les services publics et communautaires sont soumis à une forte pression, notamment en raison de la saturation des ressources d'urgence et de la tendance à des interventions réactives et curatives plutôt que préventives et de proximité aux milieux de vie.

En proposant des consultations nationales sur la santé mentale, l'itinérance et la dépendance, le gouvernement du Québec nous invite à réfléchir à l'amélioration des réponses à des situations d'une grande complexité. Ces consultations sont menées afin de contribuer à l'élaboration des nouvelles orientations qui feront suite aux plans d'action interministériels actuels dans ces trois champs d'action spécifiques.

Nous tenons à saluer les principes directeurs et l'accent mis sur l'action intersectorielle par le développement des plans d'action interministériels. Cependant, l'action intersectorielle et l'intégration des services ne doivent pas conduire à une réduction du financement de l'un ou l'autre de ces secteurs.

Il est nécessaire de tenir compte, d'une part, de leur spécificité et d'autre part, des croisements et articulations, tant sur le plan des pratiques et des services locaux, que sur le plan des dimensions structurelles.

Dans le cadre de ce mémoire, nous mettrons l'accent sur l'importance de réorienter les pratiques d'accompagnement, d'intervention et de prévention des situations de crises afin que les services destinés aux personnes en situation de détresse et de souffrance sociale intense soient réellement accessibles au plus près de leurs milieux de vie.

Cette réorientation suppose de sortir d'une logique de ciblage de groupes dits vulnérables pour augmenter la capacité de les rejoindre et d'adapter les pratiques à la diversité des populations et des communautés locales.

Ce mémoire propose un modèle de réorientation et de consolidation des pratiques visant à répondre aux situations de crise et de détresse intense au plus près des communautés. Ce modèle favorise l'action en réseau et mobilise la force des liens intersectoriels en santé mentale. Il s'inspire du modèle du Dialogue ouvert, dont l'efficacité est reconnue à l'échelle internationale (Conseil de l'Europe, 2021). Celui-ci a été expérimenté dans le cadre du projet Crise-Famille, porté par le Carrefour en santé mentale pour les familles et

l'entourage, en collaboration avec le CISSS de la Montérégie-Est, le Centre de crise L'Accès et des chercheurs du Centre de recherche et de partage des savoirs InterActions et de l'équipe ÉRASME. Depuis le démarrage de ce projet, le Carrefour constate une forte réduction des demandes de garde en établissement par les familles et les proches (plus du 70 %).

Au Québec, ce modèle est aussi implanté par des organisations qui donnent des services de proximité aux personnes qui vivent des problèmes de dépendance, de santé mentale et d'itinérance, comme PECH à Québec et Diogène à Montréal. Ces partenaires réunis au sein de l'Alliance de recherche et d'action Alternatives inclusives en santé mentale contribuent à l'enrichissement de ce modèle et à son adaptation à la réalité de diverses régions.

On peut affirmer que des changements très prometteurs sont possibles grâce à la mobilisation des acteurs locaux, avec des investissements financiers raisonnables.

Il s'agit de connaître et reconnaître les bonnes pratiques existantes, le potentiel de formation mutuelle et de former et soutenir le déploiement d'intervenants¹ capables d'agir autrement : dans la rencontre avec les personnes concernées, dans la mise en relation dialogique et dans la collaboration des réseaux intersectoriels.

¹ Le genre masculin est utilisé sans aucune discrimination et dans le seul but d'alléger le texte.

2 Violences et souffrances sociales. Élargir la compréhension de la santé mentale

Au cours des dernières décennies, les réalités de l’itinérance au Québec et au Canada ont connu une transformation importante, tant sur le plan des profils que des trajectoires des personnes concernées.

Les données disponibles montrent de forts liens entre itinérance, santé mentale et consommation de substances. Ainsi, 85 % des personnes en situation d’itinérance rapportent au moins un problème de santé, dont la consommation de substances (61 %) et les enjeux de santé mentale (60 %) (Infrastructure Canada, 2024). À Montréal, 59 % des personnes en situation d’itinérance déclarent un problème de santé mentale et 54 % un problème de consommation (Ville de Montréal, 2023). Cette imbrication illustre la complexité croissante des trajectoires et la nécessité de dépasser des approches sectorielles cloisonnées.

Par ailleurs, les estimations indiquent une augmentation importante de l’itinérance visible au Québec, avec plus de 12 000 personnes recensées en 2025, soit une hausse de 20 % d’augmentation depuis la hausse de 44 % enregistrée entre les dénombrements de 2022 et 2018 (Gouvernement du Québec, 2026). Ces chiffres ne tiennent toutefois pas compte de l’itinérance cachée, ce qui suggère une réalité encore plus étendue.

Les parcours qui mènent vers les situations d’itinérance se diversifient, touchant de manière différenciée plusieurs groupes sociaux. Si cette diversité est de plus en plus reconnue, comme dans le Plan d’action solidarité, équité et inclusion 2021-2025 de la Ville de Montréal, l’enjeu consiste à poursuivre les efforts stratégiques afin de mieux adapter les services aux besoins des personnes concernées.

2.1 Réalités complexes et effets croisés des dynamiques de discrimination systémiques sur les parcours de vie

Les données épidémiologiques et de santé publique présentent divers profils de personnes en situation de rue, cependant, il ne faut pas oublier qu’il s’agit de dynamiques interreliées aux effets croisés (Rodriguez del Barrio et al., 2024).

Les liens entre santé mentale, dépendances et itinérance illustrent cette complexité. L’itinérance est souvent associée à la présence de troubles de santé mentale et de consommation de substances (Ville de Montréal, 2023), mais ces situations doivent être comprises comme le résultat de trajectoires de vie marquées par des expériences et situations où se croisent et s’accumulent diverses sources de vulnérabilités (Gentil et al., 2019; Schütz et al., 2019). Les relations entre ces facteurs sont bidirectionnelles : les problèmes de santé mentale et les dépendances peuvent autant précéder qu’être exacerbés par l’itinérance (de Espíndola et al., 2020; Hwang et al., 2011). D’autres formes de dépendances, telles que le jeu pathologique ou la cyberdépendance, sont également

fréquentes mais insuffisamment prises en charge (Sharman et al., 2016). Ces dynamiques sont accentuées par les inégalités sociales et structurelles, notamment chez les femmes, les jeunes, les personnes racisées et autochtones en situation d'itinérance, où les taux de troubles liés aux substances sont significativement plus élevés en lien avec des violences structurelles et des traumatismes historiques (Patrick, 2014; Upshur et al., 2017).

Les femmes en situation d'itinérance en vivent majoritairement des formes dites « cachées », recourant à des stratégies d'évitement de la rue, souvent au prix de leur sécurité et de leur dignité (Bellot et Rivard, 2017; Hurtubise et al., 2020). Leurs trajectoires sont fortement liées aux violences conjugales et sexuelles, ainsi qu'aux inégalités de genre et à la pauvreté. Malgré des besoins importants en matière de sécurité, de santé globale et de stabilité de logement, elles affrontent des obstacles majeurs liés à l'insécurité des services, au risque de « retraumatisation » et à la peur pour certaines de perdre la garde de leurs enfants. L'ensemble contribue à limiter leur recours aux ressources (Hurtubise et al., 2020).

Les types de refuges sont un enjeu qui affecte particulièrement les femmes (Hurtubise et al., 2020). Par exemple, les maisons d'hébergement pour victimes de violence conjugale, dédiées à l'accueil des femmes et de leurs enfants, refusent souvent d'admettre celles qui présentent des problématiques de consommation. À l'inverse, les refuges pour personnes en situation d'itinérance, notamment les milieux mixtes, suscitent de vives craintes chez les femmes ayant survécu à des violences sexuelles (Archambault et Goyer, 2025).

