

Bâtir avec et autour de la personne :

HUMANISER LES SERVICES, L'INTERVENTION ET
LE FINANCEMENT



MÉMOIRE PRÉSENTÉ AU GOUVERNEMENT DU QUÉBEC

DANS LE CADRE DES CONSULTATIONS NATIONALES SUR LES PROCHAINES ORIENTATIONS
POUR UNE VISION RENOUVELÉE, INTÉGRÉE ET COHÉRENTE EN MATIÈRE DE SANTÉ MENTALE,
ITINÉRANCE ET DÉPENDANCE

aidq

Association des intervenants
en dépendance du Québec

**BÂTIR AVEC ET AUTOUR DE LA PERSONNE :
HUMANISER LES SERVICES, L'INTERVENTION ET LE FINANCEMENT**



MÉMOIRE PRÉSENTÉ AU GOUVERNEMENT DU QUÉBEC

**DANS LE CADRE DES CONSULTATIONS NATIONALES SUR LES PROCHAINES ORIENTATIONS
POUR UNE VISION RENOUVELÉE, INTÉGRÉE ET COHÉRENTE EN MATIÈRE DE SANTÉ MENTALE,
ITINÉRANCE ET DÉPENDANCE**



Mentions légales

Le présent document et son contenu sont la propriété intellectuelle de l'Association des intervenants en dépendance du Québec et sont protégés par les lois régissant les droits d'auteur. Les données contenues dans le document peuvent être citées, à condition d'en mentionner la source. Les reproductions à des fins personnelles, éducatives, de recherche ou à des fins non commerciales sont autorisées.

Le document peut contenir certaines informations de nature juridique. Ce sont toutefois des informations générales et en aucun cas, elles ne doivent être considérées comme des conseils ou des avis juridiques. Elles ne remplacent pas les services professionnels d'une personne spécialisée.

TABLE DES MATIÈRES



Table des matières	3
Reconnaissance territoriale	4
Préambule commun	5
À propos de l'AIDQ	6
L'AIDQ à l'intersection des savoirs	6
Méthodologie	7
Cerner la problématique	8
Humaniser la polycrise	9
Une situation trouble	9
Les personnes au cœur des crises	11
Les leçons du milieu communautaire	11
Humaniser le système et les services	13
Humaniser l'intervention	15
Humaniser le financement	16
Exemples concrets et pratiques prometteuses	17
Recommandations	18
Références	23

RECONNAISSANCE TERRITORIALE



Le décès de Joyce Echaquan, une femme Atikamekw Nehirowisiw de 37 ans victime de discrimination raciale et de maltraitance dans les moments qui ont précédé sa mort le 28 septembre 2020, a entraîné la formulation d'un principe destiné à « garantir à tous les Autochtones un droit d'accès équitable, sans aucune discrimination, à tous les services sociaux et de santé, ainsi que le droit de jouir du meilleur état possible de santé physique, mentale, émotionnelle et spirituelle » (Conseil des Atikamekw de Manawan et Conseil de la Nation Atikamekw, 2020).

En mai 2022, le conseil d'administration de l'AIDQ a adopté, par voie de résolution, le Principe de Joyce, qui « requiert obligatoirement la reconnaissance et le respect des savoirs et des connaissances traditionnelles et vivantes des Autochtones en matière de santé ». Le principe constitue à la fois « un rappel et une demande d'engagement formel pour les gouvernements du Québec et du Canada ainsi que pour leurs institutions envers le respect du droit autochtone et des droits des Autochtones en matière de santé et de services sociaux, droits reconnus internationalement. » Il est donc de mise que le développement de la vision renouvelée, intégrée et cohérente en matière de santé mentale, d'itinérance et de dépendance accorde une place importante aux perspectives autochtones, ainsi qu'à la reconnaissance et à l'application du Principe de Joyce.

L'AIDQ reconnaît également que ses activités se déroulent sur des territoires autochtones non cédés, et que ce que nous appelons le Québec est un territoire où diverses nations autochtones vivent depuis des temps immémoriaux. Nous reconnaissons et respectons le lien sacré de longue date unissant les Premières Nations, les Inuits et les Métis à ces terres et ces eaux. Nous remercions la Nation Kanien'kehá:ka et Omàmiwininiwag pour le privilège d'avoir notre siège social à Tiohtiá:ke (Montréal).

Nous reconnaissons également que les enjeux de dépendance, d'itinérance et de santé mentale affectent les personnes et les communautés autochtones de manières spécifiques, façonnées par l'héritage du colonialisme, des pensionnats, de la discrimination systémique et des ruptures culturelles et familiales. Les grandes distances géographiques et l'éloignement des services posent également des défis d'équité particuliers pour les personnes autochtones vivant dans des territoires ruraux et nordiques. Ces réalités ne peuvent être dissociées des politiques et des services que nous cherchons à influencer.

Des réponses pertinentes, efficaces et respectueuses exigent que les communautés autochtones soient au cœur de la conception et de la mise en œuvre des services qui les concernent. De plus, comme un·e répondant·e autochtone nous l'a éloquentement rappelé lors de notre consultation, les personnes existent au sein de collectivités, et tous les membres de la communauté ont un rôle à jouer dans la réponse à ces enjeux. Tout cela implique un financement spécifique et stable pour des réponses développées par et pour les communautés, ainsi qu'une reconnaissance explicite de l'importance du ressourcement territorial et de l'accès à la culture dans les trajectoires de mieux-être.

PRÉAMBULE COMMUN¹



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

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

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

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

Nous croyons qu’une vision renouvelée doit reposer sur un équilibre clair entre intégration et reconnaissance des spécificités. Elle doit permettre de mieux arrimer les actions sans homogénéiser les réalités, soutenir les collaborations sans affaiblir les expertises sectorielles et renforcer les parcours de services sans complexifier davantage l’accès pour les personnes.

