



AIRE
OUVERTE



L'accueil, la diversité et les pratiques inclusives à Aire ouverte

Conception, recherche et rédaction :

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

Maximilien Bouchard, agent de recherche, Centre de recherche et de partage des savoirs InterActions

Karl Beaulieu, agent de recherche, Centre de recherche et de partage des savoirs InterActions

Marie-Jeanne Blain, PhD, professeure associée, Département d'anthropologie, Université de Montréal, chercheuse, Centre de recherche et de partage des savoirs InterActions et ÉRASME

Liza Hammar, agente de recherche, Centre de recherche et de partage des savoirs InterActions

Coordination des travaux :

Christian Macé, conseiller en santé mentale, direction des services en santé mentale – volet jeunes, ministère de la Santé et des Services sociaux

Avec la collaboration de :

Jeanne-Marie Rugira, PhD, professeure, Département de psychosociologie et travail social, Université du Québec à Rimouski, chercheuse, Centre de recherche et de partage des savoirs InterActions et ÉRASME

Cristiane Hatori, conseillère en santé mentale, direction des services en santé mentale – volet jeunes, ministère de la Santé et des Services sociaux

Sous la direction de :

Pascale-Andrée Vallières, directrice des services en santé mentale – volet jeunes, ministère de la Santé et des Services sociaux

Remerciements :

Les participant.e.s de l'atelier « Accueil, diversité et pratiques inclusives » lors de la Journée nationale Aire ouverte, 19 octobre 2023

Révision linguistique :

Les Traducteurs unis

Graphisme :

Leslie Plumb, graphiste, Centre de recherche et de partage des savoirs InterActions

Dorothée de Collason, facilitatrice graphique, Centre de recherche et de partage des savoirs InterActions

Centre de recherche et de partage des savoirs InterActions et ÉRASME

Avec la collaboration de la direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux

Édition :

Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux

Le présent document s'adresse spécifiquement aux intervenants du réseau québécois de la santé et des services sociaux et n'est accessible qu'en version électronique à l'adresse : www.msss.gouv.qc.ca, section Publications

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

Dépôt légal – 2024

Bibliothèque et Archives nationales du Québec

ISBN : 978-2-550-99209-7 (version PDF)

Tous droits réservés pour tous pays. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion de ce document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable des Publications du Québec. Cependant, la reproduction de ce document ou son utilisation à des fins personnelles, d'étude privée ou de recherche scientifique, mais non commerciales, sont permises à condition d'en mentionner la source.

© Gouvernement du Québec, 2024

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	4
POURQUOI METTRE EN PLACE DES PRATIQUES INCLUSIVES ?	5
Les diversités, barrières et discriminations	5
Les effets croisés et cumulatifs des discriminations	8
Les enjeux pour l'accueil, les pratiques inclusives et l'adaptation d'Aire ouverte à la diversité	9
METTRE EN ŒUVRE DES PRATIQUES INCLUSIVES	10
L'accueil. Reconnaissance et ouverture à la perspective personnelle	10
L'intervention et l'accompagnement	11
Le développement et l'organisation des services	12
Le réseau de partenaires et la communauté	13
LEXIQUE	15
RÉFÉRENCES	20

INTRODUCTION

Aire ouverte vise à rejoindre, accueillir et accroître l'accès aux services sociaux et de la santé pour les jeunes en tenant compte de leur grande diversité, particulièrement pour ceux et celles qui subissent les conséquences de discriminations et de processus d'exclusion. Avec ce guide pratique, nous cherchons à inspirer les équipes Aire ouverte pour l'adaptation des services et des interventions à la diversité des jeunes et des communautés locales.

Pour répondre à cet objectif, nous mobilisons différentes approches fondées sur la recherche sur ces enjeux, ainsi que sur celles qui ont accompagné l'implantation d'Aire ouverte et d'autres initiatives similaires à l'international.

L'importance des pratiques inclusives face aux parcours de vie complexes

Les jeunes qui arrivent à Aire ouverte présentent souvent des parcours complexes, dans lesquels s'entrecroisent des barrières, des défis et des interprétations contrastées par rapport aux situations vécues.

Darlie* est une jeune femme de 18 ans, afro descendante, francophone, née au Québec de parents immigrants. Pendant les deux dernières années de l'école primaire, elle a vécu de l'intimidation et cela a affecté son estime de soi et sa confiance en soi. Son père n'est pas du tout dans sa vie et sa grand-mère, avec qui elle vivait et avec qui elle avait un lien très significatif, est décédée l'année dernière. À la suite de cette perte, sa mère, sa sœur et elle ont dû être hébergées temporairement chez des amies, car elles ont été évincées de leur logement, faute d'argent. Elles ont maintenant un nouveau logement, dans un quartier qui est nouveau pour elles. Darlie se confie peu à ses proches parce qu'elle est « un peu gênée » et n'a « pas envie de les déranger avec [ses] problèmes ». Parfois elle vit des moments de panique et appelle sa mère, qui est sa source principale de soutien. Après un tel moment, où elle s'est sentie mal d'avoir inquiété sa mère, elle a décidé de consulter la psychologue de son établissement d'enseignement. Ce service est seulement disponible à court terme. La psychologue a posé une hypothèse d'un trouble du spectre de l'autisme. Darlie a effectué des recherches à ce sujet et y a réfléchi, mais elle ne se reconnaît pas dans ce diagnostic, donc elle n'a pas fait suite aux démarches d'évaluation proposées. Par ailleurs, elle n'a jamais réussi à obtenir un emploi, mais elle aimerait bien en avoir un. Dans ce contexte, la psychologue l'a référée à Aire ouverte. Développant un bon lien de confiance avec sa travailleuse sociale d'Aire ouverte, Darlie lui a parlé d'un autre enjeu qu'elle vivait depuis le début du secondaire : elle se questionnait sur son [orientation sexuelle](#). Elle en avait déjà parlé avec sa mère, qui avait démontré peu d'ouverture à ce sujet.



* Ce récit est inspiré d'une entrevue avec une usagère d'Aire ouverte. Un prénom fictif a été donné et certains détails ont été modifiés pour préserver l'anonymat.

POURQUOI METTRE EN PLACE DES PRATIQUES INCLUSIVES ?

LES DIVERSITÉS, BARRIÈRES ET DISCRIMINATIONS



Les sociétés contemporaines sont de plus en plus plurielles et diversifiées sur les plans social et culturel, ce qui constitue une source de richesse et de tensions. Les processus de discrimination et les inégalités ne cessent de se consolider et ont des effets négatifs palpables sur la santé et le bien-être de certains groupes, notamment les jeunes. Ces processus sont largement structurels, se reflètent dans les organisations, les interventions, les relations sociales, les attitudes et comportements sans être toujours conscients et affectent les parcours des jeunes, de leurs proches et de leurs communautés, souvent à leur insu.

La prise de conscience individuelle et collective de leurs conséquences ainsi que la mise en place de pratiques inclusives sont indispensables pour les contrer. Celles-ci impliquent la reconnaissance des savoirs, des forces et des ressources des jeunes, de leurs proches et de leurs communautés et la prise en compte de leurs perspectives dans les interventions et dans l'organisation des services.

Pour aller plus loin : Les biais inconscients. <https://www.usherbrooke.ca/edi/outils>

Les barrières

« Pour moi, c'était très difficile d'aller chercher de l'aide, parce que la santé mentale est taboue dans ma famille et ma communauté. » - Une usagère d'Aire ouverte



Les déterminants sociaux de la santé « sont associés à la place de l'individu dans la société, que ce soit en fonction du revenu, de l'éducation ou de l'emploi. L'expérience de discrimination ou de racisme ou d'un traumatisme historique est un important déterminant social de la santé pour certains groupes comme les peuples autochtones, la communauté [2SLGBTQIA+] et les communautés noires »¹.