Les personnes immigrantes présentent des trajectoires marquées par des barrières structurelles importantes liées à des statuts migratoires précaires, à l'emploi, au logement et à l'accès aux services. Les premières années suivant l'arrivée au Canada constituent une période critique de précarité résidentielle et économique (Statistiques Canada, 2023). Les obstacles incluent des parcours migratoires de plus en plus complexes, longs et parfois marqués par des expériences traumatiques (violences, conflits armés, multiples ruptures, vie dans des camps), la non-reconnaissance des compétences, les barrières linguistiques et l'absence de réseaux sociaux en terre d'accueil. L'accès aux services demeure limité, entre autres, par des enjeux de discrimination, de complexité administrative et de méconnaissance des ressources disponibles.

Les personnes LGBTQ2S+ (lesbiennes, gaies, bisexuelles, trans, queer, bispirituelles, intersexes, asexuelles, pansexuelles, en questionnement et autres) sont surreprésentées en situation de rue, particulièrement chez les jeunes, en raison de rejets familiaux et de discriminations systémiques (Egale Canada, 2020). Elles présentent également des taux plus élevés de problèmes de santé mentale et de consommation de substances (Infrastructure Canada, 2024), ainsi qu'une exposition accrue à la violence (Public Health Agency of Canada, 2023). Leurs besoins concernent des milieux sécuritaires et inclusifs, ainsi que des services adaptés aux réalités de genre et de sexualité, mais les normes binaires et le manque de formation des intervenants limitent leur accès et leur rétention dans les services (Hurtubise et al., 2020).

Les jeunes constituent une proportion importante des personnes en situation d'itinérance, souvent sous-estimée en raison de la prévalence de l'itinérance cachée. Leurs trajectoires sont marquées par des ruptures familiales, des violences et des transitions institutionnelles mal soutenues (Goyette et al., 2025; Schwan et al., 2018). **Les jeunes ex-placés** en protection de la jeunesse apparaissent particulièrement vulnérables en raison de l'absence de filet social à la majorité, ce qui entraîne une précarisation du logement et de la trajectoire de vie (Goyette et al., 2025). Leurs besoins concernent le logement, le soutien psychosocial, le soutien scolaire, le développement de l'autonomie et le soutien à la transition vers la vie adulte, alors que les principaux obstacles résident dans les critères d'accès restrictifs et les ruptures entre services jeunesse et adultes.

Les personnes autochtones sont fortement surreprésentées en itinérance dans un contexte marqué par les effets persistants du colonialisme, des pensionnats et des traumatismes intergénérationnels (RÉSEAU de la communauté autochtone à Montréal, 2018). Leurs trajectoires s'inscrivent souvent dans des dynamiques de mobilité entre communautés et milieux urbains, associées à des expériences de discrimination et d'exclusion. Leurs besoins concernent des services culturellement sécurisants intégrant les savoirs et pratiques autochtones, mais l'accès demeure limité par la méfiance envers les institutions et l'inadéquation des services aux besoins (Fraser et al., 2021; Hurtubise et al., 2020).

Les personnes âgées en situation d'itinérance présentent des besoins complexes liés au vieillissement, à la santé et à l'isolement social. Elles vivent des trajectoires d'instabilité tardive ou prolongée. Leurs besoins concernent des soins gériatriques adaptés, des logements avec soutien et un accompagnement global, mais la stigmatisation et le recours tardif aux services limitent leur prise en charge (Hurtubise et al., 2020). À ces défis s'ajoute la difficulté d'accéder aux refuges en raison de leurs horaires et de leur saturation, une situation qui affecte particulièrement les personnes âgées, souvent confrontées à des limitations de mobilité.

Les personnes vivant avec une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme sont souvent invisibilisées dans les services d'itinérance (Hurtubise et al., 2020). Leurs trajectoires sont marquées par des difficultés d'adaptation et de communication, augmentant les risques d'exclusion et de victimisation. Elles nécessitent un accompagnement stable et individualisé, mais sont fréquemment orientées vers des services inadaptés tels que les urgences ou la psychiatrie (Lunsky et al., 2025).

Les personnes ayant une déficience physique font face à des obstacles liés à l'accessibilité, aux douleurs chroniques et aux limitations fonctionnelles visibles ou invisibles. Leurs besoins incluent des logements adaptés et des services intégrés, mais les critères restrictifs et les infrastructures inadéquates limitent leur accès (Hurtubise et al., 2020; Stubbs et al., 2020)

2.2 Impacts de l'expérience de la rue et traumatismes complexes

L'expérience prolongée de la rue contribue à l'émergence de traumatismes complexes liés à une exposition répétée à la violence, à l'insécurité et à la privation (Hopper et al., 2010). Cette accumulation et la durée de la situation de rue affectent profondément la santé mentale, les capacités cognitives et la régulation émotionnelle, soulignant l'importance d'interventions précoces (Leclair et al., 2019; McEwen, 2007). Certaines stratégies de survie, comme la consommation de substances ou le retrait social, doivent être comprises comme des réponses adaptatives, bien qu'elles puissent aggraver les vulnérabilités à long terme et entrer en tension avec la fragmentation des logiques institutionnelles (de Espíndola et al., 2020). Certaines situations, comme le travail du sexe chez les jeunes ou les trajectoires d'incarcération, renforcent encore les risques de violence, de rupture de services et de détérioration de la santé mentale (Bozinoff et al., 2019; Choe et al., 2008; Goldman-Hasbun et al., 2019; Roy et al., 2014; Roy et al., 2020). Les interventions policières et les gardes en établissement psychiatrique consolident les effets traumatiques et la méfiance envers les institutions et les services.

3 Limites du système actuel

3.1 Transformations des politiques publiques. Passer à l'action

La perspective intersectorielle se manifeste dans trois plans d'action interministériels concernant respectivement l'itinérance, la santé mentale et les dépendances (ministère de la Santé et des Services sociaux, 2018, 2021b et 2022).

Ils mettent de l'avant des principes de droits, de prévention et d'intersectorialité. Toutefois, un écart important persiste entre ces orientations et leur mise en œuvre concrète. Les systèmes demeurent fragmentés en silos, ce qui limite la coordination et la continuité des services (Fleury, 2023). Le financement, souvent ponctuel ou insuffisant, favorise des réponses d'urgence plutôt que des transformations durables (Pauly et al., 2019).

Par ailleurs, la gestion axée sur les résultats tend à privilégier des interventions et des indicateurs de reddition de comptes qui valorisent le court terme, en dépit de la complexité des trajectoires et des besoins à long terme (Carmel, 2025; Doré et al., 2022; PECH, 2023). Cela s'opère dans un contexte de rationalisation des dépenses publiques, ce qui limite la capacité de transformation du système de services.

Les contextes d'intervention manquent ainsi de souplesse, de flexibilité et du temps nécessaires pour accueillir et accompagner des parcours non linéaires, avec des moments de recul et des crises successives qui ne doivent pas être comprises comme des échecs, mais comme des phases nécessaires des processus de rétablissement.

3.2 La fragmentation, l'inadéquation et le non-recours aux services

Malgré l'existence de nombreux services, une proportion importante de personnes en situation de vulnérabilité n'y accède pas ou n'y reste pas engagée. Ce non-recours s'explique par des critères d'admissibilité restrictifs, des parcours fragmentés, des discriminations et un manque de coordination (MacDonald et Côté, 2022). En outre, les environnements institutionnels peuvent aussi être perçus comme contrôlants ou peu sécurisants (Hurtubise et al., 2020)

Les services d'urgence et de première ligne restent marqués par des limites importantes, notamment la stigmatisation, le manque de ressources et leur inadéquation aux besoins des personnes en situation d'itinérance et de consommation (Alunni-Menichini et al., 2020).

Les personnes en situation d'itinérance, de santé mentale ou de dépendance naviguent simultanément dans plusieurs systèmes (santé, services sociaux, logement, justice), souvent de manière disjointe (Rodriguez et al., 2006). Les trajectoires des personnes sont ainsi fréquemment marquées par des ruptures lors des transitions institutionnelles ou des transitions de vie, notamment entre les centres jeunesse, les établissements carcéraux ou les hôpitaux psychiatriques et la vie dans la communauté (Piat et al., 2015).

