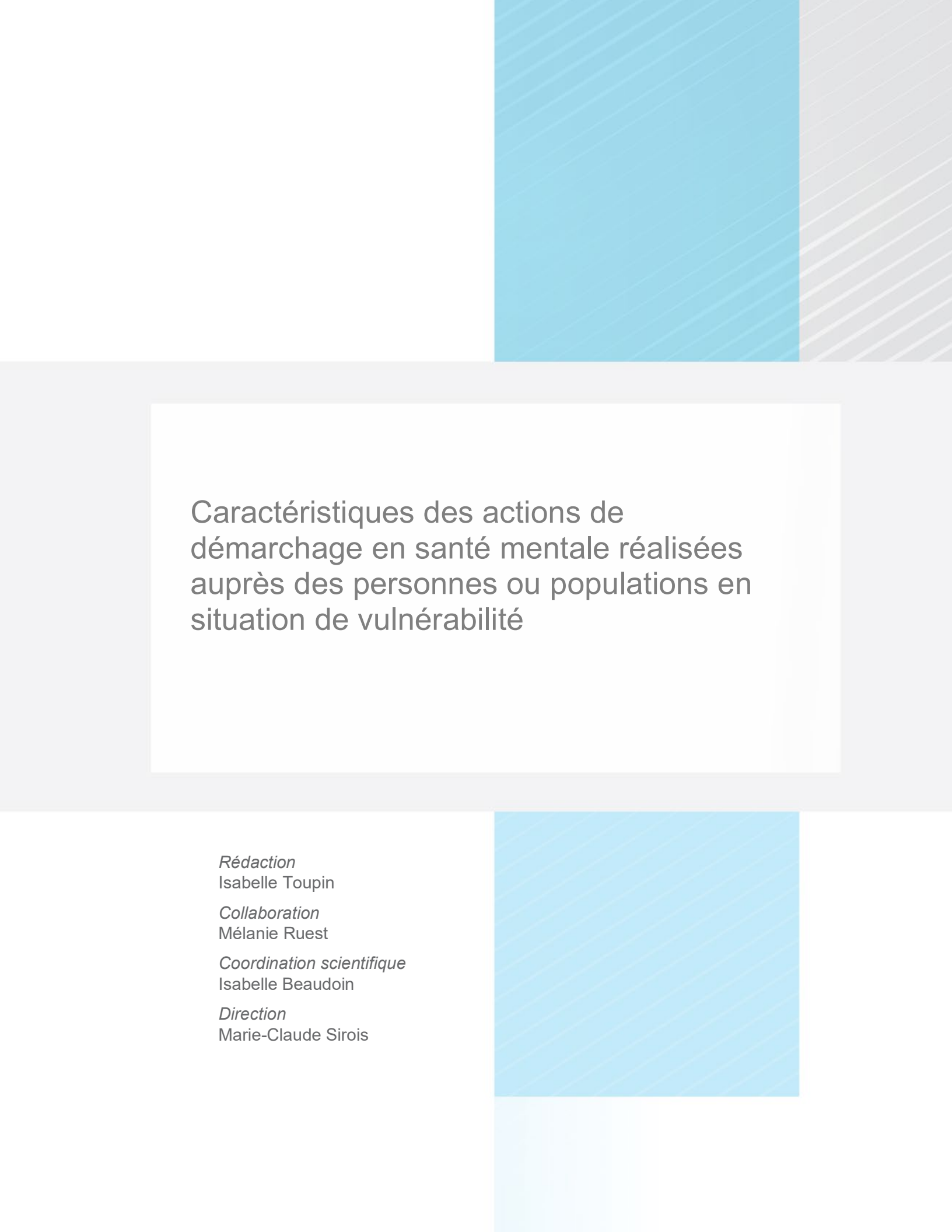


Caractéristiques des actions de
démarchage en santé mentale réalisées
auprès des personnes ou populations en
situation de vulnérabilité

Une production de l'Institut national
d'excellence en santé
et en services sociaux (INESSS)

Direction de l'évaluation et du soutien à
l'amélioration des modes d'intervention –
services sociaux et santé mentale



Caractéristiques des actions de démarchage en santé mentale réalisées auprès des personnes ou populations en situation de vulnérabilité

Rédaction

Isabelle Toupin

Collaboration

Mélanie Ruest

Coordination scientifique

Isabelle Beaudoin

Direction

Marie-Claude Sirois

Le contenu de cette publication a été rédigé et édité par l'INESSS.

Membres de l'équipe de projet

Auteure principale

Scientifique sénior

Isabelle Toupin, Ph. D.

Collaboratrice interne

Mélanie Ruest, Ph. D.

Coordonnatrice scientifique

Isabelle Beaudoin

Directrice

Marie-Claude Sirois, M. Sc., Ps. éd., M. Sc. Adm.

Repérage de l'information scientifique

Renaud Lussier, Ph. D., M.S.I.

Soutien documentaire

Bin Chen, techn. docum.

Soutien administratif

Julie Dionne

Équipe de l'édition

Jean Talbot

Nathalie Vanier

Sous la coordination de

Catherine Olivier, Ph. D.

Avec la collaboration de

Gilles Bordage, révision linguistique

Marie St-Amour, traduction

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2026

ISBN 978-2-555-03070-1 (PDF)

Tous droits réservés

© Gouvernement du Québec, 2026

Ce document peut être utilisé, reproduit, imprimé, partagé et communiqué, en tout ou en partie, à des fins non commerciales, éducatives ou de recherche uniquement, à condition que l'INESSS soit dûment mentionné comme source. Les photos, images, figures ou citations peuvent être associées à des droits d'auteur spécifiques et nécessitent une autorisation de la part de l'INESSS avant utilisation. Tout autre usage de cette publication, y compris sa modification en tout ou en partie ou visant des fins commerciales, doit faire l'objet d'une autorisation préalable de l'INESSS. Une autorisation peut être obtenue en formulant une demande à droitdauteur@inesss.qc.ca.

Pour citer ce document : Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (2026). Caractéristiques des actions de démarchage en santé mentale réalisées auprès des personnes ou populations en situation de vulnérabilité. Québec, Qc : INESSS. 58 p.

L'Institut remercie les membres de son personnel qui ont contribué à l'élaboration du présent document.

Lectrices externes

Pour ce rapport, les lectrices externes sont :

M^{me} Sue-Ann MacDonald, professeure titulaire, École de travail social, Université de Montréal

M^{me} Marie-Claude Roberge, conseillère scientifique, Direction du développement des individus et des communautés, Institut national de santé publique du Québec

Déclaration d'intérêts

Les personnes n'ont déclaré aucun conflit d'intérêt ou de rôle dans le cadre de ce projet.

Responsabilité

L'Institut assume l'entière responsabilité de la forme et du contenu définitifs de ce document. Les conclusions et les recommandations ne reflètent pas forcément les opinions des lecteurs externes ou des autres personnes consultées aux fins de son élaboration.

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ	I
SUMMARY.....	IV
SIGLES ET ACRONYMES	VII
INTRODUCTION.....	1
1 MÉTHODOLOGIE	3
1.1 Questions clés.....	3
1.2 Méthode de synthèse des données.....	3
1.3 Stratégie de repérage de l'information scientifique	4
1.4 Critères de sélection des publications	5
1.5 Procédure de sélection et de documentation de la littérature scientifique	6
1.6 Procédure d'extraction des données issues de la littérature	6
1.7 Analyse et synthèse de la littérature scientifique	7
1.8 Processus de validation	8
2 RÉSULTATS	9
2.1 Publications sélectionnées.....	9
2.2 Personnes ou populations ciblées et situations de vulnérabilité	9
2.2.1 Personnes en situation d'itinérance ou à risque d'instabilité résidentielle	10
2.2.2 Personnes âgées présentant des troubles mentaux sévères et des difficultés d'engagement dans les services de santé mentale.....	12
2.3 Actions de démarchage	13
2.3.1 Repérage.....	14
2.3.2 Soutien à l'engagement.....	15
2.3.3 Soutien fonctionnel.....	16
2.3.4 Soutien clinique.....	17
2.4 Acteurs concernés.....	18
2.4.1 Intervenants terrain	18
2.4.2 Partenaires institutionnels et organismes mandatés	19
2.5 Effets attendus	20
2.5.1 Effets populationnels	21
2.5.2 Effets socioculturels	21
2.5.3 Effets cliniques.....	22
2.5.4 Effets organisationnels	22
2.5.5 Effets économiques.....	23
2.6 Milieux d'intervention dans les publications retenues.....	24
2.6.1 Espaces communautaires à vocation sociale.....	24
2.6.2 Espaces publics extérieurs ou informels.....	24
2.6.3 Lieux de résidence	25

DISCUSSION.....	26
CONCLUSION	31
RÉFÉRENCES.....	32
ANNEXE A.....	36
Stratégie de repérage de l'information scientifique	36
ANNEXE B.....	48
Sélection des publications scientifiques	48

LISTE DES TABLEAUX

Tableau A-1 Bases de données bibliographiques	36
Tableau B-1 Critères d'inclusion et d'exclusion des publications scientifiques	49
Tableau B-2 Description des publications sélectionnées et des caractéristiques des actions de démarchage en santé mentale	52

LISTE DES FIGURES

Figure B-1 Diagramme de flux de type PRISMA.....	48
--	----

RÉSUMÉ

Introduction

Au Québec, les politiques publiques en santé mentale adoptent progressivement des approches communautaires visant à améliorer l'accessibilité et la continuité des services, notamment pour les individus vivant avec des troubles mentaux sévères ou en situation de grande vulnérabilité. Dans le cadre du Plan d'action interministériel en santé mentale 2022-2026, les établissements du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS) sont encouragés à développer des services de proximité adaptés aux réalités des populations en situation de vulnérabilité, conformément au principe de responsabilité populationnelle.

Malgré ces orientations, certaines personnes ou populations demeurent difficiles à joindre, en raison d'obstacles structurels, sociaux et systémiques à l'accès aux soins. Le démarchage (*outreach*) s'impose comme une stratégie proactive pour établir un lien avec les personnes ou populations non engagées dans un parcours de soins (p. ex. liens fragiles, méfiance, désaffiliation du réseau public), en allant vers elles dans leurs milieux de vie. Bien que cette approche suscite un intérêt croissant, les connaissances sur ses caractéristiques demeurent fragmentées. Les études empiriques évaluant son efficacité sont rares et souvent peu détaillées, tandis que la littérature grise, bien que riche en descriptions, ne propose pas d'évaluation formelle.

Dans ce contexte, le présent état des connaissances a pour objectif de fournir une vue d'ensemble des caractéristiques des actions de démarchage en santé mentale auprès des personnes ou populations en situation de vulnérabilité. Une attention particulière est portée aux situations de vulnérabilité des personnes ciblées, aux types d'action déployés, aux acteurs concernés, aux effets attendus ainsi qu'aux milieux variés d'intervention.

Méthodologie

Pour répondre à cet objectif, un examen rapide de la portée a été réalisé selon une approche descriptive, sans évaluation formelle de la qualité des études ni de l'efficacité des actions de démarchage. La recherche documentaire a porté sur des actions de démarchage destinées à des personnes en situation de vulnérabilité, âgées de 16 ans et plus, non engagées dans un parcours de soins formel en santé mentale. Elle combine les publications recensées par Jiao *et al.* (2022) pour la période 2008-2020 et une recherche complémentaire menée dans les bases de données MEDLINE, PubMed, PsycInfo et CINAHL Complete pour la période 2020-2025. Seules les publications présentant des données quantitatives ont été retenues, selon des critères d'inclusion prédéfinis fondés sur le modèle PIPOH. Les données, extraites à l'aide d'une grille structurée, ont été analysées inductivement selon l'approche thématique de Braun et Clarke (2006), en s'appuyant sur des repères conceptuels en santé mentale et en santé publique. Les résultats sont présentés sous forme de synthèse analytique.

Résultats

Publications sélectionnées

Six publications ont été analysées, permettant de brosser un portrait structuré des caractéristiques des actions de démarchage en santé mentale auprès des personnes ou populations en situation de vulnérabilité.

Populations ciblées

Les actions de démarchage ciblent principalement des personnes en situation d'itinérance ou d'instabilité résidentielle, ainsi que des personnes âgées peu engagées dans les services. Ces populations présentent des troubles mentaux, parfois sévères ou concomitants, et vivent des situations de vulnérabilité marquées par la précarité économique, l'isolement social et la désaffiliation institutionnelle.

Types d'action

Les actions recensées se répartissent en quatre grandes composantes, selon leur intention, leur intensité et leur degré d'intégration aux services existants :

- Le **repérage** consiste à identifier, en amont de toute demande d'aide, des personnes en situation de vulnérabilité ou à risque qui ne sont pas en contact avec les services appropriés du RSSS. Il se réalise soit par une démarche proactive sur le terrain dans les lieux de vie, soit par des mécanismes institutionnels permettant de cibler des personnes à risque de non-recours aux services ou de rupture de suivi.
- Le **soutien à l'engagement** constitue une composante centrale. Qu'il s'agisse d'amorcer un lien, de le maintenir ou d'adapter les services, ces actions sont mobilisées de manière complémentaire pour créer les conditions propices à une affiliation progressive aux soins, sans exiger un engagement immédiat.
- Le **soutien fonctionnel** vise à répondre aux besoins concrets des personnes, notamment par l'accompagnement dans les démarches, la gestion du quotidien, et le soutien social et affectif.
- Le **soutien clinique** consiste à offrir, directement dans les milieux de vie, des soins de santé mentale — et parfois physique — adaptés, incluant l'évaluation, la gestion des crises et des symptômes, ainsi que des interventions plus spécifiques comme la psychothérapie et l'éducation psychologique.

Acteurs concernés

Les actions de démarchage en santé mentale mobilisent des intervenants terrain — professionnels de première ligne, intervenants communautaires et paraprofessionnels, pairs aidants — pour le soutien direct auprès des personnes en situation de vulnérabilité, ainsi que des partenaires institutionnels et des organismes mandatés, qui ne sont pas intégrés aux équipes mais assurent la pérennité par des collaborations intersectorielles

regroupant organismes de haut niveau, instituts universitaires ou de recherche, établissements de santé et organismes de proximité mandatés.

Effets attendus

Bien que l'efficacité des actions de démarchage ne soit pas évaluée dans le cadre de cet examen, les publications recensées décrivent des effets potentiels, regroupés en cinq catégories : populationnels (meilleure prévention des crises, accès accru aux services), socioculturels (amélioration de la qualité de vie, stabilité résidentielle), cliniques (stabilisation de l'état mental, adhésion aux soins, réduction des hospitalisations), organisationnels (fluidité des parcours, renforcement des équipes, baisse de la pression sur les services) et économiques (réduction des coûts liés aux urgences et aux hospitalisations).

Milieus d'intervention

Les actions de démarchage en santé mentale se déploient dans une diversité de milieux. Les espaces communautaires à vocation sociale (centres communautaires, refuges, hébergements d'urgence, cafés sociaux), les espaces publics extérieurs ou informels (rues, parcs, stations de transport) ainsi que les lieux de résidence (domiciles, logements) se distinguent par leur accessibilité, leur ancrage communautaire et leur proximité avec les environnements de vie des personnes ciblées.

Conclusion

Bien que cet examen rapide de la portée repose sur un nombre limité de publications, les résultats révèlent que les actions de démarchage en santé mentale ne se limitent pas à une stratégie d'accès aux soins. Elles constituent un levier d'intervention à part entière, adapté à la complexité des situations de vulnérabilité. En ciblant des personnes ou populations souvent exclues des parcours traditionnels, ces actions redéfinissent les frontières de l'intervention psychosociale et clinique.

Leur diversité, tant dans les modalités que dans les milieux d'intervention, témoigne d'une capacité à s'ajuster aux réalités des personnes, en misant sur la proximité, la souplesse et la complémentarité des acteurs. Si les effets attendus sont nombreux et multidimensionnels, leur portée reste difficile à apprécier en l'absence d'évaluations rigoureuses. Des travaux empiriques complémentaires permettraient de mieux documenter les retombées concrètes des actions de démarchage et leurs conditions de réussite.

Ce portrait contribue ainsi à éclairer les pratiques actuelles et à orienter les réflexions futures sur le développement de stratégies inclusives, équitables et durables, en appui aux politiques publiques visant à améliorer l'accès aux soins et services en santé mentale.

SUMMARY

Characteristics of mental health outreach actions carried out for individuals or populations in situations of vulnerability

Introduction

In Quebec, public mental health policies are gradually adopting community-based approaches aimed at improving the accessibility and continuity of services, particularly for individuals living with severe mental disorders or in situations of high vulnerability. As part of the Plan d'action interministériel en santé mentale 2022–2026 (Québec's Interministerial Action Plan on Mental Health, 2022–2026), institutions within the réseau de la santé et des services sociaux (RSSS) (health and social services network) are encouraged to develop local services tailored to the realities of the populations living in situations of vulnerability, in accordance with the principle of population responsibility.

Despite these orientations, certain individuals or populations remain difficult to reach due to structural, social, and systemic barriers to accessing care. Outreach is emerging as a proactive strategy for establishing contact with individuals or populations who are not engaged involved in a care pathway (e.g., fragile connections, mistrust, disaffiliation from the public system) by reaching out to them in their living environments. Although there is growing interest in this approach, knowledge about its characteristics remains fragmented. Empirical studies evaluating its effectiveness are scarce and often lacking in detail, while the grey literature, although rich in descriptions, does not offer any formal evaluation.

In this context, the present state of knowledge aims to provide an overview of the characteristics of mental health outreach actions for individuals or populations in situations of vulnerability. Attention is paid to the situations of vulnerability of the targeted individuals, the types of action deployed, the stakeholders involved, the expected outcomes, and the various intervention settings.

Methodology

To meet this objective, a rapid scoping review was conducted using a descriptive approach without formal appraisal of the quality of the studies or the effectiveness of the outreach actions. The documentary research focused on outreach actions aimed at individuals in situations of vulnerability, aged 16 and over, who were not engaged in a formal mental health care pathway. It combines the publications identified by Jiao *et al.* (2022) for the 2008-2020 period and additional research conducted in the MEDLINE, PubMed, PsycInfo, and CINAHL Complete databases for the 2020-2025 period. Only publications presenting quantitative data were selected, according to predefined inclusion criteria based on the PIPOH model. The data, extracted using a structured grid, were analyzed inductively according to the thematic approach of Braun and Clarke (2006), based on conceptual benchmarks in mental health and public health. The results are presented in the form of an analytical synthesis.

Results

Selected publications

Six publications were analyzed, providing a structured overview of the characteristics of mental health outreach actions involving individuals and populations living in situations of vulnerability.

Targeted populations

Outreach actions mainly target people in situations of homelessness or housing instability, as well as elderly people who are not actively engaged in services. These populations present with mental health issues, which are sometimes severe or concurrent, and live in situations of vulnerability marked by economic insecurity, social isolation, and institutional disaffiliation.

Types of actions

The actions identified are divided into four main components, according to their purpose, intensity, and degree of integration into existing services:

- **Identification and active reach** consist in identifying, prior to any request for assistance, individuals living in situations of vulnerability or at risk who are not in contact with the appropriate RSSS services. This is achieved either through a proactive field identification in living environments, or through institutional mechanisms that enable targeting of individuals at risk of non-use of services or care discontinuity.
- **Engagement support** plays a central role. Whether it is a question of initiating a connection, maintaining it, or adapting services, these actions are used in a complementary manner to create conditions conducive to gradual engagement with care, without requiring immediate commitment.
- **Functional support** aims to meet people's practical needs, particularly by providing help with navigating processes, daily living and social and emotional support.
- **Clinical support** consists in providing, directly in living environments, tailored mental health care — and sometimes physical health care —, including assessment, crisis and symptom management, as well as more specific interventions such as psychotherapy and psychoeducation.

Stakeholders involved

Mental health outreach actions mobilize field workers — front-line professionals, community workers and paraprofessionals, peer support workers — to provide direct support to people in situations of vulnerability, as well as institutional partners and mandated organizations, which are not part of the teams but ensure sustainability

through intersectoral collaborations involving high-level organizations, university or research institutes, health institutions, and designated local organizations.

Expected outcomes

Although the effectiveness of outreach actions is not assessed in this review, the publications identified describe potential outcomes, grouped into five categories: population-based (better crisis prevention, increased access to services), sociocultural (improved quality of life, residential stability), clinical (stabilization of mental health, care adherence, fewer hospitalizations), organizational (smoother pathways, stronger teams, less pressure on services), and economic (lower costs related to emergencies and hospitalizations).

Intervention settings

Mental health outreach actions are deployed in a variety of settings. Community social spaces (community centers, shelters, emergency accommodations, social cafés), outdoor or informal public spaces (streets, parks, transit stations), and residential settings (homes, apartments) are distinguished by their accessibility, community roots, and proximity to the living environments of the target individuals.

Conclusion

Although this rapid scoping review is based on a limited number of publications, the results reveal that mental health outreach actions are not limited to a strategy for accessing care. They constitute a lever for interventions in their own right, tailored to the complexity of situations of vulnerability. By targeting individuals or populations often excluded from traditional pathways, these actions redefine the boundaries of psychosocial and clinical intervention.

Their diversity, both in terms of methods and intervention settings, demonstrate an ability to adapt to people's realities by focusing on proximity, flexibility, and complementarity among stakeholders. While the expected outcomes are numerous and multidimensional, their scope remains difficult to assess in the absence of rigorous evaluations. Additional empirical research would provide better documentation of the concrete impacts of outreach actions and the conditions for their success.

This overview thus contributes to shed light on current practices and to guide future reflections on the development of inclusive, equitable, and sustainable strategies in support of public policies aimed at improving access to mental health care and services.

SIGLES ET ACRONYMES

CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
DGPPFC	Direction générale des programmes dédiés aux personnes, aux familles et aux communautés
DGSP	Direction générale de la santé publique
INESSS	Institut national d'excellence en santé et en services sociaux
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
PIPOH	Population, intervention, professionnels, résultats, milieux de soins

INTRODUCTION

Au Québec, les politiques publiques en santé mentale encouragent, depuis la fin de la désinstitutionnalisation, des approches communautaires visant à améliorer l'accessibilité, la continuité et l'adéquation des services (Khoury, 2019; MSSS, 2021b; 2022). Ces approches permettent d'intervenir dans les milieux de vie, de tenir compte des déterminants sociaux de la santé (p. ex. logement, pauvreté, isolement, accès à l'emploi) et de favoriser l'engagement dans les services (Jordans *et al.*, 2020; Rosen *et al.*, 2020).

Malgré ces avancées, certaines personnes ou populations demeurent difficiles à joindre, notamment celles en situation d'itinérance ou présentant des troubles mentaux sévères. Elles rencontrent des obstacles importants pour accéder aux soins, en raison de critères d'admissibilité restrictifs aux services spécialisés en santé mentale, de la stigmatisation liée à certains comportements jugés inadéquats ou encore de structures exigeant une forte capacité d'adaptation — une exigence difficile à satisfaire dans un contexte marqué par des enjeux systémiques et des inégalités sociales (Denoncourt *et al.*, 2000; INSPQ, 2023a; 2023b; MSSS, 2023).

Parmi les interventions communautaires, le démarchage se distingue comme une stratégie proactive visant à établir un lien avec les personnes non engagées dans un parcours de soins. Le cadre de référence du MSSS sur le mécanisme d'accès en santé mentale au Québec (MSSS, 2023) définit le démarchage comme une démarche temporaire, mobile et collaborative, qui consiste à aller vers les personnes là où elles se trouvent, afin de créer un lien de confiance, d'offrir un soutien initial et de faciliter l'accès aux services.

Problématique

Malgré l'intérêt croissant pour le démarchage en santé mentale, les connaissances sur ses caractéristiques demeurent fragmentées (Jiao *et al.*, 2022). Les études quantitatives qui en mesurent l'efficacité sont peu nombreuses et leurs descriptions, souvent sommaires (Toews *et al.*, 2024). La littérature grise fournit des descriptions riches des actions de démarchage, mais sans évaluation formelle (MSSS, 2024), ce qui limite leur intégration dans des synthèses fondées sur des critères méthodologiques rigoureux.

Il est donc nécessaire de comprendre comment le démarchage est conceptualisé et mis en œuvre dans les travaux scientifiques, afin de dégager des constats utiles pour orienter les pratiques, les politiques et les recherches futures.

Mise en contexte

Dans le cadre du Plan d'action interministériel en santé mentale 2022-2026, les établissements du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS) sont encouragés à développer des services de proximité adaptés aux réalités des populations en situation de vulnérabilité, conformément au principe de responsabilité populationnelle (MSSS, 2022). Ils doivent ainsi adapter leur offre de services pour répondre aux besoins de leur territoire, en joignant davantage les personnes peu desservies par les services

traditionnels, notamment en raison de leurs situations de vulnérabilité, liée à des enjeux structurels, sociaux et systémiques.

Dans ce contexte, la Direction générale des programmes dédiés aux personnes, aux familles et aux communautés (DGPPFC) du MSSS, en collaboration avec la Direction des services en santé mentale — volet adulte — et Santé Québec, mandate l'INESSS pour réaliser un état des connaissances visant à mieux comprendre les actions de démarchage pouvant être mises en œuvre pour joindre les personnes ou populations actuellement peu desservies par les services traditionnels.

Objectif

Le présent examen rapide de la portée (*rapid scoping review*) fournit une vue d'ensemble des caractéristiques des actions de démarchage en santé mentale.

Plus précisément, il permet d'identifier les caractéristiques des actions documentées dans la littérature scientifique, incluant les profils des populations jointes, les types d'action, les acteurs concernés, les effets attendus et les milieux d'intervention.

Cette synthèse contribue à éclairer les décisions entourant l'organisation des services de proximité et l'orientation des pratiques selon les besoins réels des personnes ou populations en situation de vulnérabilité, difficiles à joindre ou peu desservies.

Aspects exclus

Ce projet ne vise pas à :

- identifier les personnes ou les populations en situation de vulnérabilités qui doivent être ciblées en priorité par des efforts de démarchage en santé mentale;
- évaluer l'efficacité des actions de démarchage en santé mentale;
- déterminer si ces actions sont porteuses de valeur selon le cadre multidimensionnel de l'INESSS (2021);
- formuler des recommandations.