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

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

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

À PROPOS DE L'AIDQ



L'AIDQ a pour mission de soutenir, développer et promouvoir les pratiques d'intervention en dépendance. L'organisation adopte une approche holistique englobant la prévention, la réduction des méfaits, le traitement et la réinsertion sociale, en incluant les personnes touchées par une dépendance et celles à risque de l'être.

Pour réaliser cette mission, l'AIDQ crée et partage des activités et matériels de formation portant sur divers aspects de la dépendance. Ses projets s'inscrivent souvent dans des démarches pluriannuelles, offrant l'opportunité d'agir globalement et de manière concertée.

L'AIDQ À L'INTERSECTION DES SAVOIRS

L'AIDQ privilégie une approche collaborative, travaillant avec des partenaires multiples : organismes communautaires, professionnel·les du réseau public, intervenant·es autonomes, instances gouvernementales, régionales et locales, ainsi qu'avec des détenteur·rices de savoirs expérientiels, des établissements d'enseignement et des chercheur·ses. Nos projets sont guidés par des comités rassemblant une diversité de savoirs — vécus, cliniques, communautaires et scientifiques — et de régions. Le savoir expérientiel est une valeur phare de l'organisation : dans toutes ses sphères d'activités, l'AIDQ travaille pour mobiliser, reconnaître et valoriser l'expertise des personnes ayant une expérience vécue de la dépendance et des enjeux connexes.

Cette approche s'inscrit directement dans le principe de participation mis de l'avant dans le Programme national de santé publique 2025-2035, qui appelle à :

- Impliquer la population dans l'analyse des besoins, le choix des priorités et la mise en œuvre des interventions;
- Reconnaître et valoriser le savoir expérientiel des personnes et des organismes communautaires;
- Créer des espaces de dialogue, de co-construction et de décision partagée, notamment avec les partenaires intersectoriels détenant des leviers d'action.

Méthodologie

Les délais entre l'appel à participation et la date de soumission du présent mémoire ont limité notre capacité à consulter aussi largement que nos pratiques habituelles l'auraient permis. Néanmoins, la rédaction de ce mémoire s'appuie sur plusieurs sources complémentaires :

- **Un sondage en ligne (13 questions)**

Diffusé en français et en anglais via les plateformes de l'AIDQ, il a recueilli 120 réponses représentant une diversité de perspectives et de régions du Québec.

- **Trois groupes de discussion (31 avril au 11 mai 2026)**

Tenus sur l'heure du midi (90 minutes chacun), ils ont réuni 22 participant·es autour de trois thématiques : (1) intégrer la santé mentale et l'itinérance dans les services en dépendance; (2) mieux soutenir les besoins dans les petites villes et municipalités; (3) mieux soutenir les services aux communautés anglophones du Québec (en anglais). La facilitation laissait place aux participant·es pour identifier les priorités, tout en partageant les grands thèmes à se démarquer des démarches en cours.

- **Un échange avec la Coalition pour les services de consommation supervisée au Québec**

Ce regroupement de 30 organisations, qui rassemble un niveau d'expertise et d'expérience exceptionnel en ce qui concerne l'intervention auprès des personnes en situation de grande précarité, a été invité à participer à un échange de 90 minutes, tenu en ligne.

- **Une revue contextuelle**

Comprenant une revue de la couverture médiatique, de la littérature grise et scientifique récente, ainsi que des échanges avec des partenaires provinciaux, cet élément a permis de contextualiser l'exercice dans le paysage politique et social actuel du Québec.

Notre mémoire partage le fruit de ces démarches en se centrant sur une notion fondamentale : par-dessus tout, ce sont des personnes qui se trouvent à la croisée des enjeux de dépendance, de santé mentale, et d'itinérance, à la fois en ce qui concerne les personnes qui en sont touchées, et les intervenant·es qui les accompagnent. Cette conviction structure l'ensemble de nos constats et recommandations, que nous articulons autour de quatre axes : humaniser la polycrise, humaniser le système et les services, humaniser l'intervention, et humaniser le financement.

Nous remercions toutes les personnes qui ont contribué leur voix à nos démarches pour alimenter la rédaction de ce mémoire. Outre s'appuyer sur les thèmes, enjeux et recommandations soulevés pour orienter la rédaction du mémoire, nous incluons des citations intégrales récoltées dans nos démarches de consultation à différents endroits dans le document.

Cerner la problématique

La dépendance est un domaine vaste qui touche la grande majorité des Québécois·es, de façon directe ou indirecte. Le Plan d'action interministériel en dépendance 2018-2028 le reconnaît : la plupart des personnes qui consomment des substances psychoactives ou qui s'adonnent à des jeux de hasard et d'argent et à l'utilisation d'écrans, le font sans en subir de conséquences négatives. Lorsqu'ils deviennent problématiques, les troubles liés à la dépendance se manifestent sur un continuum et dans le temps, allant des comportements à risque jusqu'aux trajectoires persistantes et aux troubles sévères nécessitant des services spécialisés.

Les causes et conséquences de la dépendance sont complexes, multifactorielles et multidimensionnelles. Elles englobent des déterminants sociaux, environnementaux et individuels, et appellent une responsabilité à la fois individuelle et collective. La consommation de substances, de JHA et d'écrans peut également avoir des aspects positifs; elle peut amener du plaisir et du divertissement, un sentiment de connexion, et du capital social.

Les services en dépendance sont eux aussi organisés sur un continuum, ce qui reflète précisément cette reconnaissance de la complexité du phénomène. De la prévention et de l'intervention précoce au dépistage et à la réduction des méfaits, du traitement et du rétablissement aux soutiens communautaires, culturels et résidentiels, en passant par les mesures liées à la sécurité publique, ce spectre de services reconnaît que les besoins des personnes varient selon leur trajectoire, leur contexte et le moment où elles cherchent de l'aide. Chaque trajectoire évolue dans un temps et un espace précis qui nécessite de déployer des actions qui répondent au « ici et maintenant ».