Cette fragmentation des services est renforcée par une organisation sectorielle des politiques publiques en silos (Roy et al., 2020), ainsi que par des mécanismes de financement distincts et des logiques organisationnelles cliniques ou administratives différenciées, ce qui limite la coordination des interventions (Institut national de santé publique du Québec, 2022).

Cela limite la mise en place d'interventions globales et cohérentes (Fleury et Grenier, 2012; Fleury, 2023) et contribue également à une forme d'« errance institutionnelle », où les personnes naviguent entre différents dispositifs sans parvenir à accéder à des réponses adaptées (Gaetz et al., 2014). Les personnes doivent ainsi composer avec une multiplication des points d'entrée, des critères d'accès variables et une discontinuité relationnelle importante, ce qui fragilise leur engagement dans les services.

L'adéquation des services en santé mentale demeure un enjeu majeur, alors que 40 % à 47 % des usagers rapportent des besoins non comblés, particulièrement en ce qui concerne l'accès à la psychothérapie (Stephenson, 2023, cité dans Fleury, 2023). Cette situation est accentuée par les longues listes d'attente en première ligne, pouvant atteindre 5 à 6 mois, bien au-delà de la cible d'un mois (Fleury, 2023; MSSS, 2021a). Bien que le Programme québécois pour les troubles mentaux (PQPTM) vise depuis 2020 à améliorer l'accès aux services psychosociaux, et malgré les ressources financières investies, ses effets restent peu documentés (MQRP, 2022, cité dans Fleury, 2023).

Par ailleurs, l'urgence joue fréquemment un rôle de porte d'entrée dans le système, près de 50 % des personnes ayant des problèmes en santé mentale n'ayant eu aucune consultation médicale dans l'année précédant une visite à l'urgence (Fleury et al., 2019).

Certaines améliorations ont toutefois été observées dans le cadre des derniers plans d'action en santé mentale depuis 2015, notamment par le renforcement des services plus proches des communautés comme le suivi intensif et d'intensité variable, des programmes pour premiers épisodes psychotiques, des services de crise et des services destinés aux jeunes de 12 à 25 ans (p. ex. Aire ouverte) (MSSS, 2021a). Malgré ces avancées, les services demeurent sous-financés comparativement à d'autres pays (MQRP, 2022, cité dans Fleury, 2023), et les soins de collaboration entre la psychiatrie et la première ligne restent peu implantés (Fleury et al., 2021).

3.3 Surmédicalisation et individualisation des problèmes sociaux

Une autre limite majeure du système réside dans la surmédicalisation des problèmes sociaux et dans la place centrale qu'occupent l'hospitalisation et la pharmacologie dans les services psychiatriques. Les réponses institutionnelles tendent aussi à individualiser des situations qui relèvent pourtant de déterminants structurels tels que la pauvreté, le logement ou les inégalités sociales (Organisation mondiale de la santé, 2022).

Au Canada, plus de 70 millions d'ordonnances d'antidépresseurs ont été délivrées en 2024 (IQVIA, 2025). Entre 2020 et 2024, les prescriptions d'antidépresseurs ont augmenté de 18 %, celles des antipsychotiques de 13 % et les psychostimulants ont connu une hausse particulièrement marquée de 66 % (IQVIA, 2025). Ces augmentations s'inscrivent dans un contexte où l'accès aux services psychosociaux demeure insuffisant (Canadian Institute for Health Information, 2025).

Ce phénomène affecte particulièrement certaines populations marginalisées, notamment les personnes âgées, les personnes racisées, immigrantes ou autochtones, ainsi que les jeunes, qui sont plus exposées à des diagnostics et traitements pharmacologiques intensifs (Institut national d'excellence en santé et en services sociaux, 2020; Kirmayer et al., 2011; Metzl et Hansen, 2014; Monzée, 2025).

Somme toute, un paradoxe s'observe : l'augmentation du recours aux traitements pharmacologiques coexiste avec un accès restreint aux interventions psychosociales, psychothérapeutiques, communautaires et préventives ainsi qu'aux ressources soutenant les projets de vie (soutien aux études, au travail ou à la participation sociale), pourtant reconnues pour leurs effets positifs pour le rétablissement en santé mentale (Canadian Institute for Health Information, 2025; IQVIA, 2025; Organisation for Economic Co-operation and Development, 2021; Organisation mondiale de la santé, 2022).

Un pourcentage important des personnes qui respectent leurs prescriptions vit, malgré tout, avec des symptômes et des difficultés. Sur le plan clinique, la médication psychiatrique possède une efficacité limitée et elle est associée à de nombreux effets indésirables qui peuvent avoir des impacts importants sur la capacité de rétablissement (ex. altérant le sommeil, l'humeur, l'attention, le poids et l'appétit) (Collins et al., 2024; Rodriguez del Barrio, et al., 2001).

Un suivi médical régulier et rigoureux est indispensable. La recherche identifie les conditions, selon le point de vue des personnes concernées, afin que la médication puisse contribuer à un rétablissement durable, notamment : la possibilité de dialoguer avec les psychiatres et autres professionnels de la santé, l'ouverture d'espaces de réflexion sur le rôle de la médication dans le processus de rétablissement, l'accès à l'information sur les médicaments et leurs effets, ainsi que sur les risques d'un arrêt des médicaments sans accompagnement (Rodriguez del Barrio et al., 2001).

4. Réorientation des pratiques

4.1 La continuité de l'expérience

La continuité des services doit être comprise à partir de l'expérience et des parcours de vie des personnes concernées plutôt que comme une simple coordination administrative entre institutions et organisations. La continuité ne doit pas se limiter pas aux mécanismes de référencement. Le passage de la référence à la collaboration et l'accompagnement est essentiel pour assurer une continuité relationnelle et expérientielle. Cette dernière renvoie au sentiment d'être reconnu, écouté et soutenu dans la durée (Rodriguez del Barrio et al., 2002). Elle implique de tenir compte des expériences subjectives, des émotions et du sens donné à la situation par les personnes concernées (Khouri, 2021; Khouri et Chaput, 2021; Rodriguez del Barrio et al., 2002).

Cette prise en compte des besoins et cette continuité relationnelle sont particulièrement importantes pour favoriser l'engagement et l'accès aux services des jeunes en situation d'itinérance (Deschênes, sous presse). En effet, les besoins exprimés ou priorités par les jeunes peuvent différer de ceux identifiés par les intervenants, ce qui peut parfois créer des décalages dans l'offre de services et nuire à l'établissement d'une compréhension partagée de la situation. Ces écarts peuvent alors constituer un frein à l'accès et à la continuité de l'accompagnement, en particulier lorsque les interventions ne parviennent pas à s'ancrer dans le sens que les personnes directement concernées attribuent à leur propre expérience.

Les approches flexibles, relationnelles et centrées sur la personne favorisent des parcours de rétablissement et d'élargissement de la capacité d'agir, alors que les modèles rigides et uniformisés tendent à accentuer les ruptures, la dépersonnalisation et les difficultés d'accès aux services (Rodriguez del Barrio et al., 2002).

La continuité dépend aussi de la capacité des systèmes à reconnaître et intégrer les proches, les personnes significatives et les réseaux informels et communautaires dans le soutien quotidien des personnes (Rodriguez del Barrio et al., 2002). À titre illustratif, les approches les plus porteuses concernant la participation des jeunes Inuit aux services de santé et aux services sociaux au Nunavik reposent sur une implication communautaire forte, une reconnaissance des rôles de la famille élargie et une participation plus collective et culturellement ancrée aux services (Fraser et al., 2021). Ou encore, pour les personnes

autistes, les interventions pour activer les liens et le support par des pairs ou membres de la communauté sont fortement conseillées (Courcy et al., 2026), cela même via une écoute téléphonique offerte « par et pour » des personnes autistes (Désormeaux-Moreau et Courcy, 2025).

