

**Mémoire : Pour un décloisonnement des services et une pérennité de
l'action communautaire**



Présenté par : Tania Charron, Directrice générale

Organismes : Action Jeunesse de l'Ouest-de-l'Île (AJOI) et Ricochet (Hébergement-Homes)

1. PRÉSENTATION ET DÉMARCHE

Ce mémoire est le fruit d'une expertise terrain ancrée dans l'Ouest-de-l'Île (OI), portée par les missions d'**Action Jeunesse de l'Ouest-de-l'Île (AJOI)** et de **Ricochet (Hébergement/Homes)**.

Depuis 2007, AJOI offre des services de prévention et d'intervention en travail de rue et de milieu auprès des jeunes et des personnes vulnérables dans le secteur de l'OI. L'équipe d'AJOI compte 15 travailleurs.euses de rue (Tr) dont les mandats (jeunesse, itinérance, éducation à la sexualité et prévention de l'exploitation sexuelle, dépendances) et les secteurs varient. L'organisme offre également des activités sportives et des animations de parc gratuites pour les jeunes de 12 à 25 ans, et opère un espace d'accueil de soir et de nuit, la Halte Dorval, pour les personnes en situation d'itinérance, culturellement adapté pour les Inuits, à proximité du terminus Dorval.

Ricochet s'engage depuis 2017 à développer et offrir des solutions d'hébergement et d'accompagnement pour les personnes qui vivent de l'instabilité résidentielle dans l'OI et les environs. Le Centre Ricochet est un hébergement communautaire dont la capacité varie de 80 à 102 lits d'urgence au cours de l'année. Le Centre offre un toit, mais aussi trois repas chauds et gratuits par jour, des services de buanderie, du soutien psychosocial, des ateliers et des activités communautaires. À travers son programme d'hébergement régulier, son programme jeunesse, son programme aînés, son Projet de réaffiliation itinérance santé mentale (PRISM), son programme Survivantes Solidaires (pour les femmes victimes de violence conjugale n'ayant pas accès à de l'hébergement spécifique), ses services de navette et de médiation sociale, Ricochet offre un milieu sécuritaire et des services humains et bienveillants afin de permettre aux bénéficiaires de retrouver stabilité, dignité et espoir pour l'avenir.

Ensemble, dans la solidarité, la bienveillance, l'inclusion, l'intégrité et la détermination, AJOI et Ricochet s'engagent à créer une communauté solidaire et sécuritaire permettant à tous.tes de développer leur potentiel et d'améliorer leur qualité de vie, grâce à un continuum de services ancré dans les besoins de la communauté.

Notre démarche ne repose pas uniquement sur des concepts théoriques, mais sur une analyse rigoureuse issue du terrain :

- Constats observés quotidiennement par nos équipes.
- Statistiques colligées par nos équipes.
- Échanges directs avec des experts du vécu, nos intervenant.es psychosociaux et nos Tr.

2. ÉTAT DES LIEUX : DES CONSTATS ALARMANTS

La situation actuelle au Québec témoigne d'une pression sans précédent sur les services de base, et particulièrement sur les organismes communautaires qui offrent des services de première ligne.

Santé mentale : Un système en rupture de charge

- **Accessibilité et délais** : Les listes d'attente s'allongent, transformant des situations gérables en crises aiguës, faute de prise en charge précoce. Une détérioration marquée de l'état des personnes est observable durant l'attente.

C'est un fait connu que les délais d'attente prolongés entraînent une cristallisation des symptômes. Par exemple, une personne présentant une anxiété légère (gérable) qui ne reçoit pas de soutien développe souvent des mécanismes d'adaptation négatifs (isolement, automédication/dépendance)¹. Dans le même ordre d'idées, la littérature scientifique souligne que la durée de la psychose non-traitée est le principal prédicteur du pronostic à long terme : plus longue est l'attente, plus les chances de réinsertion sociale sont réduites et plus les coûts pour le système de santé augmentent².

Les suivis préventifs qui se transforment en gestion de crise sont donc devenus la norme dans le quotidien de nos organisations.