1 MÉTHODOLOGIE

1.1 Questions clés

Les caractéristiques des actions¹ de démarchage en santé mentale réalisées auprès des personnes ou populations en situation de vulnérabilité constituent l'objet de ce rapport. Les questions clés sont formulées selon le modèle PIPOH² (ADAPTE Collaboration., 2009) afin de structurer l'analyse.

Les questions clés relatives aux actions de démarchage en santé mentale sont les suivantes :

1. Quelles sont les personnes ou populations visées par ces actions, et quelles sont leurs situations de vulnérabilité?
2. Quels types d'action³ sont déployés?
3. Quels sont les acteurs concernés par la réalisation de ces actions?
4. Quels sont les effets attendus⁴ de ces actions?
5. Dans quels milieux d'intervention se déroulent ces actions?

1.2 Méthode de synthèse des données

Pour répondre à l'objectif et aux questions clés de ce projet, un examen rapide de la portée de la littérature scientifique a été privilégié. Cette approche méthodologique permet de repérer et de synthétiser rapidement les données disponibles sur un sujet. Elle vise à dresser un état des connaissances utile à la prise de décision ou à l'orientation des travaux futurs, plutôt qu'à évaluer la qualité méthodologique des publications ou à produire une estimation de l'effet (Levac *et al.*, 2010; Munn *et al.*, 2022; Peters *et al.*, 2020).

Conformément aux recommandations formulées par un groupe d'experts sur la conduite d'un examen rapide de la portée, des stratégies méthodologiques spécifiques sont mises en œuvre pour optimiser les étapes de production, notamment la restriction de la

¹ Dans le cadre de ce projet, le terme « action » renvoie aux grandes composantes du démarchage, définies en fonction de leur objectif, de leur intensité (niveau d'implication ou de soutien) et de leur degré d'intégration aux services existants.

² PIPOH : population ciblée; interventions d'intérêt; professionnels de la santé et des services sociaux ainsi que les partenaires communautaires concernés par l'intervention; résultats d'intérêt escomptés (*outcomes*) par les interventions ciblées; milieux de soins (*health care setting*) dans lesquels les interventions sont déployées (ADAPTE Collaboration., 2009).

³ Dans le cadre de ce projet, l'expression « type d'action » fait référence aux différentes modalités concrètes utilisées dans les actions de démarchage, incluant les méthodes, stratégies, tâches ou formes spécifiques selon le contexte d'intervention.

⁴ Cet examen ne comporte pas d'évaluation de la validité scientifique des résultats d'efficacité rapportés dans les publications sélectionnées. Les effets sont donc décrits tels qu'ils sont formulés dans les études, et considérés comme des retombées souhaitées, attendues ou escomptées, sans qu'ils soient interprétés comme des preuves d'efficacité.

recherche à certains mots-clés et la sélection ciblée des bases de données (Campbell *et al.*, 2025). Ces recommandations sont également alignées sur les normes méthodologiques de l'INESSS (2023) pour la réalisation de revues rapides.

Dans ce cadre, le choix du corpus s'inscrit dans cette logique d'optimisation : il repose exclusivement sur des publications ayant mesuré l'efficacité du démarchage. Ce choix vise à appuyer les descriptions des caractéristiques des actions de démarchage sur un ensemble de travaux ayant mobilisé des méthodologies rigoureuses. Même si les éléments descriptifs proviennent de l'ensemble du contenu des publications retenues — incluant les sections d'introduction, de méthodologie, de résultats et de discussion — et non exclusivement de leurs données empiriques, le fait de s'appuyer sur des études ayant évalué l'efficacité permet de renforcer la crédibilité de l'analyse et d'assurer une certaine robustesse dans la documentation des pratiques recensées. La stratégie de repérage de ces publications est présentée en détail ci-dessous.

1.3 Stratégie de repérage de l'information scientifique

La recherche documentaire inclut uniquement des études primaires (quantitatives ou mixtes) ainsi que des synthèses d'études présentant des données d'efficacité. La sélection cible les publications publiées entre janvier 2008 et mars 2025, une période marquée par la croissance de la littérature sur le démarchage dans les soins et les services sociaux (Jiao *et al.*, 2022).

Deux principales stratégies de repérage des publications ont été privilégiées. Considérant le travail effectué par Jiao et ses collaborateurs (2022) sur le démarchage dans les domaines de la santé et des services sociaux, et la proximité avec le projet actuel, leur examen de la portée couvrant la période du 1^{er} janvier 2008 au 20 avril 2020 constitue une première base de données. Toutes les publications identifiées par ces auteurs qui rapportent des données d'efficacité ont été retenues, puis soumises aux étapes de sélection et de documentation (voir la [section 1.5](#)). Il convient de préciser que Jiao et ses collaborateurs (2022) ont limité leur recherche à la littérature publiée en anglais.

Pour couvrir la période du 21 avril 2020 au 7 mai 2025, une nouvelle recherche documentaire a été menée, en adéquation avec la stratégie utilisée par Jiao et ses collaborateurs (2022). Cette recherche inclut toutefois la littérature scientifique publiée en anglais et en français. En collaboration avec un conseiller en information scientifique (bibliothécaire) de l'INESSS, une stratégie de repérage a été développée pour chacune des quatre bases de données interrogées : MEDLINE, PubMed, PsycInfo et CINAHL Complete.

Les mots-clés utilisés sont notamment associés :

- au **domaine du démarchage**, pour cibler les différentes approches et méthodes (p. ex. *outreach strategies, outreach interventions, outreach program, outreach community engagement, outreach service delivery, outreach activities, outreach practices, outreach methods*);

- au **domaine de la population**, pour cibler les groupes spécifiques nécessitant des actions de démarchage (p. ex. *vulnerable groups, marginalized communities, hard-to-reach population, hidden population, underserved populations*);
- au **domaine du contexte**, pour cibler les environnements ou milieux dans lesquels le démarchage en santé mentale s'avère nécessaire (p. ex. *mental health, community, home, housing, residential care, neighborhood, street outreach, supported housing*).

L'annexe A ([tableau A-1](#)) présente, pour chaque base de données bibliographiques, les détails de la stratégie de repérage des publications.

Dans le cadre des deux stratégies de recherche documentaire, les synthèses d'études repérées sont utilisées uniquement pour identifier des études primaires non recensées initialement, selon une approche de type « boule de neige ». Cette méthode permet de compléter la sélection tout en limitant le chevauchement des données.

1.4 Critères de sélection des publications

La stratégie de sélection des publications repose sur le modèle PIPOH (ADAPTE Collaboration., 2009), qui permet de structurer les critères d'inclusion et d'exclusion de manière rigoureuse et cohérente.

Les principaux critères d'inclusion sont les suivants :

- **Population** : les publications doivent porter sur des personnes ou des populations âgées de 16 ans et plus, en situation de vulnérabilité, non engagées dans un parcours de soins formel en santé mentale, et difficiles à joindre ou à desservir par les services;
- **Intervention** : les publications doivent permettre d'identifier des actions de démarchage en santé mentale, conçues comme une démarche temporaire, mobile et collaborative visant à créer un lien avec des personnes vulnérables non engagées dans les soins et les services en santé mentale;
- **Professionnels concernés** : les publications doivent porter sur des professionnels, intervenants ou partenaires du RSSS concernés par les actions de démarchage en santé mentale;
- **Résultats d'intérêt escomptés** (*outcomes*) : les publications doivent présenter des données d'efficacité, attribuables aux actions de démarchage;
- **Milieux de soins** (*health care context*) : les actions ou interventions doivent s'inscrire dans les milieux de vie des personnes.

Les critères d'inclusion et d'exclusion guidant la sélection des publications sont détaillés à l'annexe B ([tableau B-1](#)).

1.5 Procédure de sélection et de documentation de la littérature scientifique

La sélection des publications, à partir des titres et des résumés, a été effectuée par deux membres de l'équipe de projet (MR et IT). Après le retrait des doublons, 862 titres et résumés ont été examinés.

Dès le départ, une première validation en double a été réalisée dans le cadre d'une phase pilote, sur un échantillon représentant 10 % des publications, afin d'assurer une compréhension commune des critères de sélection avant le début du processus. Par la suite, une seconde validation en double a été menée afin de vérifier la cohérence de l'application des critères tout au long de la sélection. Ces deux phases distinctes soutiennent la rigueur méthodologique du processus, attestée par un taux d'accord interjuges global de 95,3 %.

À l'issue de cette étape, 31 publications ont été retenues pour une lecture complète. Cette lecture complète a également fait l'objet d'une validation croisée, réalisée sur l'ensemble des publications retenues à l'issue des étapes de sélection initiale. Les résultats ont été mis en commun, et les désaccords ont été discutés et résolus de manière consensuelle entre les deux évaluatrices. Au besoin, la coordinatrice scientifique (IB) a été sollicitée pour contribuer à la résolution des divergences, ce qui a permis d'ajuster l'interprétation des critères et de consolider la cohérence du processus. Le taux d'accord interjuges observé avant résolution s'élevait à 77,4 %, ce qui témoigne d'une convergence substantielle dans l'application des critères. Après discussion, un consensus a été atteint pour l'ensemble des publications évaluées, menant à un accord final de 100 %.

Au terme du processus de la lecture complète, 6 publications ont été incluses pour l'extraction et l'analyse.

L'ensemble du processus de sélection a été consigné sous forme de diagramme de flux (voir l'annexe B, [figure B-1](#)), conformément aux recommandations du guide *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA) (Page et al., 2021).

1.6 Procédure d'extraction des données issues de la littérature

L'extraction des données a été effectuée par la professionnelle scientifique (MR), à partir d'une grille développée par consensus entre les membres de l'équipe de projet. Cette grille permet de structurer le recensement des informations en fonction des questions clés formulées. L'ensemble des données extraites pour chaque publication retenue a ensuite été validé par la scientifique sénior (IT). Les différences dans le contenu extrait ont fait l'objet de discussions entre les deux membres et, au besoin, avec la coordinatrice scientifique, jusqu'à l'obtention d'un consensus.

1.7 Analyse et synthèse de la littérature scientifique

Les données extraites de la littérature scientifique ont été importées dans le logiciel NVivo 12 Pro, puis regroupées selon les questions clés.

Ces données ont ensuite fait l'objet d'une analyse thématique reposant sur une démarche inductive, inspirée de la méthode de Braun et Clarke (2006). Cette approche permet de déconstruire les informations à l'aide d'une codification à l'unité de sens, souvent réalisée ligne par ligne, afin de saisir la complexité des extraits. Les codes initiaux sont ensuite regroupés en catégories conceptuelles larges, structurées autour des questions clés, ce qui facilite l'émergence de thèmes transversaux.

L'analyse est guidée par des repères conceptuels issus des champs de la santé mentale et de la santé publique, permettant d'ancrer l'interprétation dans les pratiques évaluatives et les orientations québécoises, tout en restant attentive à la richesse empirique des données. Cette articulation entre repères théoriques et exploration inductive assure une lecture à la fois rigoureuse et sensible aux réalités observées.

Les repères mobilisés se regroupent autour de trois axes principaux :

- Compréhension des situations de vulnérabilité
 - Le *Cadre conceptuel de la santé et de ses déterminants sociaux* (MSSS, DGSP, INSPQ, 2010), qui propose une lecture systémique de la santé, en intégrant les caractéristiques personnelles, des milieux de vie, des systèmes sociaux, des politiques publiques et du contexte global, pour analyser les situations de vulnérabilité dans leur ensemble.
 - Le document *L'usage du concept de vulnérabilité en santé publique* (INSPQ, 2023a), qui définit la vulnérabilité comme une exposition à des déterminants sociaux défavorables limitant l'autonomie et l'accès aux ressources, tout en soulignant les enjeux éthiques liés à la stigmatisation.
- Interprétation des effets attendus
 - *L'Énoncé de principes et fondements éthiques : Cadre d'appréciation de la valeur des interventions en santé et en services sociaux* de l'INESSS (2021), qui oriente l'évaluation selon des retombées populationnelles, socioculturelles, cliniques, organisationnelles et économiques pour saisir la portée globale des interventions.
 - Le document intitulé *Mécanisme d'accès en santé mentale au Québec. Cadre de référence à l'intention des établissements de Santé et de Services sociaux* du MSSS (2023), qui met l'accent sur la coordination interservices, la fluidité des parcours et l'engagement communautaire, offrant des repères pour évaluer les effets sur l'intégration et la continuité des soins.
 - Le document intitulé *Proposition d'un modèle conceptuel concernant la surveillance de la santé mentale, des troubles mentaux courants et de leurs déterminants au Québec* de l'INSPQ (INSPQ, 2023b), qui permet d'analyser

les effets à différents niveaux — individuel, milieux de vie, systèmes sociaux et contexte global — en intégrant les déterminants sociaux de la santé.

- La recension des *Indicateurs de qualité des soins en santé mentale pour les approches centrées sur la personne et axées sur le rétablissement* de Menear et ses collaborateurs (2023), qui offre des critères empiriques — rétablissement, inclusion sociale, continuité des soins — pour apprécier les retombées des actions de démarchage.
- Catégorisation des acteurs concernés
 - Le cadre de référence sur le mécanisme d'accès en santé mentale du MSSS (2023), qui identifie les professionnels réglementés concernés par les trajectoires de soins (p. ex. travailleurs sociaux, infirmières spécialisées, médecins, psychologues, psychiatres).
 - La *Classification nationale des professions* (CNP 42201) (Statistique Canada., 2021), qui fournit une nomenclature des emplois permettant de situer les intervenants non réglementés (p. ex. travailleurs des services sociaux et communautaires) dans les démarches de proximité.
 - Le *Référentiel de compétences en prévention et promotion de la santé et des services sociaux du Québec* de l'INSPQ (2014), qui précise les compétences attendues des intervenants dans une perspective de santé publique, incluant l'action communautaire, la collaboration intersectorielle et l'adaptation aux contextes locaux.

1.8 Processus de validation

Le contenu du présent rapport a été révisé au sein de la Direction de l'évaluation et du soutien à l'amélioration des modes d'intervention – services sociaux et santé mentale de l'INESSS. Une validation des aspects méthodologiques ainsi qu'une relecture du rapport ont également été réalisées par le Bureau - Méthodes, données et éthique. Deux lectrices externes reconnues dans le domaine (chercheuse universitaire, conseillère) ont aussi été mobilisées pour commenter l'ensemble du produit et en valider la qualité.

2 RÉSULTATS

2.1 Publications sélectionnées

Parmi les six publications sélectionnées (voir l'annexe B, [tableau B-2](#)) pour répondre aux questions clés, quatre études reposent sur une méthode exclusivement quantitative (Dehn *et al.*, 2025; James *et al.*, 2023; Kidd *et al.*, 2020; Stobbe *et al.*, 2014), tandis que deux adoptent une approche mixte (Lee *et al.*, 2010; Parkes *et al.*, 2022). Les devis varient, incluant des essais contrôlés randomisés (Kidd *et al.*, 2020; Stobbe *et al.*, 2014), une étude observationnelle rétrospective (James *et al.*, 2023), ainsi que des études de faisabilité (Parkes *et al.*, 2022), d'évaluation de programme (Lee *et al.*, 2010) et d'analyse secondaire de projets prospectifs (Dehn *et al.*, 2025).

Cinq des publications sélectionnées présentent des actions de démarchage en santé mentale dans le cadre d'une démarche globale explicitement définie comme telle. En revanche, la publication de Kidd et ses collaborateurs (2020) décrit des actions de démarchage intégrées à une intervention plus large, sans qu'elles soient distinguées comme une démarche autonome.

Une seule étude est réalisée au Canada (Kidd *et al.*, 2020), tandis que les autres proviennent de l'Australie (James *et al.*, 2023; Lee *et al.*, 2010), de l'Allemagne (Dehn *et al.*, 2025), des Pays-Bas (Stobbe *et al.*, 2014) et du Royaume-Uni (Parkes *et al.*, 2022). L'ensemble des publications retenues inclut un total de 753 participants, âgés de 17 à 69 ans, à l'exception de celle de Stobbe et ses collaborateurs (2014), dont les participants sont en moyenne âgés d'environ 75 ans.

L'analyse des publications permet de dégager les principales caractéristiques des actions de démarchage en santé mentale. Celles-ci sont présentées ci-dessous selon les cinq questions clés : personnes ou populations ciblées et situations de vulnérabilité (voir la [section 2.2](#)), types d'action (voir la [section 2.3](#)), acteurs concernés (voir la [section 2.4](#)), effets attendus (voir la [section 2.5](#)) et milieux d'intervention (voir la [section 2.6](#)).

2.2 Personnes ou populations ciblées et situations de vulnérabilité

Cette section répond à la question clé suivante : « Quelles sont les personnes ou populations visées par les actions de démarchage, et quelles sont leurs situations de vulnérabilité? »

L'examen des publications retenues met en lumière deux groupes de personnes ciblées par ces actions :

1. Les personnes en situation d'itinérance ou à risque d'instabilité résidentielle
2. Les personnes âgées présentant des troubles mentaux sévères et des difficultés d'engagement dans les services de santé mentale

Bien que ces groupes présentent des profils distincts, ils partagent des situations de vulnérabilité communes, liées à des déterminants sociaux défavorables, répartis selon les dimensions suivantes :

- Caractéristiques individuelles
- Environnement économique et professionnel
- Environnement physique
- Environnement social
- Système de santé et de services sociaux

2.2.1 Personnes en situation d'itinérance ou à risque d'instabilité résidentielle

Ce groupe constitue la population la plus fréquemment ciblée. L'instabilité résidentielle apparaît comme la principale caractéristique de vulnérabilité, entravant l'accès aux soins et le maintien dans les services. Les publications recensées illustrent cette problématique à travers divers profils :

- James et ses collaborateurs (2023) se concentrent sur des adultes qui sont sans abri ou considérés comme étant à haut risque d'itinérance;
- Lee et ses collaborateurs (2010) portent leur attention sur des personnes en situation d'itinérance chronique ou épisodique;
- Parkes et ses collaborateurs (2022) s'intéressent aux personnes en situation d'itinérance ou ayant connu l'itinérance récemment;
- Dehn et ses collaborateurs (2025) ciblent des personnes logées dans la communauté, mais dont la stabilité résidentielle est précaire;
- Kidd et ses collaborateurs (2020) étudient de jeunes adultes (âge moyen de 21,75 ans) en transition vers un logement stable ou de type transitoire.

Outre l'instabilité résidentielle, plusieurs déterminants sociaux de la santé défavorables sont identifiés :

- Caractéristiques individuelles :
 - des troubles mentaux variés, souvent concomitants : troubles de l'humeur, troubles de la personnalité, troubles psychotiques, troubles liés à l'usage de substances (Dehn *et al.*, 2025; James *et al.*, 2023; Kidd *et al.*, 2020; Lee *et al.*, 2010; Parkes *et al.*, 2022);
 - des problèmes de santé physique ou des limitations fonctionnelles (Kidd *et al.*, 2020; Parkes *et al.*, 2022);
 - des antécédents de négligence et de violence (physique, psychologique, sexuelle) ou de traumatismes vécus à différentes étapes de vie (Kidd *et al.*, 2020; Parkes *et al.*, 2022).

- Environnement économique et professionnel :
 - une précarité⁵ économique persistante : instabilité des revenus, exclusion du marché du travail (Dehn *et al.*, 2025; Kidd *et al.*, 2020; Lee *et al.*, 2010);
 - des obstacles structurels à l’insertion socioprofessionnelle : accès limité à l’éducation, à la formation et aux ressources vocationnelles (Kidd *et al.*, 2020; Lee *et al.*, 2010);
 - des pressions financières accrues en contexte de crise économique et de perte d’emploi (Lee *et al.*, 2010).
- Environnement physique :
 - un accès limité au logement abordable, en raison de la concurrence sur le marché locatif ou des délais d’attente (James *et al.*, 2023; Lee *et al.*, 2010; Parkes *et al.*, 2022);
 - des lieux d’hébergement non sécurisés, exposant les personnes à des risques physiques ou psychosociaux (James *et al.*, 2023; Lee *et al.*, 2010; Parkes *et al.*, 2022).
- Environnement social :
 - une exposition à la discrimination et à la marginalisation, souvent liée à des stigmatisations sociales ou institutionnelles (Kidd *et al.*, 2020; Parkes *et al.*, 2022);
 - des situations de violence et d’exploitation sexuelle, incluant le trafic sexuel (Kidd *et al.*, 2020);
 - des conflits familiaux ou des problèmes relationnels avec l’entourage (Kidd *et al.*, 2020).
- Système de santé et de services sociaux :
 - une fragmentation et une désarticulation des services, se traduisant par un recours fréquent aux services aigus (urgences, hospitalisations), révélant une réponse inadéquate aux besoins chroniques et complexes (James *et al.*, 2023; Lee *et al.*, 2010; Parkes *et al.*, 2022);
 - des obstacles liés à la mobilité géographique et à la réticence à s’engager dans les soins, compromettant la continuité des services (James *et al.*, 2023; Lee *et al.*, 2010);
 - une trajectoire marquée par des interactions avec les systèmes de protection de l’enfance, de justice pénale ou de prise en charge institutionnelle, identifiées comme facteurs de risque d’itinérance et de désaffiliation des services (Kidd *et al.*, 2020; Parkes *et al.*, 2022).

⁵ Il est à noter que la précarité économique peut inclure la pauvreté, bien que celle-ci ne soit pas nécessairement nommée directement dans les articles retenus.

2.2.2 Personnes âgées présentant des troubles mentaux sévères et des difficultés d'engagement dans les services de santé mentale

Ce groupe est étudié dans une seule publication retenue (Stobbe *et al.*, 2014), qui décrit une situation de vulnérabilité marquée par la difficulté à engager les personnes âgées atteintes de troubles mentaux sévères dans les soins et services de santé mentale et les services sociaux de soutien.

Cette situation de vulnérabilité est expliquée par une combinaison de déterminants sociaux défavorables :

- Caractéristiques individuelles :
 - des troubles mentaux sévères variés (p. ex. schizophrénie, troubles affectifs majeurs), souvent accompagnés de problèmes de santé physique et de limitations fonctionnelles dans les activités de la vie quotidienne.
- Environnement social :
 - un isolement social et relationnel, avec un soutien familial ou communautaire souvent insuffisant, limitant les possibilités d'appui informel, d'accompagnement ou de relais pour accéder aux soins.
- Système de santé et de services sociaux :
 - une fragmentation des services entre les soins psychiatriques, physiques et sociaux, entraînant une prise en charge morcelée;
 - une charge de cas élevée (*case/load*), limitant la disponibilité des intervenants et réduisant les possibilités de maintenir le contact avec les usagers difficiles à engager;
 - une faible motivation ou une réticence à s'engager dans les soins, souvent alimentée par des expériences antérieures de ruptures de suivi ou d'admissions involontaires.
- Autres déterminants sociaux de la santé défavorables :

Certains déterminants sont évoqués de manière indirecte, tels que la précarité économique, le retrait du marché du travail et les conditions de logement instables ou inadéquates pour la sécurité et le bien-être. Bien que moins développés, ces éléments s'inscrivent dans un contexte global de désaffiliation sociale et institutionnelle qui fragilise l'autonomie, entrave l'accès aux soins et compromet la continuité des services.

En bref — Populations et vulnérabilité

Les actions de démarchage en santé mentale ciblent principalement deux groupes de personnes en situation de vulnérabilité, difficiles à joindre par les services traditionnels :

- des personnes en situation d'itinérance ou à risque d'instabilité résidentielle;
- des personnes âgées avec des troubles mentaux sévères et un faible engagement.

Situations de vulnérabilité communes

Ces groupes font face à des défis liés à la santé mentale, fréquemment accompagnés de comorbidités physiques et inscrits dans un contexte marqué par des déterminants sociaux défavorables, se traduisant par :

- une précarité économique, avérée ou potentielle;
- une instabilité résidentielle ou des conditions de logement inadéquates compromettant la sécurité et le bien-être;
- un isolement social marqué;
- une réticence ou une difficulté à s'engager dans les soins, accentuée par la fragmentation des services et des ruptures de continuité.

2.3 Actions de démarchage

Cette section répond à la question clé suivante : « Quels types d'action sont déployés dans le cadre du démarchage en santé mentale auprès des personnes ou populations en situation de vulnérabilité? »

Dans les publications recensées, les actions de démarchage en santé mentale sont rarement nommées explicitement ou distinguées clairement, ce qui complique leur identification, notamment lorsque les auteurs ne les isolent pas dans la description ou l'analyse des dispositifs. Une analyse thématique approfondie permet néanmoins de dégager un continuum structuré d'actions mises en œuvre auprès des personnes ou populations en situation de vulnérabilité.

Ces actions se répartissent selon quatre grandes composantes clés, chacune regroupant des types d'action et des modalités concrètes :

1. Le repérage
2. Le soutien à l'engagement
3. Le soutien fonctionnel
4. Le soutien clinique

Ce découpage permet de rendre compte de la diversité des actions de démarchage identifiées dans les publications, en les classant selon leur intention (objectif visé), leur intensité (niveau d'implication ou de soutien) et leur degré d'intégration aux services existants.

Ces composantes ne constituent pas une séquence linéaire, mais un ensemble d'actions modulables selon les trajectoires individuelles, les contextes d'intervention et les besoins particuliers des personnes ciblées.

2.3.1 Repérage

Le repérage regroupe des actions de démarchage en santé mentale qui consistent à identifier des personnes ou populations en situation de vulnérabilité (difficulté actuelle) ou à risque de l'être (susceptibilité à une difficulté future) qui ne sont pas en contact avec les soins et les services de santé mentale appropriés. Il s'effectue en amont de toute demande d'aide ou de tout engagement formel dans les services spécialisés, et vise à orienter l'équipe de démarchage vers les personnes les plus susceptibles d'en bénéficier, sans qu'un lien d'aide soit nécessairement établi à ce stade.

Deux types de repérage sont distingués :

- Repérage proactif direct (action de terrain)

Cette action désigne une démarche de terrain au cours de laquelle l'équipe de démarchage se rend physiquement dans les lieux de vie ou de passage des personnes en situation de vulnérabilité (p. ex. domicile, café, rue) afin d'identifier celles susceptibles de présenter des besoins en santé mentale et d'établir un premier contact avec elles. La présence régulière des équipes de démarchage dans ces milieux permet de joindre des personnes difficilement accessibles par les voies institutionnelles et de reconnaître plus finement les signes de vulnérabilité ou de risque en santé mentale (James *et al.*, 2023; Lee *et al.*, 2010; Parkes *et al.*, 2022).

