



Tisser le lien social pour une vision renouvelée, intégrée et cohérente en matière de santé mentale, itinérance et dépendance

CONSULTATIONS NATIONALES SUR
LES PROCHAINES ORIENTATIONS

6 JUIN 2026

MÉMOIRE DÉPOSÉ AU MINISTÈRE DE LA SANTÉ
ET DES SERVICES SOCIAUX

Ce mémoire est une production de l'Institut national de santé publique du Québec

Les personnes suivantes ont collaboré à la réalisation du mémoire :

Marine Azevedo Da Silva, conseillère scientifique spécialisée
Manon Blackburn, médecin spécialiste en santé publique et médecine préventive
Valérie Émond, directrice scientifique
Maude Landry, cheffe d'unité scientifique, Unité Analyse de la santé et ses inégalités sociales et territoriales
Sébastien Tessier, conseiller scientifique

Bureau d'information et d'études en santé des populations

Jacinthe Brisson, conseillère scientifique
Olivier Bellefleur, chef d'unité scientifique, Unité Produits et substances psychoactives
Maryse Caron, chef d'unité scientifique, Unité Milieux de vie inclusifs, sains et sécuritaires
Caroline Drolet, directrice scientifique
Annie Gauthier, conseillère scientifique spécialisée
Aurélien Maurice, médecin spécialiste en santé publique et médecine préventive
Julie Laforest, chef d'unité scientifique, Unité Santé et bien-être des populations
Sébastien O'Neill, conseiller scientifique
Marie-Claude Roberge, conseillère scientifique

Direction du développement des individus et des communautés

Karine Martel, conseillère scientifique
Éric Langlois, conseiller scientifique
Pierre-Yves Tremblay, conseiller scientifique
Marie-Eve Levasseur, cheffe d'unité par intérim, Unité Évaluation et soutien à la gestion des risques
Jean-Bernard Gamache, directeur scientifique

Direction de la santé environnementale, au travail et de la toxicologie

Maude Chapados, conseillère-cadre Politiques publiques
Marie-Hélène Senay, conseillère scientifique
Benoît Houle, chef d'unité scientifique, Unité Affaires publiques, communications et transfert des connaissances
Julie Dostaler, Secrétaire générale

Secrétariat général

SOUS LA COORDINATION DE

Pierre-Gerlier Forest
Président-directeur général

ÉDITION

Unité Affaires publiques, communications et transfert des connaissances
Secrétariat général

Les reproductions à des fins d'étude privée ou de recherche sont autorisées en vertu de l'article 29 de la Loi sur le droit d'auteur. Toute autre utilisation doit faire l'objet d'une autorisation du gouvernement du Québec qui détient les droits exclusifs de propriété intellectuelle sur ce document. Cette autorisation peut être obtenue ou en écrivant un courriel à : droits.dauteur.inspq@inspq.qc.ca.

Les données contenues dans le document peuvent être citées, à condition d'en mentionner la source.

Dépôt légal – 2^e trimestre 2026
Bibliothèque et Archives nationales du Québec
ISBN : 978-2-555-04119-6 (PDF)
DOI : <https://doi.org/10.64490/BGHW5264>

© Gouvernement du Québec (2026)

AVANT-PROPOS

L'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) est le premier centre d'expertise et de référence en santé publique au Québec. Sa loi constitutive (*Loi sur l'Institut national de santé publique*, ch. I-13.1.1), adoptée originellement en 1998, lui donne pour mission de soutenir le ministre de la Santé et des Services sociaux, et dans la mesure déterminée par le mandat que lui confie le ministre, de soutenir Santé Québec, la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik, le Conseil cri de la santé et des services sociaux de la Baie James ainsi que les établissements dans l'exercice de leur mission de santé publique. Une des missions de l'INSPQ est d'informer le ministre de l'impact de politiques publiques sur l'état de santé de la population québécoise en s'appuyant sur les meilleures données disponibles.

Le périmètre d'action de l'Institut est très large et l'amène à réfléchir les enjeux de la santé mentale, de l'itinérance et des dépendances sous différentes facettes. Pour ce faire, l'expertise développée au cours des dernières années dans le domaine de la surveillance, de la promotion, de la prévention et de la protection en santé, de la toxicologie et de la réduction des méfaits est mobilisée.

L'Institut collabore en effet aux exercices de dénombrement de l'itinérance. Il est aussi porteur du projet suprarégional d'analyse de drogues dans l'urine de personnes qui consomment au Québec. Il mène nombre de projets associés à la santé mentale, et ce, tout au long du parcours de vie, des enfants aux personnes âgées. Il s'intéresse à la discrimination en lien avec le logement, aux conséquences du climat sur les personnes itinérantes, à la consommation de substances psychoactives, aux jeux de hasard et d'argent et bien d'autres sujets d'intérêt. Il est d'ailleurs mobilisé par les divers plans d'action en santé mentale, en dépendance et en itinérance tout comme dans le plan d'action de la *Stratégie nationale de prévention en santé* et le *Programme national de santé publique 2025-2035*.

Ce mémoire a été rédigé dans la cadre des consultations nationales sur les prochaines orientations en matière de santé mentale, itinérance et dépendance. Ces consultations sont bien entendu l'occasion de réfléchir à l'intégration d'une offre de services coordonnée avec des objectifs communs pour les personnes qui se situent à l'intersection de ces trois enjeux. Pour l'Institut national de santé publique du Québec, c'est aussi une occasion, de mettre de l'avant une perspective de santé publique qui vise la prévention de ces situations avant même qu'elles ne surviennent.

TABLE DES MATIÈRES

MESSAGES CLÉS.....	1
INTRODUCTION.....	3
1 UNE PERSPECTIVE DE SANTÉ PUBLIQUE POUR CONSTRUIRE ET PROTÉGER LE LIEN SOCIAL.....	5
2 RECONNAÎTRE LES PARTICULARITÉS DE LA SANTÉ MENTALE, DE LA DÉPENDANCE ET DE L'ITINÉRANCE POUR INTERVENIR SUR LEURS DÉTERMINANTS COMMUNS	7
2.1 Promouvoir une bonne santé mentale tout au long du parcours de vie.....	7
2.1.1 Quelques chiffres et considération sur les diagnostics de troubles mentaux.....	7
2.1.2 Une détérioration de l'état de santé mentale des jeunes au Québec et au Canada.....	8
2.1.3 Miser sur un continuum d'interventions complémentaires de la promotion au rétablissement	10
2.2 Prévenir les effets délétères de l'usage de produits et substances psychoactifs.....	11
2.2.1 Quelques chiffres sur les troubles liés à l'usage des substances.....	13
2.2.2 Une consommation d'alcool supérieure à la moyenne canadienne, malgré une tendance à la baisse	13
2.2.3 La consommation de cannabis suit une tendance à la baisse.....	14
2.2.4 Les surdoses et l'imprévisibilité du marché inquiètent malgré une baisse de la consommation des drogues.....	14
2.2.5 Prévenir et réduire l'usage et les méfaits des substances à l'échelle populationnelle	16
2.3 Éviter le point de bascule du logement vers l'itinérance	18
2.3.1 Les risques de l'itinérance pour la santé.....	19
2.3.2 Un phénomène en augmentation, sous-évalué et composé d'une diversité de profil.....	19
2.3.3 L'inabordabilité du logement : vers la rupture graduelle du lien social	21
2.3.4 L'instabilité résidentielle : une porte tournante vers l'itinérance.....	23
2.3.5 L'itinérance : l'aboutissement de trajectoires composées d'adversité	24
CONCLUSION.....	26
RÉFÉRENCES.....	28