Transfert de responsabilité : Les Tr sont des généralistes dont le mandat est de référer vers les ressources appropriées aux besoins des personnes rencontrées. Alors qu'il y a quelques années, les Tr référaient vers le réseau de la santé, c'est maintenant l'inverse qui est pratique courante; les individus sont référés aux Tr dans l'attente d'un suivi nécessaire pour leur santé mentale.

Résultat : les Tr font des interventions plus longues et plus complexes, ce qui diminue leur impact en termes de présence dans les milieux à risque et d'actions de prévention. S'ajoute à cela l'aggravation des enjeux et des symptômes de santé mentale pendant l'attente chez les populations desservies.

Nous observons également avec inquiétude des usagers « déposés » aux portes de Ricochet directement à leur sortie de psychiatrie, bien que leur état soit encore instable. Le milieu communautaire se retrouve encore ainsi à pallier les lacunes du réseau clinique sans en avoir les ressources médicales.

Itinérance : Une crise de capacité et de nouveaux visages

- **Saturation** : Ricochet opère à 100 % de sa capacité en permanence, nous forçant à refuser des demandes d'aide dans une proportion ayant bondi de 200 % dans la dernière année.

¹ La santé mentale au Québec : portrait et analyse de la performance, Commissaire à la santé et au bien-être, mise à jour 2017.

² Marshall, M., Lewis, S., Lockwood, A., Drake, R., Jones, P., & Croudace, T. (2005). *Association between duration of untreated psychosis and outcome in cohorts of first-episode patients: a systematic review*. **Archives of General Psychiatry**.

Ce constat n'est pas unique à Ricochet, mais généralisé, du moins pour la région de Montréal. Alors qu'on dénombrait plus de 5000 personnes en situation d'itinérance lors du dénombrement d'avril 2025³, il y avait 2967 places d'urgence disponibles en février 2026.⁴

- **Précarité économique** : La majorité des épisodes d'itinérance actuels découlent directement de la perte de logement liée à des enjeux socioéconomiques. La rareté des logements sociaux, communautaires et abordables est sans contredit un facteur rédhibitoire dans la réinsertion sociale des individus qui font face à une situation d'itinérance.

La majorité des bénéficiaires des services de Ricochet (80%) bénéficient d'une source de revenus quelconque, qu'elle provienne de prestations gouvernementales ou d'une activité professionnelle. Malgré cela, la grande majorité n'a pas les moyens de payer 1565\$ par mois pour un logement de trois pièces et demie (loyer moyen dans l'OI⁵).

Résultat : des séjours de plus en plus longs dans les ressources d'hébergement d'urgence, des refuges qui deviennent des milieux de vie à long terme, l'imposition de modèles de cohabitation ou de colocation précaires, souvent voués à l'échec faute de compatibilité ou de soutien adéquat.

Bien que les prix montrent récemment une stabilisation, les logements demeurent inaccessibles pour une personne seule, ce qui alimente directement la précarité et le maintien ou le retour à la rue des personnes que nous desservons.

- **Nouveaux profils** : Nous observons la présence persistante de profils historiques pour lesquels les filets de sécurité demeurent poreux : les jeunes issus de la DPJ, les personnes judiciairisées, les personnes aux prises avec une déficience intellectuelle ou dans le spectre de l'autisme, les personnes issues de l'immigration, etc.

Toutefois, nous voyons apparaître de plus en plus d'âînés vivant leur premier épisode d'itinérance, ainsi qu'une présence accrue de femmes (1/3 de notre clientèle), nécessitant des approches sécuritaires et différenciées. Des professionnels diplômés utilisent nos services, souvent à la suite d'une malchance ou une tragédie qui les a fait basculer.

Pour la majorité des personnes en situation d'itinérance que nous desservons, les problématiques de santé mentale lourdes ou les enjeux de dépendance graves ne sont pas la cause de l'instabilité résidentielle.

- **Maladies graves et chroniques et accès aux soins de santé** : L'absence d'adresse fixe devient un obstacle clinique majeur, car le système de santé perçoit l'itinérance comme un risque d'échec post-traitement. Les personnes sans domicile se voient souvent refuser des soins critiques, comme une chimiothérapie ou une greffe

³ <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2025/25-846-07W.pdf>

⁴ Bilan provisoire, Mesures hivernales en itinérance 2025-2026, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, Février 2026.