- Repérage indirect institutionnel (ciblage systématique)

Cette action repose sur des mécanismes internes du système formel (p. ex. hôpitaux, services sociaux, services de résidence) pour identifier des personnes à risque de non-recours aux soins et services ou de rupture de suivi, selon des critères cliniques, sociaux ou contextuels prédéfinis. Elle peut prendre la forme d'un ciblage clinique par les données internes (dossiers, évaluations, observations), d'un signalement par une collaboration interprofessionnelle (transmission directe d'informations par des partenaires en contact avec les personnes concernées) ou d'un repérage déclenché à des moments critiques, comme un changement de milieu de vie, où une activation rapide du démarchage est jugée nécessaire. Ces informations, une fois acheminées à l'équipe de démarchage, permettent de cibler des personnes identifiées au sein des services existants, même si aucun lien direct n'a encore été établi par l'équipe elle-même (Dehn *et al.*, 2025; Kidd *et al.*, 2020; Lee *et al.*, 2010; Stobbe *et al.*, 2014).

2.3.2 Soutien à l'engagement

Le soutien à l'engagement regroupe des actions de démarchage qui visent à établir, maintenir ou faciliter un lien entre les personnes ou les populations en situation de vulnérabilité et les services de santé mentale, sans exiger d'engagement thérapeutique formel. Il peut débuter dès le contact initial lors du repérage et se poursuivre tout au long du parcours de démarchage, en interaction avec une autre forme de soutien (voir les sections [2.3.3](#) pour le soutien fonctionnel et [2.3.4](#) pour le soutien clinique), tout en s'adaptant aux trajectoires souvent non linéaires des personnes concernées. Dans certains cas, le soutien à l'engagement peut également constituer une action en soi, sans que d'autres formes de soutien soient enclenchées.

Trois types de soutien à l'engagement sont distingués :

- Amorce du lien

Cette action vise à soutenir l'émergence d'un lien avec des personnes non engagées dans les services, souvent en situation de retrait, de rupture ou de méfiance. Elle enclenche le processus menant à une relation de confiance et de collaboration, en vue d'obtenir une adhésion initiale permettant de maintenir le lien au-delà du premier contact. Elle repose sur une présence proactive, une écoute attentive, une communication sans pression et le respect du rythme de la personne. Le recours aux pairs aidants peut également faciliter l'ouverture au soutien en créant un lien authentique fondé sur l'expérience vécue (Lee *et al.*, 2010; Parkes *et al.*, 2022; Stobbe *et al.*, 2014).

- Maintien du lien

Cette action vise à maintenir les contacts et la relation, même en cas de désengagements, de ruptures de communication ou de résistance. Elle est essentielle pour éviter que les personnes mettent fin à leur participation aux soins ou à la relation, alors qu'elles en ont encore besoin, et pour favoriser un accès continu aux services en santé mentale. Elle repose sur le principe de non-abandon, explicite ou implicite, qui implique que l'équipe de démarchage est responsable de maintenir le lien. Ces efforts se concrétisent notamment par des relances actives et souples (p. ex. appels téléphoniques, textos, courriel, rappels de rendez-vous, prises de nouvelles informelles) ou par un suivi après des événements pouvant entraîner un risque de rupture (p. ex. sortie d'hospitalisation, transition vers un nouveau logement), afin de réaffirmer la disponibilité du soutien et de préserver le lien (Dehn *et al.*, 2025; Kidd *et al.*, 2020; Lee *et al.*, 2010; Parkes *et al.*, 2022; Stobbe *et al.*, 2014).

- Adaptation des services

Cette action consiste à adapter les modalités des services de santé mentale et des services sociaux – incluant leurs composantes de soutien – afin de les rendre plus accessibles, acceptables et compatibles avec les réalités vécues par les personnes en situation de vulnérabilité. Elle s'inscrit au cœur du démarchage, en visant l'élimination des obstacles qui freinent l'engagement. Les ajustements

peuvent être de nature structurelle (p. ex. présence dans les lieux de vie, création d'espaces informels, horaires flexibles), organisationnelle (p. ex. faible charge de cas par intervenant, intensité modulable) ou relationnelle (p. ex. posture non jugeante, approche de réduction des méfaits). Ces adaptations soutiennent une adhésion progressive aux services (Dehn *et al.*, 2025; James *et al.*, 2023; Kidd *et al.*, 2020; Lee *et al.*, 2010; Parkes *et al.*, 2022; Stobbe *et al.*, 2014).

2.3.3 Soutien fonctionnel

Le soutien fonctionnel regroupe des actions de démarchage en santé mentale qui visent à stabiliser les personnes ou les populations en situation de vulnérabilité dans leur environnement de vie, en répondant aux défis logistiques, pratiques et socio-affectifs qui entravent leur autonomie et compromettent l'accès aux services ou le maintien du lien avec les ressources. Assuré par l'équipe de démarchage, ce soutien s'inscrit dans une démarche structurée, reposant sur un plan personnalisé adapté aux capacités et au rythme de la personne, sans relever d'une intervention clinique ou thérapeutique.

Quatre types de soutien fonctionnel sont distingués :

- Accompagnement dans les démarches

Cette action vise à faciliter l'accès et la navigation des personnes dans les systèmes institutionnels et sociaux pour l'obtention de ressources essentielles, notamment en matière d'éducation, de logement, d'aide sociale, d'emploi, de justice et de santé. Elle peut impliquer la liaison intensive avec les organismes, y compris des actions de défense des droits (*advocacy*), un soutien à la compréhension et au remplissage des formalités administratives, ainsi que l'accompagnement aux rendez-vous (James *et al.*, 2023; Kidd *et al.*, 2020; Lee *et al.*, 2010; Parkes *et al.*, 2022).

- Aide dans la gestion du quotidien

Cette action consiste à soutenir les personnes dans l'organisation et la réalisation des activités courantes. Elle peut inclure le maintien des conditions de vie (p. ex. sécuriser le logement, rétablir l'électricité, obtenir des équipements essentiels), l'aide pour certaines tâches domestiques ou personnelles (p. ex. courses, préparation des repas, hygiène), ainsi que la structuration du temps et des activités (p. ex. organisation des tâches, planification des rendez-vous). Selon le contexte, ce soutien peut être ponctuel ou viser le développement des compétences de vie (Dehn *et al.*, 2025; Lee *et al.*, 2010; Parkes *et al.*, 2022; Stobbe *et al.*, 2014).

- Soutien social et réintégration

Cette action, en réponse à des situations d'isolement, vise à créer de nouveaux liens ou à rétablir ceux qui ont été rompus, afin de reconstruire un filet de sécurité durable et une identité sociale. Elle peut notamment inclure la médiation avec la famille et les proches, la mobilisation des réseaux existants, ainsi que l'intégration

progressive à des groupes d'entraide ou à des activités communautaires (Dehn *et al.*, 2025; James *et al.*, 2023; Kidd *et al.*, 2020; Parkes *et al.*, 2022).

- **Soutien émotionnel**

Cette action vise à soutenir la persévérance des personnes en leur offrant un appui affectif continu. Elle repose sur une présence stable et sécurisante, essentielle pour reconnaître la détresse vécue et atténuer l'anxiété liée aux obstacles du quotidien (Kidd *et al.*, 2020; Parkes *et al.*, 2022).

2.3.4 Soutien clinique

Le soutien clinique regroupe des actions de démarchage qui intègrent directement des soins de santé mentale — et parfois physique — dans les milieux de vie de personnes ou de populations en situation de vulnérabilité, en dehors des circuits institutionnels traditionnels. Offert par l'équipe de démarchage, il comprend notamment l'évaluation clinique sur place ainsi que la gestion des crises et des symptômes, afin de prévenir la détérioration de l'état de santé et de limiter le recours aux services d'urgence ou aux hospitalisations évitables. Il peut également inclure des interventions plus spécifiques, telles que la psychothérapie⁶ pour traiter les troubles psychiatriques (p. ex. dépression, anxiété, traumatisme complexe, dépendance) et l'éducation psychologique visant à améliorer la compréhension des troubles, à favoriser la régulation émotionnelle et à réduire l'auto-stigmatisation (James *et al.*, 2023; Kidd *et al.*, 2020; Lee *et al.*, 2010; Stobbe *et al.*, 2014).

En bref — Les actions de démarchage en santé mentale

Le démarchage en santé mentale regroupe un ensemble d'actions souples et modulables, mises en œuvre dans les milieux de vie pour repérer et soutenir les personnes en situation de vulnérabilité ou à risque, souvent en marge des services traditionnels, et répondre à leurs besoins.

Principaux types d'action

- **Repérage** : identifier les personnes non desservies, par une présence sur le terrain ou un ciblage institutionnel.
- **Soutien à l'engagement** : amorcer et maintenir un lien, en adaptant les services aux réalités vécues.
- **Soutien fonctionnel** : accompagner les personnes pour faciliter leur accès aux services et ressources, gérer leur quotidien,

⁶ Bien que la psychothérapie et l'éducation psychologique soient incluses dans le programme de démarchage décrit par Kidd et ses collaborateurs (2020), leur mise en œuvre suppose des conditions particulières (p. ex. confidentialité, espaces sécuritaires et sécurisants) qui ne sont pas abordées dans l'article. Au Québec, dans le contexte actuel, ces conditions ne sont pas toujours possibles dans les milieux communautaires ou de proximité, ce qui peut limiter la faisabilité de telles interventions.

favoriser leur réintégration sociale et leur offrir un appui émotionnel.

- **Soutien clinique** : intégrer des soins mentaux et physiques dans les milieux de vie (évaluation, gestion des crises et des symptômes) et, au besoin, des interventions plus spécifiques de psychothérapie ou d'éducation psychologique.

2.4 Acteurs concernés

Cette section répond à la question suivante : « Quels sont les acteurs concernés par les actions de démarchage en santé mentale? »

L'examen des publications retenues met en lumière une diversité d'acteurs pouvant intervenir dans les actions de démarchage en santé mentale. Deux grandes catégories émergent :

1. Les intervenants terrain
2. Les partenaires institutionnels et les organismes mandatés

Chaque catégorie est décrite de manière indépendante, afin de refléter le niveau d'implication des acteurs et la pluralité des profils.

2.4.1 Intervenants terrain

Ces acteurs sont directement concernés par les actions de démarchage. Ils peuvent provenir du réseau de la santé, du milieu communautaire ou des deux. Leur intégration à une équipe de démarchage multidisciplinaire permet d'adapter les actions aux besoins variés des personnes ou populations en situation de vulnérabilité. Parmi ces acteurs se trouvent notamment les suivants :

- Professionnels de première ligne (cliniciens)

Ces acteurs sont issus du RSSS et possèdent une formation réglementée (p. ex. psychiatres, psychologues, infirmiers spécialisés). Leur intégration aux équipes de démarchage est souvent associée à la nécessité de mobiliser une expertise clinique reconnue et de maintenir un lien formel avec le système de santé, notamment pour faciliter l'accès aux soins spécialisés (James *et al.*, 2023; Kidd *et al.*, 2020; Lee *et al.*, 2010; Stobbe *et al.*, 2014).

- Intervenants communautaires et paraprofessionnels

Ces acteurs œuvrent au sein d'organismes communautaires ou de services de proximité (p. ex. travailleurs de rue, spécialistes en toxicomanie, intervenants en réadaptation, personnel résidentiel, agents de liaison mandatés par des organismes communautaires). Leur présence dans les équipes de démarchage contribue à offrir un soutien de proximité, souple et adapté aux réalités des personnes en situation de vulnérabilité. En tant que ressources non cliniques, ils

contribuent à la continuité des parcours et à l'ancrage communautaire des actions de démarchage (Dehn *et al.*, 2025; Lee *et al.*, 2010; Stobbe *et al.*, 2014).

- Pairs aidants

Ces acteurs contribuent aux actions de démarchage en mobilisant leur expérience personnelle de l'itinérance ou des troubles mentaux. Leur inclusion dans les équipes de démarchage vise à offrir une perspective fondée sur le vécu partagé, favorisant la reconnaissance des trajectoires individuelles et la création d'un climat de confiance, tout en contribuant à réduire les effets de la stigmatisation (Kidd *et al.*, 2020; Parkes *et al.*, 2022).

2.4.2 Partenaires institutionnels et organismes mandatés

Les partenaires institutionnels et les organismes mandatés sont des entités formelles qui, par leurs collaborations intersectorielles, soutiennent la mise en œuvre et la pérennité des actions de démarchage, sans faire partie intégrante des équipes ni réaliser directement les interventions. Ils regroupent :

- les organismes de haut niveau (p. ex. ministères, agences, instances), qui assurent la viabilité financière, la légitimité politique, la régulation éthique et le mandat de service des équipes de démarchage (Dehn *et al.*, 2025; Parkes *et al.*, 2022);
- les instituts universitaires ou de recherche, qui apportent l'expertise scientifique pour la conception et l'évaluation des actions, ainsi que pour le développement des formations destinées aux équipes (Kidd *et al.*, 2020; Parkes *et al.*, 2022);
- les établissements du RSSS, qui contribuent au repérage, servent de point d'entrée ou de relais en cas d'urgence (p. ex. gestion de crise, hospitalisation) et hébergent parfois l'équipe de démarchage (James *et al.*, 2023; Lee *et al.*, 2010; Stobbe *et al.*, 2014);
- les organismes de proximité mandatés, qui facilitent l'engagement des personnes en situation de vulnérabilité en offrant un accès physique à la population cible, un lieu d'intervention stable ou des ressources sociales de base (logement, aide sociale) essentielles à la stabilisation. Certains disposent également d'une expertise spécialisée pour la formation des acteurs de terrain (Lee *et al.*, 2010; Parkes *et al.*, 2022).

En bref — Acteurs du démarchage

Les actions de démarchage en santé mentale mobilisent deux grandes catégories d'acteurs :

Intervenants terrain

Ces acteurs réalisent directement les actions de démarchage et sont souvent réunis en équipes multidisciplinaires. Ils regroupent :

- des professionnels de première ligne (p. ex. psychiatres, infirmiers), des intervenants communautaires et paraprofessionnels (p. ex. travailleurs de rue, spécialistes en toxicomanie) ainsi que des pairs aidants (expériences personnelles d'itinérance ou de troubles mentaux).

Partenaires institutionnels ou organismes mandatés

Ces acteurs sont les entités formelles qui soutiennent la mise en œuvre et la pérennité des actions par des fonctions stratégiques (p. ex. financement, expertise scientifique, repérage, relais en cas d'urgence, accès aux ressources). Ils incluent :

- des organismes de haut niveau (ministères, agences), des instituts universitaires ou de recherche, des établissements du RSSS et des organismes de proximité mandatés.

2.5 Effets attendus

Cette section répond à la question suivante : « Quels sont les effets attendus des actions de démarchage en santé mentale auprès des personnes ou populations en situation de vulnérabilité? »

Dans cet examen de la portée, les effets présentés portent sur l'ensemble des actions de démarchage identifiées. En effet, les publications retenues ne permettent pas de les associer à une action spécifique. Malgré une tentative d'analyse visant à distinguer les retombées propres à certaines modalités, il n'a pas été possible d'établir de liens clairs entre les effets mesurés et des actions particulières.

Une analyse thématique permet de regrouper ces effets selon cinq grandes dimensions :

1. Les effets populationnels
2. Les effets socioculturels
3. Les effets cliniques
4. Les effets organisationnels
5. Les effets économiques

Ce découpage permet de rendre compte de la diversité des effets mesurés, en les classant selon leur nature et leur portée. Il favorise une compréhension structurée des retombées potentielles du démarchage en santé mentale. Toutefois, certains effets peuvent relever de plusieurs dimensions, en raison de chevauchements dans leurs définitions — certaines catégories pouvant inclure des effets similaires ou interreliés — et du fait que les auteurs interprètent parfois un même effet selon des perspectives différentes.

2.5.1 Effets populationnels

Les effets populationnels traduisent les retombées attendues à l'échelle collective dans la manière dont les groupes en situation de vulnérabilité interagissent avec les systèmes de soins et de soutien. Ils pourraient inclure :

- une transformation des trajectoires collectives, qui se traduirait par une meilleure prévention des crises et une modification des dynamiques d'accès aux services (James *et al.*, 2023; Lee *et al.*, 2010);
- un engagement communautaire accru, qui se manifesterait par une participation plus fréquente aux services locaux, aux événements communautaires ou aux activités de proximité (James *et al.*, 2023; Lee *et al.*, 2010; Parkes *et al.*, 2022);
- une amélioration de l'accès initial aux soins et services, qui s'observerait par une augmentation des premiers contacts ou des admissions auprès des services psychiatriques ou de santé physique parmi les groupes en situation de vulnérabilité, laissant supposer une réduction des barrières structurelles et une meilleure intégration des services dans les trajectoires collectives (Lee *et al.*, 2010; Stobbe *et al.*, 2014).

2.5.2 Effets socioculturels

Les effets socioculturels renvoient aux retombées attendues aux échelles individuelle et collective liées à la qualité de vie, aux relations sociales, au sentiment de sécurité et à l'intégration dans le milieu de vie des personnes en situation de vulnérabilité. Ils pourraient inclure :

- une amélioration de la qualité de vie subjective, qui se manifesterait par une satisfaction résidentielle, un confort environnemental et un bien-être émotionnel (Dehn *et al.*, 2025; Kidd *et al.*, 2020; Parkes *et al.*, 2022);
- une amélioration du fonctionnement social, qui se refléterait par une augmentation des interactions sociales et de la participation à des activités structurées (Dehn *et al.*, 2025; Parkes *et al.*, 2022);
- une perception accrue de stabilité résidentielle, qui se traduirait par un sentiment de sécurité et d'intégration dans le milieu de vie (Kidd *et al.*, 2020; Parkes *et al.*, 2022).

2.5.3 Effets cliniques

Les effets cliniques concernent les retombées attendues à l'échelle individuelle en lien avec l'état de santé mentale des personnes jointes par les actions de démarchage et leur engagement dans les soins. Ils pourraient inclure :

- une amélioration et une stabilisation de l'état clinique, qui se traduiraient par une réduction des symptômes de dépression, d'anxiété ou de détresse psychologique (Dehn *et al.*, 2025; Parkes *et al.*, 2022; Stobbe *et al.*, 2014);
- une adhésion accrue aux soins, qui se refléterait par une meilleure persistance dans les parcours thérapeutiques et une réduction des ruptures de suivi (Kidd *et al.*, 2020; Lee *et al.*, 2010; Stobbe *et al.*, 2014);
- une réduction du besoin clinique d'hospitalisation, qui se traduirait par une baisse des admissions psychiatriques et des présentations à l'urgence (James *et al.*, 2023; Lee *et al.*, 2010).

2.5.4 Effets organisationnels

Les effets organisationnels concernent les structures de soins, les équipes professionnelles et les mécanismes de coordination. Ils traduisent des retombées attendues sur le fonctionnement interne des services, indépendamment des effets sur les usagers. Ils pourraient inclure :

- une réduction de la pression sur les services, qui se refléterait par une baisse des recours non planifiés, incluant les hospitalisations psychiatriques imprévues, les présentations à l'urgence en contexte de crise et les sollicitations des services spécialisés en intervention de crise (James *et al.*, 2023; Lee *et al.*, 2010);
- le renforcement des équipes de première ligne, qui se manifesterait par une intensification des contacts avec les services locaux et une augmentation de l'engagement communautaire ainsi qu'une capacité accrue à intervenir en amont des situations critiques, favorisant le partage d'expertise et la complémentarité des rôles (James *et al.*, 2023; Lee *et al.*, 2010);
- la montée en compétence des intervenants communautaires, qui serait soutenue par des pratiques de regroupement de services dans un même lieu (colocalisation), de formation et de concertation interservices (Lee *et al.*, 2010);
- une gestion plus fluide des parcours, qui se traduirait par une meilleure continuité des soins, une réduction des pertes de contact et une amélioration de l'engagement initial (Lee *et al.*, 2010; Stobbe *et al.*, 2014).

2.5.5 Effets économiques

Les effets économiques concernent les retombées budgétaires et l'efficacité des actions de démarchage. Ils pourraient inclure :

- une réduction des coûts liés aux hospitalisations et aux services d'urgence, qui s'accompagnerait d'estimations budgétaires fondées sur les coûts unitaires disponibles pour les lits psychiatriques et les présentations à l'urgence (James *et al.*, 2023);
- une économie pour le système de santé, qui serait interprétée à partir des coûts évités, de la réduction des sollicitations non planifiées et d'une meilleure allocation des ressources (James *et al.*, 2023).
- des actions de démarchage qui seraient relativement peu coûteuses et susceptibles de générer des bénéfices substantiels pour les usagers et les services, notamment en améliorant la continuité des soins et en réduisant les recours aux interventions de crise (Lee *et al.*, 2010).

En bref — Effets attendus

Les actions de démarchage en santé mentale auprès des personnes ou populations en situation de vulnérabilité pourraient engendrer une diversité de retombées, regroupées en cinq types d'effets :

- **Populationnels** : amélioration de l'accès initial aux soins et services, transformation des trajectoires collectives et renforcement de l'engagement communautaire.
- **Socioculturels** : hausse du bien-être subjectif, du fonctionnement social et du sentiment de stabilité résidentielle.
- **Cliniques** : réduction des symptômes de détresse psychologique, amélioration de l'adhésion aux soins et diminution des hospitalisations psychiatriques.
- **Organisationnels** : allègement de la pression sur les services, renforcement des équipes de première ligne, accroissement de la compétence des intervenants communautaires et amélioration de la fluidité des parcours de soins.
- **Économiques** : réduction des coûts liés aux hospitalisations et aux services d'urgence, amélioration de l'efficacité du système de santé et génération de bénéfices substantiels pour les usagers et les services.

2.6 Milieux d'intervention dans les publications retenues

Cette section répond à la question suivante : « Dans quels milieux d'intervention se déroulent les actions de démarchage en santé mentale? »

L'examen des publications retenues révèle une grande diversité de milieux d'intervention, souvent situés en dehors des structures cliniques traditionnelles. Ces milieux se distinguent par leur accessibilité, leur ancrage communautaire et leur proximité avec les environnements de vie des personnes ciblées.

L'analyse thématique permet de regrouper ces milieux en quatre grandes catégories, selon leur configuration physique, leur fonction sociale ou leur mode d'organisation :

1. Les espaces communautaires à vocation sociale
2. Les espaces publics extérieurs ou informels
3. Les lieux de résidence

Chaque catégorie est décrite de manière indépendante, sans présumer des actions qui s'y déroulent, afin de refléter la pluralité des milieux dans lesquels le démarchage peut s'inscrire.

2.6.1 Espaces communautaires à vocation sociale

Ces lieux sont ouverts, polyvalents et enracinés dans leur communauté. Ils offrent un cadre propice à l'accueil, à la rencontre et à l'intervention auprès des personnes ou populations en situation de vulnérabilité. Ils incluent notamment :

- des espaces polyvalents ou culturels, tels que les centres communautaires, cafés sociaux, ateliers artistiques ou lieux de rencontre informels (Kidd *et al.*, 2020; Parkes *et al.*, 2022);
- des lieux à vocation sociale ou de crise, comme les refuges, centres d'accueil de jour, hébergements d'urgence, lieux d'aide alimentaire ou organismes communautaires spécialisés en itinérance (James *et al.*, 2023; Lee *et al.*, 2010; Parkes *et al.*, 2022).

2.6.2 Espaces publics extérieurs ou informels

Ces milieux ouverts et peu structurés comprennent les rues, parcs, stations de transport ou zones de passage. Ils sont souvent fréquentés par des personnes en situation d'itinérance ou de grande précarité. Leur caractère informel et leur faible encadrement institutionnel en font des lieux d'intervention marqués par l'exposition aux aléas du quotidien (James *et al.*, 2023).

2.6.3 Lieux de résidence

Il s'agit principalement de domiciles ou de logements. Ces environnements se distinguent par leur dimension intime, leur ancrage dans la vie quotidienne et leur éloignement des structures médicalisées (Dehn *et al.*, 2025; Stobbe *et al.*, 2014).

En bref – Milieux d'intervention

Les actions de démarchage en santé mentale se déroulent dans des milieux accessibles, souples et proches des réalités vécues, principalement en marge des structures cliniques traditionnelles.

Principaux milieux

- **Espaces communautaires à vocation sociale** : centres sociaux, refuges, lieux d'accueil ou d'entraide.
- **Espaces publics informels** : rues, parcs, stations de transport, zones de passage.
- **Lieux de résidence** : domiciles, logements.

DISCUSSION

Le présent examen rapide de la portée a comme objectif de fournir une vue d'ensemble des caractéristiques des actions de démarchage en santé mentale réalisées auprès des personnes ou populations en situation de vulnérabilité. Les caractéristiques sont présentées selon cinq catégories : les personnes ou populations ciblées et leurs situations de vulnérabilité, les types d'actions déployés, les acteurs concernés, les effets attendus ainsi que les milieux d'intervention où ces actions se déroulent.

Sommaire des résultats et constats

Le démarchage : une réponse à des personnes et à des populations vivant des situations de vulnérabilité complexes

Les résultats des publications retenues montrent que les actions de démarchage ciblent principalement des personnes en situation d'itinérance, à risque d'instabilité résidentielle, ou des personnes âgées présentant des troubles mentaux sévères et faiblement engagées dans les services.

Ces populations cumulent des défis liés à la santé mentale, aggravés par des limitations fonctionnelles et des déterminants sociaux défavorables (précarité économique, isolement social, désaffiliation institutionnelle). Ces situations de vulnérabilité dépassent donc les caractéristiques individuelles et s'inscrivent dans des contextes sociaux et structurels qui entravent l'accès aux ressources, complexifient les démarches et accentuent les inégalités. Ces constats rejoignent les analyses du MSSS (2012, 2022) et de l'INSPQ (2023a, 2023b; 2024a), qui appellent à des interventions adaptées aux réalités liées au non-recours aux soins et services, en tenant compte des effets cumulatifs des déterminants sociaux de la santé. Dans cette optique, le démarchage, en tant que stratégie proactive et contextualisée, permet de dépasser les barrières traditionnelles d'accès aux soins, en joignant les personnes là où elles se trouvent, dans leurs milieux de vie, tout en respectant leurs priorités, leurs rythmes et leurs capacités d'engagement.