MESSAGES CLÉS

- La santé mentale, l'itinérance et la dépendance peuvent créer énormément de souffrance et de détresse, particulièrement lorsqu'elles se combinent et s'amplifient mutuellement. Ces trois enjeux connaissent des réalités et des dynamiques qui leur sont propres tout en partageant des racines communes. Lorsque les trajectoires de vie mènent à leur interconnexion, la dégradation, voire la rupture, du lien social est souvent en cause.
- L'effritement du lien social, qu'il advienne en raison d'une détérioration de l'état mental, de l'isolement consécutif à une dépendance ou, de manière critique, de la perte d'un logement stable, amenuise, voire peut annuler, l'effet des autres facteurs de protection comme l'éducation. C'est pourquoi il faut intervenir de façon décisive pour rétablir ce lien. Une offre de services adaptée aux réalités et besoins divers doit être déployée rapidement.
- La progression des disparités sociales et économiques, tout comme les changements sociaux associés à la transformation numérique constituent deux tendances lourdes qui contribuent à l'effritement du lien social, tant à l'échelle individuelle que collective. En plus des mesures de soutien et des services mis en place, les conditions favorables à une santé mentale devraient être aussi réunies : milieux de vie inclusifs, présence de soutien social, possibilité de participer à la vie économique et sociale sans discrimination ni violence.
- Bien que la prévalence des troubles liés à l'usage de l'alcool et des drogues semble relativement stable, les données de l'*Enquête québécoise sur la santé de la population* révèlent que près d'une personne sur quatre présente une consommation excessive d'alcool au Québec. Les personnes rapportant une détresse psychologique élevée sont proportionnellement plus nombreuses à déclarer consommer du cannabis, des drogues ou une consommation élevée d'alcool.
- Certaines tendances dans les modes de consommation des drogues posent des défis supplémentaires. Dans une optique de réduction des méfaits et de protection du lien social, l'offre de services adaptée aux besoins des différentes populations s'avère importante.
- L'itinérance constitue généralement l'aboutissement d'un processus dont on peut changer le cours. En deçà d'un certain seuil de revenu, les contraintes matérielles exercent une pression sur plusieurs dimensions de la vie sociale, dont le maintien en logement. Or, la perte de logement peut contribuer à la rupture du lien social. Ce point de bascule vers l'itinérance est toutefois modulable par des politiques publiques agissant sur le logement et le revenu.
- La prise en charge de ces trois enjeux, aux racines sociales et politiques profondes et communes, ne peut être abordée efficacement par la seule intégration des services. En amont, l'approche *Santé dans toutes les politiques* et sa variante axée sur le lien social doivent aussi inspirer la vision renouvelée de l'action publique en la matière pour répondre à l'ampleur des besoins et la complexité des défis en santé mentale, itinérance et dépendance.

- Pour dénouer le nœud de la problématique et limiter cette zone d'intersection entre les trois enjeux, il faut miser sur des politiques qui réduisent les disparités économiques et protègent l'accès et le maintien au logement et à l'emploi. Nourrir le lien social, que ce soit à l'école, au travail ou au sein des structures sociales et familiales doit aussi faire partie des priorités.

INTRODUCTION

Les enjeux de santé mentale, d'itinérance et de dépendance causent beaucoup de souffrance, voire de détresse, chez ceux qui les vivent ainsi que chez leurs proches, particulièrement lorsqu'ils se conjuguent et s'amplifient mutuellement. À cet égard, les dénombrements de 2022 et de 2025 offrent un éclairage partiel, mais précieux, sur la réalité des personnes en situation d'itinérance visible et rappellent à quel point ces enjeux sont souvent interreliés.

D'autres enjeux soulèvent des préoccupations, comme la dégradation de la santé mentale chez certains groupes de la population, particulièrement les jeunes filles, tout comme l'évolution rapide des enjeux liés à la consommation de drogues, dont les surdoses. Chose certaine, ces portraits nuancent d'autres indicateurs de santé qui placent la société québécoise en tête des juridictions canadiennes à l'égard de la perception positive du bonheur ou la santé physique et mentale¹.

Pour les experts en santé publique, ce fossé qui se creuse entre les états de santé mentale au sein d'une même population pose plus globalement la question de la cohésion et du lien social. La transformation numérique, la hausse des disparités sociales et économiques ainsi que l'épreuve de la pandémie font partie des facteurs qui pourraient expliquer cet écart. Une commission de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) s'est d'ailleurs saisie de la question du lien social, en faisant valoir que sans une bonne santé sociale il est difficile d'avoir une bonne santé tout simplement (Organisation mondiale de la santé et Commission de l'OMS sur le lien social, 2025).

La santé sociale désigne la quantité et la qualité adéquate de liens sociaux dans un contexte particulier permettant de satisfaire le besoin qu'a une personne d'avoir des relations humaines qui importent vraiment. Souvent laissée pour compte, la santé sociale est pourtant la troisième dimension mentionnée dans la définition que donne l'OMS de la santé comme étant un état complet bien-être physique, mental et social qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie. Ces trois dimensions de la santé sont interdépendantes (Organisation mondiale de la santé, 2025).

Le sentiment de solitude et celui d'être isolé socialement, caractérisés notamment par le fait de ne pas avoir les liens sociaux souhaités, constituent une mesure subjective de la présence ou l'absence de liens sociaux satisfaisants (Arulthas, 2021). Au Québec, en septembre dernier, un sondage rapportait que 27 % de la population a affirmé se sentir isolée parfois ou souvent, une proportion qui s'élevait à 36 % pour les 25-44 ans et à près de 43 % des 18-24 ans (Institut national de santé publique du Québec, 2025).

¹ Pour plus de détails, voir par exemple Statistique Canada (2025), [La santé de la population canadienne](#), ou encore Statistique Canada (2023), [Santé mentale perçue, selon le genre et la province](#).

Dans ce contexte, l'INSPQ salue la volonté gouvernementale de renouveler sa vision pour développer les prochaines orientations en matière de santé mentale, d'itinérance et de dépendance. Tout en reconnaissant le besoin de mesures populationnelles générales et de mesures spécifiques à chaque réalité, l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) souscrit aux objectifs de favoriser une meilleure intégration des services pour répondre aux besoins des personnes qui se situent à l'intersection des trois enjeux. Mais il ne lui appartient pas de se prononcer sur les meilleures façons d'y arriver, d'autres parties prenantes étant mieux placées pour le faire.

Toutefois, il est du ressort de la santé publique de surveiller et d'analyser les tendances, et d'évaluer les impacts potentiels des politiques publiques sur la santé de la population. Ainsi, tout en reconnaissant les besoins criants de ceux et celles qui vivent un cumul de ces enjeux, une perspective populationnelle plus large reste la réponse la plus pertinente pour en tarir les sources. C'est la contribution que l'INSPQ se propose de faire par le présent mémoire.

1 UNE PERSPECTIVE DE SANTÉ PUBLIQUE POUR CONSTRUIRE ET PROTÉGER LE LIEN SOCIAL

Même si la majorité des personnes qui présentent des problèmes de santé mentale ou de dépendance au cours de leur vie ne vivront pas de situation d'itinérance, ces phénomènes partagent des sources communes et peuvent être interreliés. Les situations les plus complexes se construisent tout au long du parcours de vie, au sein des différents milieux côtoyés (maison, école, travail). La précarité économique, les difficultés d'apprentissage ou de qualification, l'instabilité résidentielle, l'isolement relationnel et une relation fragilisée aux institutions font aussi partie de l'équation.

Dans ce contexte, la question centrale n'est pas uniquement de mieux coordonner les réponses une fois que les problèmes sont pleinement constitués, mais de comprendre où et comment intervenir au fil des différentes trajectoires, avant que ne s'amorce la bascule vers des formes plus sévères de désaffiliation sociale.

Le rôle pivot du lien social dans l'amélioration de la santé et du bien-être des personnes de tout âge a récemment retenu l'attention de l'Organisation mondiale de la santé et de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). Les deux organismes internationaux l'ont identifié comme un enjeu de santé publique à documenter davantage et une priorité pour l'action publique, soulignant le caractère déterminant des politiques publiques pour créer les structures qui construisent, promeuvent, ou a contrario entravent les liens sociaux (Mahomey *et al.*, 2024; Organisation mondiale de la santé et Commission de l'OMS sur le lien social, 2025).

Selon l'OMS, le lien social désigne « les différentes manières par lesquelles nous établissons des liens et interagissons avec d'autres personnes. Ces personnes comprennent les membres de notre famille, des amis, des camarades de classe, des collègues, des voisins, mais aussi les individus avec lesquels nous échangeons sur Internet » (Organisation mondiale de la santé et Commission de l'OMS sur le lien social, 2025).

Le cadre d'analyse du lien social comporte principalement 3 dimensions. La **structure** réfère au nombre de personnes que connaît un individu et à la quantité d'interactions qui sont entretenues. La **fonction** renvoie aux différentes formes de soutien (soutien financier, aide concrète, soutien émotionnel, informations relayées, etc.) offert entre les individus. Enfin, la **qualité des relations sociales** implique qu'elles génèrent des émotions positives, se vivent de façon bienveillante et correspondent aux besoins recherchés, plutôt que de s'inscrire dans une dynamique toxique, de contrôle ou d'oppression.

