

Itinérance : les réponses du réseau de la santé et des services sociaux

Organiser les réponses autour des personnes, soutenir les équipes de soins et mieux les relier aux autres acteurs de la communauté

Clinique Recherche Innovation / Marc Dionne | Septembre 2026

Question centrale — Le Québec dispose déjà de programmes, d'organismes et de ressources en logement, hébergement, santé, dépendance, revenu, sécurité et action communautaire. Comment le réseau de la santé et des services sociaux peut-il mieux assumer sa part de responsabilité envers les personnes en situation d'itinérance ou à risque de le devenir, tout en s'arrimant efficacement aux municipalités, aux organismes responsables du logement, à la sécurité publique et au milieu communautaire?

Une problématique qui met à l'épreuve l'organisation de notre système

Ce billet s'inscrit dans une série qui examine des problèmes concrets de notre système de santé et de services sociaux à partir d'une même conception : partir des besoins des personnes, identifier les équipes qui doivent s'en reconnaître responsables et organiser autour d'elles les ressources, les collaborations et les soutiens nécessaires.

L'itinérance constitue un test particulièrement exigeant de cette approche. Elle déborde largement le système de santé : logement, revenu, municipalités, sécurité publique, justice, acceptabilité sociale, organismes communautaires, santé physique, santé mentale et dépendance s'y croisent. Le réseau de la santé et des services sociaux y rencontre des personnes dont les besoins sont complexes et dont les parcours se fragmentent précisément aux frontières entre ces différents secteurs.

Ce billet ne cherche pas à responsabiliser le réseau de la santé sur l'ensemble des problèmes posés par l'itinérance. Il examine plutôt comment notre approche générale peut s'appliquer à cette situation particulière : quelles responsabilités devraient être assumées par les équipes de soins, comment ces responsabilités devraient être définies à l'avance, et comment les équipes peuvent servir de pivot vers les ressources qui relèvent d'autres acteurs sans se substituer à eux.

1. Une crise reconnue, des acquis réels, mais une progression qu'on n'arrive pas encore à infléchir

Le Québec reconnaît maintenant clairement l'ampleur du phénomène. Le dénombrement de 2022 estimait à environ 10 000 le nombre de personnes en situation d'itinérance visible dans les régions participantes, une hausse d'environ 44 % depuis 2018. L'énumération du 23 avril 2024 recensait 9 307 personnes dans les ressources d'hébergement visées, soit 15 % de plus qu'en 2022. Un nouveau dénombrement a été réalisé le 15 avril 2025; le gouvernement a publié des résultats préliminaires et le troisième portrait québécois est en préparation. Ces exercices ne mesurent toutefois ni toute l'itinérance cachée ni toutes les personnes qui alternent entre rue, hébergement précaire, hôpital, détention et logement temporaire.

Il faut reconnaître les acquis : une politique nationale, un plan interministériel réunissant 23 ministères et organismes, des investissements, des organismes communautaires expérimentés, des équipes cliniques

spécialisées, des initiatives municipales et une volonté politique désormais explicite de prévenir et réduire l'itinérance. Le problème n'est donc pas l'absence d'action.

Ces efforts sont importants, mais ils n'ont pas encore permis d'infléchir la progression observée de l'itinérance visible et hébergée. Plusieurs facteurs y contribuent — disponibilité et coût du logement, pauvreté, santé mentale, dépendance, ruptures familiales et institutionnelles, sorties des institutions mal préparées, vieillissement et autres vulnérabilités. Une partie de la difficulté tient aussi à notre capacité d'organiser ces réponses autour des personnes plutôt qu'autour des programmes.

Comparer l'itinérance entre pays, provinces ou grandes villes peut aider à élargir notre regard, mais l'exercice est moins simple qu'il n'y paraît. Les définitions de l'itinérance, les méthodes de dénombrement, les périodes observées et la couverture des territoires diffèrent. Certaines juridictions comptent surtout l'itinérance visible, d'autres intègrent davantage l'hébergement temporaire ou certaines formes d'itinérance cachée. Les comparaisons sont donc surtout utiles pour repérer des façons différentes d'organiser les réponses et des interventions prometteuses; elles doivent être interprétées avec prudence lorsqu'on compare directement l'ampleur du phénomène ou qu'on veut transposer une solution d'un milieu à un autre.