⁵ Données du marché locatif basées sur les rapports d'avril 2026 (Apartments.com, Zumper).

d'organes, sous prétexte qu'elles n'auraient pas de lieu stable pour leur convalescence ou la gestion des suivis.

Pour briser ce cycle d'exclusion, nos organisations doivent déployer des corridors de communication exceptionnels avec le réseau de la santé. Nous devons agir comme garants en signant des confirmations d'hébergement formelles s'étendant jusqu'à la fin des traitements, une mesure administrative indispensable pour que ces patients retrouvent leur droit fondamental à être soignés.

Dépendance : Entre crise des surdoses et mécanismes de survie

- **Crise des surdoses** : En avril 2026, la Direction régionale de santé publique (DRSP) a émis une alerte urgente en raison d'une hausse marquée des surdoses liée à la détection de carfentanil (un opioïde 100 fois plus puissant que le fentanyl) dans les substances de rue. À Montréal, on dénombre environ 216 décès par année⁶, une statistique qui ne reflète que la pointe de l'iceberg des interventions d'urgence quotidiennes réalisées par nos équipes.

La contamination croisée des substances, qui est devenue la norme, entraîne une augmentation drastique des surdoses. La contamination croisée complique les manœuvres de réanimation, car ces substances ne répondent pas à la naloxone, rendant l'intervention de plus en plus précaire et traumatisante pour les intervenants et les pairs.

- **Stratégie d'adaptation** : La substance n'est souvent pas la source du problème de dépendance, mais une solution temporaire à une détresse quelconque. Plusieurs bénéficiaires de nos services ont une dépendance qui nuit à leur fonctionnement, sans toutefois être à risque de surdoses.
- **Barrières d'accès aux soins** : Bien que le système soit public, l'accès réel à des places en désintoxication ou en thérapie demeure souvent conditionnel à des contributions financières ou à des délais d'attente qui brisent la fenêtre d'opportunité (le moment où la personne est prête).

L'approche de plusieurs centres exige une abstinence totale avant l'admission. Pour une personne vivant dans l'Ouest-de-l'Île, loin des services centralisés et sans filet de sécurité, ce seuil est inatteignable.

Il est impératif de souligner que les ressources en dépendance sont largement concentrées dans le centre-ville, forçant nos usagers à se déraciner de leur milieu de vie pour se soigner, ce qui fragilise leur rétablissement.

La spirale de la précarité : Quand l'instabilité et la détresse s'alimentent

Pour avoir un portrait juste de la situation, il est nécessaire de comprendre les vases communicants entre santé, rue et dépendance. 27% des personnes en situation d'itinérance

⁶ DRSP et Bureau du coroner du Québec.

hébergées chez Ricochet ont des enjeux liés à la santé mentale, tandis que 24% ont des enjeux liés à la dépendance.

La consommation n'est pas qu'un choix de style de vie, mais souvent une réponse logique à la détresse ou une nécessité fonctionnelle pour ceux qui vivent dans la rue. La dépendance est souvent une conséquence (engourdir la souffrance et la violence psychologique liée à l'exclusion, anesthésier la faim ou le froid) ou un outil de survie (comme les femmes qui consomment pour rester éveillées la nuit et éviter les agressions) plutôt qu'une simple cause de l'itinérance. Cela souligne la nécessité d'agir sur tous les fronts simultanément.

Parallèlement, la dépendance draine les maigres ressources financières des individus, menant à des ruptures de bail ou à la stagnation dans le processus de rétablissement et de réinsertion sociale.

Selon les données du dénombrement de 2022, 12.1% des répondants ont évoqué un problème de santé mentale comme raison de la perte de logement⁷. Si les problèmes de santé mentale peuvent mener à l'itinérance, l'itinérance, quant à elle, contribue au développement et à l'aggravation des problèmes de santé mentale. Vivre dans la rue place le cerveau dans un état d'hypervigilance constante. Plusieurs experts du vécu nous rapportent des symptômes dépressifs et anxieux, ainsi que des manifestations de stress post-traumatiques. L'itinérance est à la fois une cause et une conséquence des troubles mentaux, et vice-versa. On ne peut traiter l'un sans stabiliser l'autre. Cela démontre la pertinence de voir le logement comme un soin de santé mentale en soi.