Les jeunes, et particulièrement certains groupes, font face à des obstacles qui affectent leurs conditions et parcours de vie et qui participent à la reproduction des inégalités de santé, de bien-être et de qualité de vie.

Ils réduisent l'accès aux services sociaux et de santé et aux ressources socioculturelles. Ils limitent aussi les chances de trouver un bon logement, de réussir les projets d'éducation ou d'emploi.

Les jeunes font également face à des défis spécifiques liés aux périodes de transition, ex. : la transition de l'enfance à l'adolescence ou la transition à l'âge adulte, qui peuvent générer stress et désespoir.

Le contexte social et les choix politiques qui réduisent l'accès à la protection et à l'exercice des droits (individualisme, crises sociales, climatiques, économiques, sanitaires, etc.) exacerbent les effets des processus de discrimination et d'exclusion, particulièrement dans les étapes de transition.

Les barrières à l'accès aux services

« Quand j'ai essayé de parler à [mon intervenante] du CLSC de mon expérience avec le [racisme systémique](#), je me suis sentie jugée et pas écoutée. » - Une usagère d'Aire ouverte



Alors que le Québec voit sa population se diversifier, certaines sous-populations demeurent peu rejointes par le réseau de la santé et des services sociaux.

- Les jeunes personnes, notamment les plus marginalisées, manquent d'accès à l'information sur les services et aux ressources nécessaires pour les utiliser (temps, argent, moyen de transport, etc.).
- Les personnes [sans statut \(en attente de statut de réfugié ou sans papiers\)](#) ne sont pas toujours admissibles aux services.
- Les services sont manquants, surtout en région, pour les personnes [trans ou non binaires](#), celles vivant avec des problèmes en santé mentale ainsi que les personnes [neurodivergentes](#)².
- Les personnes neurodivergentes, celles vivant avec des problèmes de santé mentale et celles en situation de pauvreté sont nombreuses à se sentir dépassées par les services et à identifier des enjeux de littératie pour les comprendre.
- Les personnes en situation d'itinérance se voient parfois refuser l'accès aux services, par exemple, lorsqu'elles n'ont pas de carte d'assurance maladie.
- Les formulaires qui mettent l'accent sur l'[identité de genre](#) complexifient les services pour les personnes qui ne sont pas [cisgenres](#).
- Les études font état d'une surreprésentation des jeunes personnes [racisées](#) dans le recours aux mesures d'exception (judiciarisation, mesures de protection de la jeunesse, urgences en psychiatrie, etc.) et aux services plus contraignants.
- Les jeunes personnes racisées, notamment celles issues de l'immigration, parlent d'un manque de connaissance et de compréhension des enjeux de migration et de racisme de la part des intervenants et intervenantes, même d'une invisibilisation des questions raciales.
- Les grilles d'évaluation et approches d'intervention sont souvent [eurocentrées](#) et ne tiennent pas compte d'autres spécificités culturelles.
- Les jeunes personnes diagnostiquées en psychiatrie se sentent quant à elles souvent stigmatisées, non comprises et non entendues³ et ont souvent de la difficulté à avoir accès à des services qui tiennent compte globalement de leurs besoins (santé physique, soutien aux études ou à l'emploi, etc.).

Les effets des discriminations sur la santé physique et mentale des jeunes

La recherche montre une surreprésentation des jeunes au sein de la population vivant avec des problèmes de santé physique et mentale. La pandémie de COVID-19 a de plus exacerbé leurs difficultés ⁴.



Certains groupes sont plus affectés :

