

Pistes de solution pour renforcer l'intégration des politiques
publiques en matière de santé mentale, d'itinérance et de
dépendance

Présentation des personnes qui signent le mémoire

Mariève Dupont, étudiante au doctorat recherche en sciences de la santé, au département des sciences de la santé communautaire de l'Université de Sherbrooke. Mes travaux portent sur la cohérence et l'intégration des politiques publiques liées aux soins de santé primaires, incluant (1) les soins primaires et les fonctions essentielles de la santé publiques, (2) les politiques et les actions multisectorielles, (3) l'autonomisation des personnes et des communautés (OMS, 2025). Ce projet de recherche doctoral est soutenu par un financement des Fonds de recherche du Québec – Santé (<https://doi.org/10.69777/363911>). Je suis également professionnelle au ministère de la Santé et des Services sociaux depuis 2016 (en congé sans solde pour études depuis septembre 2024).

Sous la supervision de :

Catherine Hudon, professeure titulaire au département de médecine de famille et médecine d'urgence de l'Université de Sherbrooke et titulaire de la Chaire de recherche du Canada sur la mise en œuvre de soins intégrés.

Mylaine Breton, professeure titulaire au département des sciences de la santé communautaire de l'Université de Sherbrooke et titulaire de la Chaire de recherche du Canada sur la gouvernance clinique des services de première ligne

Synthèse exécutive

Ce mémoire s'inscrit dans le cadre de la consultation nationale sur les prochaines orientations en matière de santé mentale, d'itinérance et de dépendance. Il aborde plus spécifiquement la question de l'intégration des services en matière de santé mentale, d'itinérance et de dépendance, pour l'ensemble des bénéficiaires (jeunes et adultes).

L'analyse des principaux documents d'orientation politique met en évidence plusieurs convergences qui soutiennent une vision intégrée des interventions en santé mentale, en dépendance et en itinérance :

- Des troubles concomitants fréquents et des interactions bidirectionnelles.
- Des problématiques étroitement interreliées
- Des populations communes (bénéficiaires).
- Des valeurs et des principes convergents.

L'analyse des politiques met également en lumière plusieurs domaines d'action communs qui constituent des zones stratégiques de collaboration pour l'élaboration de prochaines orientations en santé mentale, en itinérance et en dépendance:

- Renforcer les compétences personnelles et sociales des personnes.
- Agir en amont sur les déterminants sociaux de la santé.
- Développer une offre intégrée de soins et de services.
- Miser sur les communautés et les milieux de vie.
- Soutenir la recherche, l'innovation et le partage des connaissances.

Enfin, le présent mémoire propose trois pistes de solution complémentaires, dont une recommandation concernant le format des prochaines orientations, visant à renforcer la cohérence et l'intégration des politiques publiques en matière de santé mentale, d'itinérance et de dépendance :

1. Améliorer la cohérence des politiques dès leur conception, notamment par l'adoption d'un cadre stratégique commun;
2. Renforcer les mécanismes internes de coordination pour soutenir la formulation et le pilotage des politiques publiques;
3. Soutenir une intégration continue des politiques publiques, fondée sur des processus décisionnels adaptés et des approches de coconception.

Une meilleure intégration des politiques publiques démontre le potentiel d'accroître la qualité et la portée de l'action publique et de mieux répondre à des enjeux sociétaux complexes et intersectoriels.

1. Introduction

Ce mémoire s'inscrit dans le cadre de la consultation nationale sur les prochaines orientations en matière de santé mentale, d'itinérance et de dépendance. Par cette démarche, le gouvernement du Québec souhaite coconstruire avec les partenaires, les personnes concernées, leurs proches et la population une vision renouvelée, cohérente et intégrée des orientations dans ces domaines afin de mieux répondre à la complexité croissante des besoins.

Ce mémoire aborde plus spécifiquement la question de l'**intégration des services** en matière de santé mentale, d'itinérance et de dépendance, pour l'ensemble des bénéficiaires (jeunes et adultes). Les enjeux de santé mentale, d'itinérance et de dépendance constituent des problèmes complexes influencés par de multiples déterminants sociaux et par des politiques relevant de plusieurs secteurs, notamment la santé, le logement, le revenu, l'éducation, l'employabilité et la justice. Dans ce contexte, l'intégration des services dépend en partie de la cohérence et de l'intégration des politiques publiques qui les orientent. À l'inverse, un manque de cohérence peut entraîner des chevauchements de programmes, des inégalités d'accès ou de financement dans certains secteurs orphelins, une lourdeur administrative, ainsi qu'une perte d'efficacité et de confiance envers l'action gouvernementale.¹