Pour amener ce cadre à l'échelle collective, une quatrième dimension est aussi mise de l'avant par l'OCDE, soit la **connectivité communautaire et sociétale**. Cette dimension permet d'englober tous les liens qu'entretiennent les individus avec des groupes et des communautés à plus large échelle et de refléter le sentiment d'appartenance et d'acceptation sociale, ou encore les situations discriminatoires (Mahomey *et al.*, 2024).

Différentes stratégies existent pour renforcer l'effet protecteur du lien social sur la santé et le bien-être et diminuer les risques qu'il peut également représenter. L'OMS encourage non seulement les gouvernements à les intensifier, mais à les systématiser dans une approche « lien social dans toutes les politiques » afin d'en faire la promotion dans tous les secteurs d'activités et à tous les niveaux administratifs (Organisation mondiale de la santé et Commission de l'OMS sur le lien social, 2025).

2 RECONNAÎTRE LES PARTICULARITÉS DE LA SANTÉ MENTALE, DE LA DÉPENDANCE ET DE L'ITINÉRANCE POUR INTERVENIR SUR LEURS DÉTERMINANTS COMMUNS

Cette section traite tour à tour de la santé mentale, de la dépendance et de l'itinérance, en faisant intervenir les quatre dimensions du lien social, lorsque pertinent. Certaines tendances préoccupantes devant faire l'objet d'une attention particulière dans le cadre des futures orientations ministérielles y sont aussi identifiées. Des pistes prometteuses sont également dégagées.

2.1 Promouvoir une bonne santé mentale tout au long du parcours de vie

La santé mentale de la population québécoise se porte généralement bien. En 2024, 62 % de la population de 18 ans et plus considéraient leur santé mentale comme bonne ou excellente, 89 % étaient satisfaits ou très satisfaits de sa vie en général, et 54 % déclaraient un fort ou très fort sentiment d'appartenance à la communauté (Institut national de santé publique du Québec, 2026e). Bien qu'encourageants, ces chiffres ne traduisent pas l'ensemble des réalités.

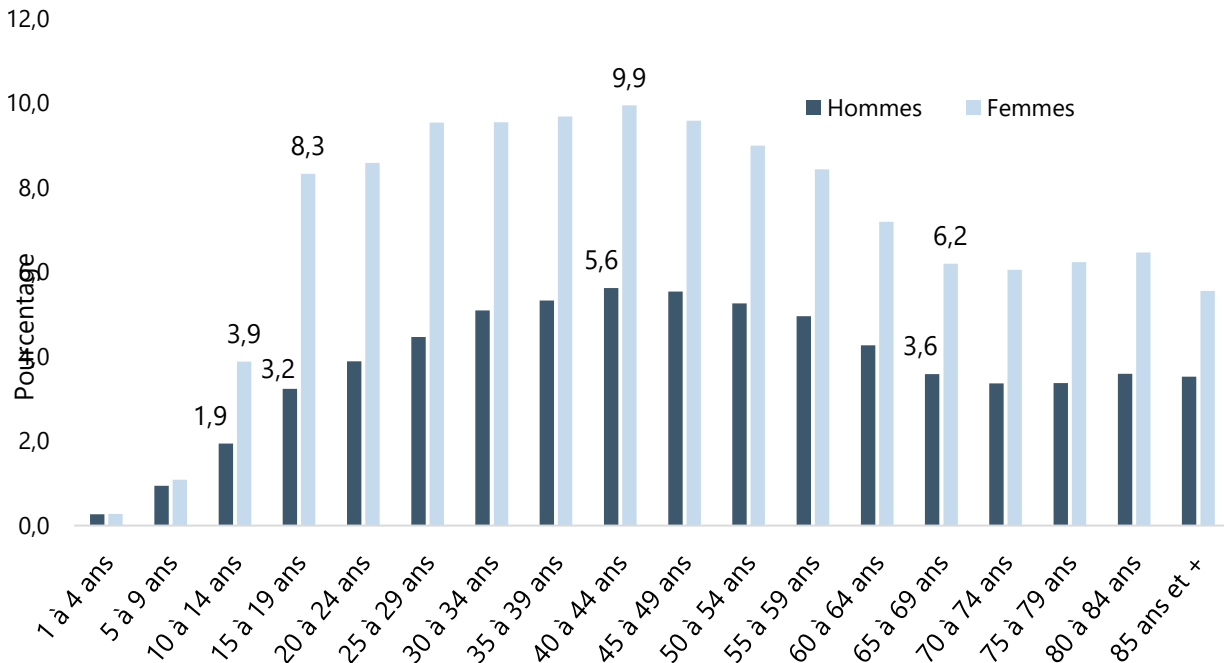
Il est désormais bien établi que toute réflexion autour des interventions en matière de santé mentale dépasse largement les enjeux de troubles mentaux. Leur évolution constitue néanmoins une donnée d'intérêt à prendre en compte dans le cadre de la vision intégrée qu'on souhaite développer.

2.1.1 Quelques chiffres et considérations sur les diagnostics de troubles mentaux

Selon les données de surveillance des maladies chroniques, environ 1 personne sur 10 (9,9 %) âgée de 1 an ou plus au Québec a reçu entre avril 2024 et mars 2025 un diagnostic de trouble mental. Parmi ceux-ci, les troubles anxio-dépressifs (ex. : dépression, troubles bipolaires, trouble d'anxiété généralisée) demeurent les plus fréquents touchant 5,7 % de la population de 1 an et plus, soit environ un demi-million de personnes en 2024-2025. Une hausse a été observée durant la pandémie de COVID-19, mais la prévalence diminue depuis le pic atteint en 2021-2022. Les troubles anxio-dépressifs sont plus fréquents chez les femmes (7,4 %) que les hommes (4,0 %). Cet écart entre les sexes se manifeste dès le début de l'adolescence et se maintient tout au long du parcours de vie. Le diagnostic de trouble mental inclut également les troubles du spectre de l'autisme et ceux liés aux drogues ou à l'alcool dont nous traiterons dans la section suivante.

La figure ci-dessous montre la proportion de personnes ayant reçu un diagnostic de trouble anxio-dépressif selon le groupe d'âge et le sexe au Québec entre avril 2024 et mars 2025. On constate une prédominance chez les femmes dans tous les groupes d'âge.

Figure 1 Proportion de personnes ayant reçu un diagnostic de trouble anxio-dépressif selon le groupe d'âge et le sexe, Québec, avril 2024 à mars 2025



Source : Système de surveillance des maladies chroniques du Québec (SISMACQ), INSPQ.

Or, ces données sur les diagnostics posés sont influencées par divers facteurs, dont l'accès aux services ou la peur de la stigmatisation. Par exemple, l'*Enquête sur la santé mentale et l'accès aux soins* de 2022, conduite à l'échelle canadienne, a révélé que la moitié des personnes répondant aux critères diagnostiques d'un trouble mental² au cours de l'année précédant l'enquête n'ont pas parlé de leur santé mentale à un professionnel de la santé. Ceci constitue un vif rappel de l'importance des données populationnelles provenant de plusieurs sources, en plus des données médico-administratives sur la fréquence des diagnostics, afin d'anticiper les besoins et ajuster les actions et les services.

Ces données doivent notamment couvrir :

- la présence de symptômes,
- les dimensions de la santé mentale telles que :
 - le bien-être émotionnel (p. ex. : satisfaction face à la vie),
 - le bien-être psychologique et social (p. ex. : sentiment de contrôle, sentiment d'appartenance),
- la présence de facteurs de risque ou de protection (p. ex. : conditions de vie des familles, conditions de logement, consommation de substances psychoactives), ainsi que
- l'accès aux services.

² Trouble de l'humeur, d'un trouble d'anxiété ou d'un trouble lié à l'utilisation de substances.

2.1.2 Une détérioration de l'état de santé mentale des jeunes au Québec et au Canada

D'autres sources de données indiquent une détérioration de l'état de santé mentale des jeunes, particulièrement chez les jeunes filles, au Québec et au Canada. En effet, les résultats indiquent que la proportion de jeunes rapportant une santé mentale florissante (c'est-à-dire un niveau élevé de bien-être émotionnel, psychologique et social) est passée d'environ 47 % à 37 % entre 2016-2017 et 2022-2023. En outre, les garçons sont proportionnellement plus nombreux que les filles à avoir une santé mentale florissante aux deux cycles de l'enquête (51 % c. 44 % en 2016-2017 et 44 % c. 29 % en 2022-2023) (Institut de la statistique du Québec, 2018, 2024).