Il serait réducteur de regrouper la dépendance, la santé mentale et l'itinérance comme s'il s'agissait d'un enjeu unique. Les synergies sont réelles et nombreuses, mais chaque secteur rejoint également des personnes dont les besoins ne se situent pas à cette intersection. Il est donc important de comprendre ces enjeux comment étant les symptômes et résultats de causes systémiques communes (par exemple le financement, l'accès aux soins de santé, les législations et politiques, la crise du logement, la judiciarisation, etc.) mais nécessitant des actions ciblées et spécifiques afin qu'il en résulte une dynamique cohérente entre

les différents systèmes. L'expertise développée dans chaque domaine doit donc être reconnue et préservée. Nous abordons ce mémoire depuis notre expertise en dépendance, en nous concentrant sur ce qui se joue à l'intersection des trois crises.

La dépendance aux substances psychoactives présente par ailleurs une spécificité importante : elle s'inscrit dans un cadre juridique et légal qui en conditionne l'accès, renforce la stigmatisation, criminalise les personnes, et nourrit des dynamiques de hiérarchisation entre les types de substances consommées (dont le cannabis et l'alcool qui eux, sont légaux). Cette complexité représente par ailleurs un exemple concret de la nécessité de préserver une expertise sectorielle forte, et de considérer l'impact du cadre légal sur notre réponse à tous ces enjeux.

Enfin, toute analyse doit tenir compte de la diversité régionale et populationnelle du Québec, qui exige une flexibilité suffisante pour que les MRC, municipalités, quartiers, communautés autochtones, territoires et régions puissent adapter les solutions à leurs contextes spécifiques. Tout en équilibrant le partage de meilleures pratiques avec l'autonomie d'adapter les réponses aux spécificités du contexte local, il est important de renforcer un accès équitable et continu aux services sur l'ensemble du territoire québécois.

Humaniser la polycrise

Une situation trouble dans un contexte défavorable

Le Québec traverse une polycrise : logement, surdoses, précarité économique et fragilisation des services sociaux et de santé forment un ensemble de crises imbriquées qui se renforcent mutuellement. Ce contexte se détériore précisément au moment où les ressources se raréfient.

La non-reconduction de la Stratégie nationale de prévention des surdoses « Parce que chaque vie compte » (2022–2025) constitue un recul majeur. Cette stratégie structurait le financement de nombreux postes dans des organismes de première et de deuxième ligne à travers le Québec, et aucune stratégie spécifique aux surdoses n'a été annoncée pour prendre la relève. La nouvelle Stratégie nationale de prévention en santé 2025–2035, plus généraliste, ne pallie pas ce vide : la prévention des surdoses et la réduction des méfaits n'y figurent pas parmi les priorités financées.

Sur le terrain, la situation se fait plus difficile. L'arrivée de la médétomidine (médicament sédatif et analgésique) dans les réseaux de distribution des opioïdes, combinée aux enjeux persistants d'approvisionnement, intensifie la crise des surdoses. Des compressions budgétaires amènent par ailleurs le

gouvernement provincial à ne remplir que partiellement les commandes d'articles de réduction des méfaits, comme les pipes à crack et les stéricups.

Le dernier dénombrement national « Tout le monde compte » (15 avril 2025) confirme que l'itinérance visible a progressé de 20,2 % en moyenne au Québec entre 2022 et 2025. Cette hausse dépasse les grands centres urbains : l'Abitibi-Témiscamingue, la Côte-Nord, le Saguenay–Lac-Saint-Jean, les Laurentides et la Mauricie/Centre-du-Québec sont également touchés. Les politiques de logement actuelles demeurent insuffisantes pour répondre à des besoins aussi complexes et croissants, et pendant ce temps, le nombre de campements augmente. Hors, le glissement du terme « itinérance » vers « campements » est dénoncé comme symptomatique d'un changement de paradigme : on parle moins de personnes à accompagner, et davantage de situations à gérer ou de personnes qui dérangent le public

Le Québec n'est pas non plus à l'abri des dimensions mondiales de cette polycrise. Le réchauffement climatique rend la vie sans logement plus difficile, tandis que la hausse du coût des déplacements complique l'accès aux services, aux emplois, et aux logements abordables — une réalité particulièrement aiguë dans les petites municipalités et les régions rurales.

Le contexte politique contribue également à fragiliser les personnes déjà aux prises avec des formes de marginalisation structurelle et sociale. Des conditions d'immigration plus contraignantes, combinées à une réduction des soutiens offerts aux personnes immigrantes et à statut précaire ou non régulé accentuent l'incertitude pour des personnes déjà vulnérables et limitent leur accès aux services. Les projets de loi récents restreignant l'accès aux services en anglais (notamment la Loi 96) compliquent davantage la situation des personnes anglophones et allophones, qui se heurtent à des barrières supplémentaires pour accéder à des soins adaptés à leurs besoins.

Enfin, des dispositions législatives imposent de nouvelles contraintes aux services, dont les sites de consommation supervisée (notamment la Loi 103). Ces espaces jouent pourtant un rôle vital qui dépasse largement l'acte de consommer dans un environnement plus sécuritaire. Ils sont des lieux d'accueil, de répit, de lien, de prévention, d'intervention et de continuité pour des personnes souvent tenues à distance des services traditionnels. On y prévient les surdoses, certes, mais on y crée aussi des liens de confiance, on accompagne les personnes dans leurs démarches, on soutient leur santé globale, on défend leurs droits et on ouvre des portes vers d'autres services. Réduire ces lieux à la seule consommation, c'est passer à côté de leur rôle essentiel dans le maintien de la vie, de la dignité et du lien social.