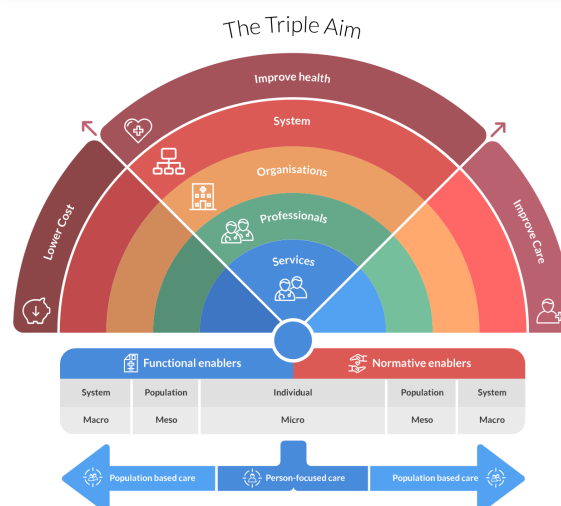
Dans cette perspective, ce mémoire s'appuie sur des travaux doctoraux portant sur l'**intégration des politiques publiques**, ainsi que l'expertise des deux Chaires de recherche. L'intégration des politiques y est définie comme l'alignement et la cohérence des orientations, des instruments et des mécanismes de gouvernance entre différents secteurs et niveaux décisionnels, dans le but de mieux répondre à des enjeux sociaux complexes.¹ À partir d'une analyse des principaux documents d'orientation en matière de santé mentale, d'itinérance et de dépendance, il vise à identifier les **zones stratégiques de collaboration** entre les trois secteurs, ainsi qu'à proposer des pistes de solutions pour renforcer la cohérence et l'intégration des politiques publiques afin d'accroître la qualité et la portée de l'action publique. À cet égard, il formule une recommandation concernant le **format des prochaines orientations gouvernementales** et les mécanismes de gouvernance susceptibles de soutenir une vision véritablement intégrée, de favoriser une meilleure coordination des actions, et de répondre collectivement de manière plus globale et adaptée aux besoins des personnes, de leurs proches et des communautés.

2. L'intégration des soins et des services pour mieux répondre aux besoins des personnes et des communautés

Face à la complexité croissante des besoins, les décideurs à l'échelle internationale misent sur des réformes en santé visant l'**intégration des soins et des services** afin d'accroître l'efficacité des systèmes de santé et de mieux répondre aux besoins des personnes et des communautés.² L'intégration des soins et des services consiste à offrir une gamme complète de services de qualité, adaptée aux **besoins des personnes et des communautés**.^{3,4} Ces besoins touchent différentes dimensions de la vie d'une personne (physiques, psychologiques, sociales, économiques, culturelles, éducatives et juridiques) et nécessitent une réponse coordonnée entre plusieurs professionnels, organisations et secteurs.^{3,4}

L'intégration des soins et des services est un **processus complexe**, qui requiert un leadership politique fort ainsi qu'un alignement des mesures et des actions entre **plusieurs niveaux complémentaires** : au niveau *clinique*, par la personnalisation et la coordination des services offerts aux personnes; au niveau *professionnel*, par la collaboration et la mise à profit des expertises multi professionnelles; au niveau *organisationnel*, par la gouvernance locale et les partenariats entre les établissements de santé et les partenaires locaux; et au niveau *systémique*, par les politiques publiques, les plans d'action nationaux et les mécanismes de gouvernance qui orientent et soutiennent l'ensemble du système. Ces différents niveaux sont interdépendants, appuyant l'importance d'une vision commune des finalités à atteindre et d'une coordination efficace de l'ensemble des acteurs concernés.⁴⁻⁶

Figure 1. Les dimensions de l'intégration selon le Rainbow Model of Integrated Care^{4,5}



Source : <https://www.integratedcareevaluation.org>

Le présent mémoire s'intéresse plus particulièrement à **l'intégration systémique**, à partir d'une analyse des politiques publiques québécoises en matière de santé mentale, d'itinérance et de dépendance. Il vise à dégager des pistes de réflexion et à identifier des leviers qui renforceront l'alignement des mesures du système, afin de favoriser une meilleure intégration des soins et des services.

3. Principaux constats

L'analyse documentaire porte sur les politiques publiques des trois domaines ciblés ainsi que sur leur plan d'action le plus récent (Tableau 1). Elle met en évidence les principaux points de convergence et les possibilités de collaboration entre les domaines, afin d'éclairer les prochaines orientations gouvernementales et de contribuer à l'élaboration d'une vision renouvelée, intégrée et cohérente en matière de santé mentale, d'itinérance et de dépendance.

Tableau 1. Politiques et plans d'action analysés

Domaine	Titre	Structure
Santé mentale	Politique de santé mentale (1989)	• 2 objectifs • 5 orientations
	Plan d'action interministériel en santé mentale 2022-2026 - S'unir pour un mieux-être collectif (2022)	• 7 axes • 43 actions
Itinérance	Politique nationale de lutte à l'itinérance – Ensemble pour éviter la rue et en sortir (2014)	• 5 axes ; • 11 orientations
	Plan d'action interministériel en itinérance 2021-2026	• 3 axes • 14 actions • 31 mesures
Dépendance	Plan d'action interministériel en dépendance 2018-2028	• 7 orientations • 18 objectifs • 70 actions

3.1 Interrelations et convergence en faveur d'une vision intégrée

L'analyse des trois politiques met en évidence plusieurs convergences qui soutiennent une vision intégrée des interventions en santé mentale, en dépendance et en itinérance (Annexe 1 - Tableau synthèse des politiques analysées).