2. Des personnes et des besoins différents : organiser des parcours différents

Une personne qui vient de perdre son logement après une éviction n'a pas les mêmes besoins qu'une personne vivant depuis plusieurs années dans la rue avec une maladie mentale grave et une dépendance. Une jeune personne quittant la protection de la jeunesse, une femme fuyant la violence, une personne vieillissante avec des limitations fonctionnelles ou quelqu'un qui sort de l'hôpital ou de détention appellent des réponses différentes.

Cette diversité doit orienter autant la prévention que l'intervention. Plusieurs trajectoires de vulnérabilité résidentielle et sociale sont suffisamment connues pour que les responsabilités ne soient pas attribuées seulement après la rupture. Dans un système organisé autour d'équipes responsables, certaines équipes devraient déjà avoir, dans leur mission et leur clientèle, la responsabilité de repérer ces situations et d'intervenir avant que l'itinérance ne s'installe ou ne devienne chronique.

- Risque résidentiel ou économique dominant : intervention précoce sur le logement, le revenu, la médiation et les droits.
- Sortie d'hôpital, de détention ou de protection de la jeunesse : responsabilité de préparer la transition et d'éviter une sortie sans solution de destination.
- Santé mentale grave, dépendance ou grande désorganisation : équipe de soins de proximité capable d'un suivi intensif dans le milieu.
- Vieillesse, maladie chronique ou limitations fonctionnelles : réponse clinique et résidentielle adaptée plutôt qu'un refuge généraliste.
- Itinérance chronique à besoins multiples : accompagnement durable, logement avec soutien et coordination active de plusieurs services.

La prévention devient alors moins une intention générale qu'une responsabilité inscrite à l'avance dans la mission d'équipes identifiables.

3. Des expériences d'ici et d'ailleurs qui éclairent l'organisation des responsabilités

Les expériences canadiennes et internationales ne fournissent pas un modèle unique à importer au Québec. Elles montrent toutefois plusieurs façons d'organiser la continuité, l'aller-vers, le logement et la coordination autour de personnes qui utilisent difficilement les services traditionnels.

Accès coordonné et continuité au Canada

Le programme fédéral Vers un chez-soi demande aux communautés désignées de développer un accès coordonné, des données individualisées, une connaissance des ressources et des mécanismes de jumelage entre les personnes et les logements ou soutiens disponibles. Toronto utilise notamment une liste nominative et une évaluation commune; Calgary et Edmonton ont également développé des mécanismes d'accès coordonné. Vancouver maintient des équipes d'outreach qui vont vers les personnes les moins susceptibles d'utiliser spontanément les services traditionnels.

L'intérêt de ces expériences est moins de créer un guichet unique que de faire en sorte qu'un territoire connaisse les personnes et les besoins non comblés, sache quelles ressources sont disponibles et puisse identifier qui conserve la responsabilité de la suite.

Finlande : logement stable, stratégie nationale et responsabilités partagées

La Finlande a fait du Housing First un élément central de stratégies nationales successives. L'approche combine l'accès à un logement stable avec des soutiens adaptés et s'appuie sur une coopération durable entre l'État, les municipalités et des organisations non gouvernementales. L'expérience finlandaise a été associée à une forte diminution de l'itinérance sur plusieurs décennies, même si les données les plus récentes montrent une remontée en 2024 et 2025. Elle rappelle surtout qu'un logement permanent doit être accompagné, pour certaines personnes, de services suffisamment continus et ajustés à leurs besoins.

Royaume-Uni : équipes multidisciplinaires, outreach et continuité

Les recommandations britanniques du NICE proposent des équipes multidisciplinaires spécialisées capables de travailler entre soins de proximité, hôpital, services sociaux et logement. Elles insistent sur un intervenant désigné, la continuité aussi longtemps que nécessaire, l'outreach dans les lieux fréquentés par les personnes et le maintien de l'offre de services même après des refus ou des rendez-vous manqués. Ce modèle rejoint directement l'idée d'une équipe identifiable qui conserve le fil du parcours sans devoir fournir elle-même tous les services.