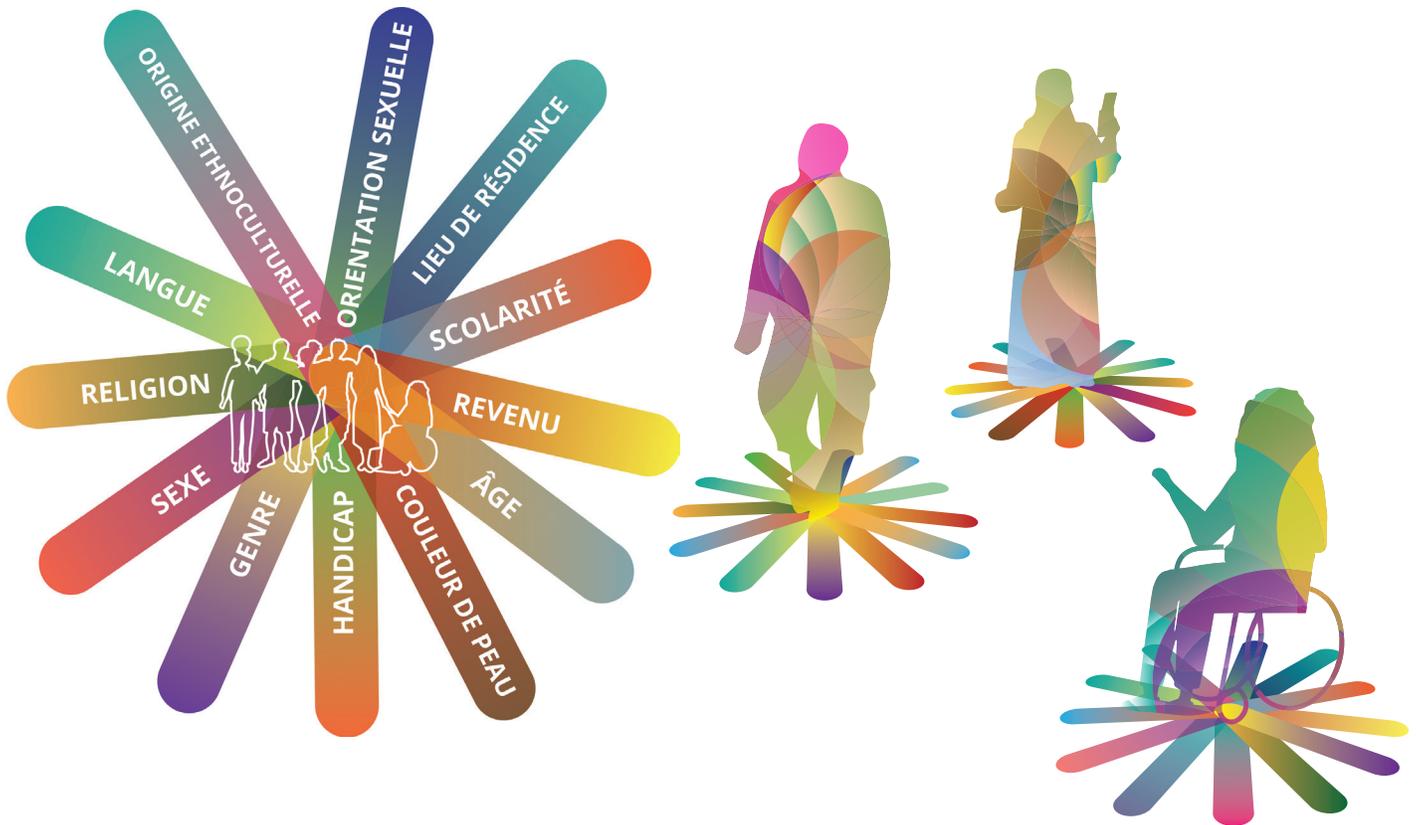


- Les personnes neurodivergentes sont plus nombreuses à vivre des problématiques co-occurentes. Par exemple, 70 % des personnes autistes vivent des problèmes de santé mentale, tels que l'anxiété, la dépression ou un trouble plus grave ⁵.
- Les jeunes personnes appartenant à la communauté 2SLGBTQIA+ sont de 2 à 4 fois plus nombreuses à décrire leur santé mentale comme étant de passable à faible ⁶.
- 50 % des jeunes trans ont eu des idéations suicidaires au cours de leur vie ⁷.
- Dans une étude pancanadienne, 64 % des adolescentes noires ont qualifié leur santé mentale comme étant « excellente » ou « très bonne », un taux considérablement moins élevé que chez les adolescentes blanches (77 %) ⁸.
- Les 10 premières années au Canada des personnes immigrantes s'accompagneraient, en moyenne, d'une détérioration de leur état de santé mentale ⁹. Leur santé physique se dégraderait également au cours des premières années au pays ¹⁰.
- Plusieurs études mettent en lumière les effets préjudiciables de la discrimination et des discours « antimigration » et « antiréfugiés » sur la santé physique et mentale des personnes concernées ¹¹.
- L'espérance de vie des personnes en situation d'itinérance et des personnes vivant des troubles de santé mentale graves serait de 10 à 20 ans moindre que celle de la population générale ^{12 13}.
- Au Canada, les personnes autochtones affichent des taux de mortalité plus élevés que les personnes non autochtones. Cette surmortalité est encore plus prononcée dans les communautés autochtones et chez les jeunes ¹⁴.



LES EFFETS CROISÉS ET CUMULATIFS DES DISCRIMINATIONS

Ces difficultés ne peuvent pas se comprendre de manière isolée. Les systèmes d'oppression auxquels elles sont associées produisent des effets croisés et cumulatifs. Par ailleurs, ces groupes sont parfois l'objet de programmes et d'interventions ciblés qui peuvent contribuer à leur stigmatisation. Pour dépasser les idées préconçues et normalisantes, il est donc important de mettre de l'avant une approche inclusive : globale, personnalisée, sensible à la diversité et fondée sur l'accueil et le dialogue. L'approche intersectionnelle peut contribuer à aiguïser la compréhension de ces phénomènes.



L'[intersectionnalité](#) analyse les identités sociales produites par le croisement des différents systèmes d'oppression. Ces systèmes produisent des processus de discrimination qui maintiennent les privilèges de certains groupes sociaux au détriment d'autres. Les rapports entre les différents systèmes d'oppression sont complexes, produisant des effets cumulatifs et inattendus sur les trajectoires individuelles et sur les conditions d'existence des communautés.

L'approche intersectionnelle vise l'étude et le démantèlement des rapports sociaux inégalitaires associés aux systèmes d'oppression ([colonialisme](#), [racisme](#), [sexisme](#), [hétérosexisme](#), [capacitisme](#), etc.). Cette approche acquiert de l'importance dans les recherches en santé publique sur les déterminants sociaux de la santé.

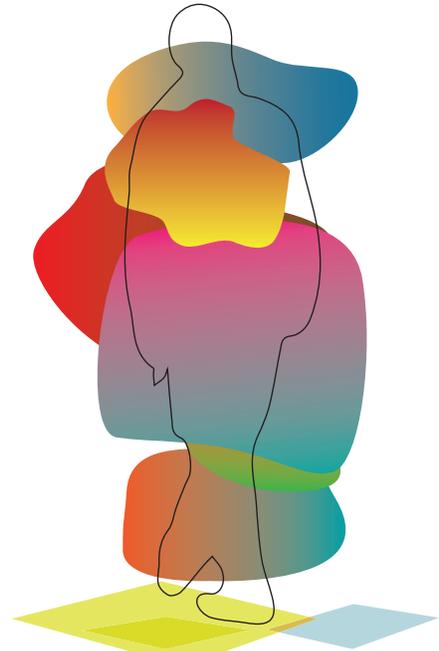
LES ENJEUX POUR L'ACCUEIL, LES PRATIQUES INCLUSIVES ET L'ADAPTATION D'AIRE OUVERTE À LA DIVERSITÉ

Enjeux au niveau de l'intervention



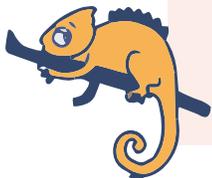
Intervenir dans un système fragmenté, organisé autour de catégories diagnostiques et de spécialités

Tenir compte de l'ensemble des effets des inégalités et des discriminations systémiques



Enjeux au niveau de l'organisation

Difficulté à rejoindre certaines personnes et communautés



S'adapter aux enjeux en lien avec la diversité et l'inclusion selon les territoires

Enjeux d'inclusivité et défis structurels et administratifs, ex. : pour les personnes [demandant l'asile](#) ou en situation d'itinérance



Manque d'accessibilité physique des lieux pour les personnes en situation de handicap physique



Embauche d'une équipe représentative de la population desservie



Soutenir le bien-être des personnes trans, ex. : accès aux soins médicaux



METTRE EN ŒUVRE DES PRATIQUES INCLUSIVES

L'ACCUEIL. RECONNAISSANCE ET OUVERTURE À LA PERSPECTIVE PERSONNELLE

Du point de vue des jeunes et de leurs parcours vers le mieux-être, l'essentiel pour la création d'un lien de confiance est la qualité de l'accueil fondé sur une posture d'ouverture, d'écoute, de réflexivité et d'humilité permettant aux personnes intervenantes d'ouvrir le dialogue.

Cela implique dès le premier contact et tout au long de l'accompagnement de :

Manifester un intérêt et prendre en compte la complexité des situations, les enjeux associés à la diversité (repères identitaires, processus de discrimination, inégalités) et leurs impacts sur la personne.



Partir de la vision de la jeune personne et du sens qu'elle donne à son identité, ses appartenances et ses difficultés en lien avec son histoire de vie, ses aspirations et la souffrance qu'elle peut vivre.



Ne pas présumer des difficultés, discriminations ou privilèges des jeunes à partir d'une conception préétablie et fermée (ex. : des systèmes d'oppression ou des diagnostics).



Voici des propositions pour mettre en œuvre ces pratiques aux niveaux :



L'INTERVENTION ET L'ACCOMPAGNEMENT

Des pratiques bienveillantes centrées sur le parcours de vie, les besoins, les aspirations et les droits des jeunes



Se concentrer sur le parcours de vie et la perspective de la jeune personne directement concernée.



Reconnaître cette dernière comme experte d'elle-même et de sa vie, légitimer son expérience.



La considérer dans sa globalité et tenir compte de ses forces, au-delà des problèmes qu'elle vit.



Valider si elle vit des expériences de discrimination et d'inégalités qui pour elle donnent sens aux difficultés qu'elle traverse.

 Certaines expériences de services ou de prise en charge peuvent contribuer aux effets de discriminations ou consolider les expériences traumatiques antérieures et affecter la relation aux services (ex. : hospitalisation en psychiatrie sans accompagnement adéquat).

Soutenir et accompagner la jeune personne dans l'identification et l'expression de ses besoins et aspirations pour engendrer sa reprise de pouvoir.



Explorer avec elle ses forces et ses rêves. Tenter d'utiliser ceux-ci comme leviers pour faire ressortir sa fierté, entre autres quant à ses appartenances sociales.



Aborder les enjeux de diversité et de différenciation sociale. Témoigner de son aisance à en discuter, sans prétendre tout savoir à ces sujets.



Ouvrir le dialogue avec les jeunes personnes quant à leurs repères identitaires et leur appartenance à des communautés, groupes ou mouvements. Se sentent-elles appartenir à des communautés spécifiques ? Cherchent-elles des liens d'appartenance ? Ouvrir la possibilité d'échanger sur les forces des communautés auxquelles elles appartiennent ou s'identifient.

Chercher à atténuer les préjugés et idées stigmatisantes qui sont socialement véhiculés et intériorisés par les jeunes.