- **Des troubles concomitants fréquents et des interactions bidirectionnelles.** Les trois politiques privilégient une *vision globale de la personne*. Elles illustrent que les troubles mentaux augmentent le risque de développer un trouble lié à l'utilisation

de substances (TUS), tandis que les dépendances peuvent favoriser l'apparition ou l'aggravation de troubles mentaux. L'itinérance est reconnue à la fois comme une conséquence et un facteur aggravant de ces problématiques, compromettant notamment l'accès aux soins, la continuité des services et le rétablissement. Les personnes présentant des troubles concomitants représentent une proportion importante des usagers des services spécialisés.

- **Des problématiques étroitement interreliées.** Les trois politiques reconnaissent que la santé mentale, les dépendances et l'itinérance sont des problématiques complexes, multifactorielles et interdépendantes qui nécessitent des réponses intégrées plutôt que sectorielles. Les trois politiques soulignent notamment l'influence des *déterminants sociaux* et l'importance d'*agir en amont* sur ces déterminants, tels que le logement, le revenu, l'emploi, l'éducation, le soutien social et l'accès aux services.
- **Des populations communes (bénéficiaires).** Malgré des clientèles principales distinctes, les trois politiques convergent vers plusieurs sous-groupes de population prioritaires en raison de la fréquence des problématiques concomitantes et des vulnérabilités partagées. Elles accordent une attention particulière aux jeunes et aux jeunes adultes (12-24 ans), aux personnes âgées, aux personnes en situation de vulnérabilité socioéconomique, aux hommes adultes et aux femmes, aux personnes présentant des troubles concomitants, ainsi qu'aux Premières Nations et aux Inuits, soulignant la nécessité d'une offre de services mieux intégrée et adaptée à leurs besoins.
- **Des valeurs et des principes convergents.** Malgré des formulations propres à chaque politique, celles-ci reposent sur des principes directeurs communs : la primauté de la personne, la reconnaissance de la diversité des parcours et des besoins, l'adaptation des interventions et le renforcement du pouvoir d'agir des personnes. Elles valorisent également l'accompagnement, l'engagement et la responsabilité collective, les actions concertées et intersectorielles, ainsi que le recours à des pratiques fondées sur les connaissances. Cette convergence normative constitue une assise favorable au développement d'une vision intégrée et cohérente des politiques publiques.

3.2 Zones stratégiques de collaboration pour une vision renouvelée, intégrée et cohérente

L'analyse des politiques met en évidence plusieurs domaines d'action communs qui constituent des zones stratégiques de collaboration pour l'élaboration de prochaines **orientations** en santé mentale, en itinérance et en dépendance. Le développement de synergies accrues entre les politiques permettrait de renforcer leur impact sur la qualité et la portée des services publics, et de générer des gains d'efficacité pour l'administration publique, notamment grâce à une mutualisation des ressources et à une mise en œuvre plus cohérente.¹

- a. **Renforcer les compétences personnelles et sociales des personnes.** Les trois politiques reconnaissent l'importance de renforcer le pouvoir d'agir des personnes et des communautés. La Politique de santé mentale met de l'avant la primauté de la personne et l'adaptation des interventions à ses besoins, tandis que les orientations en dépendance visent le développement des capacités des personnes à faire des choix éclairés et à gérer les risques liés à la consommation de substances psychoactives, aux jeux de hasard et d'argent et à l'utilisation d'Internet. Ces orientations convergent vers une approche axée sur l'autonomie, le rétablissement et la participation active des personnes.
- b. **Agir en amont sur les déterminants sociaux de la santé.** Les trois politiques reconnaissent que les déterminants sociaux influencent de manière importante la santé mentale, les dépendances et le risque d'itinérance. Toutefois, seule la Politique nationale de lutte à l'itinérance leur offre une place centrale, en proposant explicitement des orientations visant à améliorer les conditions de vie des personnes et à prévenir les situations de vulnérabilité, notamment en matière de logement, de revenu, d'éducation, d'emploi et d'inclusion sociale. Compte tenu de l'influence reconnue de ces déterminants sur l'ensemble des problématiques ciblées, ces orientations constituent également des leviers importants pour prévenir ou atténuer les problèmes de santé mentale et de dépendance. Elles représentent ainsi une zone stratégique de collaboration intersectorielle et un potentiel d'arrimage pour les prochaines orientations gouvernementales.
- c. **Développer une offre intégrée de soins et de services.** Les trois politiques poursuivent des objectifs convergents visant à améliorer l'accès, la qualité, la continuité et l'intégration des services de santé et des services sociaux. La Politique de santé mentale met l'accent sur l'équité et l'amélioration de la qualité des services. La Politique en itinérance vise notamment à renforcer l'accompagnement, à intervenir en amont des situations d'itinérance et à améliorer l'intégration des interventions. De son côté, la Politique en dépendance privilégie une offre de services accessible, continue et adaptée aux besoins des personnes, tout en soutenant le développement de l'expertise clinique. Ces orientations constituent des bases solides pour renforcer les trajectoires intégrées de soins et de services, au profit des personnes.
- d. **Miser sur les communautés et les milieux de vie.** Les trois politiques reconnaissent l'importance de la cohésion sociale et du développement des communautés. Elles visent à prévenir les situations problématiques, adapter les interventions aux réalités locales et à favoriser l'inclusion sociale dans les milieux de vie. La Politique de santé mentale encourage le développement de services