4.2 La relation d’abord. Aller à la rencontre, accueillir et ouvrir le dialogue

Le Dialogue ouvert est un modèle d’intervention et de prévention des situations de crise reconnu pour ses résultats cliniques durables en santé mentale, notamment en cas de psychose. Il permettrait à 80 à 85 % des personnes de se rétablir durablement, avec une réduction importante des hospitalisations, des rechutes et de la médication antipsychotique (Seikkula et Olson, 2003, p. 403). Le modèle est également aligné sur une perspective non coercitive et respectueuse des droits de la personne (Conseil de l’Europe, 2021). Il a été développé par des hôpitaux, des services de première ligne en santé mentale et des organisations communautaires.

Le Dialogue ouvert a également un impact économique, réduisant les coûts associés aux soins et aux situations de handicap générées par les effets négatifs de certaines interventions. L’usage des neuroleptiques est fortement réduit : seulement 35 % des patients en Dialogue ouvert en reçoivent contre 100 % en traitement standard (Seikkula et Olson, 2003, p. 415). La médication est utilisée de manière ponctuelle, négociée et à faibles doses, dans une logique de prudence clinique.

Le Dialogue ouvert favorise la prévention des crises, réduisant les hospitalisations de 25 à 30 % (Molyneaux et al., 2019; Tinland et al., 2022). Cette approche va dans le même sens que des approches préventives reposant sur des facteurs organisationnels, environnementaux et relationnels qui limitent le recours à la coercition (Goulet et al., 2023).

Dans l’année 2024-2025, le Carrefour en santé mentale pour les familles et l’entourage (CSMFE), en collaboration avec le CISSS de la Montérégie-Est, ont proposé 578 heures de rencontres inspirées du Dialogue ouvert. Celles-ci ont permis de rejoindre 83 familles et 248 personnes. Durant cette période, le CSMFE a constaté une réduction très importante (plus de 70 %) du nombre de recours aux mesures involontaires (voir l’Annexe).

Dans cette approche, l’intervention se fait auprès de la personne première concernée et de son entourage. La famille, les amis et les autres membres du réseau social sont invités à participer à l’intervention. L’intervention commence dès le début de la crise. Le Dialogue ouvert s’articule autour de cinq principes qui orientent l’organisation des services (Seikkula et al., 2003) :

- **Aide immédiate** : cela implique de faire une rencontre d’intervention avec la personne concernée le plus rapidement possible (idéalement dans les vingt-quatre premières heures) à partir de la demande d’aide;

- **Perspective du réseau social** : avec la personne concernée, on détermine qui, dans des relations formelles ou informelles, peut la soutenir et qui inviter à participer au processus;
- **Flexibilité et mobilité** : les rencontres d'intervention s'adaptent aux besoins de la personne, de sa famille et de ses proches, dans le respect de leur rythme et au lieu de leur choix, par exemple, à domicile;
- **Responsabilité** : l'équipe d'intervention qui reçoit la demande d'aide demeure responsable de la continuité de la relation;
- **Continuité psychologique** : l'équipe d'intervention reste disponible tant et aussi longtemps que la situation demeure perçue comme étant critique. La durée n'est donc pas prédéfinie.

Les intervenants des diverses organisations concernées peuvent aussi être invités à participer aux rencontres de Dialogue ouvert (services sociaux, sécurité publique, soutien aux études, protection de la jeunesse, employabilité, etc.). On identifie l'ensemble des actions à mettre en place pour faire évoluer positivement la situation.

Toutes les décisions sont prises *avec (et non sur)* la personne concernée et son entourage. Cette horizontalité favorise l'autodétermination (Seikkula et Olson, 2003). Cela fait en sorte que le processus d'intervention s'opère dans un cadre rassurant (Seikkula et Trimble, 2005). Ainsi, la personne et sa famille, ou les personnes significatives de son entourage, ne sont plus traitées comme des objets de l'intervention, mais bien comme des membres à part entière du processus de rétablissement, avec les intervenants professionnels (Desvignes et al., 2021; Seikkula et Olson, 2003). On valorise l'ensemble des perspectives impliquées, tandis que les professionnels adoptent une posture d'élaboration collective du sens et des actions (Seikkula et Olson, 2003, p. 409).

4.3 La médication en santé mentale. Approches collaboratives

Les approches collaboratives autour de la médication psychiatrique, comme la Gestion autonome de la médication en santé mentale (GAM), méritent une attention particulière afin d'outiller les professionnels de la santé (psychiatres, médecins, pharmaciens, infirmiers), ainsi que les personnes concernées ou leurs proches. Dans une perspective globale de l'accompagnement, les intervenants psychosociaux doivent aussi connaître les effets de la médication sur les parcours de rétablissement et soutenir la personne concernée dans ses démarches pour obtenir les ajustements nécessaires.

LA GAM montre des effets positifs sur le rétablissement, la qualité de vie et le pouvoir d'agir des personnes concernées (Martinez Hernaez et al., 2020; Palombini et Rodriguez del Barrio, 2021; Rodriguez et al., 2014). La GAM, créée au Québec, a également été implantée et évaluée à l'international. Par exemple, elle a inspiré des initiatives internationales comme la « Gestion collaborative de la médication en santé mentale » et les plans d'action gouvernementaux en santé mentale au Brésil et en Espagne (Avarca et al., 2022; Ministerio de Sanidad, 2025; Palombini et Rodriguez del Barrio, 2021). Son

application repose sur la collaboration entre les personnes directement concernées, les milieux communautaires, de défense des droits et de recherche (Rodriguez del Barrio et al., 2006; Rodriguez del Barrio et Poirel, 2007).

La littérature rapporte plusieurs effets associés à cette approche, dont une meilleure collaboration thérapeutique grâce à l'implication active des personnes concernées dans les décisions, réduisant les interruptions brutales de traitement (Pelletier et al., 2014). Dans la même perspective, on constate dans la psychiatrie contemporaine un intérêt croissant concernant le phénomène de la sur-prescription et la proposition de pratiques pour l'optimisation du traitement et la qualité en prescription (Adel et al., 2025; Gomez-Carrillo et al., 2023a et 2023b; Montagne, Rousseau et Gomez-Carrillo, 2026).

5. Renforcement des capacités du communautaire

5.1 Rôle central du communautaire

Les organismes communautaires se distinguent par leur accessibilité, leur ancrage dans les milieux de vie et leur capacité à rejoindre des personnes exclues des services institutionnels. Leur action repose sur la construction d'un lien de confiance durable, essentiel à la reprise du pouvoir d'agir, en contraste avec les logiques institutionnelles marquées par la discontinuité et la standardisation des services (Centraide du Grand Montréal, 2023). Ils contournent plusieurs barrières institutionnelles et offrent des espaces d'intervention fondés sur la proximité, la continuité et la reconnaissance globale des personnes.

Au-delà de la gestion de crise, le communautaire agit sur les déterminants sociaux, notamment l'exclusion sociale, en offrant des espaces de socialisation et de reconstruction du lien social (Gaetz et al., 2013; René, 2010). Il contribue ainsi à la reconstruction du sentiment d'appartenance, en favorisant la participation sociale (Centraide du Grand Montréal, 2025; Larose-Hébert et Dumais Michaud, 2026; PECH, 2023; Rodriguez Del Barrio et al., 2006).

5.2 Limites structurelles et conditions pour les dépasser

Le sous-financement chronique, combiné à un financement souvent instable et basé sur des projets à court terme, limite la planification, la continuité des actions, la pérennisation des résultats et la capacité d'innovation du communautaire (Centraide du Grand Montréal, 2023; PECH, 2023; Réseau solidarité itinérance du Québec, 2023). Cette situation entraîne une précarisation des équipes, des conditions de travail difficiles et une difficulté à maintenir des services stables.

Le renforcement du secteur communautaire reposerait d'abord sur un financement prévisible et arrimé à la mission des organismes afin d'assurer la continuité des interventions.

Il implique également un soutien clinique et une formation continue des intervenants pour composer avec la complexification des trajectoires, tout en limitant l'épuisement professionnel (PECH, 2023). Le développement de partenariats intersectoriels est essentiel pour éviter un transfert implicite de responsabilités vers le communautaire et assurer une responsabilité réellement partagée entre les réseaux institutionnels et communautaires.