Australie : articuler itinérance, santé et logement

En Australie, les services spécialisés en itinérance sont largement financés publiquement mais souvent offerts par des organismes non gouvernementaux, avec des modèles d'accès et de coordination qui varient selon les États et territoires. En Nouvelle-Galles du Sud, l'assertive outreach est explicitement conçu comme une approche proactive et persistante, multidisciplinaire, reliée à l'accès au logement et au maintien en logement. Des initiatives conjointes entre santé mentale et logement cherchent également à prévenir l'itinérance au moment de la sortie d'hospitalisation.

Ce qui ressort de ces expériences n'est pas une structure à copier, mais quelques constantes : connaître les besoins, aller vers les personnes, maintenir la continuité, disposer d'équipes multidisciplinaires, relier les soins au logement et rendre explicite la responsabilité de la suite.

Des équipes québécoises existent déjà

Le Québec ne part pas de zéro. Le suivi intensif dans le milieu (SIM) offre déjà des services interdisciplinaires adaptés à des personnes présentant des troubles mentaux graves et des besoins élevés; sa composition peut inclure médecins, psychiatres, infirmières, travailleurs sociaux, spécialistes en dépendance ou en réinsertion et pairs aidants. Le gouvernement rend également disponibles des outils de repérage de l'instabilité résidentielle et un soutien clinique et organisationnel en itinérance.

À Montréal, l'Équipe mobile de référence et d'intervention en itinérance (EMRII), les services de suivi d'intensité variable et l'Urgence psychosociale-Justice illustrent la présence d'équipes capables d'intervenir dans des situations complexes. Une visite d'agrément publiée en 2026 décrit ces équipes comme interdisciplinaires, accessibles et centrées sur les besoins d'une clientèle particulièrement vulnérable.

L'Équipe mobile de médiation et d'intervention sociale (ÉMMIS), de compétence municipale et sociale, apporte pour sa part une réponse civile 24/7 à des situations tendues dans l'espace public.

Ces exemples soutiennent une idée importante : nous disposons déjà de compétences et d'équipes prometteuses. Elles peuvent toutefois demeurer locales, fragiles aux changements de programmes ou dépendantes d'un leadership particulier. Le défi est de faire de cette capacité d'équipe une composante normale et soutenue du système.

4. Prévenir, atténuer, résoudre : agir à différents moments du parcours

Une stratégie responsable doit agir avant, pendant et après l'épisode d'itinérance. À chacun de ces moments correspondent des missions d'équipe différentes.

Prévenir

Les équipes de première ligne, de santé mentale, de protection de la jeunesse, de soutien à domicile, d'hôpital et de services sociaux devraient être capables de repérer les risques résidentiels et de déclencher rapidement une réponse. Les outils québécois récents de repérage de l'instabilité résidentielle vont dans ce sens. La prévention exige surtout que quelqu'un se reconnaisse responsable de la transition : une sortie d'hôpital ou de détention sans solution de destination ne devrait pas être considérée comme une transition réussie.

Atténuer

Lorsque la rue ou l'hébergement précaire ne peuvent être évités immédiatement, les équipes de proximité doivent réduire les risques : alimentation, hygiène, soins, réduction des méfaits, sécurité, documents, maintien du lien et accès à un lieu de répit. C'est ici que les équipes de soins mobiles, le SIM, les équipes spécialisées en itinérance, les organismes communautaires et les services municipaux peuvent se compléter.

Résoudre

La sortie durable de l'itinérance exige une solution résidentielle adaptée, un revenu suffisant et, lorsque nécessaire, des soins et un accompagnement prolongé. L'équipe de soins pivot ne se retire pas au moment où la personne obtient une adresse; elle s'assure que les soutiens nécessaires au maintien en logement sont réellement mobilisés.

Ces équipes devraient être ancrées dans des territoires suffisamment proches de la communauté pour connaître les ressources et les personnes, mais reliées à l'établissement et aux équipes spécialisées lorsque leur soutien est nécessaire. Leur stabilité ne devrait pas dépendre d'un projet temporaire ou d'une personnalité exceptionnelle.