communautaires offerts dans les milieux de vie ainsi que le développement de solutions adaptées aux caractéristiques spécifiques des communautés. La Politique en itinérance met l'accent sur le soutien aux personnes et aux communautés lors des périodes de transition, ainsi que sur la lutte contre les préjugés et la promotion d'une cohabitation sociale harmonieuse. La Politique en dépendance insiste sur la création d'environnements favorables à la réduction des méfaits et à la prévention, en tenant compte des réalités des communautés, notamment celles des Premières Nations et des Inuits. Ces orientations convergent vers une approche territoriale et communautaire qui fait des milieux de vie un levier central d'intervention.

- e. **Soutenir la recherche, l'innovation et le partage des connaissances.** Le développement des connaissances représente un levier transversal pour améliorer les services et soutenir les décisions. La Politique en dépendance fait de l'innovation, de la recherche et du transfert des connaissances une orientation stratégique, tandis que la Politique de santé mentale met l'accent sur le développement des connaissances et l'évaluation pour améliorer la qualité des services et des pratiques. Le renforcement des mécanismes de collaboration, de partage des connaissances et d'évaluation pourrait favoriser l'adoption de pratiques intégrées entre les acteurs concernés et soutenir l'amélioration continue des politiques et des services.

3.4 Opportunités d'amélioration

Malgré les points de convergence et de collaboration observés entre les politiques en santé mentale, en itinérance et en dépendance, certains **leviers de mise en œuvre** semblent moins alignés. Ces écarts peuvent limiter la cohérence globale des interventions, ainsi que l'atteinte des meilleurs résultats possibles pour la population.

- **Organisation par programmes-services.** L'organisation des services de santé et services sociaux est largement influencé par l'architecture des programmes-services proposée en 2004, permettant de reconnaître les spécificités des différentes problématiques, de soutenir le développement des expertises et de favoriser une organisation des services adaptée à chaque secteur.⁷ Toutefois, elle peut également contribuer au maintien de logiques d'intervention en silos et limiter l'intégration des soins et des services, particulièrement pour les personnes présentant des besoins complexes qui nécessitent l'intervention de plusieurs programmes-services.⁸
- **Financement par secteur.** Le financement demeure largement organisé selon l'architecture historique des programmes-services, avec des enveloppes budgétaires

distinctes.⁷ Bien que cette approche facilite la planification et la reddition de comptes par secteur, elle peut limiter les adaptations aux réalités et aux besoins locaux, et renforcer la fragmentation des soins et des services.

- **Indicateurs et mécanismes d'imputabilité par secteur.** Les mécanismes de reddition de comptes et les indicateurs de performance demeurent principalement structurés par secteur ou par programmes-services, ce qui limite la capacité à suivre les trajectoires complexes et à évaluer les effets combinés des interventions en santé mentale, en dépendance et en itinérance.

4. Recommandations et pistes de solution pour renforcer l'intégration des politiques publiques

Un large éventail de stratégies et d'options de politiques publiques peuvent contribuer à renforcer l'intégration des soins et des services aux niveaux clinique, professionnel, organisationnel et systémique.⁹ Plusieurs de ces stratégies sont d'ailleurs déjà présents dans les politiques et les plans d'action en santé mentale, en itinérance et en dépendance. Afin de poursuivre et d'approfondir les efforts d'intégration à l'échelle du MSSS, le présent mémoire propose trois pistes complémentaires pour renforcer la cohérence et l'intégration des politiques publiques¹⁰ :

1. Améliorer la cohérence des politiques dès leur conception, notamment par l'adoption d'un cadre stratégique commun;
2. Renforcer les mécanismes internes de coordination pour soutenir la formulation et le pilotage des politiques publiques;
3. Soutenir l'intégration continue des politiques publiques par des processus décisionnels adaptés et des approches de co-conception.