Partager le pouvoir et prendre les décisions conjointement.



Travailler en partenariat avec les jeunes, notamment en se renseignant au sujet de leurs préférences en ce qui concerne les services et les stratégies d'intervention et en s'adaptant à celles-ci ([voir document thématique sur le partenariat à Aire ouverte](#)).

Quand l'accent est mis sur la vulnérabilité des jeunes personnes ou des communautés, on risque de réduire les attentes envers elles. Il est essentiel de s'assurer de croire en elles, de miser sur leurs forces et de soutenir le développement et l'actualisation de leur plein potentiel.



LE DÉVELOPPEMENT ET L'ORGANISATION DES SERVICES

Des services bienveillants, adaptés à la diversité et qui répondent aux formes de marginalisation



Suivre l'évolution des réalités plurielles des jeunes et s'y adapter, afin d'éviter que « même si les jeunes changent, la machine [système de santé et de services sociaux], elle, ne change pas » ¹⁵.

S'entendre en équipe (personnel administratif, de gestion et d'intervention) sur des lignes directrices en matière d'inclusivité qui viendraient soutenir des interventions adaptées et adaptables.



Créer un environnement qui favorise l'accueil des jeunes et de la diversité en utilisant l'univers symbolique et matériel (photos, œuvres d'art, symboles, etc.).



Assurer des espaces physiquement accessibles aux jeunes en situation de handicap.



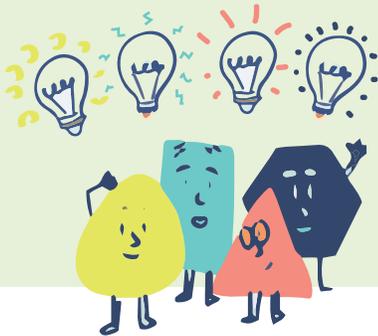
ACCESSIBLE
⠠⠠⠠⠠⠠⠠

Représenter et célébrer dans les attitudes, discours et affiches les différentes formes de diversité. Ne pas présenter ces dernières uniquement comme des risques, mais aussi comme des forces, des modèles et des exemples de résilience.



Inclure une diversité représentative de jeunes et de proches aux instances décisionnelles tout en suscitant leur participation, leur engagement et un sentiment d'appartenance ([voir document thématique sur la participation des jeunes et des proches à Aire ouverte](#)).

Refléter la diversité de la population dans la composition de l'équipe d'intervention et des comités des jeunes et des proches.



Assurer la présence de l'équipe dans la communauté et la proximité des points de services. Ceux-ci devraient être facilement accessibles aux jeunes des différentes localités, avec des entrées privées et confidentielles.



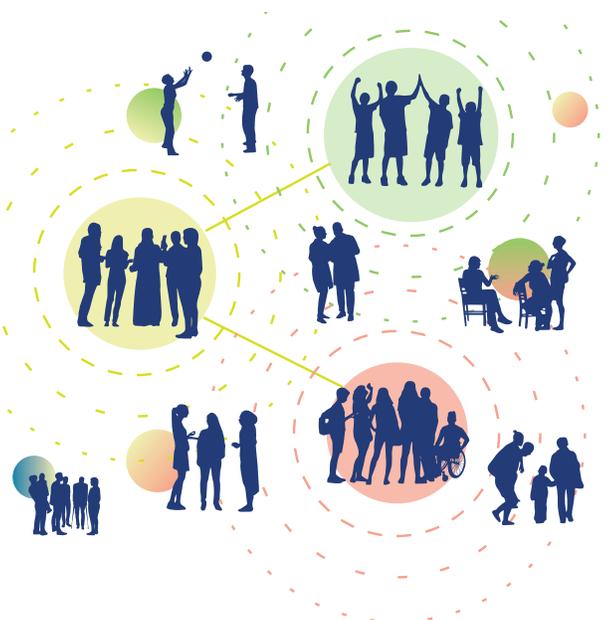
Afin d'offrir des services dans la langue de choix des usagers et usagères, avoir recours lorsque nécessaire aux services d'interpréariat. Former les personnes intervenantes au sujet de ces services et de la collaboration avec les interprètes.



LE RÉSEAU DE PARTENAIRES ET LA COMMUNAUTÉ

« Créer un village » autour des jeunes. Mettre en place un « filet de sécurité » ¹⁵.

La réponse aux situations complexes, aux besoins et aux aspirations des jeunes personnes demande une collaboration avec elles, ainsi qu'entre personnes intervenantes, équipes, programmes, établissements, organisations et secteurs (ex. : entre la jeune personne, Aire ouverte, un organisme communautaire dédié à l'accueil et à l'intégration des personnes immigrantes et réfugiées, et un centre d'éducation des adultes). Cette collaboration est nécessaire afin d'assurer l'accessibilité, la continuité, la qualité et la cohérence des services destinés aux jeunes.



Le travail en silo et la multiplication des demandes d'évaluation peuvent générer honte et désespoir chez les jeunes qui se trouvent à devoir répéter leurs histoires.



S'intéresser et participer aux expériences et actions de partenaires communautaires ayant développé des expertises en matière d'inclusivité. Si ces organisations sont absentes dans la région, on peut créer des liens avec celles d'autres régions.

Aider les jeunes personnes, peu importe où elles se présentent, avec des horaires adaptés à leur réalité.



Valoriser également le rôle des proches et des personnes paires aidantes afin de faciliter la navigation dans le système sociosanitaire et dans les autres services ([voir document thématique sur la pair-aidance à Aire ouverte](#)).



S'inscrire dans la communauté, créer des liens avec les leaders de celle-ci, reconnaître les forces des organismes communautaires et leurs apports en matière de diversité et d'inclusion.

LES COMMUNAUTÉS LOCALES

L'inclusion est également un défi pour les communautés locales, les divers groupes de jeunes et leurs proches. Par exemple, certaines personnes peuvent ne pas se reconnaître dans les actions d'Aire ouverte qui visent à rejoindre les jeunes personnes [2SLGBTQIA+](#) ou celles issues de l'immigration (constat tiré de la Journée nationale Aire ouverte, octobre 2023).

En adaptant leurs pratiques à la diversité, les équipes Aire ouverte et leurs réseaux de partenaires peuvent jouer un rôle de sensibilisation profond et à long terme pour faire croître l'inclusivité des communautés locales et de l'ensemble des organisations des réseaux de services sociaux et de la santé.



2SLGBTQIA+ :

2S : Bispirituel : « Un terme important dans certaines cultures autochtones et pour certaines personnes autochtones, qui désigne une personne avec un esprit féminin et un esprit masculin vivant dans le même corps. Il est souvent utilisé pour décrire l'orientation sexuelle, l'identité de genre et/ou l'identité spirituelle. » ¹⁶

L : Lesbienne : « Une personne qui s'identifie comme femme et qui est attirée physiquement, sexuellement, romantiquement et/ou émotionnellement par d'autres femmes et qui s'identifie comme étant lesbienne. » ¹⁶

G : Gai : « Une personne qui s'identifie comme homme et qui est attirée physiquement, sexuellement, romantiquement et/ou émotionnellement par d'autres hommes et qui s'identifie comme étant gai (ou homosexuel). Le mot « gai » est également utilisé comme un terme large, pour désigner toutes les personnes attirées par une personne du même genre. » ¹⁶

B : Bisexuel (bi) : « Personne qui est physiquement, sexuellement, romantiquement et/ou émotionnellement attirée par des personnes de plus d'un genre et qui se définit comme étant bisexuelle (bi). Certaines personnes préfèrent utiliser le terme "bi+" pour souligner leur attirance à plus d'un genre. » ¹⁶