On observe également une détérioration de certains facteurs associés à l'état de santé mentale. En effet, la proportion d'élèves du secondaire qui disposent d'un niveau élevé d'estime de soi ou d'efficacité personnelle globale³ ou encore d'un soutien social élevé a diminué en 2022-2023 par rapport au cycle précédent de l'*Enquête sur la santé des jeunes du secondaire* 2016-2017 (Institut de la statistique du Québec, 2024). Dans la mesure où le niveau de santé mentale est prédictif du risque de dépression plus tard dans la vie, ces signaux soulèvent des préoccupations.

Les données du plus récent cycle de l'*Enquête sur la santé des jeunes du secondaire* 2022-2023 indiquent que le nombre d'élèves du secondaire qui rapportent avoir reçu d'un professionnel ou d'une professionnelle de la santé un diagnostic de trouble anxieux ou de dépression est en hausse constante (Institut de la statistique du Québec, 2024). Plus précisément, pour l'anxiété cette proportion est passée d'environ 8,6 % en 2010-2011 à 19,9 % en 2022-2023. Pour la dépression, cette proportion a varié d'environ 4,9 % en 2010-2011, à 7,4 % en 2022-2023. Les filles sont, à tous les cycles d'enquête, proportionnellement plus nombreuses que les garçons à présenter un trouble anxieux ou une dépression.

Diverses pistes plausibles sont évoquées pour expliquer la hausse des signes et des symptômes de dépression et d'anxiété chez les jeunes. Parmi celles-ci, mentionnons l'augmentation de la pression liée à l'école, l'augmentation des troubles mentaux chez les parents et l'augmentation de la pauvreté et des inégalités socioéconomiques. D'autres facteurs émergents comme l'utilisation des médias sociaux et la cyberintimidation, y contribuent potentiellement et méritent une attention particulière dans le contexte de l'omniprésence des plateformes numérique.

³ Réfère à la perception qu'une personne a de ses compétences et habiletés pour accomplir les tâches qu'elle valorise.

2.1.3 Miser sur un continuum d'interventions complémentaires de la promotion au rétablissement

C'est à travers l'interaction permanente et complexe, tout au long du parcours de vie, entre les individus, leurs milieux de vie et le contexte global que les trajectoires se dessinent et que la santé tant physique que mentale se construit. À cet égard, les périodes de transition (p. ex. : entre les ordres d'enseignement, devenir parents) et le cumul des expériences vécues dès l'enfance et la jeunesse (p. ex. : réussite scolaire, décès de personnes significatives) s'avèrent particulièrement cruciaux et déterminent partiellement les impacts sur la santé mentale. Selon les expériences positives ou négatives vécues durant ces périodes de transitions, celles-ci peuvent constituer des facteurs de risque ou de protection pour l'acquisition de compétences et l'adoption de comportements sains qui façonnent la santé mentale et le développement tout au long de la vie.

Les études sur les expériences négatives de l'enfance (p. ex. : négligence, violence familiale ou exposition à la violence conjugale, intimidation) témoignent de la nécessité d'agir tôt pour soutenir le développement de l'ensemble des enfants et des jeunes. En considérant leur contexte de vie dans les interventions, de façon à prévenir ces expériences négatives et diminuer leurs conséquences, on contribue à réduire l'apparition de troubles mentaux ou d'autres problèmes, comme les dépendances et l'itinérance.

Aux mesures de soutien et aux services mis en place, quels qu'ils soient, les conditions favorables à une santé mentale devraient être aussi réunies : milieux de vie inclusif, présence de soutien social, possibilité de participer à la vie économique et sociale sans discrimination ni violence. Ce sera possible par le déploiement d'un continuum d'interventions complémentaires intégrant des actions de promotion et de prévention pour tous jusqu'aux services de soutien pour ceux qui ont à composer avec un diagnostic de trouble mental (Roberge *et al.*, 2019).

Plutôt que de cibler uniquement ceux qui éprouvent des difficultés ou qui sont « à risque », il serait préférable d'agir en fonction des besoins propres à chaque tranche d'âge, dans une logique d'action sur les déterminants sociaux de la santé mentale. La littératie en santé mentale correspond aux connaissances et aptitudes qui permettent à une personne d'acquérir et de comprendre l'information nécessaire à la santé mentale puis de la mettre en pratique (Montagni, 2023). Elle devrait être renforcée, afin que les individus, mais aussi les membres de leur entourage et ceux œuvrant dans leurs milieux de vie (services de santé, école, travail, voisinage, etc.) puissent soutenir une bonne santé mentale. Cela permettrait de favoriser la capacité à reconnaître les sources d'émotions et de stress de même que les signes de détresse, à composer avec les situations stressantes et difficiles, à demander de l'aide, en plus de déconstruire les préjugés à l'égard de la santé mentale et des troubles mentaux.

Le dernier *Plan d'action en santé mentale 2022-2026* s'est révélé un bon premier pas pour reconnaître la nécessaire complémentarité de plusieurs stratégies d'intervention et la continuité promotion-prévention-services-rétablissement. Considérant la détérioration observée à l'égard des indicateurs de l'état de santé mentale, le déploiement d'axes spécifiquement dédiés aux

jeunes ainsi qu'à la promotion de la santé mentale et la prévention des troubles mentaux doivent être maintenus et recevoir un appui supplémentaire. L'arrimage de cette vision intégrée en santé mentale avec celles portées par le nouveau *Programme national de santé publique* (PNSP) 2025-2035 et la *Stratégie nationale de prévention en santé* (SNPS) 2025-2035 semble aussi une voie prometteuse⁴.

Ces initiatives doivent maintenant se poursuivre et être bonifiées d'autres mesures, comme des efforts supplémentaires pour réduire les inégalités sociales et favoriser le lien social. Les politiques de réduction de la pauvreté, comme les suppléments de revenus, l'aide au logement, le soutien à la formation professionnelle ou les allocations aux familles, permettraient de réduire les expériences négatives dans l'enfance et leurs conséquences (Sow *et al.*, 2023). De même, ces politiques permettent de promouvoir l'égalité des chances entre les individus (CDC, 2022; Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2025b). Elles contribuent à les outiller à faire face aux situations de vie et, par conséquent, à soutenir leur santé mentale, la protéger (Roberge et Déplanche, 2017) et réduire les facteurs de risque de troubles mentaux et de suicide ou d'itinérance (Mc Daid et Kousoulis, 2020).

2.2 Prévenir les effets délétères de l'usage de produits et substances psychoactifs

Toutes les trajectoires empruntées par les personnes qui font usage de produits et substances psychoactives (PSPA) ne mènent pas à l'apparition d'une « dépendance » (aussi connue comme un « trouble de l'usage » ou l'abus). La consommation de PSPA, incluant la pratique des jeux de hasard et d'argent peut néanmoins, dans nombre de cas, entraîner diverses conséquences, que ce soit pour la personne qui en fait usage ou pour autrui, à court comme à long terme. À long terme, par exemple, l'alcool peut contribuer à l'apparition de près de 200 problèmes de santé, dont certains problèmes de santé mentale (World Health Organization, 2018). À court terme, une consommation élevée peut entraîner, entre autres choses, des blessures et des accidents de la route (Alpert *et al.*, 2022).

Qu'il se manifeste ou non par une dépendance, l'usage de PSPA peut affecter grandement les liens sociaux, et cela, de multiples manières. Cette relation n'est pas unidirectionnelle. Dans certains cas, le lien social peut agir comme facteur de protection contre certains enjeux liés à l'usage de PSPA (par exemple, la présence d'un pair en cas de surdose). Inversement, dans d'autres contextes relationnels ou sociaux, cela peut contribuer à normaliser certaines pratiques d'usages risqués.

⁴ Par exemple, le PNSP prévoit des actions sur la santé mentale des jeunes, des jeunes adultes, des adultes et des aînés ainsi que des personnes en situation d'itinérance (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2025b). De même, l'orientation 2 de la SNPS évoque un bien-être élevé pour tous et toutes, incluant la santé mentale positive d'une population engagée dans la vie collective. Les mesures 2.3.2 et 2.3.4 du plan d'action visent d'ailleurs à promouvoir la santé mentale et renforcer les liens sociaux, particulièrement chez certains groupes en contexte de vulnérabilité (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2026). L'orientation 3 de la SNPS souligne aussi l'importance de l'aménagement des espaces dans la communauté pour renforcer le tissu social et soutenir le bien-être collectif (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2025a).