4.1 Améliorer la cohérence des politiques dès leur conception, notamment par l'adoption d'un cadre stratégique commun.

Cette première stratégie vise à renforcer la cohérence des politiques publiques au moment de leur conception (*policy design*). Cette étape consiste notamment à définir et harmoniser, lorsque pertinent, les populations visées, les objectifs poursuivis et les instruments mobilisés pour les atteindre. Dans un contexte où la santé mentale, l'itinérance et les dépendances partagent des problématiques, des bénéficiaires et plusieurs orientations communes, une conception davantage intégrée des prochaines orientations gouvernementales pourrait renforcer les synergies entre les secteurs, d'améliorer l'utilisation des ressources publiques et d'accroître la portée ainsi que la qualité de l'action gouvernementale au bénéfice de la population.

La recherche de cohérence dépend toutefois de plusieurs facteurs, notamment le *nombre d'enjeux* à traiter et le *nombre d'acteurs impliqués*.¹ Plus l'attention politique est dispersée entre une multiplicité d'enjeux, plus il devient difficile de formuler des politiques cohérentes, celles-ci devant composer avec des intérêts nombreux et parfois contradictoires. À l'inverse, un domaine caractérisé par une attention plus concentrée sur un nombre limité d'enjeux et par un plus petit nombre d'acteurs facilite la recherche de compromis et l'élaboration d'objectifs communs. Dans ce contexte, le développement d'un *langage commun* joue un rôle central, en permettant non seulement le partage d'idées, mais aussi l'émergence d'une compréhension partagée de ces enjeux entre les acteurs.¹

À la lumière de l'analyse réalisée et des écrits scientifiques, deux options peuvent être envisagées.

Option 1 – Recommandée : un cadre stratégique commun.

Élaborer un document d'orientation unique regroupant les trois domaines, qui :

- Présente une **vision gouvernementale** et des priorités communes en matière de santé mentale, d'itinérance et de dépendance;
- Définit clairement les **populations visées** (bénéficiaires), les **objectifs** renouvelés répondant aux **besoins actuels**, ainsi que les zones stratégiques de collaboration intersectorielle;
- Reconnaît les **spécificités de chaque domaine**, notamment en matière d'expertise, de pratiques cliniques et d'organisation des services;
 - Structure les interventions et l'organisation des services selon les besoins des personnes et les parcours de vie, plutôt que par des programmes-services associés à un diagnostic ou à une problématique.
- Mobilise un ensemble cohérent d'**instruments de politiques** (gouvernance, financement, réglementation, planification, suivi et évaluation) alignés sur les objectifs communs et les spécificités de chaque domaine, selon une approche d'amélioration progressive qui mise sur l'arrimage et le renforcement des instruments de politiques déjà en place (*policy layering*).¹¹
- Prévoit un **cadre commun de suivi** reposant sur des indicateurs populationnels partagés (p. ex. état de santé et de bien-être de la population, expérience des personnes et de leurs proches, réduction des inégalités sociales de santé)^{9,12}, complémentaires aux indicateurs sectoriels, afin d'évaluer les résultats des politiques et de soutenir une gouvernance orientée vers des finalités communes.

Cette approche favoriserait une plus grande cohérence des politiques publiques, faciliterait la collaboration intersectorielle et offrirait un cadre de référence commun pour les partenaires gouvernementaux et le réseau.

Option 2 – Des politiques sectorielles mieux arrimées.

Maintenir des documents de politiques distincts pour chacun des trois domaines, tout en harmonisant leur structure, leur terminologie et leurs orientations communes. Les zones de collaboration intersectorielle seraient présentées de façon explicite et formulées selon des libellés communs afin de faciliter l'arrimage des actions, la coordination de la mise en œuvre et le suivi des résultats.

Dans les deux cas, l'objectif est de renforcer la cohérence des politiques publiques tout en préservant les expertises et les spécificités propres à chacun des domaines.

Questions réflexives :

- Est-ce que les acteurs concernés partagent une *compréhension mutuelle du problème* auquel les politiques doivent s'attaquer et une vision commune des *objectifs à atteindre* pour résoudre ce problème?
- Les politiques en santé mentale, en itinérance et en dépendance contribuent-elles à un *objectif global partagé*? Comment ce dernier peut-il se traduire en indicateurs de suivi communs orientés sur les *finalités populationnelles*, afin de guider les prochaines orientations et de contribuer à leur renforcement mutuel?
- Les *zones stratégiques de collaboration* intersectorielles identifiées (section 3.2) demeurent-elles pertinentes? Les consultations font-elles émerger de nouvelles populations visées, de nouveaux domaines d'action ou de nouvelles occasions d'arrimage entre les trois secteurs, afin de mieux atteindre les finalités communes?