5. Lorsque la personne refuse l'aide : aider sans abandonner

Une partie des personnes les plus vulnérables refuse un refuge, un traitement, un logement proposé ou l'intervention d'un service. Ce refus peut découler d'un choix autonome, mais aussi de mauvaises expériences, de la peur de perdre ses biens ou son animal, de règles jugées incompatibles avec sa situation, d'une dépendance, d'un trouble mental ou d'une profonde méfiance envers les institutions.

Le refus ne devrait pas être interprété automatiquement comme une autorisation donnée au système de se retirer. L'équipe de soins qui joue le rôle de pivot peut continuer à aller vers la personne, maintenir une présence stable, répondre à des besoins immédiats, réoffrir l'aide et mobiliser les partenaires susceptibles d'établir un lien.

Une continuité de présence et une vigilance bienveillante

- Établir un contact aussi stable que possible avec un petit nombre d'intervenants connus.
- Maintenir le lien après un refus plutôt que fermer le dossier.

- Être attentif à une détérioration de la santé, de l'état mental, de la capacité de se protéger, aux risques de violence ou d'exploitation et aux conditions climatiques dangereuses.
- Répondre à des besoins concrets — soins, alimentation, hygiène, documents, revenu, transport, réduction des méfaits — qui peuvent aussi créer la confiance.
- Réoffrir périodiquement les solutions de logement, de traitement ou d'accompagnement sans exiger que la personne recommence son histoire.

Cette connaissance ne doit pas devenir une surveillance permanente. Les renseignements conservés et partagés doivent être limités à ce qui est légalement permis et nécessaire à la continuité, à la sécurité et à l'accès aux services.

6. Respecter les choix, maintenir l'aide et poser des limites

Les équipes et les collectivités rencontrent inévitablement des situations où aucune réponse simple n'est satisfaisante. Entre l'abandon d'une personne à elle-même et la contrainte, il existe un large espace d'intervention. Trois principes peuvent guider l'action.

Respecter les choix et réduire les risques

Lorsqu'une personne refuse une solution proposée ou adopte une solution de survie qui ne crée pas de danger important, ne prive pas les autres d'un droit ou d'un service essentiel et demeure compatible avec un minimum de salubrité et de coexistence, la première réponse devrait être l'accompagnement plutôt que la coercition. La collectivité peut parfois réduire temporairement les risques - eau, hygiène, protection contre les intempéries, rangement, présence d'équipes de proximité - sans faire de cette solution une réponse permanente.

Maintenir le lien et graduer l'intervention

Le refus d'aide ne devrait pas entraîner la disparition de la personne du système. L'intervention peut aller de la présence volontaire et du maintien du lien à une vigilance accrue, à la mobilisation d'équipes multidisciplinaires, à la médiation ou à l'intervention civile. Les mécanismes légaux de contrainte ne devraient intervenir que lorsque les seuils applicables sont atteints. L'enjeu est d'occuper beaucoup mieux l'espace entre « la personne refuse, on ne peut rien faire » et l'urgence qui conduit à la police ou à l'hospitalisation.

Poser des limites compréhensibles et offrir des alternatives crédibles

La vulnérabilité ne signifie pas que toute situation doit être acceptée sans limite. La collectivité doit pouvoir intervenir lorsque des comportements ou des conditions créent un risque sérieux, compromettent la salubrité ou la sécurité, portent atteinte de façon importante aux droits d'autrui ou empêchent un lieu public d'accomplir sa fonction. Les limites devraient reposer sur des critères observables et applicables à tous, non sur le statut d'itinérance. Plus on demande qu'un comportement cesse ou qu'un lieu soit quitté, plus on devrait être capable de proposer une alternative crédible lorsque la situation de la personne l'exige.

Campements et lieux publics : appliquer les mêmes principes

Les campements peuvent être compris comme des solutions de survie lorsque les refuges ou les logements disponibles ne sont pas utilisables par certaines personnes. Ils ne constituent pas une solution durable, mais peuvent parfois être temporairement tolérés et encadrés si les risques d'incendie, de violence, d'insalubrité ou d'entrave à des fonctions essentielles demeurent contrôlables. Lorsque ces risques ne peuvent plus l'être, une intervention plus ferme peut devenir nécessaire, tout en maintenant l'accompagnement et la recherche d'une solution de remplacement.