Le lien entre la consommation de certains PSPA, comme l'alcool, et le recours à des comportements agressifs ou violents (p. ex. : agressions sexuelles, violence conjugale), est bien connu (Babor *et al.*, 2022; Brewer et Swahn, 2005; Cherpitel *et al.*, 2018), tout comme celui avec la négligence et autres mauvais traitements, notamment à l'égard des enfants (Alpert *et al.*, 2022; Babor *et al.*, 2022). Le vandalisme (Evans *et al.*, 2021; Snowden *et al.*, 2017) et certains troubles à l'ordre public (Evans *et al.*, 2021) sont aussi, dans certains cas, associés à l'usage de substances et peuvent mener à des enjeux de cohabitation, en plus d'entraver la cohésion sociale (Kuipers *et al.*, 2012). Particulièrement lorsque l'usage se fait dans l'espace public (DeBeck *et al.*, 2012; Saberi Zafarghandi *et al.*, 2021).

Dans le cas des JHA, les études montrent clairement que les personnes en contact avec un joueur ou une joueuse aux prises avec un problème de jeu subissent un large éventail de conséquences, que ce soit au regard de leur santé mentale, de la stabilité de leurs relations et de leur sécurité financière (Holdsworth *et al.*, 2013; Velleman *et al.*, 2015). Les problèmes de jeu d'une seule personne peuvent avoir des répercussions sur 10 à 17 personnes de son entourage (Politzer *et al.*, 1992).

Par ailleurs, à une échelle plus collective, plusieurs études ont démontré, en matière d'alcool notamment, que même si les personnes issues de populations favorisées tendent à consommer autant, sinon plus que celles issues de milieux défavorisés, ces dernières subissent davantage les conséquences négatives liées à leur consommation (Benny *et al.*, 2024; Bloomfield, 2020; Probst *et al.*, 2020). L'usage de PSPA pour faire face à des situations difficiles, le cumul d'événements négatifs ou l'appartenance à un groupe minoritaire, sont parmi les hypothèses avancées pour expliquer de telles inégalités sociales de santé et qui pointent vers la nécessité de mettre en place des interventions ciblées en complémentarité avec les approches préventives universelles (Blouin et Brisson, [non publié]).

Le cumul de facteurs de risque, comme le fait de présenter un problème de santé mentale et de vivre dans un contexte de grande défavorisation socioéconomique, peut accentuer les effets de la consommation de PSPA. Dans le cas du cannabis, la consommation régulière et importante peut aggraver les symptômes chez les personnes qui présentent déjà des troubles mentaux (Colorado Department of Public Health and Environment, 2020; National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine *et al.*, 2017). Pour d'autres, l'usage peut contribuer au développement de diverses pathologies, comme les troubles psychotiques, du comportement ou de l'humeur (Marchand et Levasseur, 2022).

2.2.1 Quelques chiffres sur les troubles liés à l'usage des substances

Chez les personnes éprouvant des troubles liés à la consommation de drogues⁵ ou d'alcool, on sait que la présence simultanée d'un trouble mental est fréquente. Selon les données du système intégré de surveillance des maladies chroniques du Québec, entre avril 2024 et mars 2025, un diagnostic de trouble lié aux drogues ou à l'alcool a été posé chez 65 815 personnes de 12 ans et plus au Québec.

Environ les trois quarts (74 %) de ces personnes ont aussi reçu un diagnostic de trouble mental pendant la même année. Des données québécoises montrent aussi que les personnes ayant reçu un diagnostic de trouble lié aux substances ont 9,4 fois plus de risque de décéder par suicide que les personnes qui n'ont pas un tel diagnostic (Huynh *et al.*, 2025).

2.2.2 Une consommation d'alcool supérieure à la moyenne canadienne, malgré une tendance à la baisse

Des données de vente d'alcool postpandémiques laissent entrevoir une diminution de la consommation d'alcool pur par habitant au Québec. En 2024-2025, celle-ci se situait à 7,3 litres, alors que la moyenne oscillait entre 8,0 et 8,9 litres pendant les deux dernières décennies (Statistique Canada, 2026). Plusieurs indicateurs laissent tout de même entrevoir que la consommation d'alcool demeure néanmoins plus élevée ici qu'ailleurs au pays (Institut national de santé publique du Québec, 2026d).

Plus particulièrement, d'autres données révèlent qu'environ 80 % de la population fait usage d'alcool. Près d'une personne sur quatre (24 %) déclare aussi s'être engagée dans au moins un épisode de consommation excessive d'alcool au moins une fois par mois au cours de l'année 2020-2021 (Institut de la statistique du Québec, 2023). Cette consommation excessive épisodique⁶ est plus courante chez les hommes (27 %) que chez les femmes (21 %), particulièrement ceux (31 %) et celles (24 %) ayant un niveau élevé de détresse psychologique (Institut national de santé publique du Québec, 2026b). De même, des données québécoises montrent que les personnes faisant usage d'alcool et qui vivent en situation de défavorisation sociale sont plus susceptibles de rapporter des épisodes de consommation excessive que celles ne vivant pas dans de telles conditions (Institut national de santé publique du Québec, 2018).

Ces niveaux élevés de consommation d'alcool entraînent des coûts non négligeables pour la société québécoise. En effet, la consommation d'alcool se classait au 3^e rang des facteurs de risque comportementaux du fardeau global de la maladie au Canada en 2021, derrière le tabagisme et l'alimentation. Au Québec, en 2020, les conséquences économiques du fardeau sanitaire ont été estimées à 4,1 milliards de dollars annuellement (Institut national de santé publique du Québec, 2026g), soit des coûts plus élevés que pour le tabac ou les autres drogues.

⁵ Dans ce mémoire, l'emploi du terme « drogue » ne se limite pas aux substances illicites, mais inclut les médicaments non prescrits.

⁶ La consommation excessive dite « épisodique » fait référence à la prise de cinq verres d'alcool ou plus chez les hommes et quatre verres d'alcool ou plus chez les femmes lors d'une même occasion, au moins une fois par mois.

2.2.3 La consommation de cannabis suit une tendance à la baisse

Après avoir augmenté entre 2018 et 2021, la consommation de cannabis chez les 15 ans et plus est à la baisse. Chez les 15-20 ans spécifiquement, les données les plus récentes montrent que la proportion de personnes en ayant consommé au cours de la dernière année était plus faible qu'avant la légalisation. Depuis celle-ci, aucune variation annuelle significative n'a été observée quant à la fréquence de l'usage. En 2025, par exemple, tout groupe d'âge confondu, 41 % des personnes qui ont fait usage de cannabis l'ont fait moins d'une fois par mois et 16 % ont consommé de manière quotidienne (Conus et Dupont, 2026).

À l'instar de ce qui est observé avec l'alcool, les données de l'EQSP de 2020-2021 montrent que les personnes déclarant un niveau de détresse psychologique élevé consomment du cannabis en plus grande proportion que celles rapportant une détresse psychologique faible ou moyenne (25 % c.13 %). Cette association serait particulièrement forte chez les hommes aux prises avec une détresse psychologique élevée (30 %) (Institut national de santé publique du Québec, 2026a). Les données les plus récentes sur le cannabis issues de l'*Enquête québécoise sur le cannabis* indiquent pour leur part que 22 % des personnes ayant un niveau élevé de détresse psychologique ont consommé du cannabis durant les deux mois précédents, comparativement à 15 % chez ceux n'ayant pas un tel niveau de détresse (EQC 2026).

2.2.4 Les surdoses et l'imprévisibilité du marché inquiètent malgré une baisse de la consommation des drogues

Selon les données de l'EQSP, 4,3 % de la population québécoise âgée de plus de 15 ans aurait consommé une drogue autre que le cannabis en 2020-2021 (Institut national de santé publique du Québec, 2026a). Une comparaison avec des données ajustées datant de 2014-2015 pointerait vers une légère baisse de l'usage des drogues (5,2 % à 4,3 %). Les hommes sont proportionnellement plus nombreux à consommer les drogues étudiées que les femmes, à l'exception de l'ecstasy pour laquelle aucune différence significative n'est constatée. La consommation de drogues est deux à trois fois plus fréquente chez les personnes présentant une détresse psychologique élevée que chez celles dont le niveau de détresse est faible ou modéré (Institut national de santé publique du Québec, 2026a).