La reconnaissance du communautaire comme acteur structurant du système est une condition clé de transformation. Cela implique son intégration aux processus de décision, de planification et d'évaluation, ainsi qu'une gouvernance plus collaborative (PECH, 2023). Cette reconnaissance doit aussi inclure la valorisation des savoirs expérientiels des personnes concernées et des savoirs communautaires, afin de favoriser une co-construction des interventions, la co-formation et un rééquilibrage des rapports de pouvoir entre institutions, organismes et personnes concernées (Rodriguez del Barrio et al., 2006).

6. Principales recommandations

Nous proposons dix recommandations principales qui visent à contrer la fragmentation des services, la surmédication et l'individualisation des problèmes sociaux et de santé mentale.

1. Passer d'un système fragmenté à un système collaboratif visant la continuité du point de vue des personnes concernées et de leurs proches. Il est recommandé de réorienter les pratiques pour accueillir les personnes et les situations de crise en ouvrant vers la continuité des collaborations (avec la personne première concernée, les proches, les personnes intervenantes et les services) en santé mentale, dépendance et itinérance. Cette collaboration doit s'effectuer sans instrumentalisation du communautaire ni transfert implicite des responsabilités vers ces organisations.

2. Recentrer les services sur les parcours de vie. Les services doivent être organisés à partir des trajectoires réelles des personnes plutôt qu'autour de catégories administratives ou diagnostiques. Par exemple, s'assurer d'offrir un accompagnement continu lors des transitions institutionnelles ou des transitions de vie, telles qu'une sortie d'hospitalisation, le passage à l'âge adulte, une sortie d'itinérance ou encore une transition entre milieux de vie, afin d'éviter les ruptures de soutien et de renforcer la continuité des interventions.

3. Respecter le rythme de la personne, accueillir et accompagner des parcours non linéaires, avec des moments de recul et des crises successives qui ne doivent pas être comprises comme des échecs, mais comme des phases nécessaires des processus de rétablissement. Ajuster l'accompagnement et ne pas le rendre conditionnel, par exemple, à un projet d'arrêt de la consommation.

4. Soutenir, par la formation et l'accompagnement de la recherche, la réorientation des pratiques misant sur le déploiement du modèle du Dialogue ouvert (voir Annexe). Il s'agit de connaître et reconnaître les bonnes pratiques existantes, de former et de soutenir le déploiement d'intervenants capables d'agir autrement : dans la rencontre avec les personnes concernées, dans la mise en relation dialogique et dans la collaboration des réseaux intersectoriels.

5. Soutenir l'implantation de pratiques collaboratives de prescription en santé mentale comme la Gestion autonome de la médication en santé mentale (GAM).

6. Réduire le recours aux mesures d'exception et consolider une culture de respect des droits en santé mentale par l'intégration des orientations de l'initiative de Quality Rights de l'OMS (Organisation mondiale de la santé, 2021, 2022, 2023a et 2023b), et par la consolidation et le développement de formations sur les droits en santé mentale qui mobilisent les compétences des acteurs et qui sont adaptées à la réalité québécoise.

7. Améliorer les conditions de vie, notamment, l'accès au logement. Les politiques publiques doivent intervenir davantage en amont des trajectoires d'itinérance et de précarité en agissant sur les déterminants sociaux comme le logement, la pauvreté, l'éducation et les transitions critiques. Cette orientation vise à réduire la prédominance des interventions de crise au profit d'approches préventives et continues.

Il faudrait consolider les programmes qui assurent « un logement d'abord » pour la sortie de rue, ainsi qu'élargir et diversifier les programmes d'accès au logement et d'accompagnement pour les jeunes adultes qui vivent avec des problèmes de santé mentale et des enjeux de transition à l'âge adulte.

8. Adapter les services à la diversité dans une perspective intersectionnelle. Les politiques et services doivent tenir compte des réalités spécifiques des populations en situation de vulnérabilité (femmes, personnes LGBTQ2S+, autochtones, migrantes, jeunes ex-placés, personnes âgées, personnes vivant avec des incapacités, etc.). Ces adaptations doivent être intégrées de manière structurelle aux mécanismes de financement, de gouvernance et de reddition de comptes afin de réduire les inégalités et les discriminations. À cette fin, nous recommandons de prendre en compte les violences systémiques et les dynamiques d'oppression. Cette approche intersectionnelle doit s'inscrire durablement dans la documentation des effets et la révision des politiques et des programmes.

9. Reconnaître les savoirs expérientiels et la participation des personnes concernées. La participation des personnes concernées et de leurs proches doit dépasser la consultation symbolique pour inclure une réelle participation à la prise de décisions. De plus, les voix et les perspectives des personnes concernées et de leurs proches sont multiples et diverses. Une représentation de leur diversité est donc essentielle. On ne peut pas les réduire à la participation d'un petit nombre de personnes ou d'organisations qui visent à les représenter. La recherche et des consultations publiques rigoureuses et respectueuses (rythme, information suffisante, méthodes diverses adaptées) peuvent jouer un rôle essentiel pour rendre visible cette pluralité des perspectives. On doit aussi s'appuyer sur

les compétences de mobilisation de la participation citoyenne des organismes communautaires et de défense des droits. Les divers savoirs expérientiels et communautaires doivent être reconnus comme des formes légitimes de connaissance dans la conception, la planification, l'évaluation et la transformation des services.

10. Renforcer le rôle du communautaire par le financement à la mission. Le secteur communautaire doit être reconnu comme un acteur structurant du système par un financement stable à la mission, une reconnaissance institutionnelle et une participation réelle aux décisions. Des mécanismes de collaboration et de concertation doivent également être consolidés, tout en reconnaissant l'autonomie d'action du milieu communautaire.

ANNEXE

Le projet [Alliance de recherche et d'action Alternatives inclusives en santé mentale](#) (Gouvernement du Canada, 2025) (ci-après nommé l'ARAI), implique une équipe de recherche interdisciplinaire de 10 de chercheurs affiliés à 6 universités québécoises et 6 collaborateurs internationaux. L'ARAI donne une place centrale à la perspective des personnes concernées et à celle de leurs proches par leur participation à toutes les étapes du projet par le biais du Comité citoyen et de la Communauté apprenante de recherche et de pratiques.

L'ARAI est une initiative de recherche, de mobilisation des connaissances et d'innovation qui a émergé du désir de mieux connaître et de contrer les discriminations systémiques en santé mentale. L'ARAI mobilise des organismes qui font partie de l'action communautaire autonome et agissent aux niveaux local, régional et provincial. Son objectif principal est d'accompagner, par la recherche, la cocréation d'alternatives inclusives dans la communauté. Ce projet de recherche-action participative a reçu un financement du Conseil de recherches en sciences humaines du Canada (CRSH 2022-2027).

Les problèmes de santé mentale ont été exacerbés par les crises globales et ils se manifestent de manière dramatique dans des situations de détresse intense. Le travail en silos et la fragmentation des services contribuent à accentuer la difficulté de faire face à cette situation. L'augmentation du recours à des mesures d'exception comme les hospitalisations forcées affecte particulièrement les groupes défavorisés (personnes migrantes, personnes en situation d'itinérance, victimes de violence dans les relations intimes, jeunes racisés, etc.).

Le premier objectif de l'ARAI est de documenter les bonnes pratiques alternatives pour répondre aux situations de crise et de souffrance intense et leur adaptation aux différentes réalités sociales. Dans ce cadre, nous avons réalisé une cartographie des modèles d'intervention de crise en santé mentale qui a confirmé le choix du [Dialogue ouvert](#). Il s'agit d'une approche innovante centrée sur l'action en réseau et l'ouverture du dialogue avec la personne affectée, ses proches, des membres de son entourage et les intervenants concernés. La proposition amène une transformation du rapport des services aux personnes, à leurs proches et à la communauté. L'inclusion de plusieurs acteurs mobilise des ressources personnelles et collectives dans un climat de respect et d'égalité.