Ces reculs politiques s'accumulent au moment où les besoins sont les plus criants, accentuant les inégalités et alourdissant le travail des intervenant·es et organismes de terrain.

Les personnes au cœur des crises

Les crises s'alimentent mutuellement, créant des trajectoires de vulnérabilité qui sont parfois difficiles à interrompre. Une dépendance aux substances psychoactives ou aux jeux de hasard peut entraîner une perte d'emploi, l'endettement et une désaffiliation sociale progressive — autant de facteurs de risque pour l'itinérance. À l'inverse, une personne vivant avec des enjeux de santé mentale ou de dépendance se heurtera souvent à des obstacles supplémentaires dans l'accès aux services d'insertion socioprofessionnelle, ce qui peut prolonger et aggraver sa situation de précarité.

Lorsqu'une personne se retrouve sans domicile fixe, la consommation de substances peut devenir un mécanisme de survie à part entière : utiliser des stimulants pour rester éveillé·e la nuit dans un environnement peu sécuritaire, recourir aux opioïdes ou à l'alcool pour atténuer la douleur physique et émotionnelle, ou encore partager des substances pour tisser et maintenir des liens avec la famille de la rue. Ce que l'on perçoit comme un « problème de consommation » est souvent, dans ce contexte, une réponse adaptative à des conditions de vie extrêmes auxquelles les barrières systémiques contribuent.

Derrière les statistiques se trouvent des personnes dont la détresse s'intensifie.

Les personnes vivant à l'intersection de la dépendance, de l'itinérance et des enjeux de santé mentale font face à de multiples barrières d'accès aux services : stigmatisation structurelle et intériorisée, instabilité résidentielle, fonctionnement en « mode survie » qui laisse moins de place à la prise en charge de sa santé. La consommation ajoute une dimension supplémentaire de complexité, surtout dans un contexte où elle est jugée et stigmatisée, globalement et dans les services sociaux et de santé spécifiquement.

Les leçons du milieu communautaire

« Le communautaire, c'est le nerf de la guerre. Les gens doivent être consultés, intervenants comme personnes utilisatrices des services, afin de s'assurer que ceux-ci correspondent aux besoins des gens. Il faut plus de financement, plus de ressources humaines, incluant de meilleurs salaires, de bonnes conditions de travail et des assurances abordables. »

Ces réalités appellent des approches flexibles et sur mesure, capables de réduire le délai entre le moment où une personne exprime une volonté et son accès effectif

au service, et de l'accompagner dans la durée. Les organismes communautaires sont au cœur des solutions depuis des décennies. Ils ont développé une expertise fine des réalités de terrain, une capacité d'adaptation remarquable et une proximité avec les personnes concernées qui sont irremplaçables. Cette agilité permet d'innover et de créer des réponses à des enjeux complexes et émergents.

« Le communautaire fait des miracles avec pas grand-chose. Nous nous tournons sur un dix sous, comme on dit. »

Ces mêmes organismes font face à une demande croissante et à des situations de plus en plus complexes et graves : surdoses multiples, pertes de conscience prolongées, blessures sévères pouvant entraîner des atteintes cérébrales, sevrages intenses liés à la présence de substances comme la médétomidine, détresse psychologique aiguë, enjeux de santé mentale sévères et grande marginalisation.

Ces réalités exigent des interventions plus longues, plus spécialisées et plus soutenues, alors que les organismes doivent composer avec un financement insuffisant, précaire et largement en deçà des besoins. Ils sont parfois même désignés comme fautifs des problèmes qu'ils s'épuisent à résoudre, alors qu'en réalité, « mettre les organismes communautaires au banc des accusés ne fait que détourner le regard sur notre société, qui est une machine à créer des inégalités, aujourd'hui plus que jamais » (Coalition pour les services de consommation supervisée, 2025).

Lors de nos démarches de consultation, plusieurs personnes ont exprimé le sentiment que les solutions étaient déjà connues, et qu'il était prioritaire d'investir les ressources dans des actions concrètes. Notamment, le milieu communautaire est riche en pratiques qui rejoignent et accompagnent les personnes à la croisée de la dépendance, de l'itinérance et de la santé mentale, mais il a besoin de reconnaissance, de soutien et de financement pour les déployer pleinement. Nous rejoignons à cet égard notre collaborateur l'AQCID, qui dans son mémoire, rappelle l'importance de soutenir les structures et les services déjà en place, plutôt que de réinventer la roue.

« Vos membres veulent des actions concrètes, du financement et de la reconnaissance. Maintenant. Tous les décideurs connaissent nos enjeux. Assez parlé... »

Enjeux spécifiques pour les communautés anglophones et allophones du Québec

Les communautés anglophones du Québec font face à des obstacles spécifiques qui méritent une attention particulière dans les politiques et les services en dépendance, itinérance et santé mentale.

Les répondant·es anglophones qui ont participé à notre processus de consultation ont nommé des défis concrets : difficulté à trouver des services offerts en anglais, listes d'attente et options plus limitées, personnes prêtes à s'engager dans un service mais incapables d'y accéder faute d'intervenant·es parlant leur langue, documents d'information disponibles uniquement en français, et sentiment d'être peu reconnu·es dans les politiques provinciales.

Les intervenant·es se retrouvent souvent à jouer le rôle d'interprète, ce qui ajoute de la charge mentale et de travail, tout en nuisant à l'autonomisation de la personne accompagnée.

Ces défis sont amplifiés par la Loi 96 et les orientations politiques récentes, qui restreignent l'accès aux services en anglais. Or, des services efficaces exigent une communication nuancée, sensible aux traumatismes et adaptée à la culture — une qualité qui ne peut être atteinte lorsque la personne ne comprend pas la langue dans laquelle on lui parle.