La même logique vaut pour les bibliothèques, le métro et les autres lieux à fonction essentielle. La présence d'une personne itinérante n'est pas en elle-même le problème; ce sont les comportements ou les

usages qui peuvent rendre un lieu impraticable ou dangereux. Une personne qui doit quitter un lieu ne devrait pas pour autant disparaître du système d'aide.

Cela suppose de développer des solutions temporaires réellement utilisables : petites unités, chambres individuelles, ressources à faible seuil, lieux de répit accessibles sur de longues plages horaires et, lorsque cela est possible, adaptation rapide de bâtiments disponibles. Ces solutions intermédiaires ne remplacent pas le logement; elles évitent que la rue, le métro ou la bibliothèque deviennent les seules réponses disponibles.

7. Situer les équipes de soins parmi les acteurs responsables

L'itinérance déborde les responsabilités d'un seul réseau. Pour que les équipes de soins puissent jouer leur rôle sans devenir responsables de tout, il faut distinguer les responsabilités institutionnelles du gouvernement, des municipalités et du réseau de la santé et des services sociaux, tout en reconnaissant l'importance de l'acceptabilité sociale, de la participation des personnes concernées et de la contribution des organismes communautaires.

Le gouvernement du Québec : créer les conditions et mobiliser les grands leviers

Le gouvernement dispose des principaux leviers en matière de santé et de services sociaux, de revenu, de logement, de justice et de financement municipal. Sa responsabilité est de définir des orientations cohérentes, de financer des capacités suffisantes, de faciliter la mise en place de solutions adaptées et de soutenir les territoires qui ne peuvent assumer seuls les coûts et les responsabilités associés à l'itinérance.

Les municipalités : organiser la coexistence et les réponses de proximité

Les municipalités vivent directement les conséquences visibles de l'itinérance : campements, bibliothèques, transports, parcs, propreté, incendies, sécurité et cohabitation. Elles peuvent identifier des lieux et bâtiments mobilisables, gérer l'espace public, participer à la coordination territoriale et développer des réponses civiles de proximité. Elles doivent pouvoir faire respecter les règles nécessaires au fonctionnement des lieux tout en maintenant un lien avec les ressources d'aide.

Le réseau de la santé et des services sociaux : assumer les soins et la continuité

Le réseau doit assumer pleinement les besoins de santé physique, de santé mentale, de dépendance et de services sociaux qui relèvent de sa mission. Pour les personnes les plus vulnérables, cela signifie disposer d'équipes capables d'aller vers elles, de maintenir le lien, de suivre leur situation dans le temps et de servir de pivot vers les autres ressources lorsque leur parcours dépasse le champ clinique.

Acceptabilité sociale, personnes concernées et milieu communautaire

Les réponses à l'itinérance ne peuvent être durables si elles sont conçues sans les personnes directement concernées ou si elles deviennent incompatibles avec la vie des communautés qui les accueillent. L'acceptabilité sociale ne devrait ni servir de veto automatique à toute ressource ni être ignorée; elle doit être travaillée par l'information, la participation, des règles de coexistence claires et une capacité d'intervention lorsque des difficultés apparaissent.

Les organismes communautaires occupent une place particulière par leur proximité, leur souplesse, leur connaissance du terrain et la confiance qu'ils peuvent établir avec des personnes qui se méfient des institutions. Les relier aux équipes de soins ne doit pas les transformer en prolongements administratifs du réseau. Lorsque des fonds publics leur sont confiés pour rendre des services déterminés, une reddition proportionnée devrait porter d'abord sur les personnes rejointes, les services rendus et les résultats recherchés.

Responsabilités institutionnelles claires; participation des personnes concernées; acceptabilité sociale travaillée; collaboration étroite avec le communautaire sans embrigadement.

8. Organiser le réseau de la santé autour de responsabilités claires

C'est dans ce cadre général que l'approche proposée pour le réseau prend son sens. Il ne s'agit pas de créer un système parallèle pour l'itinérance, mais de rendre explicites les missions des équipes, leur responsabilité envers certaines clientèles et les mécanismes de coordination dont elles ont besoin.