La prise de parole sous cette forme de rencontre dialogique permet l'émergence de possibilités d'action souvent inattendues menant vers l'élargissement de la capacité d'agir, l'appropriation du pouvoir et un enrichissement profond de l'élaboration de l'expérience personnelle, collective et communautaire.

Un deuxième objectif de l'ARAI est de réaliser une étude de cas pour documenter l'expérience d'alternatives inclusives en cours de développement dans la région métropolitaine de Montréal avec des organisations partenaires. La mise en place, dans le

cadre de l'ARAI, de la formation accréditée [Pratiques dialogiques et participatives en santé mentale – Formation sur le Dialogue ouvert](#) a permis cette expérimentation.

Le Carrefour en santé mentale pour les familles et l'entourage (CSMFE) a été le premier organisme à faire l'expérimentation du Dialogue ouvert. Soutenu par le Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Est (CISSSME), le service Crise-Famille a soulevé l'intérêt de la Confédération des associations de proches en santé mentale du Québec (CAP santé mentale) et du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) qui a soutenu son implantation.

Dans l'année 2024-2025, le CSMFE, en collaboration avec le CISSSME, ont proposé 578 heures de rencontres inspirées du Dialogue ouvert. Celles-ci ont permis de rejoindre 83 familles et 248 personnes. Durant cette période, le CSMFE a constaté une réduction très importante (plus de 70 %) du nombre de recours aux mesures involontaires.

Vous pouvez en apprendre davantage sur cette expérimentation en visionnant : le Midi-InterActions intitulé [Nouvelles alliances pour répondre autrement aux défis en santé mentale: L'approche Dialogue ouvert et son implantation au Québec](#) et la Grande Conférence de l'Alternative intitulée [Open Dialogue : Perspectives d'organismes communautaires qui cherchent à travailler autrement.](#)

Organismes qui sont en train d'implanter le Dialogue ouvert au Québec

- Alliance des Groupes d'Intervention pour le Rétablissement en santé mentale (AGIR)
- AMI-Québec
- La Bouffée d'Air du KRTB
- Carrefour en santé mentale pour les familles et l'entourage (CSMFE)
- Centre de crise L'Autre Maison
- Centre d'intervention de crise Tracom
- Diogène
- Équipe de recherche et d'action en santé mentale et culture (ÉRASME)
- Escouade 24/7
- Parents et amis du bien-être mental du Sud-Ouest de Montréal (PABEMSOM)
- Le Pavois
- PECH
- Prise II
- Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec (RRASMQ)

Références bibliographiques

- Adel, L., Gomez-Carrillo, A., Mago, J., Lifshitz, M. et Dumas, G. (2025). Is sharing always caring? Entropy, boundaries and the plurality of psychotherapeutic process: Comment on « Nature heals: An informational entropy account of self-organization and change in field psychotherapy » by P. Sarasso et al. *Physics of Life Reviews*, 52, 250-252.
- Alunni-Menichini, K., Bertrand, K., Roy, L. et Brousselle, A. (2020). Current emergency response in Montreal: How does it fit in the services offered to homeless people who use substances? *International Journal of Drug Policy*, 82, 102758.
- Archambault, L. et Goyer, M.-È. (2025). *Approche tenant compte des traumatismes et de la violence (ATTV) - Pistes de réflexions en dépendance, itinérance, douleur chronique et périnatalité*.
- Avarca, C. A. d. C., Serrano-Miguel, M., Vicentin, M. C. G. et Martínez-Hernández, Á. (2022). El modelo GAM (Gestión Autónoma de la Medicación) como generador de autonomía en salud mental. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 26, e210506.
- Bellot, C. et Rivard, J. (2017). Repenser l’itinérance au féminin dans le cadre d’une recherche participative. *Criminologie*, 50(2), 95–121.
- Blain, M.-J., Rodriguez del Barrio, L., Caron, R., Parent, A.-A., Bouquetar, L. et Lezeau, M., (2022). “Je ne comprends pas encore trop le système” : ressources de soutien en employabilité pour de jeunes adultes d’immigration récente à Montréal-Nord. *Sciences & Actions Sociales*, 2022/1 N° 17, 52-80.
- Bozinoff, N., Luo, L., Dong, H., Krüsi, A. et DeBeck, K. (2019). Street-involved youth engaged in sex work at increased risk of syringe sharing. *AIDS care*, 31(1), 69–76.
- Canadian Institute for Health Information. (2025). *Mental health and substance use services in Canada*.
- Carmel, J.-F. (2025). *Vers des soins intégrés en santé mentale, dépendance et itinérance chez les aînés*.
- Centraide du Grand Montréal. (2023). *L’impact de la pauvreté et de l’itinérance à Montréal*.
- Centraide du Grand Montréal. (2025). *Mémoire de Centraide du Grand Montréal : Itinérance et cohabitation sociale. Office de consultation publique de Montréal (OCPM)*.
- Choe, J. Y., Teplin, L. A. et Abram, K. M. (2008). Perpetration of violence, violent victimization, and severe mental illness: balancing public health concerns. *Psychiatric services*, 59(2), 153–164.

- Collins, J. C., Wheeler, A. J., McMillan, S. S., Hu, J., El-Den, S., Roennfeldt, H. et O'Reilly, C. L. (2024). Side effects of psychotropic medications experienced by a community sample of people living with severe and persistent mental illness. *Health Expectations*, 27(6), e70122.
- Conseil de l'Europe. (2021). *Recueil de bonnes pratiques pour promouvoir les mesures volontaires dans les services de santé mentale*.
- Courcy, I., Cusson, N. et Jeanneret, N. (2026). Nor weak ties, nor strong ties: Personal support networks and relations between autistic peers. *Autism*, 30(1), 97–110.
- de Espíndola, M. I., Bedendo, A., da Silva, E. A. et Noto, A. R. (2020). Interpersonal relationships and drug use over time among homeless people: a qualitative study. *BMC Public Health*, 20(1), 1746.
- Deschênes, J. M. (sous presse). *Comment naviguer dans un labyrinthe en constant changement? Regards croisés sur les enjeux d'accès et d'engagement des jeunes en situation d'itinérance dans les services de santé mentale* [thèse de doctorat, Université de Montréal].
- Désormeaux-Moreau, M. et Courcy, I. (2025). Pertinence d'un service de soutien offert en ligne «par» et «pour» des adultes autistes: une enquête québécoise descriptive. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 44(1), 1–15.
- Desvignes, S., Lozier, M. et Beetlestone, E. (2021). Open dialogue, une écoute polyphonique. *Rhizome*, 79(1), 7–8.
- Dezetter, A., Duhoux, A., Menear, M., Roberge, P., Chartrand, E., & Fournier, L. (2015). Reasons and determinants for perceiving unmet needs for mental health in primary care in Quebec. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 60(6), 284–293.
- Doré, C., Lévesque, N., Hyppolite, SR., Maillet, L., Bourque, D., Maltais, D., Goudet, A., Joseph, JA., Morin P., et Michaud, M., L'intervention de proximité Proposition d'un dispositif de reddition de comptes pertinent C Volume 33, numéro 1, printemps 2022 Proximité et intervention sociale : quel espace pour une perspective critique? URI : <https://id.erudit.org/iderudit/1095939a>
- Egale Canada. (2020). *LGBTQ2S youth homelessness in Canada*.
- Fleury, M.-J. (2023). Notions et brève évaluation de la qualité des services en santé mentale au Québec. *Santé mentale au Québec*, 48(2), 13–27.
- Fleury, M.-J. et Grenier, G. (2012). *État de situation sur la santé mentale au Québec et réponse du système de santé et de services sociaux*. Gouvernement du Québec.
- Fleury, M.-J., Grenier, G., Gentil, L. et Roberge, P. (2021). Deployment of the consultation-liaison model in adult and child-adolescent psychiatry and its impact on improving mental health treatment. *BMC family practice*, 22(1), 82.