4.2 Renforcer les mécanismes internes de coordination pour soutenir la formulation et le pilotage des politiques publiques

La littérature montre que les politiques intégrées sont plus susceptibles de produire les résultats souhaités lorsqu'elles s'appuient sur des mécanismes de coordination solides, capables d'assurer à la fois leur formulation cohérente et leur pilotage.¹⁰ Ces mécanismes font toutefois l'objet de débats, notamment quant à savoir si la cohérence de l'action publique est mieux soutenue par des structures centralisées ou décentralisées.¹ Dans le contexte québécois, il importe de distinguer deux niveaux de coordination : les structures opérationnelles, telles que Santé Québec, jouent un rôle clé dans l'organisation des services et la coordination des activités dans le réseau, tandis que les mécanismes de gouvernance et de coordination ministérielles portent davantage sur l'alignement des orientations et des priorités entre secteurs et à l'échelle du système.

Dans tous les cas, la coordination doit dépasser le simple partage d'information pour permettre une véritable harmonisation des décisions et des actions entre les secteurs concernés. À cet égard, la présence des trois domaines sous un même sous-ministériat, ainsi que la convergence de leurs valeurs et principes directeurs, crée des conditions favorables au renforcement de la coordination intersectorielle et de la cohérence de l'action publique.

Les mécanismes de coordination devraient notamment :

- S'appuyer sur un mandat commun clairement défini et des objectifs partagés;
- Préciser les rôles et les responsabilités des acteurs concernés;
- Favoriser le partage structuré de l'information et des connaissances;
- Prévoir des mécanismes de codécision et, au besoin, d'arbitrage entre les secteurs;
- Assurer un suivi transparent des décisions auprès des acteurs concernés.

Questions réflexives

- Les *rôles*, les *responsabilités* et les *mécanismes* de coordination interne entre les secteurs sont-ils clairement définis?
- Les *mécanismes de partage de l'information* et de *prise de décision* entre les secteurs sont-ils suffisants pour soutenir une action gouvernementale intégrée?

4.3 Soutenir l'intégration continue des politiques publiques par des processus décisionnels adaptés et les approches de co-conception

L'intégration des politiques publiques peut également être renforcée par des processus décisionnels plus agiles, fondés sur l'apprentissage collectif et la capacité d'adaptation aux besoins émergents. La mise en place (ou l'existence) d'une instance décisionnelle tripartite, ayant pour mandat de traiter les enjeux complexes en matière de santé mentale, d'itinérance et de dépendance, est à privilégier. Les enjeux à traiter dépassent les mandats individuels de chaque secteur et nécessitent une approche véritablement transversale de l'action publique. Une telle instance doit par ailleurs être dotée à la fois de l'**autorité** et de l'**information nécessaires** pour orienter et ajuster les interventions en fonction des enjeux identifiés.¹⁰

Dans cette perspective, la collaboration et la coopération, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur de l'appareil gouvernemental, constituent des mécanismes reconnus pour renforcer la cohérence et l'intégration des politiques publiques.¹⁰ À cet égard, les **approches de co-conception des politiques publiques** (*co-design*) offrent une source importante d'information et d'innovation pour les décideurs publics.^{13,14} Elles reposent sur la mobilisation d'acteurs aux expertises, expériences et perspectives complémentaires,

permettant de mieux comprendre les enjeux sociaux, de faire émerger des solutions nouvelles, et de transformer les relations ainsi que les représentations des acteurs vers une vision commune. Enfin, elles s'inscrivent à l'intérieur des principes pour le renouvellement de la gouvernance des systèmes de santé. ¹³

Ces approches s'inscrivent dans une dynamique déjà amorcée par les responsables de politiques à l'origine de l'appel à contribution, qui mobilisent des approches de collaboration et de co-conception innovantes pour faire évoluer les prochaines orientations gouvernementales.

Questions réflexives :

- Une *instance de concertation*, idéalement avec des *pouvoirs décisionnels*, est-elle identifiée pour traiter les enjeux complexes en matière de santé mentale, d'itinérance et de dépendance?
- Cette instance dispose-t-elle de l'*autorité nécessaire* pour ajuster les orientations et les leviers d'action en fonction des finalités à atteindre?
- Cette instance dispose-t-elle de l'*information pertinente* et intégrée pour orienter adéquatement ses décisions?

5. Conclusion

Ce mémoire s'inscrit dans une réflexion sur l'intégration des politiques publiques en santé mentale, en itinérance et en dépendance, dans un contexte où la complexité croissante des besoins appelle des réponses davantage coordonnées, cohérentes et transversales. L'analyse met en lumière des convergences importantes entre les trois politiques et fait ressortir plusieurs domaines d'action communs constituant des zones stratégiques de collaboration pour l'élaboration des prochaines orientations gouvernementales.

À partir de ces constats, trois pistes complémentaires sont proposées pour renforcer la cohérence et l'intégration des politiques publiques : (1) améliorer la cohérence des politiques dès leur conception, notamment par l'adoption d'un **cadre stratégique commun**; (2) renforcer les **mécanismes internes de coordination** afin de soutenir la formulation et le pilotage des politiques publiques; et (3) soutenir une **intégration continue des politiques publiques** grâce à des processus décisionnels adaptés et à des approches de co-conception.