Le démarchage : un continuum d'actions modulables

L'analyse des publications met en évidence une typologie des actions de démarchage organisée en quatre composantes : repérage, soutien à l'engagement, soutien fonctionnel et soutien clinique. Ces composantes ne sont pas cloisonnées : elles s'articulent entre elles et peuvent se succéder ou se combiner selon les besoins et les trajectoires souvent non linéaires des personnes concernées.

Parmi elles, le soutien à l'engagement illustre particulièrement cette logique de modularité et joue un rôle transversal. Il peut débuter dès le repérage et se poursuivre tout au long du parcours, ou être déployé seul lorsque l'objectif est de maintenir la relation sans introduire immédiatement un soutien fonctionnel ou clinique, afin de créer

les conditions propices à un engagement ultérieur. Cette flexibilité, observée dans toutes les publications analysées, confirme son importance dans le démarchage.

Ce découpage fonctionnel permet aussi de distinguer les intentions sous-jacentes aux actions de démarchage : joindre les personnes, établir et maintenir un lien, répondre aux besoins concrets et faciliter l'accès aux soins. Il offre un cadre utile pour analyser la contribution spécifique du démarchage dans des dispositifs plus larges, en mettant en évidence sa capacité à créer des ponts non seulement entre les personnes et les services, mais aussi avec des ressources essentielles liées aux déterminants sociaux de la santé — dont plusieurs peuvent influencer la santé mentale (p. ex. logement, emploi, réseaux de sociabilité).

Cette logique conceptuelle n'est pas seulement présente dans les analyses, elle l'est également dans certains outils de référence qui traduisent ces intentions en modalités opérationnelles. Par exemple, l'*Oxford Manual on Outreach in Community Mental Health Care* (Burns et Fim, 2017) décrit des stratégies concrètes qui recoupent plusieurs types d'actions ou modalités observés dans les publications analysées — visites à domicile, maraudage/travail de rue, interventions de pairs aidants, accompagnement administratif ou social, et soutien à la navigation dans les systèmes de soins. Ces stratégies sont conçues pour être adaptées aux besoins, aux ressources disponibles et aux contextes locaux.

Le démarchage : une mobilisation interprofessionnelle et communautaire

Les actions de démarchage mobilisent des équipes multidisciplinaires issues du réseau de la santé, du milieu communautaire ou de dispositifs hybrides. Elles regroupent des professionnels de première ligne, des intervenants œuvrant dans le milieu communautaire ainsi que des pairs aidants, dont l'expérience personnelle de l'itinérance ou des troubles mentaux favorise la création de liens de confiance. À ces équipes s'ajoutent des partenaires institutionnels et organismes mandatés qui, sans intervenir directement, soutiennent la mise en œuvre et la pérennité du démarchage par des apports financiers, politiques, scientifiques, logistiques et sociaux.

La mobilisation interprofessionnelle et communautaire ne se limite pas à la présence d'acteurs variés : elle repose également sur la manière dont ces acteurs coopèrent. Bien que cette dimension ne soit pas au cœur de l'analyse, plusieurs publications sélectionnées soulignent l'importance de mécanismes de collaboration souples et souvent informels, permettant aux intervenants de naviguer entre les secteurs et de répondre rapidement aux besoins émergents. Cette flexibilité organisationnelle favorise une approche concertée, où les rôles s'ajustent selon les situations rencontrées sur le terrain. Ces observations sur la diversité des acteurs et la collaboration intersectorielle appellent à renforcer la reconnaissance des rôles, leur complémentarité, la valorisation des compétences relationnelles et la mise en place de dispositifs de soutien adaptés pour les équipes.

Ces orientations rejoignent les priorités institutionnelles actuelles. Le Plan d'action interministériel en santé mentale 2022–2026 insiste sur le renforcement des services de

proximité et la mobilisation des partenaires communautaires et intersectoriels, affirmant que l'amélioration de l'accessibilité et de la continuité des soins repose sur une action concertée entre les acteurs du réseau, incluant les milieux communautaires, les services sociaux et les instances institutionnelles (MSSS, 2022).

Des dispositifs tels que le modèle PRISM, le programme SRA et les initiatives régionales mises en œuvre dans le cadre du programme *Vers un chez-soi* semblent illustrer cette mobilisation. Ces dispositifs sont conçus pour combiner des interventions en matière de santé mentale, de logement et de services sociaux, et visent une coordination entre intervenants cliniques, communautaires et institutionnels. Ils prévoient la mobilisation de différentes expertises professionnelles, des savoirs expérientiels des pairs aidants et de l'ancrage territorial des partenaires locaux, en vue de soutenir les personnes en situation d'itinérance vers une stabilité résidentielle durable (CISSS de Lanaudière, 2023; Dionne, 2017; Équipe SRA-Québec. et al., 2019; Farmer et Gaulin, 2018, 19-20 mai).

Enfin, d'autres travaux du MSSS (2021a) insistent sur la coconstruction des services avec les personnes en situation de vulnérabilité et les partenaires locaux, afin de renforcer la pertinence des interventions, leur adaptation aux réalités du terrain et la consolidation des liens entre les acteurs mobilisés dans le démarchage.

Le démarchage : des retombées multidimensionnelles

Les publications recensées montrent que les actions de démarchage peuvent générer des retombées dans cinq grandes dimensions : populationnelle, socioculturelle, clinique, organisationnelle et économique. Cette diversité témoigne de la portée systémique du démarchage, qui agit à la fois sur les dynamiques collectives, les trajectoires individuelles et les structures de soins. Certains effets attendus ou potentiels, comme la réduction des admissions psychiatriques et la diminution de l'utilisation des services d'urgence, illustrent cette transversalité : ces indicateurs peuvent être interprétés simultanément comme des signes de modification des trajectoires d'accès aux soins (populationnelle), de stabilité de l'état mental (clinique) ou de diminution de la pression sur les services spécialisés (organisationnelle).

Cette lecture multidimensionnelle est également reflétée dans plusieurs documents stratégiques et analyses produits au Québec, qui reconnaissent le rôle des interventions de proximité et des approches communautaires dans l'amélioration de l'accès aux soins, la réduction des inégalités sociales de santé et l'optimisation des ressources. Ces effets, bien que variables selon les contextes, convergent vers une transformation des pratiques et des structures de soins (Couturier, 2023; INSPQ, 2024b; MSSS, 2022).

Le démarchage : une diversité de milieux d'intervention

L'analyse des données montre que les actions de démarchage se déploient dans une variété de milieux situés en dehors des structures cliniques traditionnelles : espaces communautaires, lieux publics informels et domiciles privés. Ces environnements permettent de joindre les personnes dans leur quotidien, souvent en marge des services

formels. Leur accessibilité, leur ancrage local et leur proximité avec les réalités vécues facilitent l'établissement d'un premier lien et l'amorce d'un accompagnement adapté.

Cette diversité de milieux exige des interventions souples, capables de s'adapter aux environnements physiques et sociaux des personnes ciblées. Le cadre de référence *Aire ouverte* du MSSS (2021a) souligne d'ailleurs l'importance d'une bonne connaissance du territoire, d'une présence dans les lieux fréquentés par les individus et d'une intégration dans les milieux de vie pour favoriser le sentiment de sécurité et de confiance. Les publications de l'INSPQ (2024b) rappellent que ces milieux ont le potentiel de renforcer les liens sociaux et d'exercer un effet positif sur la santé mentale. Ces caractéristiques sont particulièrement pertinentes pour le démarchage, qui mise sur des milieux accessibles et ancrés dans la vie quotidienne pour instaurer un climat de confiance et créer les conditions favorables à l'engagement dans les soins et services en santé mentale.

Limites

Cet examen de la portée présente des limites qui influencent l'interprétation des résultats.

Portée restreinte et manque de détails

La sélection des publications se limite à des études quantitatives qui évaluent l'efficacité des actions de démarchage en santé mentale. Ce choix, qui vise à s'appuyer sur des travaux reposant sur des méthodologies rigoureuses, exclut une part importante de la littérature qualitative, descriptive et grise, pourtant riche en informations sur les dynamiques relationnelles, les modalités concrètes d'action de démarchage et les expériences vécues. En conséquence, les publications retenues décrivent rarement les caractéristiques des actions de démarchage de manière détaillée, ce qui limite la précision des caractéristiques rapportées.

Identification des actions et variabilité des définitions

Les actions de démarchage sont rarement nommées de façon explicite dans les études. Elles s'inscrivent le plus souvent dans une approche globale, et, dans un cas, dans le cadre d'une intervention plus large, ce qui rend leur identification difficile et complique la sélection des publications. Cette intégration rend complexe non seulement l'identification des actions spécifiques, mais aussi l'attribution de leurs caractéristiques et de leurs effets. De plus, dans la plupart des publications, ces effets ne sont pas dissociés : ils portent sur l'ensemble des actions mises en œuvre dans le cadre des programmes étudiés. L'analyse thématique, bien qu'appuyée sur un processus rigoureux, comporte ainsi un risque de biais interprétatif.

Absence d'appréciation de la preuve scientifique

L'examen ne procède pas à une appréciation de la preuve scientifique, puisqu'il vise avant tout une synthèse rapide pour dresser un état des connaissances utile à la prise de décision ou à l'orientation des travaux futurs, sans jugement sur la robustesse méthodologique et les résultats d'efficacité.

Sous-représentation de certaines populations

Enfin, il est probable que d'autres personnes ou populations en situation de vulnérabilité puissent bénéficier d'actions de démarchage en santé mentale, sans pour autant être représentées dans les publications retenues. L'absence de documentation scientifique sur certains groupes — notamment les personnes des Premières Nations, celles issues de minorités ethnoculturelles, les personnes vivant en milieu rural ou en contexte migratoire — limite la portée des constats. Ces populations, souvent confrontées à des barrières structurelles, culturelles ou géographiques dans l'accès aux services, demeurent sous-représentées dans les travaux évaluant l'efficacité des interventions. Cette lacune souligne la nécessité de diversifier les objets d'étude et les méthodologies dans les recherches futures, afin de mieux documenter les besoins et les actions de démarchage adaptées à ces réalités.

CONCLUSION

Cet examen rapide de la portée met en lumière la diversité et la complexité des actions de démarchage en santé mentale réalisées auprès des personnes ou population en situation de vulnérabilité. Bien que les publications recensées soient limitées en nombre et en profondeur, elles permettent de décrire des tendances significatives quant aux populations ciblées, aux types d'action, aux acteurs mobilisés, aux effets attendus et aux divers milieux d'intervention. Le démarchage se présente comme une stratégie permettant de joindre des personnes souvent exclues des parcours de soins traditionnels, en s'adaptant aux contextes et aux besoins variés.

Implications pour la pratique

Les résultats indiquent que les différentes visées du démarchage — établir et maintenir un lien, soutenir l'engagement, répondre aux besoins concrets et faciliter l'accès aux soins — sont complémentaires. Pour la pratique, cela implique de concevoir des interventions modulables qui combinent ces visées selon les besoins et les trajectoires des personnes. Ils invitent à privilégier des pratiques interprofessionnelles et communautaires souples, ancrées dans les milieux de vie et valorisant les compétences relationnelles. Le développement de mécanismes de coordination flexibles et de dispositifs de soutien adaptés aux équipes de démarchage pourrait également renforcer la continuité des liens et contribuer à la pérennité des actions de démarchage.

Implications pour la recherche

Des travaux empiriques complémentaires permettraient de mieux cerner les effets spécifiques des actions de démarchage en santé mentale, d'analyser les trajectoires d'engagement et d'explorer les conditions de réussite dans des contextes variés. Une attention particulière devrait être portée à l'expérience des personnes ciblées et à l'articulation entre les composantes du démarchage et les autres formes de soutien.

Implications pour les politiques publiques

Les constats issus de cet examen rejoignent les orientations récentes en santé mentale, qui mettent l'accent sur les services de proximité et la mobilisation des partenaires communautaires. Une intégration plus soutenue du démarchage dans les cadres d'action existants, avec un soutien concret au développement et à la consolidation des initiatives locales, pourrait contribuer à améliorer l'accès, la continuité et l'équité des soins en santé mentale.

RÉFÉRENCES

- ADAPTE Collaboration. (2009). Guideline adaptation: A resource toolkit. Version 2.0. *Guidelines International Network (G-I-N)*. <https://g-i-n.net/wp-content/uploads/2021/03/ADAPTE-Resource-toolkit-March-2010.pdf>
- Braun, V. et Clarke, V. (2006). Using Thematic Analysis in Psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Burns, T. et Firn, M. (2017). *Outreach in Community Mental Health Care: A Manual for Practitioners*. Oxford University Press.
- Campbell, F., Sutton, A., Pollock, D., Garritty, C., Tricco, A. C., Schmidt, L. et Khalil, H. (2025). Rapid reviews methods series (paper 7): guidance on rapid scoping, mapping and evidence and gap map ('Big Picture Reviews'). *BMJ Evidence-Based Medicine*, bmjebm-2023-112389. <https://doi.org/10.1136/bmjebm-2023-112389>
- Centre intégré de santé et de services sociaux de Lanaudière. (2023). *Suivi annuel des résultats régionaux prévus à l'Entente Canada-Québec concernant Vers un chez-soi 2019–2024 – Exercice 2022–2023*. https://www.ciasss-lanaudiere.gouv.qc.ca/fileadmin/internet/ciasss_lanaudiere/Soins_et_services/Adultes/Itinerance/Suivi_resultats_VCS_CISSSLAN.pdf
- Couturier, E.-L. (2023). *Diagnostic de la crise en santé mentale au Québec et ses remèdes*. <https://iris-recherche.qc.ca/wp-content/uploads/2023/10/2023-10-Sante-mentale-WEB.pdf>
- Dehn, L. B., Schreiter, J., Steinhart, I. et Driessen, M. (2025). Psychosocial Outcomes of Supported Living for People with Severe Mental Illness: A One Year Evaluation of Floating Outreach in Germany. *Community Mental Health Journal*, 61(4), 754-763. <https://doi.org/10.1007/s10597-024-01400-5>
- Denoncourt, H., Désilets, M., Plante, M.-C., Laplante, J. et Choquet, M. (2000). La pratique outreach auprès des personnes itinérantes souffrant de troubles mentaux graves et persistants : observations, réalités, contraintes. *Santé mentale au Québec*, 25(2), 179-194. <https://doi.org/10.7202/014458ar>
- Dionne, D. (2017). *Programme de Stabilité résidentielle avec accompagnement du Sud de Lanaudière. Communication présentée au Colloque national en itinérance : Responsabilités collectives et pratique croisées –19 et 20 octobre 2017*. Ministère de la Santé et des Services sociaux. https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/documents/colloque-itinerance/D2_Dionne.pdf
- Équipe SRA-Québec., McAll, C., Roy, L., Coulombe, S., Doucet, M.-J. et Keays, N. (2019). L'approche globale en accompagnement résidentiel. *Revue du CREMIS*, 11(2), 4-10. <https://api.cremis.ca/wp-content/uploads/2023/04/RevueCREMISvol11no2art1.pdf.pdf>

- Farmer, O. et Gaulin, D. (2018, 19-20 mai). *Régler l'épisode psychiatrique aigu dans la communauté, une utopie?* [communication orale]. Journées annuelles de santé mentale (JASM), Montréal, Qc.
<https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/documents/sante-mentale/jasm-2018/A8.pdf>
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux. (2021). *Énoncé de principes et fondements éthiques : Cadre d'appréciation de la valeur des interventions en santé et en services sociaux*.
https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/DocuAdmin/INESSS-Enonce-de-principes-2021_VF.pdf
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux. (2023). *Lignes directrices de revues rapides*.
https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Demarche/INESSS_Lignes_directrices_revue_rapides_2023.pdf
- Institut national de santé publique du Québec. (2023a). *L'usage du concept de vulnérabilité en santé publique : outil d'aide à la réflexion éthique*.
https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/3310-outil-reflexion-ethique-usage-concept-vulnerabilite_vf.pdf
- Institut national de santé publique du Québec. (2023b). *Proposition d'un modèle conceptuel concernant la surveillance de la santé mentale, des troubles mentaux courants et de leurs déterminants au Québec*.
<https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/2023-07/3365-cadre-conceptuel-surveillance-sante-mentale-troubles-mentaux.pdf>
- Institut national de santé publique du Québec. (2024a). *Facteurs qui influencent la santé mentale*. <https://www.inspq.qc.ca/sante-mentale/facteurs>
- Institut national de santé publique du Québec. (2024b). *Intervention pour promouvoir la santé mentale de la population*. <https://www.inspq.qc.ca/sante-mentale/interventions>
- James, M., Greenhill, M. et Sullivan, D. (2023). Introduction of a homeless health outreach team in Northern New South Wales: is acute service usage reduced? *Australasian Psychiatry*, 31(4), 441-444.
<https://doi.org/10.1177/10398562231164869>
- Jiao, S., Slemon, A., Guta, A. et Bungay, V. (2022). Exploring the conceptualization, operationalization, implementation, and measurement of outreach in community settings with hard-to-reach and hidden populations: A scoping review. *Social Science & Medicine*, 309, 115232.
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2022.115232>
- Jordans, M. J. D., Luitel, N. P., Lund, C. et Kohrt, B. A. (2020). Evaluation of proactive community case detection to increase help seeking for mental health care: a pragmatic randomized controlled trial. *Psychiatric Services*, 71(8), 810-815.
<https://doi.org/10.1176/appi.ps.201900377>
- Khoury, E. (2019). Recovery attitudes and recovery practices have an impact on psychosocial outreach interventions in community mental health care. *Frontiers in Psychiatry*, 10(560), 1-9. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00560>

- Kidd, S. A., Vitopoulos, N., Frederick, T., Leon, S., Wang, W., Mushquash, C. et McKenzie, K. (2020). Trialing the feasibility of a critical time intervention for youth transitioning out of homelessness. *Am J Orthopsychiatry*, 90(5), 535-545. <https://doi.org/10.1037/ort0000454>
- Lee, S., Castella, A., Freidin, J., Kennedy, A., Kroschel, J., Humphrey, C., Kerr, R., Hollows, A., Wilkins, S. et Kulkarni, J. (2010). Mental health care on the streets: An integrated approach. *Aust N Z J Psychiatry*, 44(6), 505-512. <https://doi.org/10.3109/00048670903555120>
- Levac, D., Colquhoun, H. et O'Brien, K. K. (2010). Scoping studies: advancing the methodology. *Implementation Science*, 5(1), 69. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-5-69>
- Menear, M., Gagnon, A., Rivet, S. et Gabet, M. (2023). Indicateurs de qualité des soins en santé mentale pour les approches centrées sur la personne et axées sur le rétablissement. *Santé mentale au Québec*, 48(2), 29–65. <https://doi.org/10.7202/1109833ar>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2012). *La santé et ses déterminants : Mieux comprendre pour mieux agir*. Gouvernement du Québec. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000540/>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2021a). *Cadre de référence – Aire ouvert*. Gouvernement du Québec. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2021/21-914-12W.pdf>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2021b). *S'allier devant l'itinérance - Plan d'action interministériel en itinérance 2021-2026*. Gouvernement du Québec. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2021/21-846-01W.pdf>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2022). *S'unir pour un mieux-être collectif - Plan d'action interministériel en santé mentale 2022-2026*. Gouvernement du Québec. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2021/21-914-14W.pdf>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2023). *Mécanisme d'accès en santé mentale au Québec. Cadre de référence à l'intention des établissements de Santé et de Services sociaux* (publication n° 22-914-27W). Gouvernement du Québec. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2022/22-914-27W.pdf>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2024). *Programme de suivi d'intensité flexible (SIF) – Cadre de référence à l'intention des établissements de santé et de services sociaux*. Gouvernement du Québec. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2023/23-914-06W.pdf>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction générale de la santé publique et Institut national de santé publique du Québec. (2010). *Cadre conceptuel de la santé et de ses déterminants*. Gouvernement du Québec. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2010/10-202-02.pdf>
- Munn, Z., Pollock, D., Khalil, H., Alexander, L., McInerney, P., Godfrey, C. M., Peters, M. et Tricco, A. C. (2022). What are scoping reviews? Providing a formal definition of scoping reviews as a type of evidence synthesis. *JBIM Evidence Synthesis*, 20(4), 950-952. <https://doi.org/10.11124/jbies-21-00483>

- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., . . . Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *Bmj*, 372, n71. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
- Parkes, T., Matheson, C., Carver, H., Foster, R., Budd, J., Liddell, D., Wallace, J., Pauly, B., Fotopoulou, M., Burley, A., Anderson, I. et MacLennan, G. (2022). A peer-delivered intervention to reduce harm and improve the well-being of homeless people with problem substance use: the SHARPS feasibility mixed-methods study. *Health Technology Assessment (Winchester, England)*, 26(14), 1-128. <https://doi.org/10.3310/WVVL4786>
- Peters, M. D. J., Marnie, C., Tricco, A. C., Pollock, D., Munn, Z., Alexander, L., McInerney, P., Godfrey, C. M. et Khalil, H. (2020). Updated methodological guidance for the conduct of scoping reviews. *JBI Evid Synth*, 18(10), 2119-2126. <https://doi.org/10.11124/jbies-20-00167>
- Rosen, A., Gill, N. S. et Salvador-Carulla, L. (2020). The future of community psychiatry and community mental health services. *Current Opinion in Psychiatry*, 33(4), 375-390. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000620>
- Statistique Canada. (2021). *Classification nationale des professions (CNP) 2021 version 1.0 – 42201 : Travailleurs/travailleuses des services sociaux et communautaires 2021 version 1.0 – Code 42201 : Travailleurs/travailleuses des services sociaux et communautaires*. Gouvernement du Canada. https://www23.statcan.gc.ca/imdb/p3VD_f.pl?Function=getVD&TVD=1322554&CVD=1322870&CPV=42201&CST=01052021&CLV=5&MLV=5
- Stobbe, J., Wierdsma, A. I., Kok, R. M., Kroon, H., Roosenschoon, B.-J., Depla, M. et Mulder, C. L. (2014). The effectiveness of assertive community treatment for elderly patients with severe mental illness: a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*, 14(42), 1-9. <https://doi.org/10.1186/1471-244x-14-42>
- Toews, A. J., Letourneau, N., Pohl, C. et Ruse, K. (2024). Effective strategies and interventions for engaging at-risk youth: A rapid systematic review of the literature. *Discover Psychology*, 4(34). <https://doi.org/10.1007/s44202-024-00147-0>

ANNEXE A

Stratégie de repérage de l'information scientifique

Tableau A-1 Bases de données bibliographiques

MEDLINE (Ovid)	
Segment : ALL 1946 to May 22, 2025	
Date du repérage : 28 mai 2025	
Limites : 2020-2025; anglais, français	
#	Requêtes
1	Community-Institutional Relations/
2	((communit* ADJ3 relation*) OR (outreach* ADJ3 (action* OR activit* OR approach* OR assess* OR communit* OR enactment* OR engage* OR evaluat* OR facilit* OR follow-up* OR intervention* OR measur* OR method* OR model* OR monitor* OR operational* OR practice* OR program* OR resource* OR strateg* OR surveillance OR technique* OR tool*)) OR (outreach* ADJ3 service* ADJ3 deliver*)).ti,ab
3	OR/1-2
4	exp Alcohol Drinking/ OR Alcoholism/ OR exp Substance-Related Disorder/
5	((addict* OR alcohol* OR ((chemical* OR drug* OR substance*) ADJ3 (abus* OR depend* OR excess* OR disorder* OR harm* OR hazardous OR heav* OR intoxicat* OR misuse* OR risk? OR use*))).ti,ab
6	Harm Reduction/
7	((harm* OR risk*) ADJ3 (minimiz* OR reduct*)) OR (health ADJ3 protect*) OR (risk* ADJ3 mitigation)).ti,ab
8	Community Mental Health Services/ OR exp Mental Health Services/ OR Mental Health/ OR exp Psychiatry/
9	((assertive ADJ3 communit* ADJ3 treat*) OR (mental ADJ3 health) OR psychiatr*).ti,ab
10	exp Housing/ OR Housing Instability/ OR Public Housing/
11	(halfway house* OR housing OR (room* ADJ3 house*) OR shelter* OR single room OR single-room).ti,ab
12	exp Domestic Violence/ OR exp Ethnic Violence/ OR Exposure to Violence/ OR Gender-Based Violence/ OR exp Intimate Partner Violence/ OR Physical Abuse/ OR exp Violence/
13	(assault* OR ((female* OR partner* OR physical OR spouse*) ADJ3 (abus* OR battered OR attack*)) OR maltreatment* OR violen*).ti,ab
14	exp Poverty/ OR exp Social Security/ OR exp Social Welfare/ OR exp Social Work/ OR exp Socioeconomic Factors/
15	((communit* ADJ3 service*) OR (economic* ADJ3 (securit* OR insecurit*)) OR impoverish* OR (income* ADJ3 assist*) OR indigent* OR indigenc* OR (low* ADJ3 income*) OR povert* OR pwd* OR (social ADJ3 (assist* OR issue* OR securit* OR service* OR support* OR work*)) OR (support* ADJ3 work*)).ti,ab
16	exp Health Services Accessibility/ OR Health Services for Persons with Disabilities/ OR Health Status Disparities/ OR Healthcare Disparities/
17	((access* OR equit*) ADJ3 (care* OR health OR healthcare OR service* OR social)) OR (barrier* ADJ3 care*) OR (disparit* ADJ3 (care* OR health* OR healthcare OR status*)) OR inequalit* OR inequit*).ti,ab
18	OR/4-17
19	exp Ill-Housed Persons/ OR Vulnerable Populations/
20	(hard-to-reach OR homeless* OR ((ill-housed OR shelter* OR unhoused OR un-housed) ADJ3 person*) OR indigency OR indigent? OR (people ADJ3 street*) OR ((at risk OR disavantag* OR hidden OR high risk OR marginal* OR underserved OR under-served OR vulnerable) ADJ3 (citizen* OR communit* OR group* OR individual* OR patient* OR people* OR person* OR population*)) OR ((social OR economic OR socioeconomic* OR socio-economic*) ADJ3 (inegalit* OR insecurit* OR need? OR vulnerabilit*))).ti,ab
21	exp "Sexual and Gender Minorities"/
22	(asexual* OR bisexual* OR gay OR gays OR gender diverse OR gender minorit* OR gender non-conforming OR ((glbt OR intersex OR lgb OR lesbigay OR lgbt OR non-binary OR transfeminine OR trans-feminine OR transmasculine OR trans-masculine OR two-spirit) ADJ2 person*) OR homosexual* OR lesbian* OR lgbtq* OR non-heterosexual* OR queer* OR sexual dissident* OR sexual minorit* OR transexual* OR transgender*).ti,ab
23	exp "Emigrants and Immigrants"/ OR "Transients and migrants"/ OR Undocumented Immigrants/ OR Refugees/
24	((asylum ADJ3 seeker*) OR (displaced ADJ3 person*) OR emigrant* OR immigrant* OR migrant* OR newcomer* OR refugee* OR transient*).ti,ab