Une préoccupation demeure au chapitre de l'augmentation du nombre de décès liés à une intoxication suspectée aux drogues. Entre 2023 et 2025, on observe en moyenne 591 décès par an comparativement à 424 décès en 2018. En 2023, parmi les décès dont la cause a été confirmée par une enquête du coroner comme étant liée à une intoxication non intentionnelle aux drogues, 52 % étaient attribuables à la consommation d'opioïdes, tandis que 44 % étaient attribuables à la consommation de stimulants. Les hommes sont davantage touchés que les femmes par ces surdoses et les groupes d'âges de 40 à 59 ans constituent le groupe le plus affecté (Institut national de santé publique du Québec, 2026f).

L'augmentation des surdoses observée dans les dernières années est en grande partie attribuée à l'imprévisibilité de la composition des drogues disponibles sur le marché non réglementé. En effet, les personnes qui consomment des drogues n'ont aucune certitude sur ce qu'elles consomment réellement. De nouvelles substances émergent sur le marché chaque année et sont ajoutées aux drogues à l'insu des personnes qui consomment (Santé Canada, 2026).

D'autres données récentes d'intérêt sont issues du [Projet suprarégional d'analyse de drogues dans l'urine de personnes qui consomment au Québec](#) (PSADUQ) (Langlois et al., À paraître). Ce projet recueille des données auprès de consommatrices et consommateurs volontaires recrutés parmi la clientèle d'organismes œuvrant en réduction des méfaits. Jusqu'à 1 500 personnes sont recrutées annuellement. Le profil des personnes participantes reflète les caractéristiques propres aux usagers et usagères des organismes œuvrant en réduction des méfaits.

Si toutes les personnes utilisatrices de drogues ne fréquentent pas ces organismes, les résultats de ce projet représentent tout de même des réalités situées précisément à l'intersection des enjeux de santé mentale, de dépendance et d'itinérance, où la souffrance et la détresse sont particulièrement marquées. Ces données sont d'autant plus importantes à considérer qu'elles traduisent des réalités auxquelles l'offre de services devrait s'adapter.

Quelques données tirées du PSADUQ

Plus du tiers des participants et participantes au projet sont sans domicile fixe. Les résultats 2021-2024 t (Langlois et al., À paraître) révèlent que la plupart de ces personnes consomment des drogues tous les jours et que plus de la moitié consomme seule, souvent ou toujours. Cette consommation en solo augmente le risque de décès par surdoses.

Chaque année, de 2021 à 2024, plus d'une personne participante sur dix rapporte avoir fait une surdose dans les 6 mois précédents, une proportion stable, mais conséquente.

Parmi les personnes recrutées ayant fait une surdose d'opioïdes dans les 6 mois précédents, les deux tiers se sont vu administrer l'antidote naloxone. Le lien social constitue potentiellement un vecteur de survie lors de ces surdoses. En 2024, la naloxone a été administrée par des intervenants communautaires (27 % des cas), des pairs (23 %), des ambulanciers (21 %), dans un centre supervisé (9 %) ou par un proche ou un membre de la famille (9 %). Dans une moindre mesure, les professionnels de la santé à l'hôpital y contribuent aussi (6 %), tout comme les policiers, pompiers et agents de sécurité (5 %). D'autre part, le tiers des participantes et participants qui possèdent une trousse de naloxone ne l'avait jamais avec eux en 2024, ou seulement à l'occasion, lorsqu'ils consomment (32 %).

Par ailleurs, la consommation par inhalation est en progression. Ce mode de consommation est le plus souvent rapporté (64 %) et celui le plus souvent mentionné dans les surdoses rapportées en 2025 (42 %) (Institut national de santé publique du Québec, 2026d).

Mentionnons que seulement une personne sur cinq a fait analyser une drogue dans un service de vérification de drogue pour en vérifier le contenu. Enfin, près de 80 % des personnes interrogées ne connaissaient pas les [services de consommation supervisée à distance](#) en 2025 et seulement 7 % les ont utilisés.

2.2.5 Prévenir et réduire l'usage et les méfaits des substances à l'échelle populationnelle

Les déterminants associés à l'usage de PSPA sont nombreux, et pour réduire les conséquences négatives qui peuvent en découler, un éventail de mesures doit être mobilisé. Les données survolées précédemment et plusieurs études mettent en évidence la triade possible troubles mentaux/santé mentale et consommation de PSPA. La littérature appuie l'importance d'une diversité de mesures complémentaires, dont l'objectif est de réduire l'usage de PSPA au niveau populationnel et ses méfaits, supposant ainsi de revoir les politiques publiques en place, incluant dans l'optique de favoriser la création d'environnements favorables à la santé. Les mesures à privilégier devraient en outre permettre de rejoindre les jeunes, la population générale et des populations plus spécifiques, à la confluence des enjeux de santé mentale, de l'itinérance et de troubles de l'usage, dont les besoins sont plus complexes.

Plusieurs des orientations prévues dans le *Plan d'action interministériel en dépendances 2018-2028* (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2018) mettent en exergue la pertinence de prévoir des stratégies d'intervention complémentaires, sur l'ensemble du continuum de l'usage de PSPA. Cette approche et ces orientations gagneraient à être maintenues et arrimées aux activités du *Programme national de santé publique 2025-2035* en matière de substances psychoactives, tels les efforts de sensibilisation aux risques et la réduction des méfaits liés aux surdoses de SPA ainsi que le soutien au déploiement et à l'accessibilité des services de consommation supervisée. Ces services, rappelons-le, entretiennent le lien social avec les personnes consommatrices, dont celles en processus de désaffiliation. Certaines mesures visant la modification des déterminants structuraux y contribuent également, et permettent de réduire la prévalence de l'usage dans la population.

En matière d'alcool, de cannabis et de JHA, l'importance de mettre en place des mesures universelles pour réduire la prévalence de l'usage dans la population et le nombre de personnes qui vont développer des comportements qui incluent des risques pour la santé est bien documentée. Les mesures universelles les plus efficaces pour agir sur la consommation de PSPA sont aussi bien connues. La littérature scientifique est unanime quant à l'efficacité des mesures qui visent à réduire l'accessibilité physique et économique aux PSPA (WHO, 2024), ainsi que celles agissant sur certains déterminants commerciaux⁷. Notons, à cet effet, que la révision de l'encadrement de la mise en marché et de l'accessibilité de tous les PSPA figure parmi les actions prévues par le PNSP 2025-2035.

⁷ Parmi les mesures efficaces, mentionnons 1) la réduction de la densité et du nombre de points de vente, ainsi que celle des heures ou jours d'ouverture ; 2) l'interdiction ou le resserrement de l'encadrement de la promotion (p. ex. : commandites) et de la publicité ; 3) les mesures visant à agir sur les prix des PSPA, comme la taxation ou l'imposition d'un prix minimum ; 4) en matière de jeu spécifiquement, l'adoption de modalités visant à restreindre l'accessibilité en continu, dont en ligne (24h sur 24, 7 jours sur 7), cette forme de jeu ayant des conséquences plus insidieuses et négatives que le jeu dans les lieux physiques.

Plusieurs de ces mesures reconnues efficaces ont été déployées au Québec lors de la mise en place du régime de vente du cannabis légalisé. Cela atteste de la possibilité d'accorder l'accès aux substances, sans banaliser pour autant ces produits. La mise en œuvre d'une stratégie nationale intégrée en matière de substances psychoactives et de jeux de hasard et d'argent prévue à l'action 3.1.1 du *Plan d'action en dépendances 2018-2028* pourrait s'appuyer sur l'expérience d'encadrement du cannabis au Québec, qui, à ce jour, s'avère prometteuse d'un point de vue de santé publique (Gagnon et Kamwa Ngne, 2024).

Pour les drogues, dans l'optique de pouvoir offrir des services qui soient réellement adaptés aux besoins des personnes qui consomment, un pas essentiel consiste à documenter ce qui est consommé et de quelle façon, à l'instar de ce que fait le *Projet suprarégional d'analyse de drogues dans l'urine de personnes qui consomment au Québec* (PSADUQ) (Langlois et al., À paraître).

Depuis longtemps déjà, l'approche de réduction des méfaits guide l'offre de plusieurs services au Québec. Celle-ci est reconnue efficace pour agir sur différentes dimensions sociales ou de santé en lien avec l'usage de SPA. Les interventions s'inscrivant dans cette perspective sont reconnues, entre autres choses, pour leur efficacité à réduire les conséquences négatives de la consommation, dont les surdoses, la mortalité et la morbidité associées à l'usage, notamment celle par injection (p. ex. : VIH, VHC, etc.) (Brisson et al., 2021). Au Québec, les centres d'accès au matériel d'injection (CAMI), la distribution de naloxone, les centres de prévention des surdoses, ainsi que les services de consommation supervisée ou de vérification de drogues, sont les principaux services offerts dans une perspective de réduction des méfaits. Néanmoins leur accessibilité et leur disponibilité sont grandement variables, limitant ainsi les effets bénéfiques que leur utilisation peut apporter pour les personnes qui consomment.