De plus, le système de santé actuel peine à traiter la dépendance et la santé mentale en même temps: les centres de désintoxication refusent parfois les patients instables psychologiquement, et les services de psychiatrie refusent ceux qui consomment activement. C'est ce vide de service que nos organismes comblent par défaut.

L'interaction entre ces réalités crée un cycle d'interdépendance destructeur où l'instabilité résidentielle et les troubles de santé mentale s'alimentent mutuellement, un phénomène souvent exacerbé par une consommation de substances agissant comme mécanisme de survie ou d'automédication face à la détresse de la rue.

⁷ <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2023/23-846-05W.pdf>

3. ENJEUX ET DÉFIS SYSTÉMIQUES

Comme organisations communautaires, nous nous butons à des obstacles systémiques et structurels qui freinent l'efficacité de nos actions.

Le logement : la fondation manquante

- **L'impasse du PHAQ** : Quoi qu'on en dise, le Programme d'habitation abordable Québec (PHAQ) n'est pas autoportant. Les OBNL doivent investir des sommes colossales en frais professionnels (ingénierie, architecture, décontamination, évaluations) sans même savoir si leur projet sera retenu, un risque financier insoutenable. La lenteur des procédures et les délais administratifs à la Société d'habitation du Québec (SHQ) font perdre des opportunités uniques d'acquisition aux OBNL. Rares sont les vendeurs prêts à attendre des *années* pour qu'une condition de financement soit remplie, sans garantie aucune. En moyenne, il faut compter entre 24 à 36 mois entre le dépôt de la demande initiale et l'acquisition et le début des travaux. Certains projets s'étirent sur plus de 4 ans si des complications surviennent. Cette temporalité est complètement déconnectée de l'urgence du terrain et de la rapidité du marché immobilier. Ce décalage force les organismes à porter des risques financiers disproportionnés avant même de pouvoir loger un premier individu.
- **Cloisonnement ministériel** : L'action gouvernementale se heurte fréquemment à un cloisonnement ministériel rigide, où la santé, l'habitation et les services sociaux opèrent en silos étanches. Ce manque d'arrimage structurel transforme la recherche de solutions en un véritable parcours du combattant administratif pour les organismes communautaires, où les projets s'enlisent dans des zones de flou décisionnel faute d'une vision transversale et concertée. Les organisations qui parviennent à rendre à terme un projet font preuve d'une détermination et d'une persévérance exemplaire dans un système excessivement difficile à naviguer.
- **Critères d'exclusion** : Le Supplément au loyer (PSL) comporte des critères qui excluent une majorité des personnes que nous hébergeons, les condamnant à l'errance.

Le financement par « projet » : Un frein à l'agilité

- **Fragilité administrative** : AJOI dispose de 13% de financement à la mission, tandis que Ricochet opère avec 3% de financement à la mission. Opérer par maillage de projets temporaires empêche non seulement toute planification à long terme, mais ne finance pas la structure de gestion nécessaire au déploiement des services.

Quand chaque projet finance principalement des travailleurs terrain et des frais d'activités, trouver le financement pour coordonner, gérer et soutenir ces équipes est un tour de force. Plus les projets se font nombreux, plus le défi de trouver des ressources pour la gestion s'accroît. Pourtant, les besoins, eux, continuent de se multiplier et d'appeler à davantage de services.

- **Compétition philanthropique** : Les organismes sont donc forcés de rivaliser pour des dons privés afin de compenser les manques du public, créant une compétition entre ressources essentielles.

4. RECOMMANDATIONS : POUR UNE VISION INTÉGRÉE

Nous appelons à un changement de paradigme basé sur la confiance et l'efficacité.