25	Drug Users/
26	(drug* ADJ3 (abuser OR abusers OR addict OR addicts OR user OR users)).ti,ab
27	Persons with Disabilities/ OR Persons with Intellectual Disabilities/
28	((autis* OR development* OR intellectual* OR mental* OR person* OR physical*) ADJ3 (deficien* OR difficult* OR disab* OR disorder* OR dysfunction* OR delay* OR ill OR illness* OR impair* OR incapa* OR issue* OR limit* OR problem* OR retard*)) OR handicap* OR multihandicap* OR multi-handicap* OR polyhandicap* OR poly-handicap*).ti,ab
29	exp Aged/
30	(advanced age OR ageing OR aging OR elder* OR geriatric* OR old age OR ((aged OR old OR older OR oldest) ADJ2 (adult* OR patient* OR people* OR person* OR resident*)) OR late adulthood).ti,ab
31	exp Indians, North American/ OR exp Indigenous Peoples/
32	(aborigin* OR amerind* OR (ancestr* ADJ3 group*) OR autocht* OR (cultural* ADJ1 (competence OR safe*)) OR eskimo* OR first nation* OR first people* OR indian* OR indigenous OR innuit* OR inuit* OR inuk* OR metis OR native OR natives OR tribal OR tribe OR tribes).ti,ab
33	OR/19-32
34	Meta-Analysis/ OR Systematic Review/ OR exp Technology Assessment, Biomedical/ OR (meta-analy* OR metaanaly* OR met analy* OR metanaly* OR meta-review* OR metareview* OR meta regression* OR metaregression* OR meta synthesis OR metasynthesis OR overview of review* OR (systematic* ADJ3 (review* OR overview* OR literature OR search* OR research*)) OR ((quantitative OR methodologic* OR integrativ*) ADJ (review* OR overview* OR synthes*)) OR umbrella review* OR hta OR htas OR technology assessment* OR technology overview* OR technology appraisal* OR technology reassessment*).ti,ab,kf OR (review.mp AND ((medline OR pubmed) AND (cinahl OR cochrane OR embase OR psycinfo)).ti,ab,kf)
35	Clinical Trial, Phase III/ OR Control Groups/ OR exp Controlled Clinical Trial/ OR exp Controlled Clinical Trials as Topic/ OR Double-Blind Method/ OR Random Allocation/ OR Single-Blind Method/ OR (allocated OR (control* ADJ3 (group* OR study OR studies OR trial*)) OR ((doubl* OR singl*) ADJ (blind* OR dumm* OR mask*)) OR ((equivalence OR superiority OR non-inferiority OR noninferiority) ADJ3 (study OR studies OR trial*)) OR non-random* OR nonrandom* OR (open-label ADJ5 (study OR studies OR trial*)) OR (phase ADJ3 (III OR "3") ADJ3 (study OR studies OR trial*)) OR ((practical OR pragmatic) ADJ3 trial*) OR ((pragmatic OR quantitative) ADJ3 (study OR studies)) OR ((quasiexperimental OR quasi-experimental) ADJ3 (study OR studies OR trial*)) OR quasi-random* OR quasirandom* OR random* OR ((trebl* OR tripl*) ADJ (blind* OR dumm* OR mask*))).ti,ab,kf
36	Case-Control Studies/ OR Cohort Studies/ OR Cross-Sectional Studies/ OR Follow-Up Studies/ OR Longitudinal Studies/ OR Observational Study/ OR Prospective Studies/ OR Retrospective Studies/ OR ((case ADJ (control OR controlled OR comparison OR series)) OR (case-referent ADJ3 (analyses OR analysis OR design OR studies OR study)) OR cohort* OR (cross ADJ sectional ADJ7 (analyses OR analysis OR design OR findings OR research OR studies OR study OR survey)) OR (observational ADJ3 (analyses OR analysis OR design OR studies OR study)) OR (prospective ADJ7 (analyses OR analysis OR design OR studies OR study)) OR ((follow-up OR followup) ADJ7 (analyses OR analysis OR design OR studies OR study)) OR ((longitudinal OR longterm OR (long ADJ term)) ADJ7 (analysis OR analyses OR data OR design OR studies OR study)) OR ((multidimensional OR (multi ADJ dimensional)) ADJ3 (analyses OR analysis OR design OR study OR studies)) OR (retrospective ADJ7 (analyses OR analysis OR data OR design OR review* OR study OR studies)) OR (population ADJ3 (analyses OR analysis OR studies OR study)) OR (descriptive ADJ3 (analyses OR analysis OR design OR studies OR study)) OR (natural ADJ (experiment OR experiment*)) OR (quasi ADJ (experiment OR experiments OR experimental)) OR ((non experiment OR nonexperiment OR non experimental OR nonexperimental) ADJ3 (analyses OR analysis OR design OR study OR studies))).ti,ab,kf
37	OR/34-36
38	3 AND 18 AND 33 AND 37
39	Namibia/ OR Nauru/ OR Nepal/ OR Nicaragua/ OR Niger/ OR Nigeria/ OR Niue/ OR North Africa/ OR Oman/ OR exp Pakistan/ OR Palau/ OR Palestine/ OR Panama/ OR Papua New Guinea/ OR Paraguay/ OR Peru/ OR Philippines/ OR Polynesia/ OR Qatar/ OR "Republic of Belarus"/ OR "Republic of North Macedonia"/ OR Romania/ OR exp Russia/ OR Rwanda/ OR Sahel/ OR "Saint Kitts and Nevis"/ OR "Saint Lucia"/ OR "Saint Vincent and the Grenadines"/ OR "Sao Tome and Principe"/ OR Saudi Arabia/ OR Senegal/ OR exp Serbia/ OR Seychelles/ OR Sierra Leone/ OR Singapore/ OR Solomon Islands/ OR exp Somalia/ OR South Africa/ OR South Asia/ OR South Sudan/ OR Southeast Asia/ OR Sri Lanka/ OR Sudan/ OR Suriname/ OR Syria/ OR Syrian Arab Republic/ OR Taiwan/ OR Tajikistan/ OR Tanzania/ OR Thailand/ OR Timor-Leste/ OR Togo/ OR Tonga/ OR "Trinidad and Tobago"/ OR Tunisia/ OR Turkmenistan/ OR Tuvalu/ OR Uganda/ OR Ukraine/ OR exp "United Arab Emirates"/ OR Uruguay/ OR exp Uzbekistan/ OR Vanuatu/ OR Venezuela/ OR Viet Nam/ OR Vietnam/ OR West Indies/ OR Western Sahara/ OR Yemen/ OR Zambia/ OR Zimbabwe/ OR (Afghanistan* OR Africa* OR Albania* OR Algeria*

	OR Andorra* OR Angola* OR Antigua* OR Armenia* OR Azerbaijan* OR Bahamas* OR Bahrain* OR Bangladesh* OR Barbados* OR Barbuda* OR Belarus* OR Belize* OR Benin* OR Bhutan* OR Bolivia* OR Borneo* OR Bosnia* OR Botswana* OR Brunei* OR Bulgaria* OR Burkina Faso* OR Burundi* OR Cabo Verde* OR Cambodia* OR Cameroon* OR Cape Verde* OR Chad* OR China* OR Chinese OR Comoros* OR Congo* OR Cote d'Ivoire* OR Crimea* OR Croatia* OR Cuba* OR Cyprus* OR Djibouti* OR Dominica* OR Dominican Republic* OR Ecuador* OR Egypt* OR El Salvador* OR Equatorial Guinea* OR Eritrea* OR Eswatini* OR Ethiopia* OR Fiji* OR Gabon* OR Gambia* OR Ghana* OR Grenada* OR Guatemala* OR Guinea* OR Guinea-Bissau* OR Guyana* OR Haiti* OR Himalaya* OR Honduras* OR India* OR Indochina* OR Indonesia* OR Iran* OR Iraq* OR Jamaica* OR Jordan* OR Kazakhstan* OR Kenya* OR Kosovo* OR Kuala Lumpur* OR Kuwait* OR Kyrgyzstan* OR Laos* OR Leban* OR Lesotho* OR Liberia* OR Libya* OR Liechtenstein* OR Macau* OR Macedonia* OR Madagascar* OR Malawi* OR Malaysia* OR Maldives* OR Mali OR Malta* OR Mauritania* OR Mauritius* OR Mekong* OR Melanesia* OR Micronesia* OR Moldova* OR Monaco* OR Mongolia* OR Montenegro* OR Morocco* OR Mozambique* OR Myanmar* OR Namibia* OR Nauru* OR Nepal* OR Nicaragua* OR Niger* OR Niue* OR Oman* OR Pakistan* OR Palau* OR Palestine* OR Panama* OR Papua New Guinea* OR Paraguay* OR Peru* OR Philippines* OR Qatar* OR Romania* OR Russia* OR Rwanda* OR Sahel* OR "Saint Kitts and Nevis" OR Saint Lucia* OR "Saint Vincent and the Grenadines" OR Samoa* OR "Sao Tome and Principe" OR Saudi Arabia* OR Senegal* OR Serbia* OR Seychelles* OR Sierra Leone* OR Singapore* OR Somalia* OR Sri Lanka* OR Sudan* OR Suriname* OR Syria* OR Taiwan* OR Tajikistan* OR Tanzania* OR Thailand* OR Tibet* OR Tim-Leste* OR Togo* OR Tonga* OR "Trinidad and Tobago" OR Tunisia* OR Turkmenistan* OR Tuvalu* OR Uganda* OR Ukraine* OR United Arab Emirates* OR Uruguay* OR Uzbekistan* OR Vanuatu* OR Venezuela* OR Vietnam* OR Viet Nam OR Yemen* OR Zambia* OR Zimbabwe*).ti
40	Editorial/ OR Letter/ OR (editorial* OR letter*).ti
41	38 NOT (39 OR 40)

PubMed (NLM)	
Date du repérage : 28 mai 2025	
Limites : 2020-2025; anglais, français	
#	Requêtes
1	Community-Institutional Relations[mh]
2	(outreach[ti] AND (action[ti] OR actions[ti] OR activity[ti] OR activities[ti] OR approach[ti] OR approaches[ti] OR assesement[ti] OR assesements[tiab] OR community[ti] OR communities[ti] OR enactment[ti] OR engagement[ti] OR engagements[ti] OR evaluation[ti] OR evaluations[ti] OR facilit*[ti] OR follow-up[ti] OR follow-ups[ti] OR intervention[ti] OR interventions[ti] OR measur*[ti] OR method[ti] OR methods[ti] OR model[ti] OR models[ti] OR monitor*[ti] OR operational*[ti] OR practice[ti] OR practices[ti] OR program[ti] OR programs[ti] OR resource[ti] OR resources[ti] OR strategy[ti] OR strategies[ti] OR surveillance[ti] OR technique[ti] OR techniques[ti] OR tool[ti] OR tools[ti])) OR (outreach[ti] AND service*[ti] AND deliver*[ti]) OR "community-institutional relations"[tiab] OR "outreach action"[tiab:~2] OR "outreach actions"[tiab:~2] OR "outreach activity"[tiab:~2] OR "outreach activities"[tiab:~2] OR "outreach approche"[tiab:~2] OR "outreach approaches"[tiab:~2] OR "outreach assessment"[tiab:~2] OR "outreach assessments"[tiab:~2] OR "outreach community"[tiab:~2] OR "outreach communities"[tiab:~2] OR "outreach enactment"[tiab:~2] OR "outreach enactments"[tiab:~2] OR "outreach engagement"[tiab:~2] OR "outreach engagements"[tiab:~2] OR "outreach evaluation"[tiab:~2] OR "outreach evaluations"[tiab:~2] OR "outreach facilitate"[tiab:~2] OR "outreach facilitation"[tiab:~2] OR "outreach facilitations"[tiab:~2] OR "outreach facilitator"[tiab:~2] OR "outreach facilitators"[tiab:~2] OR "outreach follow-up"[tiab:~2] OR "outreach follow-ups"[tiab:~2] OR "outreach intervention"[tiab:~2] OR "outreach interventions"[tiab:~2] OR "outreach measure"[tiab:~2] OR "outreach measures"[tiab:~2] OR "outreach measurement"[tiab:~2] OR "outreach measurements"[tiab:~2] OR "outreach measuring"[tiab:~2] OR "outreach method"[tiab:~2] OR "outreach methods"[tiab:~2] OR "outreach model"[tiab:~2] OR "outreach models"[tiab:~2] OR "outreach monitoring"[tiab:~2] OR "outreach operational"[tiab:~2] OR "outreach operationalization"[tiab:~2] OR "outreach operationalizations"[tiab:~2] OR "outreach operationalize"[tiab:~2] OR "outreach operationalized"[tiab:~2] OR "outreach practice"[tiab:~2] OR "outreach practices"[tiab:~2] OR "outreach program"[tiab:~2] OR "outreach programs"[tiab:~2] OR "outreach resource"[tiab:~2] OR "outreach resources"[tiab:~2] OR ("outreach service"[tiab:~2] OR "outreach services"[tiab:~2]) AND deliver*[tiab]) OR "outreach strategy"[tiab:~2] OR "outreach strategies"[tiab:~2] OR "outreach surveillance"[tiab:~2] OR "outreach technique"[tiab:~2] OR "outreach techniques"[tiab:~2] OR "outreach tool"[tiab:~2] OR "outreach tools"[tiab:~2]
3	#1 OR #2
4	Alcohol Drinking[mh] OR Alcoholism[mh] OR Substance-Related Disorder[mh]

5	addict*[tiab] OR alcohol*[tiab] OR "chemical abuse"[tiab:~2] OR "chemical abuses"[tiab:~2] OR "chemical abusing"[tiab:~2] OR "chemical dependence"[tiab:~2] OR "chemical dependences"[tiab:~2] OR "chemical dependency"[tiab:~2] OR "chemical misuse"[tiab:~2] OR "chemical misuses"[tiab:~2] OR "chemical use"[tiab:~2] OR "chemical uses"[tiab:~2] OR "chemical using"[tiab:~2] OR "drug abuse"[tiab:~2] OR "drug abuses"[tiab:~2] OR "drug abusing"[tiab:~2] OR "drug dependence"[tiab:~2] OR "drug dependences"[tiab:~2] OR "drug dependency"[tiab:~2] OR "drug misuse"[tiab:~2] OR "drug misuses"[tiab:~2] OR "drug use"[tiab:~2] OR "drug uses"[tiab:~2] OR "drug using"[tiab:~2] OR "substance abuse"[tiab:~2] OR "substance abuses"[tiab:~2] OR "substance abusing"[tiab:~2] OR "substance dependence"[tiab:~2] OR "substance dependences"[tiab:~2] OR "substance dependency"[tiab:~2] OR "substance misuse"[tiab:~2] OR "substance misuses"[tiab:~2] OR "substance disorder"[tiab:~2] OR "substance disorders"[tiab:~2] OR "substance use"[tiab:~2] OR "substance uses"[tiab:~2] OR "substance using"[tiab:~2]
6	Harm Reduction[mh]
7	"harm minimization"[tiab:~2] OR "harm reduction"[tiab:~2] OR "risk minimization"[tiab:~2] OR "risk mitigation"[tiab:~2] OR "risk reduction"[tiab:~2] OR "health protection"[tiab:~2]
8	Community Mental Health Services[mh] OR Mental Health Services[mh] OR Mental Health[mh] OR Psychiatry[mh]
9	"assertive community treatment"[tiab] OR "mental health"[tiab] OR psychiatr*[tiab]
10	Housing[mh] OR Housing Instability[mh] OR Public Housing[mh]
11	"halfway house"[tiab] OR "halfway houses"[tiab] OR housing[tiab] OR "rooming house"[tiab] OR "rooming houses"[tiab] OR shelter*[tiab] OR "single room"[tiab] OR "single-room"[tiab]
12	Domestic Violence[mh] OR Ethnic Violence[mh] OR Exposure to Violence[mh] OR Gender-Based Violence[mh] OR Intimate Partner Violence[mh] OR Physical Abuse[mh] OR Violence[mh]
13	assault*[tiab] OR "physical abuse"[tiab:~2] OR "physical abuses"[tiab:~2] OR maltreatment*[tiab] OR violent*[tiab]
14	Poverty[mh] OR Social Security[mh] OR Social Welfare[mh] OR Social Work[mh] OR Socioeconomic Factors[mh]
15	"community service"[tiab:~2] OR "community services"[tiab:~2] OR "economic insecurity"[tiab:~2] OR "economic security"[tiab:~2] OR impoverish*[tiab] OR "income assistance"[tiab:~2] OR indigent*[tiab] OR indigenc*[tiab] OR "low income"[tiab:~2] OR "low incomes"[tiab:~2] OR "lower income"[tiab:~2] OR "lower incomes"[tiab:~2] OR povert*[tiab] OR pwd[tiab] OR "social assistance"[tiab:~2] OR "social issue"[tiab:~2] OR "social issues"[tiab:~2] OR "social security"[tiab:~2] OR "social service"[tiab:~2] OR "social services"[tiab:~2] OR "social support"[tiab:~2] OR "social supports"[tiab:~2] OR "social work"[tiab:~2]
16	Health Services Accessibility[mh] OR Health Services for Persons with Disabilities[mh] OR Health Status Disparities[mh] OR Healthcare Disparities[mh]
17	"access care"[tiab:~2] OR "access cares"[tiab:~2] OR "access to health services"[tiab] OR "accessibility of health services"[tiab] OR "barriers to care"[tiab] OR ((equity[tiab] OR equities[tiab]) AND (care*[tiab] OR health[tiab] OR healthcare[tiab] OR service*[tiab] OR social[tiab])) OR "health status disparity"[tiab] OR "health status disparities"[tiab] OR "healthcare disparity"[tiab:~2] OR "healthcare disparities"[tiab:~2] OR "health care disparity"[tiab] OR "health care disparities"[tiab] OR "health services accessibility"[tiab] OR inequality[tiab] OR inequalities[tiab] OR inequity[tiab] OR inequities[tiab]
18	#4 OR #5 OR #6 OR #7 OR #8 OR #9 OR #10 OR #11 OR #12 OR #13 OR #14 OR #15 OR #16 OR #17
19	Ill-Housed Persons[mh] OR Vulnerable Populations[mh]
20	"hard-to-reach"[tiab] OR homelessness[tiab] OR homeless[tiab] OR (("ill-housed"[tiab] OR shelter[tiab] OR shelters[tiab] OR unhoused[tiab] OR un-housed[tiab]) AND (person[tiab] OR persons[tiab])) OR indigency[tiab] OR indigent[tiab] OR indigents[tiab] OR "street people"[tiab] OR (("at risk"[tiab] OR disavanta*[tiab] OR hidden[tiab] OR "high risk"[tiab] OR marginal*[tiab] OR underserved[tiab] OR under-served[tiab] OR vulnerable[tiab]) AND (citizen[tiab] OR citizen*[tiab] OR community[tiab] OR communities[tiab] OR group[tiab] OR groups[tiab] OR individual[tiab] OR individuals[tiab] OR patient[tiab] OR patients[tiab] OR people[tiab] OR peoples[tiab] OR person[tiab] OR persons[tiab] OR population[tiab] OR populations[tiab])) OR ((social[tiab] OR economic[tiab] OR socioeconomic*[tiab] OR "socio-economic**"[tiab]) AND (inegalit*[tiab] OR insecurit*[tiab] OR need[tiab] OR needs[tiab] OR vulnerabilit*[tiab]))
21	"Sexual and Gender Minorities"[mh]
22	asexual*[tiab] OR bisexual*[tiab] OR gay[tiab] OR gays[tiab] OR "gender diverse"[tiab] OR "gender minorit**"[tiab] OR "gender non-conforming"[tiab] OR "glbt person**"[tiab] OR homosexual*[tiab] OR "intersex person**"[tiab] OR "lgb person**"[tiab] OR lesbian*[tiab] OR lesbigay[tiab] OR "lgbt person**"[tiab] OR "lgbtq**"[tiab] OR "non-binary person**"[tiab] OR "non-heterosexual**"[tiab] OR queer*[tiab] OR "sexual dissident**"[tiab] OR "sexual minorit**"[tiab] OR transexual*[tiab] OR "transfeminine person**"[tiab] OR "trans-feminine person**"[tiab] OR transgender*[tiab] OR "transmasculine person**"[tiab] OR "trans-masculine person**"[tiab] OR "two-spirit person**"[tiab]

23	"Emigrants and Immigrants"[mh] OR "Transients and migrants"[mh] OR "Undocumented Immigrants"[mh] OR Refugees[mh]
24	"asylum seeker"[tiab] OR "asylum seekers"[tiab] OR "displaced person"[tiab] OR "displaced persons"[tiab] OR emigrant[tiab] OR emigrants[tiab] OR immigrant[tiab] OR immigrants[tiab] OR migrant[tiab] OR migrants[tiab] OR newcomer[tiab] OR newcomers[tiab] OR refugee[tiab] OR refugees[tiab] OR transient[tiab] OR transients[tiab]
25	Drug Users[mh]
26	"drug abuser"[tiab] OR "drug abusers"[tiab] OR "drug addict"[tiab] OR "drug addicts"[tiab] OR "drug user"[tiab] OR "drug users"[tiab]
27	Persons with Disabilities[mh:noexp] OR Persons with Intellectual Disabilities[mh]
28	autistic[tiab] OR autism[tiab] OR "disabled person"[tiab] OR "disabled persons"[tiab] OR handicap*[tiab] OR "intellectual disability"[tiab:~2] OR "intellectual disabilities"[tiab:~2] OR "intellectual development disorder"[tiab] OR "intellectual development disorders"[tiab] OR "persons with disability"[tiab] OR "persons with disabilities"[tiab] OR "people with disability"[tiab] OR "people with disabilities"[tiab] OR "intellectually disabled"[tiab] OR "mentally disabled"[tiab] OR "mental disability"[tiab:~2] OR "mental disabilities"[tiab:~2] OR "mental deficiencies"[tiab:~2] OR "mental deficiency"[tiab:~2] OR multihandicap*[tiab] OR "multi-handicap*"[tiab] OR polyhandicap*[tiab] OR "poly-handicap*"[tiab]
29	Aged[mh]
30	"advanced age"[tiab:~2] OR "aged adult"[tiab:~2] OR "aged adults"[tiab:~2] OR "aged patient"[tiab:~2] OR "aged patients"[tiab:~2] OR "aged people"[tiab:~2] OR "aged peoples"[tiab:~2] OR "aged person"[tiab:~2] OR "aged persons"[tiab:~2] OR "aged resident"[tiab:~2] OR "aged residents"[tiab:~2] OR ageing[tiab] OR aging[tiab] OR elder[tiab] OR elderly[tiab] OR elders[tiab] OR geriatric*[tiab] OR "late adulthood"[tiab:~2] OR "old adult"[tiab:~2] OR "old adults"[tiab:~2] OR "old age"[tiab:~2] OR "old patient"[tiab:~2] OR "old patients"[tiab:~2] OR "old people"[tiab:~2] OR "old peoples"[tiab:~2] OR "old person"[tiab:~2] OR "old persons"[tiab:~2] OR "old resident"[tiab:~2] OR "old residents"[tiab:~2] OR "older adult"[tiab:~2] OR "older adults"[tiab:~2] OR "older patient"[tiab:~2] OR "older patients"[tiab:~2] OR "older people"[tiab:~2] OR "older peoples"[tiab:~2] OR "older person"[tiab:~2] OR "older persons"[tiab:~2] OR "older resident"[tiab:~2] OR "older residents"[tiab:~2]
31	exp Indians, North American[mh] OR Indigenous Peoples[mh]
32	aborigin*[tiab] OR amerind*[tiab] OR "ancestral group"[tiab] OR "ancestral groups"[tiab] OR autocht*[tiab] OR "cultural competence"[tiab] OR "cultural competency"[tiab] OR "cultural safety"[tiab] OR eskimo[tiab] OR eskimos[tiab] OR "first nation"[tiab] OR "first nations"[tiab] OR "first people"[tiab] OR "first peoples"[tiab] OR indian[tiab] OR indians[tiab] OR indigenous[tiab] OR innuit[tiab] OR inuit[tiab] OR inuk[tiab] OR metis[tiab] OR native[tiab] OR natives[tiab] OR tribal[tiab] OR tribe[tiab] OR tribes[tiab]
33	#19 OR #20 OR #21 OR #22 OR #23 OR #24 OR #25 OR #26 OR #27 OR #28 OR #29 OR #30 OR #31 OR #32
34	Meta-Analysis[mh:noexp] OR Systematic Review[pt] OR Technology Assessment, Biomedical[mh:noexp] OR meta-analy*[tiab] OR metaanaly*[tiab] OR "met analy*"[tiab] OR metanaly*[tiab] OR "meta-review"[tiab] OR "meta-reviews"[tiab] OR metareview[tiab] OR metareview[tiab] OR "meta regression*"[tiab] OR metaregression*[tiab] OR "meta synthesis"[tiab] OR metasynthesis[tiab] OR "overview of review"[tiab] OR "overviews of reviews"[tiab] OR (systematic*[tiab] AND (review[tiab] OR reviews[tiab] OR overview[tiab] OR overviews[tiab] OR literature[tiab] OR search*[tiab] OR research*[tiab])) OR ((quantitative[tiab] OR methodologic*[tiab] OR integrativ*[tiab] AND (review[tiab] OR reviews[tiab] OR overview[tiab] OR overviews[tiab] OR synthes*[tiab])) OR "umbrella review"[tiab] OR "umbrella reviews"[tiab] OR hta[tiab] OR htas[tiab] OR "technology assessment*"[tiab] OR "technology overview*"[tiab] OR "technology appraisal*"[tiab] OR "technology reassessment*"[tiab] OR (review[all] AND ((medline[tiab] OR pubmed[tiab] AND (cinahl[tiab] OR cochrane[tiab] OR embase[tiab] OR psycinfo[tiab]))))
35	Clinical Trial, Phase III[mh] OR Control Groups[mh] OR Controlled Clinical Trial[mh] OR exp Controlled Clinical Trials as Topic[mh] OR Double-Blind Method[mh] OR Random Allocation[mh] OR Single-Blind Method[mh] OR allocated[tiab] OR (control*[tiab] AND (group*[tiab] OR study[tiab] OR studies[tiab] OR trial*[tiab])) OR ((doubl*[tiab] OR singl*[tiab] AND (blind*[tiab] OR dumm*[tiab] OR mask*[tiab])) OR ((equivalence[tiab] OR superiority[tiab] OR non-inferiority[tiab] OR noninferiority[tiab] AND (study[tiab] OR studies[tiab] OR trial*[tiab])) OR non-random*[tiab] OR nonrandom*[tiab] OR (open-label[tiab] AND (study[tiab] OR studies[tiab] OR trial*[tiab])) OR ("phase III"[tiab] OR "phase 3"[tiab] AND (study[tiab] OR studies[tiab] OR trial*[tiab])) OR ((practical[tiab] OR pragmatic[tiab] AND trial*[tiab] OR ((pragmatic[tiab] OR quantitative[tiab] AND (study[tiab] OR studies[tiab] OR trial*[tiab])) OR ((quasiexperimental[tiab] OR quasi-experimental[tiab] AND (study[tiab] OR studies[tiab] OR trial*[tiab])) OR quasi-random*[tiab] OR quasirandom*[tiab] OR random*[tiab] OR ((treb*[tiab] OR tripl*[tiab] AND (blind*[tiab] OR dumm*[tiab] OR mask*[tiab]))
36	Case-Control Studies[mh] OR Cohort Studies[mh] OR Cross-Sectional Studies[mh] OR Follow-Up Studies[mh] OR Longitudinal Studies[mh] OR Observational Study[pt] OR Prospective Studies[mh] OR