- Fleury, M.-J., Rochette, L., Grenier, G., Huynh, C., Vasiliadis, H.-M., Pelletier, É. et Lesage, A. (2019). Factors associated with emergency department use for mental health reasons among low, moderate and high users. *General Hospital Psychiatry*, 60, 111–119.
- Fraser, S. L., Moulin, L., Gaulin, D. et Thompson, J. (2021). On the move: exploring Inuit and non-Inuit health service providers' perspectives about youth, family and community participation in care in Nunavik. *BMC Health Services Research*, 21(1), 94.
- Gaetz, S., Gulliver, T. et Richter, T. (2014). *The state of homelessness in Canada 2014*. Canadian Homelessness Research Network.
- Gentil, L., Grenier, G., Bamvita, J.-M., Dorvil, H. et Fleury, M.-J. (2019). Profiles of quality of life in a homeless population. *Frontiers in Psychiatry*, 10, 10.
- Goldman-Hasbun, J., Nosova, E., Kerr, T., Wood, E. et Debeck, K. (2019). Homelessness and incarceration associated with relapse into stimulant and opioid use among youth who are street-involved in Vancouver, Canada. *Drug and Alcohol Review*, 38(4), 428–434.
- Gomez-Carrillo, A., Kirmayer, L. J., Aggarwal, N. K., Bhui, K. S., Fung, K. P. L., Kohrt, B. A.,... et Lewis-Fernández, R. (2023a). Integrating neuroscience in psychiatry: a cultural–ecosocial systemic approach. *The Lancet Psychiatry*, 10(4), 296-304.
- Gomez-Carrillo, A., Paquin, V., Dumas, G. et Kirmayer, L.J. (2023b). Restoring the missing person to personalized medicine and precision psychiatry. *Frontiers in Neuroscience*. 17, 1–15.
- Goulet, M.-H., Lessard-Deschênes, C., Pariseau-Legault, P., Breton, R., & Crocker, A. G. (2023). Community treatment orders: A qualitative study of stakeholder perspectives. *International journal of law and psychiatry*, 89, 101901.
- Gouvernement du Québec. (2026). *L'itinérance visible au Québec et son évolution : Résultats préliminaires de l'exercice du dénombrement « Tout le monde compte »*.
- Goyette, M., Picard, J. et Esposito T. (2025). *Transitions à la vie adulte et égalité des chances : analyse des parcours scolaires des jeunes ex-placé-e-s*. École nationale d'administration publique.
- Hopper, E. K., Bassuk, E. L. et Olivet, J. (2010). Shelter from the storm: Trauma-informed care in homelessness services settings. *The open health services and policy journal*, 3(2), 80–100.
- Hurtubise, R., Roy, L., Trudel, L., Rose, M.-C. et Pearson, A. (2020). *Guide des bonnes pratiques en itinérance*. CREMIS, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal.
- Hwang, S. W., Wilkins, E., Chambers, C., Estrabillo, E., Berends, J. et MacDonald, A. (2011). Chronic pain among homeless persons: characteristics, treatment, and barriers to management. *BMC family practice*, 12(1), 73.

- Infrastructure Canada. (2024). *Homelessness data snapshot: Mental health, substance use and homelessness in Canada*.
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux. (2020). *Usage optimal des antipsychotiques chez les personnes âgées hébergées*.
- Institut national de santé publique du Québec. (2022). *L'itinérance au Québec : état des connaissances*.
- IQVIA. (2025). *Medication treatments for mental health disorders in Canada (2020–2024)*.
- Kerman, N. et Stergiopoulos, V. (2024). Addressing health needs in people with mental illness experiencing homelessness. *Nature Mental Health*, 2(4), 354–366.
- Khoury, E. (2021). Relationship-building in recovery-oriented mental health practice: valuing the role of emotions. *Intervention*(154), 85–100.
- Khoury, E. et Chaput, M. (2021). L'approche par les forces en santé mentale: entre confrontation et découverte sur le terrain. *Intervention*, 153, 43–60.
- Kirmayer, L. J., Narasiah, L., Munoz, M., Rashid, M., Ryder, A. G., Guzder, J., Hassan, G., Rousseau, C. et Pottie, K. (2011). Common mental health problems in immigrants and refugees: general approach in primary care. *Cmaj*, 183(12), E959–E967.
- Kushel, M. (2016). Things fall apart: Preventing high readmission rates among homeless adults. *Journal of General Internal Medicine*, 31(9), 985–986.
- Larose-Hébert, K. et Dumais Michaud, A.-A. (2026). *Outil pour le réseau alternatif et communautaire des organismes en santé mentale : La participation citoyenne (version longue) - Dans le cadre de l'étude "Prendre part, prendre place : la participation sociale des personnes premières concernées dans les organismes communautaires en santé mentale"*.
- Leclair, M. C., Deveaux, F., Roy, L., Goulet, M.-H., Latimer, E. A. et Crocker, A. G. (2019). The impact of Housing First on criminal justice outcomes among homeless people with mental illness: A systematic review. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 64(8), 525–530.
- Lunsky, Y., Balogh, R., Chung, H., Durbin, A., Lai, M.-C., Tint, A., Weiss, J., Isaacs, B. et Lin, E. (2025). Repeated use of hospital-based services and delayed hospital discharges in a population-based cohort of autistic adults in Canada. *Autism*, 29(2), 536–543.
- MacDonald, S.-A. et Côté, P.-B. (2022). Navigating and negotiating health and social Services in the Context of homelessness: resistance and resilience. *International Journal on Homelessness*, 2(1), 23–36.
- Martínez-Hernández, Á., Pié-Balaguer, A., Serrano-Miguel, M., Morales-Sáez, N., García-Santesmases, A., Bekele, D. et Alegre-Agís, E. (2020). The collaborative management of antipsychotic medication and its obstacles : A qualitative study. *Social Science & Medicine*, 247, 112811.

- McEwen, B. S. (2007). Physiology and neurobiology of stress and adaptation: central role of the brain. *Physiological reviews*, 87(3), 873–904.
- Metzl, J. M. et Hansen, H. (2014). Structural competency: theorizing a new medical engagement with stigma and inequality. *Social science & medicine*, 103, 126–133.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2018). *Plan d'action interministériel en dépendance 2018-2028 – Prévenir, réduire et traiter les conséquences associées à la consommation de substances psychoactives, à la pratique de jeux de hasard et d'argent et à l'utilisation d'Internet*. Gouvernement du Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2021a). *Évaluation des soins et des services en santé mentale*. Gouvernement du Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2021b). *Plan d'action interministériel en itinérance 2021-2026 – S'allier devant l'itinérance*. Gouvernement du Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2022). *Le Plan d'action interministériel en santé mentale 2022-2026 - S'unir pour un mieux-être collectif*. Gouvernement du Québec.
- Ministerio de Sanidad, Gobierno de España (2025). [Plan de accion para la salud mental 2025-2027](#). Comisionado de Salud mental.
- Molyneaux, E., Turner, A., Candy, B., Landau, S., Johnson, S. et Lloyd-Evans, B. (2019). Crisis-planning interventions for people with psychotic illness or bipolar disorder: systematic review and meta-analyses. *BJPsych open*, 5(4), e53.
- Montagne, A., Rousseau, C. et Gómez-Carrillo, A. (2026). The fine line between the cure and the illness: the risks of prescriptive emotionality and sociality for youth mental health. *The Lancet Regional Health–Americas*, 53. PMID: 41403718.
- Monzée, J. (2025). Evolution of psychotropic medication prescription in young people: reflection from the Quebec experience. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 94(1), 8–14.
- MQRP. (2022). *Accès aux soins en santé mentale. Un portrait québécois alarmant. Mémoire du CA présenté à l'Assemblée générale des membres, juin 2022*. Médecins québécois pour le régime public (MQRP).
- Organisation for Economic Co-operation and Development. (2021). *A new benchmark for mental health systems*.
- Organisation mondiale de la Santé. (2021). *WHO Guidance on community mental health services: promoting person-centred and rights-based approaches*.
- Organisation mondiale de la santé. (2022). *Transforming mental health for all*.
- Organisation mondiale de la santé. (2023a). *Quality Rights*.