T : Transgenre / Trans : « Terme souvent utilisé par les personnes dont l'identité de genre diffère du sexe qui leur a été assigné à la naissance. Les personnes dont l'identité de genre se situe en dehors des catégories binaires (la notion qu'il n'existe que deux genres, soit homme et femme) vont parfois s'identifier en tant que "trans". Chaque personne peut choisir comment elle veut s'identifier (en d'autres mots, personne d'autre ne peut décider si une personne est trans ou non). D'autres termes pour décrire l'identité de genre peuvent être utilisés par certaines personnes : "de genre queer", "de genre fluide", "non conforme de genre", "non binaire" et "androgynie". » ¹⁶

Q : Queer : « Terme qui englobe toutes les orientations sexuelles et les identités de genre de la communauté 2SLGBTQ+, y compris celles qui ne s'identifient à aucune autre identité dans l'acronyme 2SLGBTQ+. Le terme "queer" peut être à la fois positif et négatif. Historiquement, ce mot a été utilisé comme une insulte, mais il a depuis ce temps été adopté par les gens de la communauté 2SLGBTQ+ afin de revendiquer l'utilisation de ce mot pour s'identifier soi-même, d'une façon positive. » ¹⁶

I : Intersexe : « Les personnes intersexes sont nées avec des caractéristiques sexuelles (y compris l'anatomie, les gonades et les chromosomes) qui ne correspondent pas aux notions binaires typiques des corps mâles ou femelles. Le terme intersexe est utilisé pour décrire un large éventail de variations corporelles naturelles. » ¹⁷

A : « Cette lettre représente plusieurs termes :

- Le mot **allosexuel** désigne toute identité 2SLGBTQIA+, l'équivalent français du mot « queer ».
- Une personne **asexuelle** ne ressent aucun ou très peu de désir sexuel.
- Une personne **aromantique** ne ressent aucun ou très peu de désir romantique. L'asexualité et l'aromantisme existent sur un spectre et comprennent plusieurs sous-identités.
- Les **alliés** sont les personnes qui appuient la communauté 2SLGBTQIA+ de façon active et qui démontrent une écoute particulière aux besoins de la communauté. » ¹⁷

+ : « Désigne notamment (mais non exclusivement) les personnes agenres, genderqueer, pansexuelles, non binaires, demi-sexuelles, demi-romantiques, et en questionnement. » ¹⁷

Biais inconscient : « Un biais est un raccourci mental que notre cerveau prend involontairement et qui nous amène à porter automatiquement des jugements rapides, qui manquent d'impartialité et d'objectivité. [...] Bien qu'ils soient involontaires et non désirés, les biais inconscients font partie de notre quotidien et peuvent générer des comportements discriminatoires. » ¹⁸

Capacitisme : Le capacitisme est un système de croyances et d'oppression qui mène les personnes ayant un corps (incluant un cerveau) qui fonctionne différemment de la majorité des êtres humains à être jugées négativement, stéréotypées et injustement discriminées. Dans ce système, on présume que les personnes dont le corps fonctionne comme la majorité sont sans incapacités et correspondent à la norme désirable, aux valeurs sociales positives, alors que les personnes ayant un fonctionnement corporel ou cognitif différent seraient anormales, déficientes, inférieures ¹⁹.

Cisgenre (ou cis) : « Une personne cisgenre (ou cis) a une identité de genre qui correspond au sexe qui lui a été assigné à la naissance. Par exemple, un homme cisgenre est un homme à qui on a assigné le sexe masculin à la naissance. » ²⁰

Cissexisme : « Le cissexisme exprime l'idée que toutes les personnes désignées comme étant de sexe masculin à la naissance deviennent des hommes et que toutes les personnes désignées comme étant de sexe féminin deviennent des femmes, établissant comme préférable la correspondance entre le genre et le sexe déterminé à la naissance. » ²

Colonialisme : « Le colonialisme est une pratique de domination, qui implique la subjugation d'un peuple à un autre. [...] [Ce] n'est pas un phénomène moderne. L'histoire du monde est pleine d'exemples de sociétés prenant graduellement de l'expansion en [...] installant leur peuple sur des territoires conquis. [...] le terme colonialisme [est utilisé] pour décrire le processus d[...] installation, de dépossession violente et de domination politique [...]. Bien que les mouvements de libération nationaux de l'après 2^e Guerre mondiale aient mis fin à la colonisation formelle dans plusieurs parties du monde, les peuples autochtones vivent encore dans des états coloniaux, et des luttes se poursuivent pour se réapproprier des territoires traditionnels. » ²¹

Déterminants sociaux de la santé : « Les déterminants sociaux de la santé [...] sont associés à la place de l'individu dans la société, que ce soit en fonction du revenu, de l'éducation ou de l'emploi. L'expérience de discrimination ou de racisme ou d'un traumatisme historique est un important déterminant social de la santé pour certains groupes comme les peuples autochtones, la communauté LGBTQ et les communautés noires. » ¹

Eurocentrisme : « L'eurocentrisme est généralement défini comme un phénomène culturel qui voit les histoires et cultures des sociétés non européennes d'un point de vue européen ou occidental. L'Europe, plus précisément l'Europe de l'Ouest ou « l'Occident », fonctionne comme un signifiant universel en présumant la supériorité des valeurs culturelles européennes par rapport à celles des sociétés non européennes. » ²²

Expression de genre : « L'expression de genre réfère aux codes (comme l'habillement, la coiffure, le maquillage, le langage corporel, etc.) qui sont utilisés dans notre société pour exprimer un genre. Tu peux exprimer ton genre selon ce qui est considéré comme étant masculin ou féminin dans notre société, mais tu peux aussi sortir de ces cases pour te présenter selon ce que toi tu aimes. Important : l'expression de genre ne reflète pas nécessairement l'identité de genre d'une personne ni son orientation sexuelle! Un garçon peut se sentir garçon et tout de même emprunter un élément qu'on associe socialement au genre féminin (porter du vernis à ongles, par exemple), parce qu'il en a envie. C'est pourquoi c'est important d'éviter de présumer du genre ou des préférences des autres sur la base de leur apparence. » ²⁰

Hétéronormativité et hétérosexisme : « L'**hétéronormativité** est la présomption que l'hétérosexualité est la norme valide, et que les relations hétérosexuelles sont la référence pour la détermination de ce qui est normal (valide) ou non. Cette attitude s'intègre dans un système **hétérosexiste**, qui réfère aux comportements et actions discriminatoires portant préjudice aux personnes de diversité sexuelle. » ²³

Identité de genre : « C'est l'expérience intime et personnelle de se sentir comme homme, comme femme, de s'identifier à ces deux genres, à aucun genre ou à un autre genre. Ton identité de genre peut être différente ou non de ton sexe biologique ou de ton expression de genre. Comme cela renvoie à comment tu te sens en dedans de toi, personne ne peut remettre en question ton genre. » ²⁰

Intersectionnalité : « L'intersectionnalité renvoie à un concept, à un cadre [...] à une méthode analytique ou à un mouvement servant à mettre en évidence l'injustice sociale et à prendre des mesures pour y remédier. Une approche intersectionnelle [...] repose sur la reconnaissance de la complexité et de la diversité de l'expérience humaine. Elle [...] réfère à la manière dont des systèmes comme le racisme, le classisme, le sexisme, l'homophobie et d'autres formes de discrimination se recoupent et interagissent entre eux pour privilégier certaines personnes et en défavoriser d'autres sur les plans individuels et socio-structurels. [...] Elle jette une lumière sur l'influence de ces systèmes sur la santé et le bien-être des individus, une influence exercée différemment selon la position sociale et l'identité sociale, comme le genre, la race et la classe, et qui diffère et se chevauche pour chaque personne. Elle ne réduit plus l'iniquité à une seule dimension, car elle englobe les multiples facettes des causes profondes de l'injustice. » ²⁴