	Retrospective Studies[mh] OR (case[tiab] AND (control[tiab] OR controlled[tiab] OR comparison[tiab] OR series[tiab])) OR (case-referent[tiab] AND (analyses[tiab] OR analysis[tiab] OR design[tiab] OR studies[tiab] OR study[tiab])) OR cohort*[tiab] OR (cross[tiab] AND sectional[tiab] AND (analyses[tiab] OR analysis[tiab] OR design[tiab] OR findings[tiab] OR research[tiab] OR studies[tiab] OR study[tiab] OR survey[tiab])) OR (observational[tiab] AND (analyses[tiab] OR analysis[tiab] OR design[tiab] OR studies[tiab] OR study[tiab])) OR (prospective[tiab] AND (analyses[tiab] OR analysis[tiab] OR design[tiab] OR studies[tiab] OR study[tiab])) OR (("follow-up"[tiab] OR followup[tiab]) AND (analyses[tiab] OR analysis[tiab] OR design[tiab] OR studies[tiab] OR study[tiab])) OR ((longitudinal[tiab] OR longterm[tiab] OR "long term"[tiab]) AND (analysis[tiab] OR analyses[tiab] OR data[tiab] OR design[tiab] OR studies[tiab] OR study[tiab])) OR ((multidimensional[tiab] OR "multi dimensional"[tiab]) AND (analyses[tiab] OR analysis[tiab] OR design[tiab] OR study[tiab] OR studies[tiab])) OR (retrospective[tiab] AND (analyses[tiab] OR analysis[tiab] OR data[tiab] OR design[tiab] OR review[tiab] OR reviews[tiab] OR study[tiab] OR studies[tiab])) OR (population[tiab] AND (analyses[tiab] OR analysis[tiab] OR studies[tiab] OR study[tiab])) OR (descriptive[tiab] AND (analyses[tiab] OR analysis[tiab] OR design[tiab] OR studies[tiab] OR study[tiab])) OR "natural experiment"[tiab] OR "quasi experiment"[tiab] OR "quasi experiments"[tiab] OR "quasi experimental"[tiab] OR ("non experiment"[tiab] OR nonexperiment[tiab] OR "non experimental"[tiab] OR nonexperimental[tiab]) AND (analyses[tiab] OR analysis[tiab] OR design[tiab] OR study[tiab] OR studies[tiab]))
37	#34 OR #35 OR #36
38	#3 AND #18 AND #33 AND #37
39	Namibia[mh] OR Nauru[mh] OR Nepal[mh] OR Nicaragua[mh] OR Niger[mh] OR Nigeria[mh] OR Niue[mh] OR North Africa[mh] OR Oman[mh] OR exp Pakistan[mh] OR Palau[mh] OR Palestine[mh] OR Panama[mh] OR Papua New Guinea[mh] OR Paraguay[mh] OR Peru[mh] OR Philippines[mh] OR Polynesia[mh] OR Qatar[mh] OR "Republic of Belarus"[mh] OR "Republic of North Macedonia"[mh] OR Romania[mh] OR exp Russia[mh] OR Rwanda[mh] OR Sahel[mh] OR "Saint Kitts and Nevis"[mh] OR "Saint Lucia"[mh] OR "Saint Vincent and the Grenadines"[mh] OR "Sao Tome and Principe"[mh] OR Saudi Arabia[mh] OR Senegal[mh] OR exp Serbia[mh] OR Seychelles[mh] OR Sierra Leone[mh] OR Singapore[mh] OR Solomon Islands[mh] OR exp Somalia[mh] OR South Africa[mh] OR South Asia[mh] OR South Sudan[mh] OR Southeast Asia[mh] OR Sri Lanka[mh] OR Sudan[mh] OR Suriname[mh] OR Syria[mh] OR Syrian Arab Republic[mh] OR Taiwan[mh] OR Tajikistan[mh] OR Tanzania[mh] OR Thailand[mh] OR Timor-Leste[mh] OR Togo[mh] OR Tonga[mh] OR "Trinidad and Tobago"[mh] OR Tunisia[mh] OR Turkmenistan[mh] OR Tuvalu[mh] OR Uganda[mh] OR Ukraine[mh] OR exp "United Arab Emirates"[mh] OR Uruguay[mh] OR exp Uzbekistan[mh] OR Vanuatu[mh] OR Venezuela[mh] OR Viet Nam[mh] OR Vietnam[mh] OR West Indies[mh] OR Western Sahara[mh] OR Yemen[mh] OR Zambia[mh] OR Zimbabwe[mh] OR Afghanistan[ti] OR Africa[ti] OR Albania[ti] OR Algeria[ti] OR Andorra[ti] OR Angola[ti] OR Antigua[ti] OR Armenia[ti] OR Azerbaijan[ti] OR Bahamas[ti] OR Bahrain[ti] OR Bangladesh[ti] OR Barbados[ti] OR Barbuda[ti] OR Belarus[ti] OR Benin[ti] OR Bhutan[ti] OR Bolivia[ti] OR Borneo[ti] OR Bosnia[ti] OR Botswana[ti] OR Brunei[ti] OR Bulgaria[ti] OR Burkina[ti] OR Faso[ti] OR Burundi[ti] OR "Cabo Verde"[ti] OR Cambodia[ti] OR Cameroon[ti] OR "Cape Verde"[ti] OR Chad[ti] OR China[ti] OR Chinese[ti] OR Comoros[ti] OR Congo[ti] OR "Cote d'Ivoire"[ti] OR Crimea[ti] OR Croatia[ti] OR Cuba[ti] OR Cyprus[ti] OR Djibouti[ti] OR Dominica[ti] OR "Dominican Republic"[ti] OR Ecuador[ti] OR Egypt[ti] OR "El Salvador"[ti] OR Equatorial[ti] OR Guinea[ti] OR Eritrea[ti] OR Eswatini[ti] OR Ethiopia[ti] OR Fiji[ti] OR Gabon[ti] OR Gambia[ti] OR Ghana[ti] OR Grenada[ti] OR Guatemala[ti] OR Guinea[ti] OR Guinea-Bissau[ti] OR Guyana[ti] OR Haiti[ti] OR Himalaya[ti] OR Honduras[ti] OR India[ti] OR Indochina[ti] OR Indonesia[ti] OR Iran[ti] OR Iraq[ti] OR Jamaica[ti] OR Jordan[ti] OR Kazakhstan[ti] OR Kenya[ti] OR Kosovo[ti] OR "Kuala Lumpur"[ti] OR Kuwait[ti] OR Kyrgyzstan[ti] OR Laos[ti] OR Lebanon[ti] OR Lesotho[ti] OR Liberia[ti] OR Libya[ti] OR Liechtenstein[ti] OR Macau[ti] OR Macedonia[ti] OR Madagascar[ti] OR Malawi[ti] OR Malaysia[ti] OR Maldives[ti] OR Mali[ti] OR Malta[ti] OR Mauritania[ti] OR Mauritius[ti] OR Mekong[ti] OR Melanesia[ti] OR Micronesia[ti] OR Moldova[ti] OR Monaco[ti] OR Mongolia[ti] OR Montenegro[ti] OR Morocco[ti] OR Mozambique[ti] OR Myanmar[ti] OR Namibia[ti] OR Nauru[ti] OR Nepal[ti] OR Nicaragua[ti] OR Niger[ti] OR Niue[ti] OR Oman[ti] OR Pakistan[ti] OR Palau[ti] OR Palestine[ti] OR Panama[ti] OR "Papua New Guinea"[ti] OR Paraguay[ti] OR Peru[ti] OR Philippines[ti] OR Qatar[ti] OR Romania[ti] OR Russia[ti] OR Rwanda[ti] OR Sahel[ti] OR "Saint Kitts and Nevis"[ti] OR Saint Lucia[ti] OR "Saint Vincent and the Grenadines"[ti] OR Samoa[ti] OR "Sao Tome and Principe"[ti] OR "Saudi Arabia"[ti] OR Senegal[ti] OR Serbia[ti] OR Seychelles[ti] OR "Sierra Leone"[ti] OR Singapore[ti] OR Somalia[ti] OR "Sri Lanka"[ti] OR Sudan[ti] OR Suriname[ti] OR Syria[ti] OR Taiwan[ti] OR Tajikistan[ti] OR Tanzania[ti] OR Thailand[ti] OR Tibet[ti] OR Tim-Leste[ti] OR Togo[ti] OR Tonga[ti] OR "Trinidad and Tobago"[ti] OR Tunisia[ti] OR Turkmenistan[ti] OR Tuvalu[ti] OR Uganda[ti] OR Ukraine[ti] OR "United Arab Emirates"[ti] OR Uruguay[ti] OR Uzbekistan[ti] OR Vanuatu[ti] OR Venezuela[ti] OR Vietnam[ti] OR "Viet Nam"[ti] OR Yemen[ti] OR Zambia[ti] OR Zimbabwe[ti]
40	Editorial[pt] OR Letter[pt] OR editorial[ti] OR letter[ti]

41	#38 NOT (#39 OR #40)
----	----------------------

PsycInfo (Ovid) Segment : 2002 to May 2025 Week 3 Date du repérage : 28 mai 2025 Limites : 2020-2025; anglais, français	
#	Requêtes
1	Outreach Programs/
2	((communit* ADJ3 relation*) OR (outreach* ADJ3 (action* OR activit* OR approach* OR assess* OR communit* OR enactment* OR engage* OR evaluat* OR facilit* OR follow-up* OR intervention* OR measur* OR method* OR model* OR monitor* OR operational* OR practice* OR program* OR resource* OR strateg* OR surveillance OR technique* OR tool*)) OR (outreach* ADJ3 service* ADJ3 deliver*)).ti,ab
3	OR/1-2
4	Alcohol Abuse/ OR "Alcohol Use Disorder"/ OR Alcoholism/
5	((addict* OR alcohol* OR ((chemical* OR drug* OR substance*) ADJ3 (abus* OR depend* OR excess* OR disorder* OR harm* OR hazardous OR heav* OR intoxicat* OR misuse* OR risk? OR use*))).ti,ab
6	Harm Reduction/
7	((harm* OR risk*) ADJ3 (minimiz* OR reduct*)) OR (health ADJ3 protect*) OR (risk* ADJ3 mitigation)).ti,ab
8	Community Mental Health Services/ OR Mental Health/ OR Mental Health Programs/ OR Primary Mental Health Prevention/
9	((assertive ADJ3 communit* ADJ3 treat*) OR (mental ADJ3 health) OR psychiatr*).ti,ab
10	Halfway Houses/ OR Housing/
11	(halfway house* OR housing OR (room* ADJ3 house*) OR shelter* OR single room OR single-room).ti,ab
12	Battered Females/ OR Dating Violence/ OR Domestic Violence/ OR Exposure to Violence/ OR Intimate Partner Violence/ OR Physical Abuse/ OR Violence/
13	(assault* OR ((female* OR partner* OR physical OR spouse*) ADJ3 (abus* OR battered OR attack*)) OR maltreatment* OR violen*).ti,ab
14	Community Welfare Services/ OR Cultural Deprivation/ OR Lower Income Level/ OR Poverty/ OR Social Casework/ OR Social Deprivation/ OR Social Security/ OR Social Services/ OR Socioeconomic Status/ OR Welfare Services/
15	((communit* ADJ3 service*) OR (economic* ADJ3 (securit* OR insecurit*)) OR impoverish* OR (income* ADJ3 assist*) OR indigent* OR indigenc* OR (low* ADJ3 income*) OR povert* OR pwd* OR (social ADJ3 (assist* OR issue* OR securit* OR service* OR support* OR work*)) OR (support* ADJ3 work*)).ti,ab
16	Health Care Access/ OR Health Disparities/ OR Social Isolation/
17	((access* OR equit*) ADJ3 (care* OR health OR healthcare OR service* OR social)) OR (barrier* ADJ3 care*) OR (disparit* ADJ3 (care* OR health* OR healthcare OR status*)) OR inequalit* OR inequit*).ti,ab
18	OR/4-17
19	At Risk Populations/ OR Homeless/ OR Homeless Mentally Ill/
20	(hard-to-reach OR homeless* OR ((ill-housed OR shelter* OR unhoused OR un-housed) ADJ3 person*) OR indigency OR indigent? OR (people ADJ3 street*) OR ((at risk OR disavantag* OR hidden OR high risk OR marginal* OR underserved OR under-served OR vulnerable) ADJ3 (citizen* OR communit* OR group* OR individual* OR patient* OR people* OR person* OR population*)) OR ((social OR economic OR socioeconomic* OR socio-economic*) ADJ3 (inegalit* OR insecurit* OR need? OR vulnerabilit*))).ti,ab
21	Sexual Minority Groups/
22	(asexual* OR bisexual* OR gay OR gays OR gender diverse OR gender minorit* OR gender non-conforming OR ((glbt OR intersex OR lbg OR lesbian OR lgbt OR non-binary OR transfeminine OR trans-feminine OR transmasculine OR trans-masculine OR two-spirit) ADJ2 person*) OR homosexual* OR lesbian* OR lgbtq* OR non-heterosexual* OR queer* OR sexual dissident* OR sexual minorit* OR transexual* OR transgender*).ti,ab
23	Immigration/ OR Refugees/
24	((asylum ADJ3 seeker*) OR (displaced ADJ3 person*) OR emigrant* OR immigrant* OR migrant* OR newcomer* OR refugee* OR transient*).ti,ab
25	(drug* ADJ3 (abuser OR abusers OR addict OR addicts OR user OR users)).ti,ab
26	((autis* OR development* OR intellectual* OR mental* OR person* OR physical*) ADJ3 (deficien* OR difficult* OR disab* OR disorder* OR dysfunction* OR delay* OR ill OR illness* OR impair* OR incapa* OR issue* OR limit* OR problem* OR retard*)) OR handicap* OR multihandicap* OR multi-handicap* OR polyhandicap* OR poly-handicap*).ti,ab

27	Older Adulthood/
28	(advanced age OR ageing OR aging OR elder* OR geriatric* OR old age OR ((aged OR old OR older OR oldest) ADJ2 (adult* OR patient* OR people* OR person* OR resident*)) OR late adulthood).ti,ab
29	exp Indigenous Populations/
30	(aborigin* OR amerind* OR (ancestr* ADJ3 group*) OR autocht* OR (cultural* ADJ1 (competence OR safe*)) OR eskimo* OR first nation* OR first people* OR indian* OR indigenous OR innuit* OR inuit* OR inuk* OR metis OR native OR natives OR tribal OR tribe OR tribes).ti,ab
31	OR/19-30
32	Meta Analysis/ OR Systematic Review/ OR (meta-analy* OR metaanaly* OR met analy* OR metanaly* OR meta-review* OR metareview* OR meta regression* OR metaregression* OR meta synthesis OR metasynthesis OR overview of review* OR overviews of reviews OR (systematic* ADJ3 (review* OR overview* OR literature OR search* OR research*)) OR ((quantitative OR methodologic* OR integrativ*) ADJ (review* OR overview* OR synthes*)) OR umbrella review* OR hta OR htas OR technology assessment* OR technology overview* OR technology appraisal* OR technology reassessment*).ti,ab,id OR (review AND ((medline OR pubmed) AND (cinahl OR cochrane OR embase OR psycinfo))).ti,ab,id
33	Experiment Controls/ OR Randomized Controlled Trials/ OR Randomized Clinical Trials/ OR Random Sampling/ OR (allocated OR (control* ADJ3 (group* OR study OR studies OR trial*)) OR ((doubl* OR singl*) ADJ (blind* OR dumm* OR mask*)) OR ((equivalence OR superiority OR non-inferiority OR noninferiority) ADJ3 (study OR studies OR trial*)) OR non-random* OR nonrandom* OR (open-label ADJ5 (study OR studies OR trial*)) OR (phase ADJ3 (III OR "3") ADJ3 (study OR studies OR trial*)) OR ((practical OR pragmatic) ADJ3 trial*) OR ((pragmatic OR quantitative) ADJ3 (study OR studies)) OR ((quasiexperimental OR quasi-experimental) ADJ3 (study OR studies OR trial*)) OR quasi-random* OR quasirandom* OR random* OR ((trebl* OR tripl*) ADJ (blind* OR dumm* OR mask*))).ti,ab,id
34	Cohort Analysis/ OR Followup Studies/ OR Longitudinal Studies/ OR Prospective Studies/ OR Retrospective Studies/ OR ((case ADJ (control OR controlled OR comparison OR series)) OR (case-referent ADJ3 (analyses OR analysis OR design OR studies OR study)) OR cohort* OR (cross ADJ sectional ADJ7 (analyses OR analysis OR design OR findings OR research OR studies OR study OR survey)) OR (observational ADJ3 (analyses OR analysis OR design OR studies OR study)) OR (prospective ADJ7 (analyses OR analysis OR design OR studies OR study)) OR ((follow-up or followup) ADJ7 (analyses OR analysis OR design OR studies OR study)) OR ((longitudinal OR longterm OR (long ADJ term)) ADJ7 (analysis OR analyses OR data OR design OR studies OR study)) OR ((multidimensional OR (multi ADJ dimensional)) ADJ3 (analyses OR analysis OR design OR study OR studies)) OR (retrospective ADJ7 (analyses OR analysis OR data OR design OR review* OR study OR studies)) OR (population ADJ3 (analyses OR analysis OR studies OR study)) OR (descriptive ADJ3 (analyses OR analysis OR design OR studies OR study)) OR (natural ADJ (experiment OR experiment*)) OR (quasi ADJ (experiment OR experiments OR experimental)) OR ((non experiment OR nonexperiment OR non experimental OR nonexperimental) ADJ3 (analyses OR analysis OR design OR study or studies))).ti,ab,id
35	OR/32-34
36	3 AND 18 AND 31 AND 35
37	(Afghanistan* OR Africa* OR Albania* OR Algeria* OR Andorra* OR Angola* OR Antigua* OR Armenia* OR Azerbaijan* OR Bahamas* OR Bahrain* OR Bangladesh* OR Barbados* OR Barbuda* OR Belarus* OR Belize* OR Benin* OR Bhutan* OR Bolivia* OR Borneo* OR Bosnia* OR Botswana* OR Brunei* OR Bulgaria* OR Burkina Faso* OR Burundi* OR Cabo Verde* OR Cambodia* OR Cameroon* OR "Cape Verde*" OR Chad* OR China* OR Chinese OR Comoros* OR Congo* OR "Cote d'Ivoire*" OR Crimea* OR Croatia* OR Cuba* OR Cyprus* OR Djibouti* OR Dominica* OR Dominican Republic* OR Ecuador* OR Egypt* OR El Salvador* OR Equatorial Guinea* OR Eritrea* OR Eswatini* OR Ethiopia* OR Fiji* OR Gabon* OR Gambia* OR Ghana* OR Grenada* OR Guatemala* OR Guinea* OR Guinea-Bissau* OR Guyana* OR Haiti* OR Himalaya* OR Honduras* OR India* OR Indochina* OR Indonesia* OR Iran* OR Iraq* OR Jamaica* OR Jordan* OR Kazakhstan* OR Kenya* OR Kosovo* OR Kuala Lumpur* OR Kuwait* OR Kyrgyzstan* OR Laos* OR Leban* OR Lesotho* OR Liberia* OR Libya* OR Liechtenstein* OR Macau* OR Macedonia* OR Madagascar* OR Malawi* OR Malaysia* OR Maldives* OR Mali OR Malta* OR Mauritania* OR Mauritius* OR Mekong* OR Melanesia* OR Micronesia* OR Moldova* OR Monaco* OR Mongolia* OR Montenegro* OR Morocco* OR Mozambique* OR Myanmar* OR Namibia* OR Nauru* OR Nepal* OR Nicaragua* OR Niger* OR Niue* OR Oman* OR Pakistan* OR Palau* OR Palestine* OR Panama* OR Papua New Guinea* OR Paraguay* OR Peru* OR Philippines* OR Qatar* OR Romania* OR Russia* OR Rwanda* OR Sahel* OR "Saint Kitts and Nevis" OR Saint Lucia* OR "Saint Vincent and the Grenadines" OR Samoa* OR "Sao Tome and Principe" OR Saudi Arabia* OR Senegal* OR Serbia* OR Seychelles* OR Sierra Leone* OR Singapore* OR Somalia* OR Sri Lanka* OR Sudan* OR Suriname* OR Syria* OR Taiwan* OR Tajikistan* OR Tanzania* OR Thailand* OR Tibet* OR "Tim-Leste*" OR Togo* OR

	Tonga* OR "Trinidad and Tobago" OR Tunisia* OR Turkmenistan* OR Tuvalu* OR Uganda* OR Ukraine* OR "United Arab Emirates*" OR Uruguay* OR Uzbekistan* OR Vanuatu* OR Venezuela* OR Vietnam* OR "Viet Nam" OR Yemen* OR Zambia* OR Zimbabwe*).ti
38	(editorial* OR letter*).ti
39	36 NOT (37 OR 38)

CINAHL Complete (EBSCO) Date du repérage : 28 mai 2025 Limites : 2020-2025; anglais, français	
#	Requêtes
S1	MH "Community-Institutional Relations"
S2	TI ((communit* N3 relation*) OR (outreach* N3 (action* OR activit* OR approach* OR assess* OR communit* OR enactment* OR engage* OR evaluat* OR facilit* OR follow-up* OR intervention* OR measur* OR method* OR model* OR monitor* OR operational* OR practice* OR program* OR resource* OR strateg* OR surveillance OR technique* OR tool*)) OR (outreach* N3 service* ADJ3 deliver*)) OR AB ((communit* N3 relation*) OR (outreach* N3 (action* OR activit* OR approach* OR assess* OR communit* OR enactment* OR engage* OR evaluat* OR facilit* OR follow-up* OR intervention* OR measur* OR method* OR model* OR monitor* OR operational* OR practice* OR program* OR resource* OR strateg* OR surveillance OR technique* OR tool*)) OR (outreach* N3 service* ADJ3 deliver*))
S3	S1 OR S2
S4	MH ("Alcohol Drinking" OR Alcoholism OR "Substance Abuse*" OR "Substance Dependence" OR "Substance Use Disorders")
S5	TI (addict* OR alcohol* OR ((chemical* OR drug* OR substance*) N3 (abus* OR depend* OR excess* OR disorder* OR harm* OR hazardous OR heav* OR intoxicat* OR misuse* OR risk? OR use*))) OR AB (addict* OR alcohol* OR ((chemical* OR drug* OR substance*) N3 (abus* OR depend* OR excess* OR disorder* OR harm* OR hazardous OR heav* OR intoxicat* OR misuse* OR risk? OR use*)))
S6	MH "Harm Reduction"
S7	TI (((harm* OR risk*) N3 (minimiz* OR reduct*)) OR (health N3 protect*) OR (risk* N3 mitigation)) OR AB (((harm* OR risk*) N3 (minimiz* OR reduct*)) OR (health N3 protect*) OR (risk* N3 mitigation))
S8	MH ("Community Mental Health Services" OR "Mental Health" OR "Mental Health Services" OR Psychiatry OR "Social Work, Psychiatric")
S9	TI ((assertive N3 communit* N3 treat*) OR (mental N3 health) OR psychiatr*) OR AB ((assertive N3 communit* N3 treat*) OR (mental N3 health) OR psychiatr*)
S10	MH (Housing OR "Housing Instability" OR "Public Housing")
S11	TI ("halfway house*" OR housing OR (room* N3 house*) OR shelter* OR "single room" OR "single-room") OR AB ("halfway house*" OR housing OR (room* N3 house*) OR shelter* OR "single room" OR "single-room")
S12	MH ("Community Violence" OR "Domestic Violence" OR "Gender-Based Violence" OR Violence)
S13	TI (assault* OR ((female* OR partner* OR physical OR spouse*) N3 (abus* OR battered OR attack*)) OR maltreatment* OR violen*) OR AB (assault* OR ((female* OR partner* OR physical OR spouse*) N3 (abus* OR battered OR attack*)) OR maltreatment* OR violen*) OR AB (assault* OR ((female* OR partner* OR physical OR spouse*) N3 (abus* OR battered OR attack*)) OR maltreatment* OR violen*) OR AB (assault* OR ((female* OR partner* OR physical OR spouse*) N3 (abus* OR battered OR attack*)) OR maltreatment* OR violen*)
S14	MH ("Economic and Social Security" OR Poverty OR "Social Deprivation" OR "Social Welfare" OR "Social Work" OR "Social Work Service")
S15	TI ((communit* N3 service*) OR (economic* N3 (securit* OR insecurit*)) OR impoverish* OR (income* N3 assist*) OR indigent* OR indigenc* OR (low* N3 income*) OR povert* OR pwd* OR (social N3 assist* OR issue* OR securit* OR service* OR support* OR work*)) OR (support* N3 work*)) OR AB ((communit* N3 service*) OR (economic* N3 (securit* OR insecurit*)) OR impoverish* OR (income* N3 assist*) OR indigent* OR indigenc* OR (low* N3 income*) OR povert* OR pwd* OR (social N3 assist* OR issue* OR securit* OR service* OR support* OR work*)) OR (support* N3 work*))
S16	MH ("Health Services Accessibility" OR "Health Services for the Indigent" OR "Health Status Disparities" OR "Healthcare Disparities")
S17	TI (((access* OR equit*) N3 (care* OR health OR healthcare OR service* OR social)) OR (barrier* ADJ3 care*) OR (disparit* N3 (care* OR health* OR healthcare OR status*)) OR inequalit* OR inequit*) OR AB (((access* OR equit*) N3 (care* OR health OR healthcare OR service* OR social)) OR (barrier* ADJ3 care*) OR (disparit* N3 (care* OR health* OR healthcare OR status*)) OR inequalit* OR inequit*)