Il est également important de rappeler que de nombreuses communautés autochtones du Québec communiquent en anglais (en plus de leurs langues traditionnelles), et que les barrières linguistiques les touchent doublement. Ces enjeux s'appliquent également aux personnes immigrantes et/ou qui parlent des langues autre que le français.

« We hit walls because of waiting lists. Found a perfect match for a youth but no one spoke English and so he couldn't access the service when he was ready. »

Humaniser le système et les services

« Briser les silos entre les réseaux et offrir un parcours simple, continu et humain. Tous les services devraient être en mesure de répondre à ces trois enjeux souvent liés, que la personne les vive tous ou non. Moins de conditions, moins d'obstacles — lorsqu'une personne demande enfin de l'aide, il faut pouvoir ouvrir la porte à laquelle elle a réussi à cogner. »

Nos interlocuteurs·trices décrivent un paradoxe : des personnes aux prises avec des enjeux multiples et imbriqués, confrontées à des services qui ne communiquent pas entre eux, qui posent des conditions d'accès restrictives et qui peinent à assurer la continuité du lien thérapeutique. La fragmentation institutionnelle est identifiée comme le principal obstacle structurel à un accompagnement véritablement humain. Une personne qui vit à la fois des enjeux liés à la dépendance, à l'itinérance et à la santé mentale peut devoir naviguer entre

plusieurs portes d'entrée, critères d'accès et façons de faire, ce qui complique son parcours et augmente les risques de rupture de services.

« Dans mon travail des 25 dernières années, un constat revient sans cesse : les personnes ne vivent pas leurs difficultés en catégories séparées. Leur réalité est entremêlée — entre santé mentale, consommation, relations et conditions de vie. Pourtant, les services sont encore trop souvent organisés en silos. Le prochain plan d'action devrait soutenir une véritable intégration des services, avec des équipes qui travaillent ensemble, des plans d'intervention partagés et une responsabilité collective face aux situations complexes. »

Humaniser le système signifie le concevoir à partir de la personne dans sa globalité, plutôt qu'à partir des seules catégories de services ou des critères administratifs. Cela implique notamment :

- Une posture d'accueil, de respect et de non-jugement, qui reconnaît la dignité, le rythme, les choix, les besoins et les priorités de chaque personne. Cette posture doit se traduire par des approches flexibles, comme la réduction des méfaits, l'entretien motivationnel, un haut seuil de tolérance, un panier de services adapté et un accompagnement individualisé ;
- Une approche sensible aux traumatismes et à la violence, intégrée à tous les niveaux du système, afin de reconnaître les effets des expériences de violence, de stigmatisation, de judiciarisation, de pauvreté, de colonialisme, de racisme, de sexisme et d'exclusion sur la santé, la confiance envers les services et les parcours de soins ;
- La continuité du lien comme condition essentielle à la qualité de l'accompagnement, en misant sur des réponses rapides, souples et accessibles; lorsque les personnes expriment un besoin ou une demande d'aide, le système doit être capable de saisir cette fenêtre;
- Des mécanismes de collaboration intersectorielle structurés et pérennes, qui ne reposent pas sur la seule bonne volonté individuelle;
- Des services de proximité et d'intervention de terrain flexibles, notamment pour rejoindre les personnes les plus marginalisées ou vivant loin des services centralisés. Ceci dit, il est important que les services de proximité et d'intervention de terrain puissent également référer les personnes rejointes à des lieux, des espaces, et des services qui sont bien équipés pour les accueillir et les soutenir alors qu'elles avancent dans leur trajectoire;
- Un accès réel, flexible et continu au développement professionnel pour toutes les intervenant·es, y compris dans les milieux publics et

institutionnels, afin de renforcer des pratiques adaptées aux réalités du terrain, en lien avec l'expertise communautaire et les savoirs des personnes concernées.

Humaniser l'intervention

« Arrêter de changer les services — il faut de la stabilité, mais il faut bonifier les services et se rappeler que le personnel est aussi humain. »

Les intervenant·es — au sens large, incluant toutes celles et ceux qui sont impliqué·es dans l'offre de soins et de services — sont également affecté·es par la polycrise. L'accumulation des situations difficiles, les deuils répétés, les ressources insuffisantes et l'incertitude financière créent un environnement de travail éprouvant, où le stress devient la norme.

Plusieurs équipes fonctionnent en mode survie : maintenir les services essentiels à flot, si bien qu'il y a moins de place pour la réflexion, l'innovation ou le développement. Cette pression constante génère un roulement de personnel important, entraînant des pertes d'expertise et une pression accrue sur les équipes. Ces roulements créent aussi une fracture dans les liens tissés avec les personnes usagères des services. Ces liens sont à la base d'une intervention humanisée et il est donc doublement important que les intervenant·es puissent accéder au soutien dont ils et elles ont besoin.

Les intervenant·es du milieu communautaire et du réseau public évoluent dans des réalités différentes, mais traversées par des contraintes systémiques communes : surcharge, manque de ressources, réformes constantes et lourdeur administrative. Dans un système fragilisé où la dépendance, l'itinérance et la santé mentale demeurent sous-priorisées, les difficultés de collaboration relèvent moins d'un manque de volonté que de conditions structurelles qui limitent la concertation, la continuité et la capacité d'agir.

« Impliquer les personnes premières concernées dans la gouvernance et dans les prises de décisions, à tous les niveaux décisionnels, et les rémunérer pour leur expertise. »

Humaniser l'intervention, c'est aussi reconnaître et valoriser le savoir expérientiel et l'importance des pair·es comme des acteur·rices à part entière du système et comme des leviers de transformation. Leurs savoirs expérientiels facilitent l'accès aux services, renforcent le lien de confiance, réduisent la distance entre les personnes et les institutions, et contribuent à développer des réponses plus proches des réalités vécues. La valorisation du savoir expérientiel transforme non seulement l'intervention, mais aussi la culture des services.