1) Du financement récurrent et à la mission pour les organismes communautaires

- **Investir dans du financement récurrent et à la mission pour :**
 - permettre aux organismes de planifier stratégiquement leurs actions sur du moyen-long terme;
 - permettre aux organismes d'anticiper les crises plutôt que de les subir;
 - permettre aux gestionnaires de ressources communautaires de se concentrer sur leur mission, plutôt que sur la recherche continue de fonds gouvernementaux et philanthropiques pour pallier les manques financiers;
 - permettre le recrutement et la rétention du personnel et de l'expertise sur la base de postes permanents, en opposition à des postes temporaires sur quelques mois ou une année;
 - permettre aux organismes d'offrir des services stables, de qualité, ancrés dans la présence plutôt que dans l'urgence.

De plus, pour la majorité des projets, par exemple l'acquisition immobilière, les bailleurs de fonds privés et les institutions financières exigent une preuve de stabilité financière à long terme. Un engagement gouvernemental récurrent agit comme un levier puissant pour sécuriser d'autres sources de financement et permet une planification budgétaire rigoureuse, réduisant les coûts liés aux imprévus.

- **Des financements pluriannuels :** Tout comme le financement récurrent, le financement pluriannuel permet de stabiliser les équipes et de concentrer l'énergie sur l'innovation sociale et l'intervention clinique plutôt que sur la survie administrative et la reddition de comptes incessante.

Les problématiques de santé, d'itinérance et de dépendance nécessitent des suivis sur plusieurs années. Un financement récurrent ou pluriannuel assure aux individus que le programme qui les soutient ne disparaîtra pas brusquement l'année suivante, ce qui est un facteur de sécurité psychologique indispensable au succès de leurs démarches.

- **Des demandes de subvention et des redditions de compte simplifiées :** Les instances administratives doivent prendre en compte que le temps accordé aux demandes de subvention et aux redditions de compte est un temps qui n'est pas mis sur le développement, l'amélioration et l'évaluation des services directs à la population. Les demandes et les redditions doivent être simplifiées et demandées raisonnablement dans le temps.
- **Des relations de confiance basées sur le respect des expertises de chacun :** Le gouvernement doit mettre fin à l'approche « top-down » et reconnaître les organismes comme des partenaires experts de leur territoire et de leur communauté, et non comme de la main-d'œuvre à bon marché.

2) Intégration et proximité des soins

- **Approche globale**

La vision multidimensionnelle de l'approche globale en itinérance reconnaît que cette dernière n'est jamais le résultat d'un seul facteur, mais plutôt l'accumulation de ruptures (santé physique, mentale, dépendance; perte du réseau social, stigmatisation; pauvreté, judiciarisation; traumatismes).

Dans une approche globale, le système s'organise autour des personnes, et non l'inverse, en se concertant, ainsi qu'en créant et en améliorant des corridors de services. Ainsi, le spectre du parcours de l'individu, de la rue à la réaffiliation, peut être couvert, à son rythme, facteur déterminant de l'autodétermination. L'approche globale inclut donc une variété de réponses pour autant de besoins, incluant la prévention, les services de bas seuil, la stabilisation et la réinsertion par l'accès au logement permanent.

- Le **travail de rue** est essentiel dans ce paradigme. En allant vers les individus dans leurs milieux de vie et en les accompagnant à naviguer dans le système, les Tr sont des professionnels qui évaluent les besoins et orientent les personnes vers les bons services, diminuant ainsi la pression sur le réseau. En plus de rejoindre les individus qui ne vont pas vers les services ou qui n'y ont pas accès, les Tr agissent comme un liant entre les diverses instances, tout en maintenant un lien privilégié avec les personnes en situation de marginalisation ou de vulnérabilité.

- **Vers une convergence des meilleures pratiques en santé mentale et en dépendance**

- **Réplication du modèle au volet dépendance** : Le PRISM est un bel exemple d'intégration des services entre la santé mentale et l'itinérance. L'objectif est d'importer la rigueur et l'arrimage du communautaire et du réseau dans le milieu de vie des personnes pour agir sur les trajectoires de consommation de façon efficace.

Comme dans le cas du PRISM traditionnel, l'intégration du volet dépendance permet l'amorce de traitement de substitution immédiat pour ceux qui le souhaitent. Le modèle PRISM appliqué à la dépendance permet de s'attaquer aux barrières précédemment nommées.