Niveau 1 — Une coordination régionale et sous-régionale avec de vrais moyens d'agir

Chaque région, et lorsque nécessaire chaque sous-région, devrait disposer d'une fonction de coordination clairement identifiable réunissant les acteurs pertinents. Elle connaîtrait la situation, cartographierait les ressources, identifierait les besoins non couverts, organiserait les capacités et aiderait à résoudre les situations qui dépassent la capacité d'une équipe. Cette fonction ne devrait pas devenir un nouveau niveau de contrôle ni un passage obligé pour les personnes; elle devrait surtout permettre de lever rapidement des obstacles et de mobiliser des ressources.

Niveau 2 — Des équipes d'intervention différenciées

Il n'est ni réaliste ni souhaitable de confier toute l'itinérance à une seule équipe polyvalente. Plusieurs équipes doivent coexister : équipes de soins de proximité, santé mentale et dépendance, jeunesse et transition, vieillissement et santé complexe, maintien en logement, équipes municipales, organismes communautaires et équipes conjointes lorsque la situation l'exige.

Pour les équipes du réseau, je conserverais l'appellation « équipes de soins ». Leur mission ne s'arrête pas au traitement d'une maladie. Selon leur clientèle, elles peuvent réunir médecins, infirmières, travailleurs sociaux, éducateurs, professionnels en dépendance, pairs aidants et personnel de soutien. Elles doivent pouvoir intervenir hors des murs et disposer des moyens professionnels, technologiques et logistiques nécessaires à leur mission.

Niveau 3 — Une équipe de soins qui sert de pivot autour de la personne

Lorsqu'une personne en situation d'itinérance présente des besoins relevant du réseau, une équipe de soins identifiable devrait déjà pouvoir se reconnaître responsable de la continuité en vertu de sa mission. Elle ne ferait pas tout elle-même. Elle connaîtrait la personne et son parcours, saurait ce qui reste à faire, mobiliserait les autres équipes cliniques et agirait comme pivot vers le logement, le revenu, la municipalité, les organismes communautaires, les services juridiques ou d'autres ressources.

Cette fonction de pivot est particulièrement importante pour les personnes dont la capacité de naviguer entre les services est la plus limitée. Elle permet à chacun de jouer son rôle sans que la responsabilité se dissolve entre les partenaires.

Une équipe de soins peut être le pivot du parcours sans devenir propriétaire de toutes les interventions. Sa responsabilité est de ne pas perdre la personne dans les interstices du système.

9. Une orientation ferme, une mise en œuvre souple et progressive

L'orientation générale devrait être claire : dans chaque territoire, les responsabilités envers les personnes en situation d'itinérance ou à risque de le devenir doivent être identifiables; les équipes de soins doivent connaître leur mission et leur clientèle; les ressources doivent pouvoir être mobilisées rapidement; et la coordination ne doit pas reposer uniquement sur des relations personnelles ou des projets temporaires.

Cette fermeté sur les résultats attendus ne suppose pas d'imposer partout la même structure, le même organigramme ou le même échéancier. Les territoires devraient pouvoir partir de leurs équipes, de leurs organismes et de leurs mécanismes de coordination existants, puis combler progressivement les fonctions manquantes. Les milieux les plus prêts peuvent avancer plus rapidement; d'autres auront besoin de davantage de temps ou de soutien. L'important est de progresser vers une architecture

commune de responsabilités, adaptée aux réalités locales et suffisamment stable pour survivre aux changements de programmes et de personnes.

10. Ce qu'il faudrait mesurer

Une stratégie centrée sur les personnes doit mesurer autre chose que le nombre de lits, de repas, de places ou d'interventions. Ces activités comptent, mais elles ne disent pas si le système change les parcours.

- Prévention : combien de personnes à haut risque ont évité une entrée dans l'itinérance?
- Responsabilité : quelle proportion des personnes connues ayant des besoins de santé ou de services sociaux disposent d'une équipe de soins responsable?
- Lien : parmi celles qui refusent l'aide, combien demeurent en contact avec une équipe ou un organisme identifiable?
- Parcours : durée des épisodes, retours à la rue et stabilité après le logement.
- Résultats personnels : santé, sécurité, revenu, continuité des soins et expérience de la personne.
- Cohabitation : évolution des situations problématiques dans les campements et lieux publics essentiels, recours à la police, incendies, violences et plaintes.
- Performance du système : besoins non comblés, délais, utilisation des urgences et hospitalisations, capacité des équipes à mobiliser les ressources nécessaires.