Humaniser le financement

« L'amélioration du filet social — augmentation de l'aide sociale, accès à un logement social, accès facile aux soins de santé — ce sont des éléments clés pour permettre de travailler à la stabilisation des personnes. On ne peut pas demander à quelqu'un de travailler sur sa santé mentale sans répondre d'abord à ses besoins primaires. »

Les structures de financement actuelles ne sont pas adaptées à la réalité des personnes accompagnées ni à celle qui offrent des services. Le financement par projet, souvent à court terme et accompagné de lourdes exigences de reddition de comptes, limite la capacité des organismes à planifier durablement et à répondre à l'ensemble des besoins des personnes, qui sont souvent multiples et changeants.

Les compressions de 750 millions de dollars opérées par Santé Québec en 2024-2025 ont touché la santé publique et la prévention, au moment même où l'effet des crises s'accroît. Le paradoxe est saisissant : on demande aux organismes de faire plus avec moins, dans un contexte où les besoins se multiplient.

Les personnes rencontrées ont rappelé que les besoins réels dépassent souvent les catégories prévues par les programmes et les critères d'accès. Cette rigidité limite la capacité des organismes à intervenir avec souplesse, notamment en amont des crises. Trop souvent, les personnes doivent attendre que leur situation se détériore avant d'avoir accès aux services, ce qui réduit les possibilités de prévention, d'accompagnement et de continuité.

« Avec des fonds suffisants, on peut élargir l'accès, la variété des services et maintenir un personnel qualifié. C'est difficile de financer par projets plutôt qu'à la mission, surtout quand les fonds varient d'une année à l'autre. Cela nuit à la rétention du personnel et à l'expansion des services. »

La reddition de comptes est vécue comme une charge qui détourne les équipes de leur mission fondamentale. Humaniser le financement signifie passer à un financement à la mission, stable et pluriannuel, qui respecte l'autonomie des organismes et leur permet d'accompagner les personnes dans la durée. Cela implique également de s'attaquer aux enjeux structurels et systémiques qui accentuent l'impact des crises et la précarité des personnes touchées.

Exemples concrets et pratiques prometteuses

Nos démarches de consultation révèlent que les milieux de la dépendance, de l'itinérance et de la santé mentale au Québec regorgent d'initiatives inspirantes. Ces pratiques témoignent de ce qui est possible lorsque les intervenant·es et leurs milieux sont soutenus, que les personnes concernées sont placées au cœur des solutions et que les collaborations sont encouragées.

Approches de proximité et d'intervention dans les milieux

Les services de proximité et les approches d'intervention dans les milieux figurent parmi les pratiques les plus citées pour rejoindre les personnes les plus marginalisées. Le principe est simple : aller vers les personnes là où elles se trouvent, sans condition ni jugement. Que ce soit par des unités mobiles de réduction des méfaits qui sillonnent les villes, des travailleur·ses de rue qui couvrent de grandes régions rurales, ou des cliniques mobiles permettant un accès aux soins sur le terrain, y compris dans les campements — ces initiatives réduisent les barrières d'accès et créent des liens de confiance durables. Il est important, par contre, que les personnes rejointes puissent être référées vers d'autres espaces et services accueillants et pertinents si l'on veut assurer un accompagnement en profondeur et sur le long terme.

Logement et milieux de vie adaptés

L'approche du logement d'abord — sans condition d'abstinence — est bien documentée et réclamée par de nombreux·ses répondant·es. Des initiatives de logements avec soutien permettent une stabilité résidentielle durable, tandis que des modèles intégrés réunissant en un même lieu hébergement, halte-répît et consommation supervisée permettent de répondre aux besoins d'une même personne à différents moments de sa trajectoire. En matière de logement, une plus grande compréhension et tolérance aux enjeux de dépendance, et une plus grande variété d'options et de durée de séjour sont essentielles.

Savoir expérientiel et pair·es aidant·es

La paire-aidance est identifiée comme un levier de transformation essentiel. Certaines organisations intègrent des intervenant·es avec savoir expérientiel à parité avec des intervenant·es diplômé·es — reconnaissant que ces deux formes d'expertise sont complémentaires et précieuses. Des programmes d'insertion par le travail impliquant des personnes avec savoir expérientiel illustrent concrètement comment leur participation transforme la nature et la qualité des services. Des formations accessibles et adaptées pour les personnes détenant un savoir expérientiel renforcent cette reconnaissance en outillant les personnes et en valorisant leur expertise.

Collaboration intersectorielle et intégration des services

La collaboration intersectorielle est l'une des pistes les plus souvent citées par nos répondant·es — et l'une des plus porteuses. Des équipes multidisciplinaires réunissant des intervenant·es de divers horizons autour de situations complexes, des partenariats entre milieux de la santé et organismes communautaires, et des communautés de pratique qui diffusent les savoirs de terrain : ces initiatives montrent qu'il est possible de briser l'isolement des équipes, de mieux faire connaître les services disponibles et de partager les meilleures pratiques à plus grande échelle. Elles contribuent également à déstigmatiser les enjeux auprès des professionnel·les qui n'y sont pas directement exposé·es au quotidien.

Prévention et intervention précoce

La prévention prend des formes multiples et doit rejoindre les personnes bien avant qu'une crise ne survienne. La présence d'intervenant·es en prévention des dépendances dans les écoles secondaires, le travail de rue, le dépistage précoce, la distribution de matériel de réduction des méfaits et les approches d'insertion sociale et économique en sont des exemples concrets — chacun agissant à un moment différent de la trajectoire, mais toujours en amont.