Contrairement aux centres de traitement classiques qui exigent souvent la sobriété pour l'admission, ce modèle accepte la personne là où elle est avec un bas seuil d'exigence. La synergie permet de stabiliser la personne médicalement *pendant* qu'elle est hébergée, augmentant ainsi drastiquement les chances de succès des démarches de réinsertion sociale.

En travaillant ensemble, le communautaire et le réseau améliorent les corridors de services en éliminant les délais administratifs chronophages et le phénomène des portes tournantes. Si une détoxification hospitalière devient

nécessaire, le corridor est déjà établi, évitant ainsi le passage traumatisant par l'urgence.

- **Infusion de la réduction des méfaits en santé mentale et en itinérance** : Il s'agit d'appliquer la philosophie de non-jugement et de bas seuil de la dépendance aux soins psychiatriques, dans les milieux de vie, afin ne plus exclure les personnes dont les symptômes actifs bloquent l'accès aux services traditionnels.

En se concentrant sur la mitigation des risques et la réduction des conséquences négatives, plutôt que sur les comportements, dans le respect du rythme des personnes en situation de marginalisation, on parvient à maintenir un lien avec elles, transformant ainsi chaque interaction en une opportunité de stabilisation plutôt qu'en un énième constat d'échec institutionnel. Cela permet de garantir que la sévérité des comportements et des symptômes ne soit plus un motif d'exclusion ou de refus de service. La dignité des individus dans toute leur complexité est honorée par la reconnaissance que la sécurité et la stabilité résidentielle sont les fondations indispensables à tout processus de réinsertion ou de rétablissement.

La création de cellules d'intervention hybride où l'expertise réduction des méfaits du communautaire rencontre l'expertise clinique du réseau de la santé est nécessaire pour briser le cycle destructeur de l'interdépendance entre la santé mentale, l'itinérance et la dépendance.

Les bénéfices systémiques seraient nombreux : une réduction de la pression sur les urgences, une réponse directe à la crise des surdose grâce à la présence clinique accrue qui permet une surveillance plus étroite et une sensibilisation aux risques, et une continuité relationnelle où la personne ne se sent plus lancée d'un service à l'autre.

- **Services de proximité** : Améliorer l'accès aux soins de santé et aux services sociaux en les déplaçant vers les milieux de vie, là où les gens se trouvent (« aller vers »).

Les personnes que nous accompagnons sont marquées par des trajectoires de rupture sociale et des traumatismes institutionnels profonds, générant une méfiance chronique envers le réseau formel de santé. Cette distance relationnelle rend les services de proximité non seulement pertinents, mais indispensables pour rétablir le lien de confiance préalable à toute intervention thérapeutique.

3) Décloisonnement ministériel

- **Sortir des silos** : Il est impératif que les différents ministères s'arriment. Une discussion autour de l'itinérance ne peut s'opérer sans la présence du ministère de l'Habitation. Sans une stratégie commune incluant l'accessibilité réelle au logement, les investissements en santé resteront des pansements sur une plaie ouverte.

5. CONCLUSION

Pour conclure, ce mémoire démontre que l'avenir de l'intervention en santé mentale, itinérance et dépendance repose sur une hybridation des pratiques. Il importe de passer d'une logique de "traitement" à une logique de "réaffiliation" par le biais d'une approche globale. Cela demande de la flexibilité clinique, de l'ouverture, de la collaboration entre le secteur communautaire et le réseau de la santé et des services sociaux, ainsi qu'une reconnaissance et une confiance dans les expertises de chacun.

Par le fait même, une prévisibilité financière, par du financement à la mission, récurrent et pluriannuel pour les organismes communautaires, est nécessaire pour une stabilité permettant de suivre les individus sur le long terme, peu importe l'évolution de leurs diagnostics ou de leurs situations.

Enfin, une volonté politique de décroisonner les services est essentielle pour atteindre ces cibles. En plaçant les personnes en situation de vulnérabilité au centre d'un filet de sécurité où la santé mentale et la dépendance ne sont plus traitées séparément, nous créons un système capable non seulement d'accueillir la marginalité, mais de l'accompagner vers la stabilité. L'heure n'est plus au constat, mais à l'intégration des meilleures pratiques pour que le code postal ou la complexité d'un diagnostic ne soient plus des facteurs d'exclusion.