Conclusion — Ce que le réseau de la santé devrait garantir

L'itinérance ne se résoudra ni par une mesure unique ni par une organisation unique. Le logement est essentiel, mais certaines personnes ont besoin de beaucoup plus qu'un logement. Les soins sont essentiels pour certaines, mais ils ne remplacent pas un milieu de vie. Les organismes communautaires sont indispensables, mais ils ne peuvent compenser seuls les ruptures entre les systèmes. Et les municipalités ne disposent pas de tous les leviers nécessaires pour répondre aux situations qu'elles rencontrent dans leurs espaces publics.

Le réseau de la santé et des services sociaux ne peut résoudre seul l'itinérance. Il peut toutefois garantir quelque chose d'essentiel : lorsqu'une personne présente des besoins qui relèvent de sa mission, une équipe identifiable doit déjà pouvoir se reconnaître responsable de la continuité, maintenir le lien lorsque la situation devient difficile et mobiliser les autres acteurs plutôt que laisser la personne naviguer seule entre les systèmes.

Cette responsabilité doit persister dans les situations les plus difficiles. Refuser de l'aide ne devrait pas signifier être abandonné. Être vulnérable ne devrait pas signifier que toute limite disparaît. Et poser une limite ne devrait pas signifier que la responsabilité d'aider prend fin.

Le véritable test d'une stratégie sur l'itinérance n'est pas le nombre de mesures annoncées. C'est sa capacité à faire en sorte que chaque personne puisse être reliée à une équipe responsable, accompagnée selon ses besoins et traitée avec dignité — tout en permettant à la communauté de maintenir des règles de sécurité et de coexistence compréhensibles, proportionnées et humaines.

Sources et repères documentaires

Gouvernement du Québec — Énumération et dénombrement en itinérance; résultats 2022, énumération 2024 et résultats préliminaires du dénombrement du 15 avril 2025.

Gouvernement du Québec — Plan d'action interministériel en itinérance 2021-2026.

Gouvernement du Québec — Outils et soutien clinique en matière d'itinérance; Instrument de repérage et d'identification des situations résidentielles instables et à risque (IRIS).

Gouvernement du Québec — Suivi intensif dans le milieu (SIM).

CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal — Rapport de visite d'agrément 2026 : EMRII, Urgence psychosociale-Justice et SIV.

Ville de Montréal — Équipe mobile de médiation et d'intervention sociale (ÉMMIS).

Ville de Montréal — Gestion des campements à Montréal, protocole municipal 2026.

Ville de Montréal — Haltes-chalet : lieux de répit temporaires.

Gouvernement du Québec — PRISM Nord, ressource d'hébergement transitoire en santé mentale et itinérance, 2026.

Logement, Infrastructures et Collectivités Canada — Vers un chez-soi : accès coordonné et données.

Commission de la santé mentale du Canada — At Home/Chez Soi.

Ville de Toronto — Coordinated Access to Housing & Supports.

Calgary Homeless Foundation — Coordinated Access & Assessment.

Ville de Vancouver — Homelessness Services Outreach Team.

OCDE — OECD Toolkit to Combat Homelessness; stratégies, parties prenantes, Housing First et données comparatives sur l'itinérance.

OCDE — Data on homelessness and housing exclusion 2026: Finland.

NICE (Royaume-Uni) — Integrated health and social care for people experiencing homelessness, NG214.

Australian Institute of Health and Welfare — Specialist Homelessness Services, rapports 2024-25 et analyses 2026.

NSW Health — Housing and Mental Health Agreement 2022; cadre de prestation et assertive outreach for homelessness.

Baxter AJ et coll. — Revue systématique et méta-analyse des essais randomisés Housing First.

Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse — Itinérance, droits et campements.

Documents de référence de l'auteur — Proposition pour relancer le système de santé du Québec (août 2026); Réparer et relancer notre système de santé (septembre 2026).