S18	S4 OR S5 OR S6 OR S7 OR S8 OR S9 OR S10 OR S11 OR S12 OR S13 OR S14 OR S15 OR S16 OR S17
S19	MH ("Homeless Persons" OR Homelessness)
S20	TI (hard-to-reach OR homeless* OR ("ill-housed" OR shelter* OR unhoused OR "un-housed") N3 person*) OR indigency OR indigent? OR (people N3 street*) OR ("at risk" OR disavntag* OR hidden OR "high risk" OR marginal* OR underserved OR "under-served" OR vulnerable) N3 (citizen* OR communit* OR group* OR individual* OR patient* OR people* OR person* OR population*) OR ((social OR economic OR socioeconomic* OR "socio-economic") N3 (inegalit* OR insecurit* OR need? OR vulnerabilit*)) OR AB ("hard-to-reach" OR homeless* OR ("ill-housed" OR shelter* OR unhoused OR "un-housed") N3 person*) OR indigency OR indigent? OR (people N3 street*) OR ("at risk" OR disavntag* OR hidden OR "high risk" OR marginal* OR underserved OR "under-served" OR vulnerable) N3 (citizen* OR communit* OR group* OR individual* OR patient* OR people* OR person* OR population*) OR ((social OR economic OR socioeconomic* OR "socio-economic") N3 (inegalit* OR insecurit* OR need? OR vulnerabilit*))
S21	MH "Sexual and Gender Minorities"
S22	TI (asexual* OR bisexual* OR gay OR gays OR "gender diverse" OR "gender minorit*" OR "gender non-conforming" OR ((glbt OR intersex OR lbg OR lesbigay OR lgbt OR "non-binary" OR transfeminine OR "trans-feminine" OR transmasculine OR "trans-masculine" OR "two-spirit") N2 person*) OR homosexual* OR lesbian* OR lgbtq* OR "non-heterosexual*" OR queer* OR "sexual dissident*" OR "sexual minorit*" OR transexual* OR transgender*) OR AB (asexual* OR bisexual* OR gay OR gays OR "gender diverse" OR "gender minorit*" OR "gender non-conforming" OR ((glbt OR intersex OR lbg OR lesbigay OR lgbt OR "non-binary" OR transfeminine OR "trans-feminine" OR transmasculine OR "trans-masculine" OR "two-spirit") N2 person*) OR homosexual* OR lesbian* OR lgbtq* OR "non-heterosexual*" OR queer* OR "sexual dissident*" OR "sexual minorit*" OR transexual* OR transgender*)
S23	MH (Immigrants OR Refugees)
S24	TI ((asylum N3 seeker*) OR (displaced N3 person*) OR emigrant* OR immigrant* OR migrant* OR newcomer* OR refugee* OR transient*) OR AB ((asylum N3 seeker*) OR (displaced N3 person*) OR emigrant* OR immigrant* OR migrant* OR newcomer* OR refugee* OR transient*)
S25	MH "Persons with Substance Use Disorders"
S26	TI (drug* N3 (abuser OR abusers OR addict OR addicts OR user OR users)) OR AB (drug* N3 (abuser OR abusers OR addict OR addicts OR user OR users))
S27	MH ("Persons with Disabilities" OR "Persons with Intellectual Disabilities")
S28	TI (((autis* OR development* OR intellectual* OR mental* OR person* OR physical*) N3 (deficien* OR difficult* OR disab* OR disorder* OR dysfunction* OR delay* OR ill OR illness* OR impair* OR incapa* OR issue* OR limit* OR problem* OR retard*)) OR handicap* OR multihandicap* OR "multi-handicap*" OR polyhandicap* OR "poly-handicap*") OR AB (((autis* OR development* OR intellectual* OR mental* OR person* OR physical*) N3 (deficien* OR difficult* OR disab* OR disorder* OR dysfunction* OR delay* OR ill OR illness* OR impair* OR incapa* OR issue* OR limit* OR problem* OR retard*)) OR handicap* OR multihandicap* OR "multi-handicap*" OR polyhandicap* OR "poly-handicap*")
S29	MH (Aged OR "Aged, 80 and Over"+)
S30	TI ("advanced age" OR ageing OR aging OR elder* OR geriatric* OR "old age" OR ((aged OR old OR older OR oldest) N2 (adult* OR patient* OR people* OR person* OR resident*)) OR "late adulthood") OR AB ("advanced age" OR ageing OR aging OR elder* OR geriatric* OR old age OR ((aged OR old OR older OR oldest) N2 (adult* OR patient* OR people* OR person* OR resident*)) OR "late adulthood")
S31	MH "Indigenous Peoples+"
S32	TI (aborigin* OR amerind* OR (ancestr* N3 group*) OR autocht* OR (cultural* N1 (competence OR safe*)) OR eskimo* OR "first nation*" OR "first people*" OR indian* OR indigenous OR innuit* OR inuit* OR inuk* OR metis OR native OR natives OR tribal OR tribe OR tribes) OR AB (aborigin* OR amerind* OR (ancestr* N3 group*) OR autocht* OR (cultural* N1 (competence OR safe*)) OR eskimo* OR "first nation*" OR "first people*" OR indian* OR indigenous OR innuit* OR inuit* OR inuk* OR metis OR native OR natives OR tribal OR tribe OR tribes)
S33	S19 OR S20 OR S21 OR S22 OR S23 OR S24 OR S25 OR S26 OR S27 OR S28 OR S29 OR S30 OR S31 OR S32
S34	MH ("Meta Analysis" OR "Meta Synthesis" OR "Systematic Review") OR TI ("meta-analy*" OR metaanaly* OR "met analy*" OR metanaly* OR "meta-review*" OR metareview* OR "meta regression*" OR metaregression* OR "meta synthesis" OR metasynthesis OR "overview of review*" OR "overviews of reviews" OR (systematic* N3 (review* OR overview* OR literature OR search* OR research*)) OR ((quantitative OR methodologic* OR integrativ*) N1 (review* OR overview* OR synthes*)) OR "umbrella review*" OR hta OR htas OR "technology assessment*" OR "technology overview*" OR "technology appraisal*" OR "technology reassessment*") OR (review AND ((medline OR pubmed) AND (cinahl OR cochrane OR embase OR psycinfo))) OR AB ("meta-analy*" OR metaanaly* OR "met analy*" OR metanaly* OR "meta-review*" OR metareview* OR "meta regression*" OR metaregression* OR "meta

	synthesis" OR metasynthesis OR "overview of review*" OR "overviews of reviews" OR (systematic* N3 (review* OR overview* OR literature OR search* OR research*)) OR ((quantitative OR methodologic* OR integrativ*) N1 (review* OR overview* OR syntheses*)) OR "umbrella review*" OR hta OR htas OR "technology assessment*" OR "technology overview*" OR "technology appraisal*" OR "technology reassessment*" OR (review AND ((medline OR pubmed) AND (cinahl OR cochrane OR embase OR psycinfo))) OR SU ("meta-analy*" OR metaanaly* OR "met analy*" OR metanaly* OR "meta-review*" OR metareview* OR "meta regression*" OR metaregression* OR "meta synthesis" OR metasynthesis OR "overview of review*" OR "overviews of reviews" OR (systematic* N3 (review* OR overview* OR literature OR search* OR research*)) OR ((quantitative OR methodologic* OR integrativ*) N1 (review* OR overview* OR syntheses*)) OR "umbrella review*" OR hta OR htas OR "technology assessment*" OR "technology overview*" OR "technology appraisal*" OR "technology reassessment*" OR (review AND ((medline OR pubmed) AND (cinahl OR cochrane OR embase OR psycinfo)))
S35	MH ("Control Group" OR "Double-Blind Studies" OR "Nonrandomized Trials" OR "Random Sample*" OR "Randomized Controlled Trials" OR "Single-Blind Studies" OR "Triple-Blind Studies") OR TI (allocated OR (control* N3 (group* OR study OR studies OR trial*)) OR ((doubl* OR singl*) ADJ (blind* OR dumm* OR mask*)) OR ((equivalence OR superiority OR "non-inferiority" OR noninferiority) N3 (study OR studies OR trial*)) OR "non-random*" OR nonrandom* OR ("open-label" ADJ5 (study OR studies OR trial*)) OR (phase N3 (III OR "3") N3 (study OR studies OR trial*)) OR ((practical OR pragmatic) N3 trial*) OR ((pragmatic OR quantitative) N3 (study OR studies)) OR ((quasiexperimental OR "quasi-experimental") N3 (study OR studies OR trial*)) OR "quasi-random*" OR quasirandom* OR random* OR ((trebl* OR tripl*) ADJ (blind* OR dumm* OR mask*)) OR SU (allocated OR (control* N3 (group* OR study OR studies OR trial*)) OR ((doubl* OR singl*) ADJ (blind* OR dumm* OR mask*)) OR ((equivalence OR superiority OR "non-inferiority" OR noninferiority) N3 (study OR studies OR trial*)) OR "non-random*" OR nonrandom* OR ("open-label" ADJ5 (study OR studies OR trial*)) OR (phase N3 (III OR "3") N3 (study OR studies OR trial*)) OR ((practical OR pragmatic) N3 trial*) OR ((pragmatic OR quantitative) N3 (study OR studies)) OR ((quasiexperimental OR "quasi-experimental") N3 (study OR studies OR trial*)) OR "quasi-random*" OR quasirandom* OR random* OR ((trebl* OR tripl*) ADJ (blind* OR dumm* OR mask*))
S36	MH ("Case Control Studies" OR "Cross Sectional Studies" OR "Nonexperimental Studies" OR "Prospective Studies*" OR "Retrospective Panel Studies") OR TI ((case N1 (control OR controlled OR comparison OR series)) OR ("case-referent" N3 (analyses OR analysis OR design OR studies OR study)) OR cohort* OR (cross N1 sectional N7 (analyses OR analysis OR design OR findings OR research OR studies OR study OR survey)) OR (observational N3 (analyses OR analysis OR design OR studies OR study)) OR (prospective N7 (analyses OR analysis OR design OR studies OR study)) OR ("follow-up" or followup) N7 (analyses OR analysis OR design OR studies OR study)) OR ((longitudinal OR longterm OR (long N1 term)) N7 (analysis OR analyses OR data OR design OR studies OR study)) OR ((multidimensional OR (multi N1 dimensional)) N3 (analyses OR analysis OR design OR study OR studies)) OR (retrospective N7 (analyses OR analysis OR data OR design OR review* OR study OR studies)) OR (population N3 (analyses OR analysis OR studies OR study)) OR (descriptive N3 (analyses OR analysis OR design OR studies OR study)) OR (natural N1 (experiment OR experiment*)) OR (quasi N1 (experiment OR experiments OR experimental)) OR ("non experiment" OR nonexperiment OR "non experimental" OR nonexperimental) N3 (analyses OR analysis OR design OR study or studies))) OR AB ((case N1 (control OR controlled OR comparison OR series)) OR ("case-referent" N3 (analyses OR analysis OR design OR studies OR study)) OR cohort* OR (cross N1 sectional N7 (analyses OR analysis OR design OR findings OR research OR studies OR study OR survey)) OR (observational N3 (analyses OR analysis OR design OR studies OR study)) OR (prospective N7 (analyses OR analysis OR design OR studies OR study)) OR ("follow-up" or followup) N7 (analyses OR analysis OR design OR studies OR study)) OR ((longitudinal OR longterm OR (long N1 term)) N7 (analysis OR analyses OR data OR design OR studies OR study)) OR ((multidimensional OR (multi N1 dimensional)) N3 (analyses OR analysis OR design OR study OR studies)) OR (retrospective N7 (analyses OR analysis OR data OR design OR review* OR study OR studies)) OR (population N3 (analyses OR analysis OR studies OR study)) OR (descriptive N3 (analyses OR analysis OR design OR studies OR study)) OR (natural N1 (experiment OR experiment*)) OR (quasi N1 (experiment OR experiments OR experimental)) OR ("non experiment" OR nonexperiment OR "non experimental" OR nonexperimental) N3 (analyses OR analysis OR design OR study or studies))) OR SU ((case N1 (control OR controlled OR comparison OR series)) OR ("case-referent" N3 (analyses OR analysis OR design OR studies OR study)) OR cohort* OR (cross N1 sectional

	N7 (analyses OR analysis OR design OR findings OR research OR studies OR study OR survey)) OR (observational N3 (analyses OR analysis OR design OR studies OR study)) OR (prospective N7 (analyses OR analysis OR design OR studies OR study)) OR (("follow-up" or followup) N7 (analyses OR analysis OR design OR studies OR study)) OR ((longitudinal OR longterm OR (long N1 term)) N7 (analysis OR analyses OR data OR design OR studies OR study)) OR ((multidimensional OR (multi N1 dimensional)) N3 (analyses OR analysis OR design OR study OR studies)) OR (retrospective N7 (analyses OR analysis OR data OR design OR review* OR study OR studies)) OR (population N3 (analyses OR analysis OR studies OR study)) OR (descriptive N3 (analyses OR analysis OR design OR studies OR study)) OR (natural N1 (experiment OR experiment*)) OR (quasi N1 (experiment OR experiments OR experimental)) OR (("non experiment" OR nonexperiment OR "non experimental" OR nonexperimental) N3 (analyses OR analysis OR design OR study or studies)))
S37	S34 OR S35 OR S36
S38	S3 AND S18 AND S33 AND S37
S39	TI (Afghanistan* OR Africa* OR Albania* OR Algeria* OR Andorra* OR Angola* OR Antigua* OR Armenia* OR Azerbaijan* OR Bahamas* OR Bahrain* OR Bangladesh* OR Barbados* OR Barbuda* OR Belarus* OR Belize* OR Benin* OR Bhutan* OR Bolivia* OR Borneo* OR Bosnia* OR Botswana* OR Brunei* OR Bulgaria* OR Burkina Faso* OR Burundi* OR Cabo Verde* OR Cambodia* OR Cameroon* OR "Cape Verde*" OR Chad* OR China* OR Chinese OR Comoros* OR Congo* OR "Cote d'Ivoire*" OR Crimea* OR Croatia* OR Cuba* OR Cyprus* OR Djibouti* OR Dominica* OR Dominican Republic* OR Ecuador* OR Egypt* OR El Salvador* OR Equatorial Guinea* OR Eritrea* OR Eswatini* OR Ethiopia* OR Fiji* OR Gabon* OR Gambia* OR Ghana* OR Grenada* OR Guatemala* OR Guinea* OR Guinea-Bissau* OR Guyana* OR Haiti* OR Himalaya* OR Honduras* OR India* OR Indochina* OR Indonesia* OR Iran* OR Iraq* OR Jamaica* OR Jordan* OR Kazakhstan* OR Kenya* OR Kosovo* OR Kuala Lumpur* OR Kuwait* OR Kyrgyzstan* OR Laos* OR Leban* OR Lesotho* OR Liberia* OR Libya* OR Liechtenstein* OR Macau* OR Macedonia* OR Madagascar* OR Malawi* OR Malaysia* OR Maldives* OR Mali OR Malta* OR Mauritania* OR Mauritius* OR Mekong* OR Melanesia* OR Micronesia* OR Moldova* OR Monaco* OR Mongolia* OR Montenegro* OR Morocco* OR Mozambique* OR Myanmar* OR Namibia* OR Nauru* OR Nepal* OR Nicaragua* OR Niger* OR Niue* OR Oman* OR Pakistan* OR Palau* OR Palestine* OR Panama* OR Papua New Guinea* OR Paraguay* OR Peru* OR Philippines* OR Qatar* OR Romania* OR Russia* OR Rwanda* OR Sahel* OR "Saint Kitts and Nevis" OR Saint Lucia* OR "Saint Vincent and the Grenadines" OR Samoa* OR "Sao Tome and Principe" OR Saudi Arabia* OR Senegal* OR Serbia* OR Seychelles* OR Sierra Leone* OR Singapore* OR Somalia* OR Sri Lanka* OR Sudan* OR Suriname* OR Syria* OR Taiwan* OR Tajikistan* OR Tanzania* OR Thailand* OR Tibet* OR "Tim-Leste*" OR Togo* OR Tonga* OR "Trinidad and Tobago" OR Tunisia* OR Turkmenistan* OR Tuvalu* OR Uganda* OR Ukraine* OR "United Arab Emirates*" OR Uruguay* OR Uzbekistan* OR Vanuatu* OR Venezuela* OR Vietnam* OR "Viet Nam" OR Yemen* OR Zambia* OR Zimbabwe*)
S40	PT (Editorial OR Letter) OR TI(editorial* OR letter*)
S41	S38 NOT (S39 OR S40)

ANNEXE B

Sélection des publications scientifiques

Figure B-1 Diagramme de flux de type PRISMA

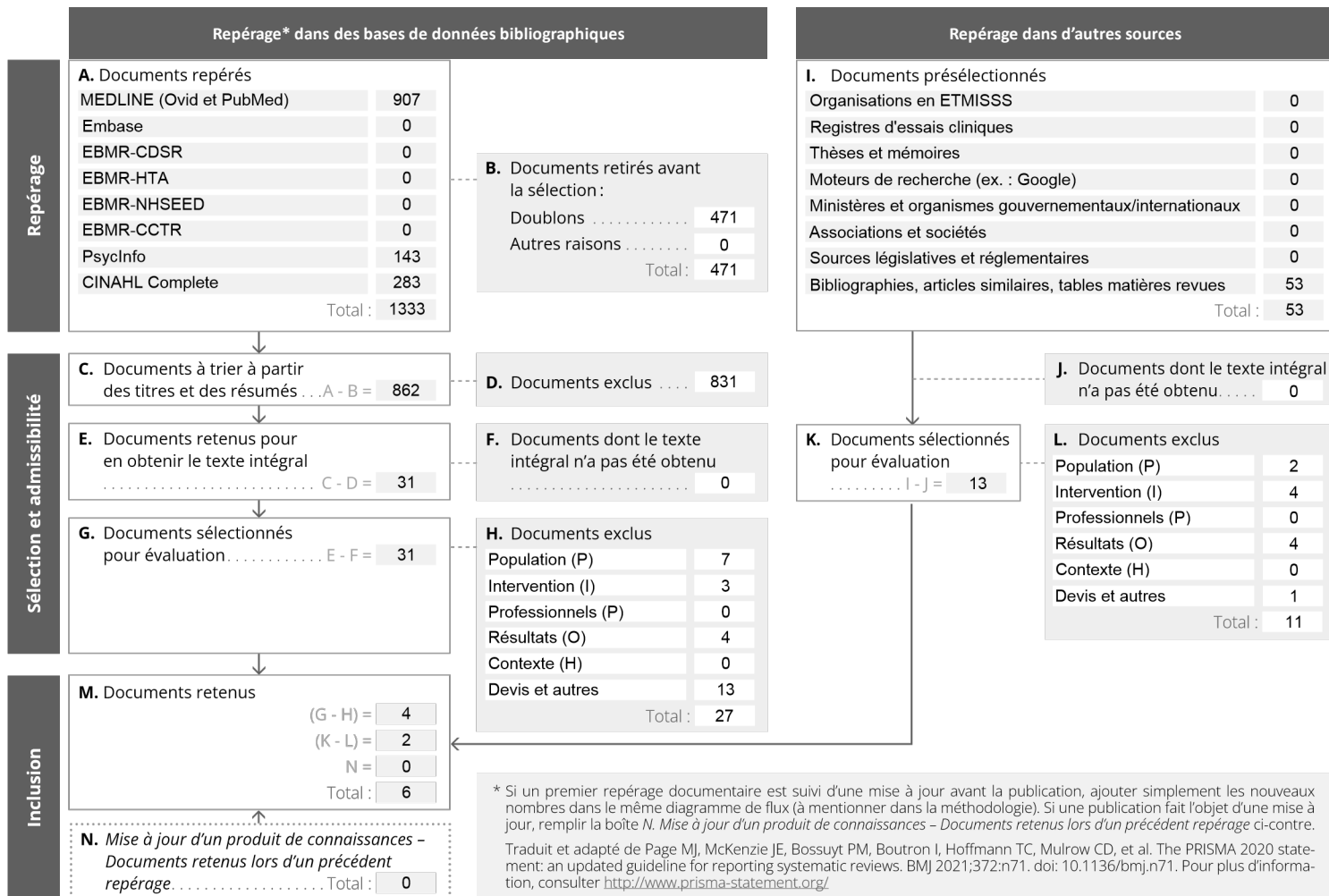


Tableau B-1 Critères d'inclusion et d'exclusion des publications scientifiques

Critères PIPOH et autres	Critères d'inclusion	Critères d'exclusion
Population	Personnes ou populations de 16 ans et plus, répondant à l'ensemble des conditions suivantes : ▪ Situations de vulnérabilité en santé mentale, caractérisée par au moins un des éléments suivants : – exposition à des déterminants sociaux de la santé défavorables (p. ex. handicap, pauvreté, violence, discrimination, isolement social) identifiés comme un facteur de risque ou un indicateur de besoins non comblés en santé mentale; – troubles mentaux passés ou actuels, sans accès ou recours aux services de santé mentale au moment où l'action de démarchage est amorcée. ▪ Non-engagement dans un parcours de soins formel en santé mentale, c'est-à-dire que les personnes concernées : – ne cherchent pas activement d'aide ou de soutien en santé mentale au moment du démarchage; – ne sont pas en lien avec des services de santé mentale de première ligne ou spécialisés. ▪ Difficultés à joindre ou à desservir les personnes ou les populations, par exemple pour les raisons suivantes : – condition de santé physique ou mentale limitant l'accès aux soins et services; – isolement géographique (p. ex. régions éloignées, milieux ruraux); – barrières sociales ou culturelles; – obstacles financiers; – obstacles liés aux systèmes de santé (p. ex. complexité des démarches administratives, absence de services adaptés, délais d'attente prolongés).	▪ Personnes ou populations de moins de 16 ans. ▪ Parents ou proches aidants de la population cible. ▪ Toute personne ou population non en situation de vulnérabilité (sans facteur de risque ou autre indicateur).
Intervention	Toute démarche globale, tout programme ou toute intervention qui s'inscrit dans les objectifs ou intentions du démarchage, ou qui permet d'identifier des actions ou types d'action (méthode, stratégie, tâche, forme spécifique) visant à : ▪ joindre les personnes ou populations dans leurs milieux de vie;	Démarche globale, programme ou intervention : ▪ ne permettant pas d'identifier des actions ou types d'action en adéquation avec les objectifs ou intentions du démarchage;

Critères PIPOH et autres	Critères d'inclusion	Critères d'exclusion
	▪ établir un premier contact ou un lien de confiance; ▪ offrir un soutien initial ou un accompagnement dans leurs démarches; ▪ faciliter l'accès aux soins et aux services en santé mentale ou favoriser l'engagement dans ceux-ci.	▪ portant principalement sur une intervention structurée, de type atelier ou programme thérapeutique, nécessitant un engagement préalable formel et soutenu dans le temps par les personnes ou populations ciblées (ex. : plusieurs séances planifiées, inscription formelle, suivi thérapeutique); ▪ reposant principalement sur un outil technologique fournissant uniquement de l'information, sans contact ni soutien humain direct (p. ex. application mobile de santé mentale, site Web informatif), sauf s'il est intégré dans une démarche globale de démarchage avec des interactions humaines; ▪ portant sur la mise en œuvre organisationnelle du démarchage, sans lien direct avec les actions auprès des personnes ou populations ciblées (p. ex. processus pour établir ou maintenir le contact avec les partenaires, processus pour entretenir les relations au travail); ▪ relevant de campagnes visant à informer ou à sensibiliser le public sur la santé mentale ou les populations vulnérables (p. ex. campagne médiatique, événement communautaire de sensibilisation); ▪ répondant à une situation d'urgence sanitaire ou à une catastrophe naturelle.
Professionnels concernés	▪ Professionnels, intervenants ou partenaires du RSSS participant aux actions de démarchage en santé mentale. ▪ Pairs aidants formés concernés par les actions de démarchage en santé mentale.	Toutes les personnes ou entités qui ne relèvent pas du RSSS et qui ne participent pas aux actions de démarchage, telles que les suivantes : ▪ proches aidants ou famille non formés (soutien informel); ▪ bénévoles non affiliés à une organisation reconnue; ▪ chercheurs ou universitaires impliqués uniquement dans l'évaluation; ▪ organisations privées hors du RSSS (p. ex. entreprises commerciales); ▪ institutions hors du RSSS (p. ex. police, justice).
Résultats d'intérêt escomptés (outcomes)	Tout résultat évalué de manière formelle (quantitatif ou qualitatif) et attribuable à la démarche globale de démarchage, à l'une de ses actions ou à l'un de ses types d'action spécifiques, y compris les effets suivants : ▪ effets populationnels;	Tout résultat évalué : ▪ non attribuable au démarchage (démarche globale, action, type d'action);

Critères PIPOH et autres	Critères d'inclusion	Critères d'exclusion
	▪ effets socioculturels; ▪ effets cliniques; ▪ effets organisationnels; ▪ effets économiques.	▪ portant spécifiquement sur une intervention de nature thérapeutique (p. ex. psychothérapie, groupe thérapeutique); ▪ portant uniquement sur l'implantation (p. ex. contexte, mise en œuvre, fidélité, planification).
Milieus de soins (<i>health care context</i>)	Tout lieu de vie quotidienne ou environnement communautaire, en dehors des milieux de soins traditionnels, dans lequel se déploient les actions de démarchage, par exemple : ▪ domicile de la personne; ▪ rues ou espaces publics; ▪ refuges, centres d'hébergement ou maisons d'accueil; ▪ centres communautaires ou organismes à but non lucratif; ▪ écoles ou établissements d'enseignement; ▪ lieux de travail; ▪ milieux correctionnels ou de transition.	Tout établissement de santé ou de services sociaux considéré comme milieu prioritaire d'intervention (p. ex. hôpital, clinique, centre spécialisé) pour des actions autres que l'identification/repérage, la liaison ou la coordination.
Type de publication	Articles de recherche publiés dans des revues scientifiques évalués par des pairs : ▪ étude primaire; ▪ synthèse d'études.	▪ Publications non évaluées par les pairs. ▪ Articles d'opinion et éditoriaux. ▪ Livres et chapitres de livre. ▪ Résumés. ▪ Littérature grise : rapports d'étude ou de recherche, thèses et mémoires, actes de congrès, documents produits par des organismes gouvernementaux ou des sociétés savantes, etc.
Type de plan d'étude (<i>devis</i>)	▪ Études quantitatives et études mixtes évaluant l'efficacité des actions de démarchage : ECR, étude de cohorte, étude transversale, etc. ▪ Études quantitatives et études mixtes évaluant la perception des utilisateurs ou des bénéficiaires de l'efficacité des actions du démarchage : enquête, étude transversale, etc.	▪ Études qualitatives. ▪ Études d'évaluation d'implantation.
Années de publication	Depuis le 1 ^{er} janvier 2008.	Documents publiés avant janvier 2008.
Pays	Pays membres de l'OCDE.	Pays non membres de l'OCDE.