- Organisation mondiale de la santé. (2023b). *Mental health, human rights and legislation: guidance and practice*.
- Palombini, A. et Rodriguez del Barrio, L. (2021). Gaining Autonomy & Medication Management, from Quebec to Brazil: a participatory commitment. *Saúde em Debate*, 45, 203–215.
- Patrick, C. (2014). *Aboriginal homelessness in Canada: A literature review*. Canadian Homelessness Research Network.
- Pauly, B., Brown, M., Evans, J., Gray, E., Schiff, R., Ivsins, A., Kryswaty, B., Vallance, K. et Stockwell, T. (2019). “There is a Place”: impacts of managed alcohol programs for people experiencing severe alcohol dependence and homelessness. *Harm Reduction Journal*, 16(1), 70.
- PECH. (2023). *Rapport annuel 2022-2023 : Ô capitaine, mon capitaine !*
- Pelletier, J.-F., D’Auteuil, S., Ducasse, C. et Rodriguez del Barrio, L. (2014). Participation publique et participation citoyenne des personnes utilisatrices de services en lien avec le Plan d’action en santé mentale 2005-2010: leur rôle de porte-parole. *Santé mentale au Québec*, 39(1), 175–193.
- Piat, M., Polvere, L., Kirst, M., Voronka, J., Zabkiewicz, D., Plante, M.-C., Isaak, C., Nolin, D., Nelson, G. et Goering, P. (2015). Pathways into homelessness: Understanding how both individual and structural factors contribute to and sustain homelessness in Canada. *Urban Studies*, 52(13), 2366–2382.
- Public Health Agency of Canada. (2023). *Suicide prevention and mental health among LGBTQ2S+ populations*.
- RÉSEAU de la communauté autochtone à Montréal. (2018). *Analyse des données de recherche, des écarts et recommandations Pour informer le développement d’une stratégie pour la sécurité, le bien-être et l’appartenance des personnes autochtones en situation d’itinérance (ou à risque de l’être) à Tiohtià:ke / Région du Grand Montréal*.
- Réseau solidarité itinérance du Québec. (2023). *Portrait de l’itinérance au Québec*.
- Rodriguez del Barrio, L., Bédard, D. et Godfrind, N. (2024). *Midi-InterActions : Nouvelles alliances pour répondre autrement aux défis en santé mentale : L’approche Dialogue ouvert et son implantation au Québec* [conférence web]. <https://www.youtube.com/watch?v=N--PO2X-53M>.
- Rodriguez del Barrio, L., Bouchard, M., Beaulieu, K., Blain, M.-J. et Hammar, L. (2024). *L’accueil, la diversité et les pratiques inclusives à Aire ouverte : Document thématique* (publication no 24-914-21W). Gouvernement du Québec.
- Rodriguez del Barrio, L., Bourgeois, L., Landry, Y., Guay, L. et Pinard, J.-L. (2006). *Repenser la qualité des services en santé mentale dans la communauté : Changer de perspective*. Presses de l’Université du Québec.

- Rodriguez del Barrio, L., Corin, E. et Poirel, M.-L. (2001). Le point de vue des utilisateurs sur l'emploi de la médication en psychiatrie: une voix ignorée. *Revue québécoise de psychologie*, 22(2), 1–23.
- Rodriguez Del Barrio, L., Corin, E., Poirel, M.-L. et Drolet, M. (2002). L'intégration des services et des pratiques. L'épreuve de l'expérience. *Santé mentale au Québec*, 27(2), 154–179.
- Rodriguez del Barrio, L., Onocko Campos, R., Stefanello, S., Dantas dos Santos, D. V., Cyr, C., Benisty, L. et de Carvalho Otanari, T. (2014). Human rights and the use of psychiatric medication. *Journal of Public Mental Health*, 13(4), 179-188. Highly Commended Paper 2015, Emerald Publishing.
- Rodriguez del Barrio, L. et Poirel, M.-L. (2007). Émergence d'espaces de parole et d'action autour de l'utilisation de psychotropes: la gestion autonome des médicaments de l'âme. *Nouvelles pratiques sociales*, 19(2), 111–127.
- Roy, L., Crocker, A. G., Nicholls, T. L., Latimer, E. A. et Ayllon, A. R. (2014). Criminal behavior and victimization among homeless individuals with severe mental illness: a systematic review. *Psychiatric services*, 65(6), 739–750.
- Roy, L., Leclair, M. C., Côté, M. et Crocker, A. G. (2020). Itinérance, santé mentale, justice: Expérience et perceptions des utilisateurs de services à Montréal. *Criminologie*, 53(2), 359–383.
- Schütz, C., Choi, F., Jae Song, M., Wesarg, C., Li, K. et Krausz, M. (2019). Living with dual diagnosis and homelessness: Marginalized within a marginalized group. *Journal of Dual Diagnosis*, 15(2), 88–94.
- Schwan, K., Gaetz, S., French, D., Redman, M., Thistle, J. A. et Dej, E. (2018). *What would it take? Youth across Canada speak out on youth homelessness prevention*. Canadian Observatory on Homelessness Press.
- Seikkula, J. (2025). *Why Dialogue Does Cure: Explaining What Makes Dialogue Unprecedentedly Effective in Difficult Crises*. Springer.
- Seikkula, J., Alakare, B., Aaltonen, J., Holma, J., Rasinkangas, A. et Lehtinen, V. (2003). Open Dialogue Approach : Treatment Principles and Preliminary Results of a Two-Year Follow-Up on First Episode Schizophrenia. *Ethical and Human Sciences and Services*, 5(3), 163-182.
- Seikkula, J. et Olson, M. E. (2003). The open dialogue approach to acute psychosis: its poetics and micropolitics. *Family process*, 42(3), 403–418.
- Seikkula, J. et Trimble, D. (2005). Healing elements of therapeutic conversation: Dialogue as an embodiment of love. *Family process*, 44(4), 461–475.
- Sharman, S., Dreyer, J., Clark, L. et Bowden-Jones, H. (2016). Down and out in London: Addictive behaviors in homelessness. *Journal of behavioral addictions*, 5(2), 318–324.

- Statistiques Canada. (2023). *Homelessness: How does it happen?*
- Stephenson, E. (2023). Troubles mentaux et accès aux soins de santé mentale Regard sur la société canadienne-Statistique Canada. Nno 75-006-X au catalogue.
- Stubbs, J. L., Thornton, A. E., Sevic, J. M., Silverberg, N. D., Barr, A. M., Honer, W. G. et Panenka, W. J. (2020). Traumatic brain injury in homeless and marginally housed individuals: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Public Health*, 5(1), e19–e32.
- Tinland, A., Loubière, S., Mougeot, F., Jouet, E., Pontier, M., Baumstarck, K., Loundou, A., Franck, N., Lançon, C. et Auquier, P. (2022). Effect of psychiatric advance directives facilitated by peer workers on compulsory admission among people with mental illness: a randomized clinical trial. *JAMA psychiatry*, 79(8), 752–759.
- Touati, N., Garakani, T., Charest, É. et Proteau-Dupont, É. (2018). Des personnes uniques avant tout: une grille d'analyse critique pour mieux prendre en compte la diversité des besoins dans le cadre des actions sur les déterminants sociaux de la santé. *Éthique publique. Revue internationale d'éthique sociétale et gouvernementale*, 20(2).
- Upshur, C. C., Jenkins, D., Weinreb, L., Gelberg, L. et Orvek, E. A. (2017). Prevalence and predictors of substance use disorders among homeless women seeking primary care: An 11 site survey. *The American journal on addictions*, 26(7), 680–688.
- Ville de Montréal. (2021). *Plan d'action solidarité, équité et inclusion 2021-2025*.
- Ville de Montréal. (2023). *Dénombrement 2022 des personnes en situation d'itinérance visible à Montréal*.