Neurodiversité et neurodivergence :

Neurodiversité (concept) : « La neurodiversité est la diversité des esprits humains, la variation infinie dans le fonctionnement neurocognitif de notre espèce. » ²⁵

Neurodiversité (paradigme) : « Le paradigme de la neurodiversité est une perspective spécifique sur la neurodiversité - une perspective ou approche qui se résume à ces principes fondamentaux :

- 1) La neurodiversité est une forme naturelle et valable de diversité humaine.
- 2) L'idée qu'il y a un type « normal » ou « sain » de cerveau ou d'esprit, ou un « bon » style de fonctionnement neurocognitif, est une construction culturelle, qui n'est pas plus valide (et pas plus favorable à une société saine ou au bien-être général de l'humanité) que l'idée qu'il y a une ethnicité, un genre ou une culture « normal » ou « correct ».
- 3) Les dynamiques sociales qui se manifestent à l'égard de la neurodiversité sont similaires aux dynamiques sociales qui se manifestent à l'égard d'autres formes de diversité humaine (ex. : diversité ethnique, culturelle ou de genre). Ces dynamiques incluent des inégalités de pouvoir sociales, ainsi que les dynamiques à travers lesquelles la diversité, lorsqu'accueillie, agit comme une source de potentiel de créativité. » ²⁵

Neurodiversité (mouvement) : « Le mouvement de la neurodiversité est un mouvement de justice sociale qui cherche des droits civils, égalité, respect et pleine inclusion sociale pour les personnes neurodivergentes. » ²⁵

Neurodivergent : « signifie d'avoir un esprit qui fonctionne de façons qui divergent de façon significative des standards sociaux dominants de la "normalité". » ²⁵

Neurodivergence : « La neurodivergence (l'état d'être neurodivergent) peut être largement ou entièrement génétique et innée, ou elle peut être largement ou entièrement produite par des expériences altérant le cerveau, ou une combinaison des deux. L'autisme et la dyslexie sont des exemples de formes innées de neurodivergence, alors que des altérations dans le fonctionnement du cerveau causées par des choses

telles qu'un traumatisme, une pratique à long terme de la méditation, ou une grande utilisation de drogues psychédéliques sont des exemples de formes de neurodivergence engendrées par l'expérience. » ²⁵

Orientation sexuelle : « L'orientation sexuelle est l'attraction sexuelle qu'on ressent envers certaines personnes. Ce n'est pas un choix, mais bien quelque chose qu'on ressent et qui est personnel. Dans le langage populaire, on utilise souvent ce terme pour parler aussi de l'attraction romantique ou amoureuse. Dans les faits, ce sont deux types d'attraction distincts qui peuvent être concordants (par exemple, un garçon qui a une attraction sexuelle et romantique pour les garçons) ou différents (par exemple, un garçon qui a une attraction romantique pour les garçons, mais pas d'attraction sexuelle). » ²⁰

Racisation : « Le concept de racisation réfère aux processus par lesquels un groupe de personnes est défini par sa « race ». Les processus de racisation débutent en attribuant une signification raciale à l'identité des gens et, en particulier, dans leurs rapports avec les structures sociales et les systèmes institutionnels, tels que le logement, l'emploi et l'éducation. Dans les sociétés dans lesquelles les « Blancs » détiennent les pouvoirs économiques, politiques et sociaux, les processus de racisation ont émergé de la création d'une hiérarchie dans les structures et systèmes sociaux fondée sur la « race ». Les effets visibles des processus de racisation sont les inégalités raciales ancrées dans les structures et systèmes sociaux. » ²⁶

Racisme systémique : « Le racisme systémique, à l'instar des définitions juridiques de la discrimination systémique, prend en compte les mécanismes, les institutions, les structures et les pratiques sociales qui participent au maintien du pouvoir et des privilèges des personnes « blanches » dans la société québécoise. Le racisme systémique relève d'un système qui se traduit par des mécanismes souvent invisibles, des façons de faire en apparence neutres, mais qui engendrent des écarts entre des groupes sociaux. Il est beaucoup plus difficile à déceler que le racisme individuel (avec lequel il cohabite très souvent) qui s'exprime par des propos malveillants, haineux ou xénophobes à l'égard des « autres » et également par divers gestes d'exclusion. » ²⁷

Sanisme : « Le sanisme est un système de croyances et d'oppression par lequel les personnes ayant un fonctionnement mental ou psychique différent sont injustement stigmatisées et discriminées. [...] [L]e sanisme suppose que les personnes soi-disant sans trouble de santé mentale sont normales (parce que majoritaires) et ont un fonctionnement social désirable, tandis que les personnes ayant un fonctionnement mental ou psychique différent de la majorité seraient anormales, déficientes et auraient un fonctionnement social condamnable. » ¹⁹

Sexe biologique : « Le sexe biologique correspond aux caractéristiques biologiques (comme la pilosité, la silhouette, les hormones, les organes génitaux) d'une personne. Certaines personnes ont des caractéristiques sexuelles des deux sexes : on dit alors qu'elles sont des personnes intersexes. Le sexe est assigné à la naissance, puisque ce sont les professionnel.le.s de la santé qui, à la naissance, le déterminent en examinant les organes génitaux. Dans les faits, le sexe peut être différent du genre (par exemple, tu as été assigné fille quand tu es né, mais tu t'identifies comme un garçon) et de l'expression de genre. » ²⁰

Sexisme : « Des préjugés ou de la discrimination sur la base du sexe ou du genre, surtout contre les femmes et les filles. [...] Le sexisme peut être une croyance qu'un sexe est supérieur ou a plus de valeur qu'un autre sexe. Il impose des limites à ce que les hommes et les garçons peuvent et devraient faire et ce que les femmes et les filles peuvent et devraient faire. Le concept du sexisme a été formulé à l'origine pour faire prendre conscience de l'oppression des filles et des femmes, par contre, depuis le début du 21e siècle, il est parfois élargi pour inclure l'oppression de tous les sexes, incluant les hommes et les garçons, les personnes intersexuées et les personnes transgenres. » ²⁸

Statuts d'immigration (associés à des droits et des protections sociales différents) :

Résidence permanente : « Un résident permanent est une personne qui a obtenu la permission du gouvernement de demeurer de façon permanente au Canada. Il a souvent une carte qui prouve son statut (même si ce n'est pas obligatoire). Un résident permanent peut faire une demande pour devenir citoyen canadien après avoir résidé au Canada pendant une certaine période de temps. Il peut perdre son statut s'il reste trop longtemps à l'extérieur du Canada. Il peut aussi perdre son statut s'il est déclaré coupable d'un acte criminel. » ²⁹

Résidence temporaire : « Un résident temporaire est autorisé à rester au Canada pour une période de temps limitée. Il a un visa pour étudier, pour travailler ou pour visiter le Canada. Quand la période de séjour autorisée est expirée, le résident temporaire qui reste au Canada sans autorisation officielle (par exemple : résidence permanente, prolongation de séjour) se retrouve sans statut. » ²⁹

Demande d'asile : « Le demandeur d'asile est une personne qui a déposé une demande de protection comme réfugié et qui attend la décision. Une personne qui a reçu une décision négative sur sa demande d'asile est souvent appelée un demandeur d'asile débouté ou un demandeur d'asile refusé. Tant qu'elle n'aura pas reçu une date de déportation, elle aura accès aux mêmes services qu'un demandeur d'asile non débouté. » ²⁹

Refuge accepté : « Le statut de réfugié est accordé aux personnes qui ont démontré qu'elles sont à risque de persécution dans leurs pays et ont besoin de la protection du Canada. Un réfugié accepté peut faire une demande de Certificat de sélection du Québec (CSQ) et une demande de résidence permanente pour avoir droit à plus de services. » ²⁹