La **remise de trousse de naloxone** est une intervention incontournable déjà implantée au Québec pouvant contribuer à réduire les surdoses aux opioïdes. Cependant, une de ses limites est qu'elle est efficace exclusivement pour renverser temporairement les effets d'une surdose aux opioïdes. Or, au Québec, les données montrent qu'un nombre important de surdoses ne sont pas attribuables aux opioïdes, mais impliquent la consommation d'autres substances. L'importance de ne pas consommer seul ou de manière isolée doit continuer à être rappelée dans les plans et stratégies.

Bien que plusieurs **sites de consommation supervisée** existent au Québec, près de la moitié des participantes et participants au PSADUQ ont rapporté des enjeux en lien avec l'utilisation de ceux-ci et les centres de prévention des surdoses (Langlois et al., À paraître). Le manque de proximité des points de services, les heures d'ouverture limitées ou encore le fait de ne pas savoir où ceux-ci sont localisés, font partie de ceux les plus souvent rapportés. L'impossibilité de pouvoir inhaler les drogues dans ces lieux est aussi un enjeu soulevé par certaines des personnes participantes. Le recours croissant à l'inhalation suggère que cette impossibilité d'y recourir dans plusieurs installations pourrait devenir une barrière à l'utilisation du service. Cela a aussi pour conséquence de réduire les effets positifs qui y sont associés. S'assurer que ces services répondent davantage aux besoins de personnes qui consomment, ainsi que d'une

accessibilité géographique et temporelle suffisantes, pourrait figurer parmi les modalités à mettre en œuvre dans le cadre du prochain plan d'action en dépendance.

Au cours des dernières années, des **services de consommation supervisée à distance** ont été mis sur pieds. Le fait de ne pas avoir à se déplacer tout en étant accompagné lors de la consommation, et d'avoir accès à ces services gratuitement partout au Québec, représentent des avantages indéniables pour les personnes qui consomment seules et peut contribuer à réduire les décès par surdoses. Cette possibilité d'être accompagnée par une personne soucieuse de la sécurité des usagers et usagères de drogues peut, le cas échéant, jouer un rôle dans le rétablissement du lien social et endiguer la désaffiliation sociale potentielle. Comme ces services sont peu connus et peu utilisés (Langlois *et al.*, À paraître), davantage de sensibilisation pourrait être faite à cet égard.

Bien que les **services de vérification de drogues (SVD)** existent au Québec, l'absence de points de services suffisamment proches des lieux de résidence des personnes qui consomment, la méconnaissance du lieu du service et les heures limitées d'ouverture, sont parmi les difficultés rencontrées pour y accéder (Langlois *et al.*, À paraître). Des mesures pourraient être prises pour mieux faire connaître ces services et les rendre accessibles au plus grand nombre par la multiplication des points de services pouvant contribuer à réduire les surdoses (Langlois *et al.*, À paraître).

Enfin, bien que plusieurs services en matière de réduction des méfaits soient en place au Québec depuis plusieurs années, leur présence au sein des communautés ne se fait pas toujours sans heurts. Le sentiment que la présence de certains de ces services peut perturber l'ordre social, augmenter la criminalité et poser divers autres enjeux de sécurité publique, est soulevé dans la littérature (Kerr et Werb, s.d.; McNeilly *et al.*, 2024; Taylor *et al.*, 2021) et le discours populaire, sans pour autant que l'existence de ces associations ne soit confirmée scientifiquement (Kerr et Werb, s.d.; Livingston, 2021). Afin de favoriser une cohabitation harmonieuse et l'accroissement de la cohésion sociale, des initiatives documentant rigoureusement les enjeux vécus au Québec sont à encourager. Il serait judicieux d'identifier des actions dites socialement acceptables qui tiennent compte à la fois des préoccupations de la population comme de celles des personnes qui font usage de ces services.

2.3 Éviter le point de bascule du logement vers l'itinérance

Composer avec une situation d'itinérance a de multiples conséquences sur la santé physique, mentale et sociale des individus ainsi que sur la cohésion sociale d'une société. Or, l'itinérance est généralement l'aboutissement d'un parcours marqué par l'adversité dans plusieurs sphères de la vie.

Lors du dénombrement de 2022, le motif le plus fréquemment rapporté pour la perte du dernier logement était l'expulsion, une tendance qui semble se maintenir selon des analyses préliminaires du dénombrement de 2025, dont les résultats ne sont pas encore publiés. Les personnes ont également mentionné d'autres motifs tels qu'un revenu insuffisant, des

problèmes de consommation de substances, un conflit conjugal et des problèmes de santé mentale (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2023). Ces informations ne résument pas à elles seules les trajectoires vers l'itinérance, généralement complexes, mais elles mettent en évidence l'interrelation des enjeux de santé mentale, de dépendance et d'itinérance.

Pourtant, ce passage vers l'itinérance est largement évitable par des politiques préventives agissant sur les déterminants sociaux de la santé.

2.3.1 Les risques de l'itinérance pour la santé

Les personnes en situation d'itinérance ont davantage de maladies chroniques, d'enjeux touchant la consommation de substances ou d'alcool, ou encore de problèmes de santé mentale (Bustanza et Drapeau, 2025). Conjugués à des conditions de vie difficiles, à l'exposition aux événements météorologiques extrêmes et à la violence (agression, suicides), cela se traduit par un taux de mortalité de 3 à 4 fois plus élevé que celui de la population générale, et à un âge nettement plus jeune (39 ans en moyenne au Canada) (Préfontaine, 2024a).

En période hivernale, on dénote toutes proportions gardées, davantage de visites aux urgences, d'hospitalisation et de décès de personnes en situation d'itinérance que chez la population en général (Bustanza et Drapeau, 2025). Les personnes itinérantes sont plus déprimées et consomment davantage lorsqu'il fait froid (Préfontaine, 2024a). À l'opposé, les canicules peuvent engendrer de la léthargie, de l'épuisement, des vertiges et des étourdissements, de la déshydratation, de l'hyperthermie, des événements cardiovasculaires, rénaux et respiratoires. Elles seraient aussi associées à davantage d'insolations, de complications liées à la grossesse et de décès. La consommation de médicaments et de substances peut aussi empêcher la personne d'agir pour se protéger de la chaleur (Préfontaine, 2024a).

Une analyse préliminaire des rapports du Coroner fait état de 108 décès de personnes en situation d'itinérance en 2024, dont 52 pour cause de surdoses de drogues. Ces chiffres montrent une augmentation de plus de 20 % par rapport à 2023, alors que 88 personnes en situation d'itinérance sont décédées. Environ 20 décès étaient constatés chaque année entre 2019 et 2022 (Touzin, 2025). Ces chiffres sont nécessairement conservateurs puisque le Coroner enquête sur les décès survenus dans des circonstances violentes, obscures ou à la suite de négligence.

2.3.2 Un phénomène en augmentation, sous-évalué et composé d'une diversité de profil

Les données préliminaires du dénombrement 2025 font état de plus de 12 000 personnes en situation d'itinérance visible⁸ à l'échelle du Québec (Gouvernement du Québec, 2026). Il s'agit d'une augmentation de 1 873 personnes comparativement à 2022. Depuis 2018, l'itinérance visible augmente de manière soutenue, avec une hausse annualisée d'environ 8 % entre 2018 et

⁸ L'itinérance visible comprend les personnes qui dorment dans la rue, les hébergements temporaires ou les personnes hospitalisées ou incarcérées qui ne disposent pas de logement permanent à leur sortie.

2022 et de 7 % entre 2022 et 2025. Cette croissance s'accompagne d'une augmentation plus marquée de l'itinérance extérieure, qui toutes proportions gardées, a augmenté davantage pendant la même période que l'itinérance hébergée ou incarcérée. Aucune région n'est épargnée : le phénomène de l'itinérance touche l'ensemble du Québec.