Cette logique de prévention s'applique également à l'itinérance. Identifier rapidement les personnes en situation de précarité et leur offrir un soutien adapté avant que la situation ne se détériore permet d'éviter des trajectoires bien plus difficiles à interrompre par la suite. Des initiatives comme la prévention de l'itinérance auprès de personnes à risque — qu'il s'agisse de jeunes en transition, de personnes sortant du système carcéral, ou de ménages en situation de crise de logement — montrent que des interventions ciblées et rapides peuvent faire une différence déterminante.

Recommandations

Les recommandations qui suivent émergent de l'ensemble de notre processus de consultation. Elles sont organisées autour des quatre axes qui structurent ce mémoire.

Humaniser la polycrise

« Fini la réflexion et le pelletage de nuage, ça prend des actions réelles, rapidement et avec échéances rapides. »

- **Intégrer systématiquement les approches de réduction des méfaits et sensibles aux traumatismes et à la violence dans l'ensemble des services** — et les positionner comme principes structurants, non comme options.

- **Assurer une réponse à la crise du logement** qui intègre les besoins complexes des personnes en situation de précarité et reconnaît le logement comme un prérequis au rétablissement — et non comme une récompense.
 - **Financer des logements adaptés avec soutien et des options à long terme**, incluant des services accessibles et diversifiés pour refléter différents besoins et trajectoires.
 - **Adapter les règles d'accès aux logements sociaux et aux ressources d'hébergement pour mieux accommoder les personnes avec des troubles de dépendance ou de santé mentale**, en augmentant le seuil de tolérance et en n'exigeant pas l'abstinence comme condition d'accueil.
 - **Renforcer les politiques et pratiques de réduction des méfaits et en prévention des surdoses dans tous les milieux de vie** : hébergements, refuges, ressources intermédiaires, milieux carcéraux et établissements de santé.
- **Renouveler une stratégie nationale spécifique à la prévention des surdoses**, assortie d'un cadre financier dédié, en positionnant la prévention des surdoses et la réduction des méfaits comme une responsabilité transversale de l'ensemble du réseau de la santé et des services sociaux.
 - **Faciliter l'accès à l'approvisionnement sécuritaire en levant les obstacles législatifs et cliniques qui en limitent le déploiement à travers le Québec**. En offrant un accès à des substances de qualité connue, cette stratégie réduit les risques liés à un approvisionnement contaminé, diminue la pression du mode survie et crée les conditions pour que la personne puisse s'engager graduellement dans d'autres services et avancer dans sa trajectoire. L'approvisionnement sécuritaire devrait être reconnu et financé comme une composante à part entière du continuum de soins en dépendance.
- **Reconnaître formellement le rôle des déterminants sociaux** — pauvreté, logement, judiciarisation, discrimination — comme facteurs qui favorisent les dépendances et freinent l'accès aux services, notamment en :
 - **Améliorant l'offre de transport dans les régions**, ou en accordant plus de financement pour le transport, afin de faciliter l'accès aux services et à l'emploi, notamment en périphérie et dans les petites villes, les communautés nordiques et rurales.
 - **Prévoyant des ressources spécifiques pour les jeunes** : logements adaptés, activités et espaces, soutien à l'emploi et accès à la formation.
 - **Garantissant l'accès à des services en anglais et dans d'autres langues** pour les populations qui ne peuvent accéder efficacement aux services en français, en assurant des interprètes stables, en traduisant les documents clés, en offrant les formations dans les deux langues, et

en reconnaissant la charge additionnelle engendrée dans des contextes d'intervention multilingues.

- **Soutenant les réponses développées par et pour les communautés autochtones**, qui s'appuient sur les savoirs et les approches culturelles des communautés.
- **Aider à changer les mentalités et réduire la stigmatisation** via différents mécanismes, dont une campagne de sensibilisation grand public pour lutter contre la stigmatisation liée à la dépendance, à l'itinérance et à la santé mentale, sur le modèle des campagnes réalisées autour des ITSS.
 - **Reconnaître les enjeux de cohabitation sociale comme une dimension des politiques en matière de dépendance, d'itinérance et de santé mentale — en évitant que ces enjeux ne servent de prétexte à des mesures punitives ou d'exclusion.** Les réponses à la cohabitation doivent être fondées sur le respect des droits, la dignité et la pleine citoyenneté des personnes concernées, plutôt que sur leur éloignement des espaces publics. Éduquer la population et les élu·es sur ces réalités est une condition essentielle pour que les solutions soient humaines, durables et acceptées par l'ensemble de la communauté

Humaniser le système et les services

« De briser les silos entre les réseaux et d'offrir un parcours simple, continu et humain. Moins de conditions, moins d'obstacles — lorsqu'une personne demande enfin de l'aide, il faut pouvoir ouvrir la porte à laquelle elle a réussi à cogner. »

- **Simplifier l'accès et intégrer systématiquement les approches qui placent la personne, son rythme et ses objectifs au centre de la démarche.**
 - **Adopter le principe “No Wrong Door” comme standard du système** : toute porte d'entrée doit pouvoir accueillir, orienter et accompagner, avec des services coordonnés entre prestataires et un registre des places disponibles en temps réel.
 - **Rendre les services accessibles au-delà des heures ouvrables.**
 - **Clarifier les trajectoires de services pour les personnes présentant des troubles concomitants**, et développer des corridors de soins spécifiques pour les milieux sous-desservis (urgences, établissements carcéraux, protection de la jeunesse, régions éloignées).
 - **Constituer des équipes interdisciplinaires qui suivent la personne dans la durée**, regroupant des intervenant·es avec des perspectives et des expertises variées pour répondre aux besoins de la personne de manière compréhensive et complémentaire.