L'intégration des politiques publiques s'inscrit dans une approche systémique qui dépasse les frontières des programmes et des secteurs. Les prochaines étapes des travaux doctoraux permettront d'approfondir l'analyse d'un ensemble de documents stratégiques du MSSS et de poursuivre les échanges avec les acteurs concernés afin de mieux comprendre les mécanismes d'intégration des politiques, d'identifier et de prioriser les zones de collaboration les plus porteuses, et de proposer des leviers de gouvernance favorisant une action publique plus agile, cohérente et intégrée. À terme, ces travaux visent à contribuer à la transformation du système de santé et des services sociaux en maximisant la cohérence, la portée et la qualité des interventions au bénéfice des services publics offerts à la population québécoise.

Références

1. Savard JF. La cohérence des politiques publiques. In: Bernier L, Lachapelle G, Paquin S, eds. *L'analyse des politiques publiques*. Paramètres. Presses de l'Université de Montréal; 2018:309-335. doi:10.4000/books.pum.6273
2. European Observatory on Health Systems and Policies. Reforms. Health Reform Tracker. 2025. Accessed October 30, 2025. <https://www.obshealthreformtracker.com/reforms>
3. World Health Organization. Integrated people-centred care. World Health Organization. 2025. Accessed October 30, 2025. <https://www.who.int/health-topics/integrated-people-centered-care>
4. Valentijn PP, Schepman SM, Opheij W, Bruijnzeels MA. Understanding integrated care: a comprehensive conceptual framework based on the integrative functions of primary care. *International Journal of Integrated Care*. 2013;13. doi:10.5334/IJIC.886
5. Valentijn PP, Vrijhoef HJM, Ruwaard D, Boesveld I, Arends RY, Bruijnzeels MA. Towards an international taxonomy of integrated primary care: a Delphi consensus approach. *BMC Fam Pract*. 2015;16(1):64. doi:10.1186/s12875-015-0278-x
6. Azimzadeh S, Azami-Aghdash S, Tabrizi JS, Gholipour K. Reforms and innovations in primary health care in different countries: scoping review. *Prim Health Care Res Dev*. 2024;25:e22. doi:10.1017/S1463423623000725
7. MSSS. L'architecture des services de santé et des services sociaux - Les programmes-services et les programmes-soutien. Published online 2004. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2004/04-710-01.pdf>
8. Hudon C, Bisson M, Chouinard MC, et al. Implementation analysis of a case management intervention for people with complex care needs in primary care: a multiple case study across Canada. *BMC Health Serv Res*. 2023;23(1):377. doi:10.1186/s12913-023-09379-7
9. World Health Organization. Framework on integrated people-centred health services: an overview. Published online 2026. https://www.who.int/health-topics/integrated-people-centered-care#tab=tab_2
10. Cejudo GM, Michel CL. Addressing fragmented government action: coordination, coherence, and integration. *Policy Sciences*. 2017;50(4):745-767.
11. Rudoler D, Peckham A, Grudniewicz A, Marchildon G. Coordinating primary care services: A case of policy layering. *Health policy*. 2019;123(2):215-221. doi:10.1016/j.healthpol.2018.12.002

12. WHO. *Primary Health Care Measurement Framework and Indicators: Monitoring Health Systems through a Primary Health Care Lens*. World Health Organization and the United Nations Children's Fund (UNICEF); 2022. doi:Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
13. Denis JL, Shoghin T. *Transformation de La Gouvernance Des Systèmes de Santé : Analyse de La Littérature*. Commissaire à la santé et au bien-être; 2023:39.
14. Sørensen E. Favoriser l'innovation dans l'élaboration des politiques : un nouveau rôle pour les politiciens. *telescope*. 2014;19(2):22-37. doi:10.7202/1023838ar