Sans statut : « Lorsqu'une personne n'a pas l'autorisation de rester au Canada, ou que sa période d'autorisation est expirée, elle est sans statut. Cela est notamment le cas d'une personne dont le visa est expiré ou d'une personne qui a reçu une date de déportation à la suite du refus de sa demande d'asile, mais qui ne s'est pas présentée pour son renvoi. Une personne sans statut peut faire l'objet d'un mandat d'arrestation visant à l'expulser du Canada. » ²⁹

Pour aller plus loin : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003744/>

RÉFÉRENCES

Sources citées

1. Citation textuelle de : Agence de la santé publique du Canada. (2023). *Déterminants sociaux de la santé et inégalités en santé*. Gouvernement du Canada. <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/promotion-sante/sante-population/est-determine-sante.html>
2. Blais, M., Philibert, M., Bergeron, F.-A. et Hébert, M. (2018). Les expériences de victimisation des jeunes à travers le prisme de l'intersectionnalité. *Service social*, 64(1), 1-14. <https://doi.org/10.7202/1055887ar>
3. Chan, S., Markoulakis, R. et Levitt, A. (2023). Predictors of barriers to accessing youth mental health and/or addiction care. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32(1), 27-37. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9879035/>
4. Institut national d'excellence en santé et en services sociaux. (2024). *Portrait des visites aux urgences et des hospitalisations pour des problématiques de santé mentale et psychosociales chez les jeunes de 6 à 25 ans en 2022-2023, en comparaison avec les périodes pré-pandémique (2016-2020) et pandémique de COVID-19 (2020-2022)*. État des pratiques rédigé par Sybille Saury et Annik Moreau. https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/ServicesSociaux/INESSS_Portrait_urgence_hospitalisation_SM_EP_VF.pdf
5. Jeanneret, N., Courcy, I., Caron, V., Giroux, M., Guerrero, L., Ouimet, M., d'Arc, B. F. et Soulières, I. (2022). Discrimination and victimization as mediators between social support and psychological distress in autistic adults. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 98, article 102038. <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2022.102038>
6. Comité permanent de la santé. (2019). *La santé des communautés LGBTQIA2 au Canada*. Chambre des communes du Canada. <https://www.noscommunes.ca/Content/Committee/421/HESA/Reports/RP10574595/hesarp28/hesarp28-f.pdf>
7. Canadian Mental Health Association. (2023). *Lesbian, Gay, Bisexual, Trans & Queer identified People and Mental Health*. <https://ontario.cmha.ca/documents/lesbian-gay-bisexual-trans-queer-identified-people-and-mental-health/>
8. Agence de la santé publique du Canada, Réseau pancanadien de santé publique, Statistique Canada et Institut canadien d'information sur la santé. (2017). *Outil de données sur les inégalités en santé à l'échelle du Canada, édition 2017*. Agence de la santé publique du Canada. <https://nccdh.ca/fr/resources/entry/pan-canadian-health-inequalities-data-tool-2017-edition>
9. Ng, E. et Zhang, H. (2020). La santé mentale des immigrants et des réfugiés : données canadiennes provenant d'une base de données couplée au niveau national. *Statistique Canada, Rapports sur la santé*, 31(8), 3-13. <https://www.doi.org/10.25318/82-003-x202000800001-fra>
10. Street, M.-C. (2019). État de santé, habitudes de vie et comportements préventifs chez les immigrants au Québec : que nous disent les résultats de l'Enquête québécoise sur la santé de la population de 2008 et de 2014-2015 ? *Zoom santé*, n° 65, 1-16. <https://statistique.quebec.ca/en/fichier/no-65-etat-sante-habitudes-vie-et-comportements-preventifs-immigrants-au-quebec-resultats-enquete-quebecoise-sante-population-2008-et-2014-2015.pdf>

11. Kayayan, A. V. (2024). *Compréhension des enjeux et des facteurs de risque et de protection en santé mentale chez les personnes immigrantes et réfugiées : une revue de la littérature*. Centre d'expertise sur le bien-être et l'état de santé physique des réfugiés et des demandeurs d'asile et Institut Universitaire SHERPA, Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal. <https://cerda.info/wp-content/uploads/2024/04/FR-RAP-2024-03-26-rapport-synthese-facteursRP-SM-ImmPR-RL.pdf>
12. Bellot, C. et Gadbois, J. (2022). *L'itinérance au Québec – Deuxième portrait*. Ministère de la Santé et des Services sociaux. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2022/22-846-09W.pdf>
13. Organisation mondiale de la Santé. (2024). *Santé mentale*. https://www.who.int/fr/health-topics/mental-health#tab=tab_2
14. Park, J. (2021, 20 octobre). *La mortalité chez les Premières Nations, 2006 à 2016* (publication n° 82-003-X). Statistique Canada. <https://www.doi.org/10.25318/82-003-x202101000001-fra>
15. Citation d'une personne participant à l'atelier « Accueil, diversité et pratiques inclusives » lors de la Journée nationale Aire ouverte de 2023.
16. Citation textuelle de : Jeunesse, J'écoute. (2023). *2SLGBTQ+ : Qu'est-ce que cela signifie ?* <https://jeunessejecoute.ca/information/2slgbtq-quest-ce-que-cela-signifie/>
17. Citation textuelle de : Comité FrancoQueer de l'Ouest. (2023). *Que signifie l'acronyme 2SLGBTQIA+ ?* <https://www.cfqo.ca/2slgbtqia.html>
18. Citation textuelle de : Université de Sherbrooke. (s.d). *Les biais inconscients*. https://www.usherbrooke.ca/edi/fileadmin/sites/edi/Feuillet_final.pdf
19. Drolet, M.-J. (2022). Repérer et combattre le capacitisme, le sanisme et le suicidisme en santé. *Canadian Journal of Bioethics*, 5(4), 89-93. <https://doi.org/10.7202/1094701ar>
20. Citation textuelle de : Tel-jeunes. (2024). *Orientations sexuelles et identités de genre*. <https://www.teljeunes.com/fr/jeunes/sexualite/orientations-sexuelles-et-identites-de-genre>
21. Traduction libre de : Kohn, M. et Reddy, K. (2023). Colonialism. Dans E. N. Zalta et U. Nodelman (dir.), *The Stanford Encyclopedia of Philosophy*. <https://plato.stanford.edu/archives/spr2023/entries/colonialism/>
22. Traduction libre de : Pokhrel, A. K. (2011). Eurocentrism. Dans D. K. Chatterjee (dir.), *Encyclopedia of Global Justice*. Springer. https://doi.org/10.1007/978-1-4020-9160-5_25
23. Citation textuelle de : Interligne. (2016). *Qu'est-ce que l'hétérosexisme ? Qu'est-ce que l'hétéronormativité ?* https://interligne.co/questions_frequentes/quest-ce-que-lheterosexisme-quest-ce-que-lheteronormativite
24. Citation textuelle de : Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé. (2022). *Intersectionnalité : Parlons-en*. CCNDS, Université St. Francis Xavier. https://nccdh.ca/images/uploads/comments/NCCDH_Lets_Talk_Intersectionality_FR.pdf
25. Traduction libre de : Walker, N. (2014). *Neurodiversity: some basic terms & definitions*. Neuroqueer. <https://neuroqueer.com/neurodiversity-terms-and-definitions/>
26. Traduction libre de : University of Winnipeg Library. (2024). *Race, Racialization and Racism*. <https://libguides.uwinnipeg.ca/c.php?g=370387&p=2502732>