- **Renforcer les services de proximité et les équipes interdisciplinaires de terrain**, notamment pour rejoindre les personnes les plus marginalisées et celles vivant loin des services.
- **Faciliter la création de collaborations et des corridors de soins solides** pour accompagner et référer vers d'autres services selon les besoins et la trajectoire de la personne accompagnée.
- **Investir dans la prévention et l'intervention précoce sous toutes ses formes** — présence dans les milieux de vie, prévention auprès des jeunes, dépistage, insertion sociale et économique, soutien aux personnes et aux familles à risque d'itinérance — en reconnaissant que des interventions ciblées et rapides, avant que les situations ne se détériorent, sont à la fois plus humaines et plus efficaces.
- **Soutenir des espaces réguliers et financés de partage des meilleures pratiques entre intervenant·es, milieux et régions** — incluant des opportunités de mentorat et d'observation directe des pratiques (shadowing) — afin de briser l'isolement des équipes, de valoriser l'expertise de terrain et d'accélérer le transfert de ce qui fonctionne.
- **Inviter les milieux de la dépendance, de l'itinérance et de la santé mentale aux tables de planification provinciale**, dont en prévention et en santé publique.

Humaniser l'intervention

« Impliquer les personnes premières concernées dans la gouvernance et dans les prises de décisions, à tous les niveaux décisionnels, et les rémunérer pour leur expertise. »

- **Réduire les barrières et intégrer des personnes détenant des savoir expérientiels dans toutes les équipes**, les inclure dans les processus décisionnels et consultatifs, soutenir leur développement professionnel, et les rémunérer équitablement en reconnaissant la valeur de leur expertise.
 - **Reconnaître, financer et valoriser la paire-aidance** comme pratique professionnelle à part entière.
- **Soutenir activement la santé mentale et le mieux-être des intervenant·es.**
 - **Assurer la stabilité des équipes comme condition de la qualité du lien thérapeutique et réduire le roulement de personnel** par de meilleures conditions de travail, de la reconnaissance et des salaires compétitifs.

- **Favoriser la formation continue des intervenant·es et les échanges entre les milieux communautaire et public**, afin de réduire les fossés culturels, de renforcer la compréhension mutuelle et de bâtir des collaborations durables.

Humaniser le financement

« C'est dommage, mais la vraie réponse est que les services sont déjà présents et répondent bien aux besoins, mais ils sont tellement rares et peu financés qu'ils ne peuvent répondre à l'ensemble de la demande. Ce n'est pas une question de qualité, mais de quantité. »

- **Augmenter significativement le financement global des secteurs de la dépendance, de l'itinérance et de la santé mentale** afin de réduire les écarts historiques avec d'autres champs du réseau.
- **Privilégier un financement à la mission, pluriannuel et stable, plutôt qu'un financement par projet**, afin de réduire la lourdeur administrative, respecter l'autonomie des organismes et des intervenant·es, et leur permettre de planifier, d'innover et d'accompagner les personnes dans la durée.
 - Éviter de remplacer les ententes globales avec des ententes de services spécifiques afin d'assurer une plus grande marge de manœuvre dans l'offre de services qui sont adaptés aux réalités et besoins complexes des personnes.
- **Appuyer la mise à l'échelle de projets pilotes et de pratiques prometteuses** avec des déploiements structurants et pérennes, en laissant l'autonomie de les adapter au contexte local.
- **Que le Gouvernement monitore l'implantation des orientations et leurs impacts sur les populations concernées** — en impliquant les personnes concernées dans ce processus, et en partageant les mises à jour et résultats sur une base continue.

Références

- Beaulieu-Kratchanov, L. (28 janvier 2026). En pleine crise des surdoses, la Santé publique rationne le matériel de réduction des risques. Pivot Québec.
- Beaupré, É. (1er avril 2026). Cinq décès en itinérance : une enquête du coroner pour faire la lumière, alors que les décès s'accumulent. Vingt55.
- Bourquin, C. (2026). Hausse des surdoses à Montréal : La situation est « vraiment alarmante », avertit un organisme. La Presse.
- Carpenter, P. (26 mars 2026). 3 homeless deaths reported in Montreal in less than a week. Global News.
- Chartier, C., Gélinas, M. et Tétrault-Martel, S. (porte-paroles). (2026). Le Communautaire à boutte! [Site du mouvement].
- Clermont-Goulet, JM. (2026). L'itinérance a explosé au Québec en 3 ans et voici les 4 régions les plus touchées. Narcity Québec.
- Coalition pour les services de consommation supervisée. (2025). Communiqué de presse : La Coalition pour les services de consommation supervisée dénonce l'adoption de la loi 103 qui détourne l'attention des vraies causes. AIDQ.
- Conseil des Atikamekw de Manawan et Conseil de la Nation Atikamekw. (2020). *Le Principe de Joyce : Mémoire présenté par le Conseil des Atikamekw de Manawan et le Conseil de la Nation Atikamekw*.
https://principedejoyce.com/sn_uploads/principe/Principe_de_Joyce__FR.pdf
- Desrosiers, S. (19 janvier 2024). Les demandeurs d'asile de plus en plus nombreux à recourir à l'aide sociale au Québec. Radio-Canada.
- Duchaine, G. (2026). Hospitalisations : Le début d'une « grosse déferlante »? La Presse.
- Gouvernement du Québec. (9 avril 2026). Dénombrement des personnes en situation d'itinérance visible au Québec — Les premiers résultats de 2025 sont rendus publics. Newswire.
- Gyulai, L. (26 mars 2026). “Consequences are very dire” for unhoused Quebecers after groups’ funding is cut. Montreal Gazette.
- Robichaud, O. (1er avril 2026). Itinérance : licenciements dans des organismes du Centre-Sud. Journal Métro.
- Vigneault, R. (13 avril 2026). Le Centre Cérès en mode survie. L'Écho de Frontenac.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS]. (2025). Programme national de santé publique 2025-2035. Pour un Québec en santé, équitable et résident.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS]. (2018). Plan d'action interministériel en dépendance 2018-2028.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS]. (2016). Politique gouvernementale de prévention en santé.