Annexe 1. Tableau synthèse des politiques analysées

	Politique 1 – Santé mentale	Politique 2 – Itinérance	Politique 3 – Dépendance
<i>Bénéficiaires</i>	Personnes aux prises avec un problème de santé mentale : - Personnes qui présentent des troubles mentaux sévères - Personnes qui vivent des troubles mentaux transitoires - Personnes dont la santé mentale est menacée	Personnes en situation d’itinérance ou à risque de le devenir : - Hommes et femmes - Jeunes et personnes âgées - Famille - Personnes immigrante ou issues de l’immigration - Les premières nations - Les inuits	Les consommateurs de SPA, les joueurs de JHA et leur entourage Groupes ayant des besoins particuliers : - Hommes adultes - Femmes enceintes, mères et pères de jeunes enfants, conjoints/conjointes - Jeunes et jeunes adultes (12-24 ans) - Personnes âgées - Joueurs en ligne, d’ALV et de machine à sous - Personnes présentant un THS et un trouble mentale - Personnes présentant un THS et un trouble de santé physique - Personnes qui utilisent des drogues par injection et par inhalation - Personnes contrevenantes - Personnes en situation d’itinérance - Personnes présentant un THS au profil chronique
<i>Définition de la problématique</i>	Problèmes prioritaires (1989) : - Absence de consensus sur la notion de maladie mentale - Interventions mal adaptées aux besoins des personnes - Préoccupations insuffisantes pour le milieu de vie des personnes - Lacunes quant à la qualité des services - Répartition inéquitable des ressources - Équilibre difficile à atteindre entre modèle institutionnel et intégration milieu de vie naturel - Fonctionnement cloisonné des structures	L’itinérance et l’aboutissement d’un processus de désaffiliation sociale, lié à des facteurs individuels et sociaux : Sociaux : <u>pauvreté</u>, manque d’accès à des logements, disqualification, exclusion, discrimination, violence, absence de soutien, transformation du tissu social, transition ratée à la sortie d’un établissement, etc. Individuels : vulnérabilité sur le plan de la santé mentale, présence d’une déficience, isolement social, présence d’un problème de dépendance à l’alcool, aux drogues ou aux jeux de hasard et d’argent ou de traumatismes importants dans l’histoire de vie des personnes.	

But ultime	• Permettre à toute personne dont la santé mentale est perturbée ou qui risque de voir son équilibre psychique compromis d’obtenir une réponse adaptée à ses besoins et une attention appropriée à sa situation. • Favoriser le maintien et le développement optimal de la santé mentale de la population.	Prévenir et contrer l’itinérance.	Prévenir, réduire et traiter les conséquences associées à la consommation de SPA, à la pratique de JHA et à l’utilisation d’Internet.
Valeurs	• Primauté de la personne • Protection des droits et soutien à leur exercice • Engagement et responsabilité collective	<i>Non spécifiées</i>	<i>Non spécifiées</i>
Principes directeurs	• Accès aux services • Soins et services axés sur le rétablissement • Accompagnement • Collaboration et partenariat • Implantation des bonnes pratiques et culture de l’évaluation	• Lutter contre la stigmatisation • Se responsabiliser collectivement • Reconnaître la diversité des visages, des parcours et des réponses • Accompagner et soutenir • Renforcer la capacité d’agir	• La primauté de la personne • Des actions adaptées aux besoins des personnes • La reconnaissance d’une responsabilité partagée : individuelle et collective • Des actions coordonnées et concertées • Des actions fondées sur la connaissance et l’expérience
Orientations	1. Assurer la primauté de la personne 2. Accroître la qualité des services 3. Favoriser l’équité 4. Rechercher des solutions dans les milieux 5. Consolider le partenariat	1. Accroître la capacité des personnes à se loger. 2. Soutenir l’accompagnement des personnes. 3. Agir en amont des situations d’itinérance. 4. Améliorer, adapter et intégrer les interventions et les services. 5. Rehausser le revenu. 6. Faciliter l’accès au revenu. 7. Assurer et soutenir l’accompagnement des personnes. 8. Soutenir les programmes de formation alternatifs. 9. Adapter les programmes d’insertion sociale aux besoins spécifiques des personnes. 10. Soutenir les personnes et les communautés durant les périodes de grands changements.	1. Le développement des capacités des personnes à faire des choix éclairés en matière de consommation de SPA, de pratique de JHA et d’utilisation d’Internet, et à en gérer les risques. 2. La création d’environnements favorables à une saine gestion de la consommation des SPA, de la pratique de JHA ou de l’utilisation d’Internet et à la réduction des méfaits associés. 3. La bonification des politiques publiques favorisant la santé, la sécurité et le bien-être des personnes et des communautés. 4. Une offre de services accessibles, de qualité et continus aux jeunes et aux adultes qui présentent des comportements à risque, qui répondent aux critères d’un TUS ou d’un TJHA ou qui présentent un problème de

		11. Combattre les préjugés et favoriser une cohabitation sociale harmonieuse. 12. Déterminer et favoriser les solutions alternatives à la judiciarisation, de concert avec les acteurs du milieu de la justice.	cyberdépendance ainsi qu'à leur entourage. 5. L'innovation, le développement et le transfert des connaissances relatives à la consommation de SPA, à la pratique de JHA, à l'utilisation d'Internet et aux phénomènes qui y sont associés. 6. Le développement et le soutien de l'expertise clinique des intervenants qui travaillent auprès des personnes qui présentent des comportements à risque, qui répondent aux critères d'un TUS ou d'un TJHA ou qui présentent un problème de cyberdépendance. 7. La prévention, la réduction et le traitement des conséquences liées à la consommation de SPA et à la pratique de JHA de manière à respecter les réalités des communautés des Premières Nations et des Inuits.
Budget	Total pour 5 ans : 1 152 949 667 \$	Près de 280 M\$ en cinq ans	<i>Non spécifié</i>