27. Citation textuelle de : Équipe de recherche et d'action en santé mentale et culture. (2019). *Racisme et discriminations systémiques : Quelles actions mener ? Mémoire sur le racisme et la discrimination systémiques déposé par l'Équipe de recherche et d'action ÉRASME, le 31 octobre 2019, dans le cadre de l'Activité contributive citoyenne – dans le cadre de la consultation publique de l'OCPM.* https://erasme.ca/wp-content/uploads/2019/11/Memoire-ERASME-racisme-et-disc-rimination-syst%C3%A9mique_FINAL.pdf
28. Traduction libre de : Masesquesmay, G. (2024, 19 août). Sexism. Dans *Encyclopedia Britannica*. <https://www.britannica.com/topic/sexism>
29. Citation textuelle de : Éducaloi. (2022). *Les statuts d'immigration et les mesures sociales.* https://educaloi.qc.ca/wp-content/uploads/guide_immigration.pdf

Autres sources bibliographiques

- Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. (2015). *Soins axés sur les besoins de la personne et de la famille.* <https://rnao.ca/media/3245/download?inline>
- Bentayeb, N., Boisvert-Viens, J. et Mouketou, D. (2022). *Composantes clés et conditions de succès de mise en œuvre et d'efficacité des réseaux de services intégrés pour les jeunes de 12 à 25 ans. Rapport d'ETMISSS.* Institut universitaire SHERPA. https://sherpa-recherche.com/wp-content/uploads/2022/08/Composantes_cles_conditions_succes_RSIJ_12_25_ans.pdf
- Bergeron-Leclerc, C., Cormier, C., Dallaire, B. et Morin, M.-H. (2020). Le rétablissement en santé mentale : émergence, représentations et perspectives. *Quintessence* 11(10), 12. <https://qualaxia.org/wp-content/uploads/2020/10/quintessence-vol11-10.pdf>
- Bouchard, L., Batista, R. et Colman, I. (2018). Santé mentale et maladies mentales des jeunes francophones de 15 à 24 ans : Données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Santé mentale 2012. *Minorités linguistiques et société*, 9, 227-245. <https://doi.org/10.7202/1043504ar>
- Carde, E. (2021). Les inégalités sociales de santé au prisme de l'intersectionnalité. *Sciences sociales et santé*, 39, 5-30. <https://shs.cairn.info/revue-sciences-sociales-et-sante-2021-1-page-5?lang=fr>
- Clément, M. (2011). La participation, les temps de parole et le mouvement des usagers de services de santé mentale au Québec. *Le partenaire*, 20(2), 4-13. https://associationvoixquebec.ca/app/uploads/2022/02/Participation_TempsParole_Mouvement_usagers_sante%CC%81-mentale_Que%CC%81bec.pdf
- Commission spéciale sur les droits des enfants et la protection de la jeunesse. (2021). *Instaurer une société bienveillante pour nos enfants et nos jeunes.* https://www.csdepj.gouv.qc.ca/fileadmin/Fichiers_clients/Rapport_final_3_mai_2021/2021_CSDEPJ_Rapport_version_finale_numerique.pdf
- Hawke, L. D., Mehra, K., Settapani, C., Relihan, J., Darnay, K., Chaim, G. et Henderson, J. (2019). What makes mental health and substance use services youth friendly? A scoping review of literature. *BMC Health Services Research*, 19, article 257. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4066-5>
- Khoury, E. (2020). Narrative Matters: Mental health recovery – considerations when working with youth. *Child and Adolescent Mental Health*, 25(4), 273-276. <https://doi.org/10.1111/camh.12419>

- Lafortune, D., Gagné, M.-P. et Blais, É. (2012). De l'usage rationnel à l'usage optimal des médicaments psychotropes auprès des enfants. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 60(1), 69-76. <https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2011.05.002>
- Lafortune, D., Laurier, C. et Gagnon, F. (2004). Prévalence et facteurs associés à la prescription de médicaments psychotropes chez les sujets placés en Centre Jeunesse. *Revue de Psychoéducation*, 33(1), 157-176. <https://psycnet.apa.org/record/2004-14188-008>
- Malla, A., Boksa, P. et Joober, R. (2021). The New Wave of Youth Mental Health Services: Time for Reflection and Caution. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 66(7), 616-620. <https://doi.org/10.1177/0706743720984382>
- Medina, J. (2022). Group agential epistemic injustice: Epistemic disempowerment and critical defanging of group epistemic agency. *Philosophical Issues*, 32(1), 320-334. <https://doi.org/10.1111/phils.12221>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2021). *Cadre de référence. Aire ouverte. Décembre 2021* (publication n° 21-914-12W). Gouvernement du Québec. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003235/>
- Nadeau, L., Johnson-Lafleur, J., Jaimes, A. et Bolduc, E. (2021). L'engagement dans les soins en collaboration en santé mentale jeunesse pour les familles migrantes : des lieux cliniques ancrés dans leurs contextes institutionnel et sociopolitique. *Santé mentale au Québec*, 45(2), 19-38. <https://doi.org/10.7202/1075386ar>
- Organisation mondiale de la santé. (2023). *Cadre de l'OMS pour assurer la participation significative des personnes vivant avec des maladies non transmissibles et des problèmes de santé mentale et neurologiques*. <https://www.who.int/fr/publications/i/item/9789240073074>
- Poirier-Veilleux, C., Touati, N. et Ruelland, I. (2019). *Une véritable Aire ouverte : la participation des jeunes pour changer les pratiques et l'organisation des services*. Série Carnet synthèse no 14 (numéro spécial Aire ouverte). Centre de recherche et de partage des savoirs InterActions du CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal. https://centreinteractions.ca/wp-content/uploads/2020/04/Aire_ouverte_14CN.pdf
- Rickwood, D., Paraskakis, M., Quin, D., Hobbs, N., Ryall, V., Trethowan, J. et McGorry, P. (2019). Australia's innovation in youth mental health care: The headspace centre model. *Early Intervention in Psychiatry*, 13(1), 159-166. <https://doi.org/10.1111/eip.12740>
- Rivest, M.-P. et Iancu, P. (2019). Le Mouvement Jeunes et santé mentale : Entrevue avec Émilie Roy et Pierre-Étienne Létourneau. *Re jets*, 25(2), 15-34. <https://doi.org/10.7202/1067042ar>
- 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. https://extranet.puq.ca/media/produits/documents/57_9782760518384.pdf
- Rodriguez del Barrio, L., Pelletier, J.-F., Bordet, J., Bouchard, M. et Hot, A. (2020). *Une véritable Aire ouverte : la pair-aidance pour rejoindre, comprendre et soutenir les jeunes*. Série Carnet synthèse n° 15 (numéro spécial Aire ouverte). Centre de recherche et de partage des savoirs InterActions du CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal. https://centreinteractions.ca/wp-content/uploads/2021/06/CS_pair_aidance_f.pdf
- Rodriguez del Barrio L., Poirel, M.-L. et Corin, E. (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. http://www.rasmq.com/GAM/documents/textes/Rodriguez_Corin_Poirel_Le-point-de-vue-des-utilisateurs-une-voix-ignoree.pdf

Vogan, V., Lake, J. K., Tint, A., Weiss, J. A. et Lunsky, Y. (2017). Tracking health care service use and the experiences of adults with autism spectrum disorder without intellectual disability: A longitudinal study of service rates, barriers and satisfaction. *Disability and Health Journal*, 10(2), 264-270. <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2016.11.002>

Wiens, K., Bhattarai, A., Pedram, P., Dores, A., Williams, J., Bulloch, A. et Patten, S. (2020). A growing need for youth mental health services in Canada: Examining trends in youth mental health from 2011 to 2018. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 29, e115. <https://doi.org/10.1017/S2045796020000281>



24-914-21W