Tableau B-2 Description des publications sélectionnées et des caractéristiques des actions de démarchage en santé mentale

Auteurs (année) Lieu Contexte d'intervention Modèle de démarchage Devis Échantillon	Caractéristiques des actions de démarchage (analyse)
Dehn et al. (2025) <u>Allemagne</u> : Mecklenburg-Western Pomerania et North Rhine–Westphalia. Pays où les personnes atteintes de troubles mentaux sévères ont droit à un soutien social, incluant des services communautaires de santé mentale et des programmes de soutien au logement. Il est attribué après une évaluation structurée et en tenant compte des souhaits de la personne. Floating Outreach (STAX-SA type 4). Soutien mobile à domicile, dans le logement permanent de la personne, par des visites régulières (quelques heures par semaine). Ce modèle offre un accompagnement faible à modéré, centré sur l'autonomie et l'accès aux services, sans présence continue ni composante thérapeutique intensive. Étude quantitative d'analyse secondaire de deux projets prospectifs locaux, suivi 12 mois. N = 119 : 20 à 69 ans (moyenne : 41 ans), 64 femmes et 55 hommes, 66 % sans emploi. ▪ Diagnostics de santé mentale : 36 % troubles affectifs, 16 % anxiété/stress/troubles somatoformes, 13 % troubles de la personnalité, 12 % schizophrénie/psychose, 14 % troubles liés à l'usage de substances. • Comorbidité : 67 % psychiatrique, 66 % somatique.	Population ciblée et situations de vulnérabilité <u>Personnes logées dans la communauté, mais dont la stabilité résidentielle est précaire.</u> ▪ Caractéristiques individuelles : troubles mentaux variés. ▪ Environnement économique et professionnel : précarité économique persistante, notamment due à l'exclusion du marché du travail. Actions de démarchage <u>Repérage</u> ▪ Repérage indirect institutionnel : identification des personnes à partir des systèmes formels (p. ex. services sociaux, structures résidentielles), déclenchée à des moments critiques (p. ex. transfert de milieu de vie), reposant sur des évaluations structurées et des données administratives ou cliniques selon des critères prédéfinis. <u>Soutien à l'engagement</u> ▪ Maintien du lien : logique du modèle reposant sur le principe de non-abandon, qui vise à éviter les ruptures lors de la transition depuis un cadre résidentiel vers un logement autonome. ▪ Adaptation des services : visites à domicile, faible intensité, flexibilité pour rendre le soutien compatible avec la vie autonome. <u>Soutien fonctionnel</u> ▪ Aide à la gestion du quotidien : planification des tâches domestiques, renforcement des compétences de vie. ▪ Soutien social et réintégration : reconnexion avec la famille et la communauté, mais sans détails sur la façon dont cela est mis en œuvre. Acteurs concernés <u>Intervenants terrain</u> ▪ Intervenants communautaires et paraprofessionnels : personnel de soutien ou d'accompagnement à domicile. <u>Partenaires institutionnels et organismes mandatés</u> ▪ Organisme de haut niveau : instance nationale de gouvernance sociale (BAGÜS). ▪ Instituts de recherche : nommés explicitement, mais sans que soient précisés lesquels. ▪ Organismes de proximité mandatés : organismes locaux de soutien au logement. Effets attendus <u>Socioculturels</u> : amélioration de la qualité de vie subjective et du fonctionnement social. <u>Cliniques</u> : amélioration et stabilisation de l'état clinique (réduction des symptômes). Milieus d'intervention <u>Lieux de résidence</u> : logement autonome, privé, non médicalisé, ancré dans la vie quotidienne.
James et al. (2023) <u>Australie</u> : Région Nord de la Nouvelle-Galles du Sud (Tweed et Byron).	Population ciblée et situations de vulnérabilité <u>Adultes qui sont sans abri ou considérés comme étant à haut risque d'itinérance.</u> ▪ Caractéristiques individuelles : troubles mentaux variés.

Auteurs (année) Lieu Contexte d'intervention Modèle de démarchage Devis Échantillon	Caractéristiques des actions de démarchage (analyse)
Région rurale avec forte précarité du logement et taux élevé d'itinérance (21 % des sans-abris de l'État vivent dans cette zone). Présence de services de santé mentale communautaires, mais ressources limitées et dispersion géographique. Homeless Health Outreach Team (HHOT) Soutien mobile dans les espaces publics (maraudage) et cliniques régulières dans des organismes communautaires. Interventions en partenariat avec des services spécialisés pour sans-abris et des organisations communautaires locales, visant à réorienter la trajectoire des personnes (réduire le recours aux services aigus). Étude quantitative rétrospective avant/après, période de 6 mois avant/après engagement HHOT. N = 119 : 26 à 65 ans (moyenne : 45 ans), 12 femmes et 31 hommes, 60 % dorment dehors (<i>rough sleeping</i>). ■ Diagnostics de santé mentale : 69,8 % troubles psychotiques, 67,4 % troubles primaires ou comorbides liés à l'usage de substances.	■ Environnement physique : accès limité à un logement abordable dû à la concurrence sur le marché locatif (p. ex. Airbnb), lieux d'hébergement non sécurisés. ■ Environnement social : exposition à la discrimination et à la marginalisation. ■ Système de santé et de services sociaux : fragmentation et désarticulation des services, continuité des services compromise en raison d'obstacles liés à la mobilité géographique (région étendue et rurale) et à une réticence à s'engager dans les soins. Actions de démarchage Repérage ■ Repérage proactif direct (action de terrain) : maraudage de rue. Soutien à l'engagement ■ Adaptation des services : présence dans les lieux de vie (p. ex. rues et organismes communautaires), modalités flexibles et accessibles (p. ex. cliniques communautaires). Soutien fonctionnel ■ Accompagnement dans les démarches : liaison/coordination avec les services (santé mentale, logement, soutien social). ■ Soutien social et réintégration : mobilisation des réseaux existants. Soutien clinique : prise en charge des crises, principalement liées à la santé mentale, y compris la dépendance aux substances psychoactives (soutien non détaillé). Acteurs concernés Intervenants terrain ■ Professionnels de première ligne : psychiatres, médecins en formation spécialisée en psychiatrie, infirmiers, travailleurs sociaux. Partenaires institutionnels et organismes mandatés ■ Organismes de haut niveau : ministère de la Santé de l'État (New South Wales Health). ■ Établissements de la santé : services spécialisés (Tweed-Byron Mental Health Service). ■ Organismes de proximité mandatés : Community Managed Organisations et Specialist Homelessness Services. Effets attendus Populationnels : transformation des trajectoires collectives (prévention des crises, réduction des présentations à l'urgence), participation accrue avec les services communautaires. Cliniques : réduction du besoin clinique d'hospitalisation (baisse des admissions et des présentations aux urgences). Organisationnels : réduction de la pression sur les services (baisse de recours non planifiés/urgence, renforcement des équipes de première ligne). Économiques : réduction des coûts liés aux hospitalisations et aux services d'urgence, économie pour le système de santé. Milieus d'intervention Espaces communautaires à vocation sociale : locaux d'organismes communautaires. Espaces publics extérieurs ou informels.
Kidd et al. (2020)	Population ciblée et situations de vulnérabilité Jeunes adultes en transition vers un logement stable ou de type transitoire (à risque d'instabilité résidentielle).

Auteurs (année) Lieu Contexte d'intervention Modèle de démarchage Devis Échantillon	Caractéristiques des actions de démarchage (analyse)
<u>Canada</u> : Ontario (Toronto). Grand centre urbain disposant de services communautaires pour jeunes en transition hors itinérance, avec collaboration entre organismes multiservices, arts communautaires et hôpital psychiatrique. Housing Outreach Program — Collaboration (HOP-C) Intervention critique en période de transition, multidisciplinaire, qui combine gestion de cas transitoire, soutien par les pairs et soutien en santé mentale pour les jeunes sortant de l'itinérance. Essai contrôlé randomisé pilote (ouvert, non aveugle). N = 65 : 17 à 26 ans (moyenne : 21,75 ans), 26 femmes, 33 hommes, 1 transgenre et 5 autres ou préférant ne pas.	- Caractéristiques individuelles : troubles mentaux variés et concomitants, antécédents de négligence et de violence, traumatismes complexes. - Environnement économique et professionnel : précarité économique persistante (sans emploi, revenu très faible et instable), obstacles structurels à l'insertion socioprofessionnelle (accès limité à l'éducation). - Environnement physique : hébergements précaires avant l'intervention (refuges, <i>couch surfing</i>), exposant les jeunes à des risques physiques et psychosociaux (violence, exploitation, criminalisation). - Environnement social : discrimination et marginalisation, violence, exploitation et trafic sexuel, conflits familiaux ou problèmes relationnels avec l'entourage. - Système de santé et de services sociaux : exposition aux systèmes de protection de l'enfance et de justice pénale, identifiée comme un facteur de risque de désaffiliation des services. Actions de démarchage Repérage - Repérage institutionnel indirect : signalement par des organismes partenaires et ciblage à partir des dossiers et évaluations internes selon des critères prédéfinis. Soutien à l'engagement - Maintien du lien : principe de non-abandon implicite, relances actives et souples (p. ex. appels, textos, courriels), suivi prévu après la fin officielle du programme de démarchage. - Adaptation des services : flexibilité des contacts, espaces informels, approche non jugeante, utilisation de l'expérience vécue (pairs aidants). Soutien fonctionnel - Accompagnement dans les démarches : logement, éducation, emploi, justice, santé. - Soutien social et réintégration : ateliers participatifs et sorties sociales pour favoriser l'intégration et reconstruire un réseau. - Soutien émotionnel : présence stable de pairs aidants (contacts réguliers, écoute active). Soutien clinique : santé mentale, incluant évaluation clinique, psychothérapie individuelle et éducation psychologique en groupe. Acteurs concernés Intervenants terrain - Professionnels de première ligne : psychologues cliniciens, psychologues en pratique supervisée. - Intervenants communautaires et paraprofessionnels : intervenants jeunesse (<i>child and youth worker</i>) ou intervenants sociaux jouant un rôle de gestionnaire de cas (<i>case manager</i>). - Pairs aidants : pairs ayant vécu l'itinérance (<i>peer support workers</i>). Partenaires institutionnels - Institut de recherche : Centre for Addiction and Mental Health. - Établissement de la santé : centre hospitalier psychiatrique tertiaire. - Organismes de proximité mandatés : organismes multiservices jeunesse (Covenant House Toronto, LOFT Community Services). Effets attendus

Auteurs (année) Lieu Contexte d'intervention Modèle de démarchage Devis Échantillon	Caractéristiques des actions de démarchage (analyse)
	Socioculturels : amélioration de la qualité de vie subjective (confort et satisfaction résidentielle), amélioration du fonctionnement social, perception accrue de la stabilité résidentielle. Cliniques : stabilisation de l'état mental (réduction des crises), adhésion accrue aux soins (engagement en thérapie individuelle ou de groupe). Milieus d'intervention Espaces communautaires à vocation sociale : espaces polyvalents ou culturels.
Lee et al. (2010) <u>Australie</u> : Melbourne (centre, sud). Grand centre urbain avec forte concentration de personnes en situation d'itinérance et taux élevé de troubles mentaux sévères. Présence de services communautaires de santé mentale et d'organismes de soutien social (repas, hébergement d'urgence, ressources pour femmes), mais accès limité aux soins psychiatriques formels. Integrated Homeless Mental Health Initiative Programme intégré de santé mentale basé sur le modèle de démarchage assertif, avec colocalisation de cliniciens en santé mentale (Alfred Homeless Outreach Psychiatric Service—HOPS) dans les opérations quotidiennes des deux organismes de services sociaux (Sacred Heart Mission [SHM] et Hanover Welfare Services). Étude mixte d'évaluation de programme (audit descriptif + analyse comparative avant/après), durée 2 ans. N ≈ 417 : 17 à 75 ans (moyenne : 36,4 ans), 62,1 % femmes et 37,9 % hommes. ▪ Diagnostics de santé mentale : 35,7 % schizophrénie ou autres maladies psychotiques, 17 % troubles affectifs, 12 % troubles de la personnalité, 8,9 % trouble de consommation de substances. ▪ Faible engagement en suivi communautaire : ≈ 82 % des personnes n'étaient pas suivies par des services de	Population ciblée et situations de vulnérabilité Personnes en situation d'itinérance chronique ou épisodique. ▪ Caractéristiques individuelles : troubles mentaux variés et concomitants. ▪ Environnement économique et professionnel : précarité économique persistante (exclusion du marché du travail), pressions financières accrues en contexte de crise économique et de perte d'emploi. ▪ Environnement physique : accès limité au logement abordable, hébergements précaires ou non sécurisés exposant les personnes à la violence, au vol et à un environnement traumatisant. ▪ Système de santé et de services sociaux : fragmentation et désarticulation des services (réponse inadéquate aux besoins chroniques, avec recours fréquent aux urgences et hospitalisations), mobilité élevée et refus d'engagement dans les soins. Actions de démarchage Repérage ▪ Repérage proactif direct (action de terrain) : équipe de démarchage (cliniciens du HOPS) présente dans les services de repas et d'hébergement (SHM et Hanover), facilitant l'identification. ▪ Repérage institutionnel indirect : identification via des bases de données, signalements interprofessionnels, et transitions critiques (ex. : sortie d'hôpital). Soutien à l'engagement ▪ Amorce du lien : construction d'une relation par une présence engagée (implicite au modèle). ▪ Maintien du lien : principe de non-abandon implicite; l'équipe reste responsable du lien et agit pour éviter les ruptures, même dans des transitions (p. ex. suivi pendant et après l'hospitalisation). ▪ Adaptation des services : colocalisation dans les lieux de vie, plages horaires fixes pour la disponibilité des cliniciens HOPS, continuité post-hospitalisation par des plans de soins collaboratifs. Soutien fonctionnel ▪ Accompagnement dans les démarches : défense des droits (<i>advocacy</i>), liaison avec les organismes pour l'accès au logement. ▪ Aide à la gestion du quotidien : reconnaissance de besoins liés à l'organisation des activités courantes et à la structuration du quotidien., mais pas de description concrète des actions. ▪ Soutien clinique : évaluation clinique sur place, prévention des crises de santé mentale (soutien direct, mais non détaillé). Acteurs concernés Intervenants terrain ▪ Professionnels de première ligne : psychiatres, médecins en formation spécialisée, infirmiers spécialisés en santé mentale, travailleurs sociaux.

Auteurs (année) Lieu Contexte d'intervention Modèle de démarchage Devis Échantillon	Caractéristiques des actions de démarchage (analyse)
santé mentale communautaires (≈18 % avaient un gestionnaire de cas). Forte utilisation des urgences et hospitalisations psychiatriques dans les 12 mois précédents.	- Intervenants communautaires et paraprofessionnels : personnel de proximité et agent de liaison des organismes de services sociaux (SHM, Hanover). Partenaires institutionnels et organismes mandatés - Organisme de haut niveau : agence gouvernementale (Victorian Department of Human Service). - Établissements de santé : services hospitaliers (Alfred Crisis Assessment and Treatment Service, Inpatient Psychiatry Unit). - Organismes de proximité mandatés : SHM, Hanover. Effets attendus Populationnels : transformation des trajectoires collectives (prévention des crises, réduction des présentations à l'urgence), participation accrue aux services locaux et aux activités communautaires, amélioration de l'accès initial aux soins spécialisés (augmentation des admissions à l'unité de santé mentale aiguë). Cliniques : adhésion accrue aux soins (persistance dans le parcours thérapeutique), réduction du besoin clinique d'hospitalisation (baisse des demandes pour une intervention psychiatrique en urgence). Organisationnels : réduction de la pression sur les services (baisse des sollicitations d'intervention en urgence), renforcement des équipes de première ligne, capacité accrue à intervenir en amont des situations critiques, montée des compétences des intervenants communautaires. Économiques : actions de démarchage peu coûteuses et bénéfiques substantiels pour les usagers et les services. Milieus d'intervention Espaces communautaires à vocation sociale : centres de repas et de ressources, centres d'hébergement d'urgence.
Parkes et al. (2022) Royaume-Uni : Écosse (Edinburgh, West Lothian) et Angleterre (Liverpool, Bradford). Milieus urbains et semi-urbains avec forte précarité sociale et consommation problématique (alcool, drogues) chez les personnes en situation d'itinérance. Plusieurs services sont offerts par le secteur associatif (Salvation Army, Streetwork, Cyrenians), hors du système national de santé britannique (National Health Service—NHS). SHARPS — Supporting Harm Reduction through Peer Support Modèle de démarchage relationnel, livré par des pairs aidants (<i>peer navigators</i>), s'appuyant sur la réduction des méfaits et les environnements psychologiquement informés pour établir des liens de confiance et offrir un soutien pratique et émotionnel, favorisant l'accès aux soins, au logement et aux services sociaux.	Population ciblée et situations de vulnérabilité Personnes en situation d'itinérance ou ayant connu l'itinérance récemment. - Caractéristiques individuelles : troubles mentaux variés et concomitants, problèmes de santé physique et limitations fonctionnelles, antécédents de négligence, de violence et de traumatismes. - Environnement physique : accès limité au logement abordable (concurrence sur le marché locatif, délais d'attente prolongés, offre insuffisante), lieux d'hébergement non sécurisés (p. ex. violence, vol). - Environnement social : stigmatisation institutionnelle. - Système de santé et de services sociaux : fragmentation et désarticulation des services (recours fréquent aux services aigus), exposition aux systèmes de protection de l'enfance et de justice pénale. Actions de démarchage Repérage - Repérage proactif direct (action de terrain) : rues, foyers, centres de jour. - Repérage indirect institutionnel (ciblage systématique) : ciblage via les données internes, signalements interprofessionnels, activation lors de moments critiques (p. ex. sortie d'itinérance). Soutien à l'engagement - Amorce du lien : présence informelle, écoute active, absence de pression, respect du rythme, recours aux pairs aidants pour créer un lien authentique. - Maintien du lien : principe de non-abandon implicite, relances actives (p. ex. prise de nouvelles informelle, maintien de la porte ouverte).

Auteurs (année) Lieu Contexte d'intervention Modèle de démarchage Devis Échantillon	Caractéristiques des actions de démarchage (analyse)
Étude mixte de faisabilité, durée non précisée. N = 45 : 10 femmes et 35 hommes, âgés en moyenne de 39 ans. ▪ Diagnostics de santé mentale : 82 % dépression, 80 % anxiété, 47 % autres problèmes de santé mentale.	▪ Adaptation des services : horaires flexibles, rencontres dans des espaces informels, faible charge de cas., rôle flexible des pairs aidants, budget spécifiquement destiné à la couverture des besoins essentiels (p. ex. transport, nourriture), posture non jugeante, approche de réduction des méfaits, utilisation de l'expérience vécue (pairs aidants). Soutien fonctionnel ▪ Accompagnement dans les démarches : logement, prestations sociales, soins de santé, rendez-vous, formulaire. ▪ Aide dans la gestion du quotidien : aide ponctuelle pour des tâches pratiques. ▪ Soutien social et réintégration : rétablissement des liens (famille, amis). ▪ Soutien émotionnel : appui affectif des pairs aidants. Acteurs concernés Intervenants terrain : pairs aidants ayant vécu de l'itinérance (<i>peer navigators</i>). Partenaires institutionnels et organismes mandatés ▪ Organismes de haut niveau : ministère de la Santé (Department of Health and Social Care), agence publique (National Institute for Health Research). ▪ Instituts universitaires : University of Stirling, University of Aberdeen, University of Victoria. ▪ Organismes de proximité mandatés : organisation caritative d'hébergement (Salvation Army), organismes communautaires en itinérance (Streetwork, Cyrenians) et en réduction des méfaits (Scottish Drugs Forum). Effets attendus Effets populationnels : engagement communautaire accru. Effets socioculturels : amélioration de la qualité de vie subjective (bien-être émotionnel), amélioration du fonctionnement social, perception accrue de la stabilité résidentielle. Effets cliniques : amélioration et stabilisation de l'état clinique (réduction des symptômes). Milieus d'intervention Espaces communautaires à vocation sociale : espaces polyvalents (cafés sociaux, centre de billard), services de proximité et foyers de la Salvation Army, incluant des centres de jour et des milieux communautaires.
Stobbe et al. (2014) Pays-Bas : région métropolitaine de Rotterdam. Grand centre urbain avec une population âgée atteinte de troubles mentaux sévères, confrontée à des problèmes multiples et à une faible motivation pour les soins. Des services hospitaliers, ambulatoires, somatiques et sociaux sont présents, mais fonctionnent en vase clos. Cette fragmentation entre santé mentale, soins physiques et soutien social entraîne des ruptures de continuité et complique l'accès aux soins. Assertive Community Treatment for the Elderly (ACTE)	Population ciblée et situations de vulnérabilité Personnes âgées présentant des troubles mentaux sévères et des difficultés d'engagement dans les services de santé mentale. ▪ Caractéristiques individuelles : troubles mentaux sévères variés, problèmes de santé physique, limitations fonctionnelles. ▪ Environnement économique et professionnel : problèmes financiers (peu détaillés), retrait du marché du travail/absence d'occupation (évoqués de manière indirecte, sans description précise). ▪ Environnement physique : conditions de logement instables et inadéquates pour la sécurité et le bien-être (évoquées de manière indirecte, sans description précise). ▪ Environnement social : isolement social et relationnel. ▪ Système de santé et de services sociaux : fragmentation des services (psychiatriques, physiques, sociaux), charge de cas élevée (<i>caseload</i>), faible motivation ou réticence à s'engager dans les soins (expériences négatives avec les services).

Auteurs (année) Lieu Contexte d'intervention Modèle de démarchage Devis Échantillon	Caractéristiques des actions de démarchage (analyse)
Approche communautaire proactive, reposant sur une équipe de démarchage multidisciplinaire, une charge de cas réduite et partagée, et des services assertifs sans limite de durée, afin d'améliorer l'engagement des usagers et la continuité des soins. Essai contrôlé randomisé en groupes parallèles, suivi 18 mois. N = 64 : 36 femmes et 26 hommes, âgés en moyenne de 74,4 ans (ACTE) et de 75,1 ans (TAU). ▪ Diagnostics de santé mentale : 34,4 % troubles du spectre schizophrénique, dépression, 12,5 % troubles de l'humeur, 32,8 % autres désordres.	Actions de démarchage Repérage ▪ Repérage indirect institutionnel (ciblage systématique) : référents institutionnels, critères cliniques. Soutien à l'engagement ▪ Amorce du lien : présence engagée/assertive. ▪ Maintien du lien : principe de non-abandon explicite, relances actives et souples, mais non détaillées. ▪ Adaptation des services : charge de cas réduite et partagée, flexibilité temporelle/soutien illimité dans le temps. Soutien fonctionnel ▪ Aide à la gestion du quotidien : reconnaissance de besoins liés au maintien des conditions de vie (logement, hygiène), à la structuration des activités quotidiennes, présence d'un travailleur en réadaptation dans l'équipe, mais pas de description concrète des actions. Soutien clinique : santé mentale et physique (peu détaillé). Acteurs concernés Intervenants terrain ▪ Professionnels de première ligne : psychiatres, infirmiers spécialisés (psychiatrie, santé mentale communautaire, santé physique). ▪ Intervenants communautaires et paraprofessionnels : spécialiste en toxicomanie, intervenant en réadaptation, intervenant social. Partenaires institutionnels ▪ Organisme de haut niveau : instance nationale de régulation éthique (Dutch Union of Medical-Ethical Trial Committees for mental health organizations). ▪ Établissement du réseau de la santé : centre de santé mentale (Parnassia Psychiatric Institute—BavoEuropoort). Effets attendus Populationnels : amélioration de l'accès initial aux soins en santé mentale (augmentation du premier contact). Cliniques : amélioration et stabilisation de l'état clinique, adhésion accrue aux soins (réduction des ruptures). Organisationnels : gestion plus fluide des parcours (amélioration de l'engagement initial, réduction des pertes de contacts). Milieus d'intervention Lieux de résidence : domicile.

*Institut national
d'excellence en santé
et en services sociaux*

Québec



Siège social

2535, boulevard Laurier, 5^e étage
Québec (Québec) G1V 4M3
418 643-1339

Bureau de Montréal

2021, avenue Union, 12^e étage, bureau 1200
Montréal (Québec) H3A 2S9
514 873-2563

inesss.qc.ca