Ces chiffres sont nécessairement sous-estimés puisqu'ils ne captent que l'itinérance visible un soir donné. Ils laissent de côté la partie invisible, et très probablement majoritaire, de l'itinérance cachée : les personnes qui logent temporairement chez des proches ou ayant recours à des solutions de logement à très court terme, comme les hôtels, les motels ou les maisons de chambres (Gouvernement du Québec, 2026). Certaines utilisent des applications de rencontre pour trouver un abri temporaire (Comité consultatif de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale, 2025). Bien que difficile à quantifier, cette forme d'itinérance constitue une composante importante du phénomène. Elle renvoie à des situations de grande précarité résidentielle, où les compromis nécessaires pour accéder à un abri temporaire peuvent être significatifs, voire comporter des risques pour la sécurité et le bien-être des personnes concernées (Comité consultatif de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale, 2025).

Selon l'*Enquête québécoise sur la santé de la population 2020-2021* réalisée auprès de personnes ayant un logement bien à elles, 4,2 % de la population de 15 ans et plus a déjà vécu un épisode d'itinérance cachée au cours de sa vie (Préfontaine, 2024b). Cela représente plus de 300 000 personnes.

Le dénombrement de 2022 met en lumière une diversité de profils, illustrant la nécessité de développer des solutions adaptées à des réalités changeantes. Parmi les personnes interrogées, 6,5 % des personnes dénombrées en situation d'itinérance étaient âgées de 65 ans et plus. Fait à noter, parmi les personnes interrogées âgées de 50 ans ou plus, 17 % ont indiqué avoir vécu leur premier épisode d'itinérance au cours de l'année précédente. Ce type de situation est susceptible de survenir après un problème de santé, un changement de statut matrimonial et une perte de revenu liés à une perte d'emploi ou au passage à la retraite. Toujours en 2022, un peu plus d'une personne sur dix s'identifiait comme membre des Premières Nations, Inuit ou Métis, soit 5 fois plus que dans l'ensemble de la population. Cette proportion variait toutefois fortement selon les régions. En Abitibi-Témiscamingue, par exemple, 49 % des personnes interrogées se sont identifiées comme Autochtones. Enfin, environ 29 % des personnes en situation d'itinérance ont indiqué avoir déjà fait l'objet d'un placement par la Direction de la protection de la jeunesse et environ une personne sur dix est née à l'étranger (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2023).

Toujours parmi les personnes interrogées en 2022, 29 % des personnes en situation d'itinérance étaient des femmes cisgenres (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2023). Or, plusieurs travaux suggèrent que les femmes vivent davantage d'itinérance cachée, de sorte que l'ampleur et la complexité de l'itinérance au féminin pourraient être sous-estimées par les exercices de dénombrements, particulièrement en milieu rural (Comité consultatif de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale, 2025). Les violences, tant dans la sphère privée que celles auxquelles elles sont exposées dans l'espace public, participeraient à cette sous-représentation ainsi qu'à

l'adoption de nombre de stratégies d'adaptation (Cousineau et Flynn, 2021; Gélinau et Brisseau, 2008).

Une étude évoque la diversification des profils des personnes en situation d'itinérance, particulièrement depuis la pandémie (Préfontaine, 2024a). On croiserait davantage de femmes victimes de violence, de personnes âgées, de jeunes soutenus par les directions de la protection de la jeunesse, de familles — particulièrement des mères monoparentales, de personnes nouvellement arrivées — dont des réfugiées, et des personnes composant avec des problématiques de santé mentale.

L'itinérance est un phénomène complexe. Or, elle ne peut être analysée sans tenir compte de la capacité des gens à se loger de manière saine et sécuritaire et à se maintenir en logement. Il faut aussi considérer la hausse du coût de la vie liée à l'inflation (Comité consultatif de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale, 2025; Kneebone et Wilkins, 2026; Préfontaine, 2024a).

2.3.3 L'inabordabilité du logement : vers la rupture graduelle du lien social

Le logement est un déterminant important de la santé (Comité consultatif de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale, 2025 ; Melançon, 2025 ; O'Neill, 2025 ; O'Neill *et al.*, 2024). Les personnes occupant un logement de mauvaise qualité sont plus susceptibles de vivre dans des conditions où les moisissures, les polluants, les organismes nuisibles et la promiscuité peuvent provoquer infections, maladies chroniques et troubles de santé mentale (Howden-Chapman *et al.*, 2023 ; Niza *et al.*, 2024). Ces logements augmentent aussi le risque de blessure, en particulier chez les personnes à mobilité réduite (Howden-Chapman *et al.*, 2023). En 2021, les enjeux de logements, comprenant aussi leur inhabordabilité, expliqueraient 30 % des cas de mauvaise santé générale au Québec (Roussafi *et al.*, 2025).

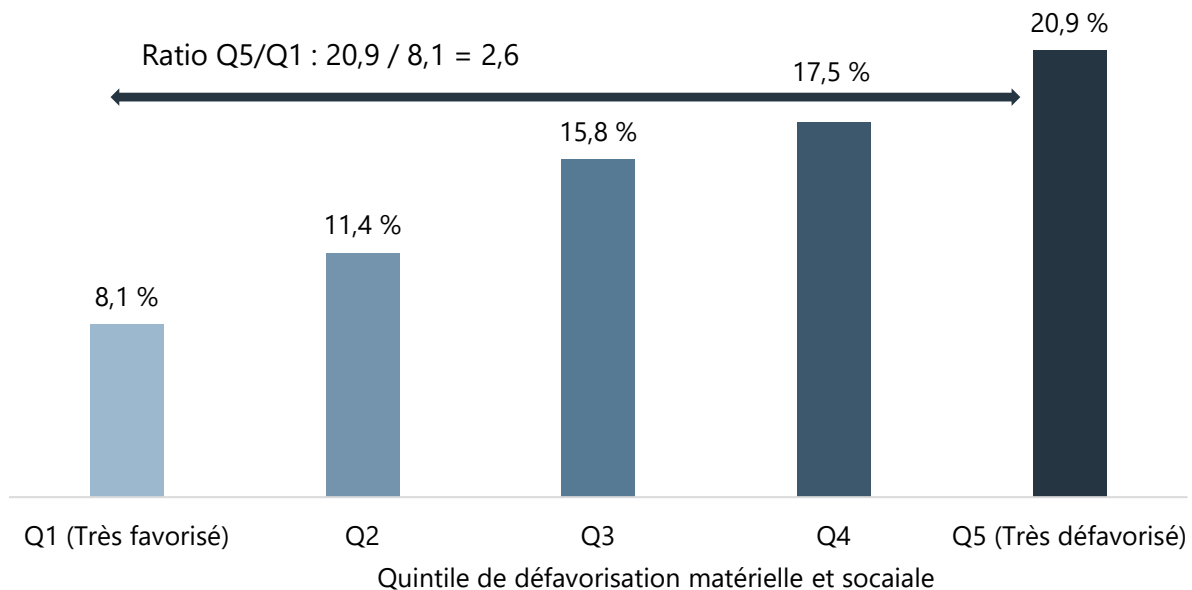
L'inhabordabilité des logements réduit le revenu disponible pour répondre à d'autres besoins. De nombreuses stratégies d'adaptation doivent alors être mises en œuvre. Les ménages occupant un logement inhabordable sont 52 % plus susceptibles de vivre de l'insécurité alimentaire (Roussafi *et al.*, 2025). L'inhabordabilité des logements peut aussi contraindre les ménages à habiter des milieux où les services et les emplois manquent. L'absence d'emploi de qualité et d'options abordables de transport réduit le revenu, ce qui accroît le stress financier et psychologique (Hamidi et Ewing, 2015; Makarewicz *et al.*, 2020; Singh *et al.*, 2019).

En février 2026, environ 15 % des adultes québécois interrogés vivaient un stress élevé en lien avec leur logement, 65 % étaient stressés par la hausse des coûts liée à l'inflation et 16 % ne pouvaient s'acquitter d'une dépense imprévue de 500 dollars (Institut national de santé publique du Québec, 2026c).

Par ailleurs, toutes et tous ne sont pas égaux face à l'inflation et les personnes à faible revenu ont évidemment davantage de difficulté à payer le loyer. La proportion de ménages vivant dans un logement inhabordable est deux fois et demie plus élevée chez ceux vivant dans les quartiers

les plus défavorisés sur le plan matériel et social (Q5) comparativement aux plus favorisés (Q1). Plus préoccupant, cet écart augmente au fil du temps dans les quartiers plus défavorisés sur le plan social, comme ceux regroupant davantage de familles monoparentales, de personnes séparées, divorcées ou encore vivant seules. Au-delà du revenu, ceci illustre la dimension sociale des difficultés d'accès à un logement abordable.

Figure 2 Proportion de ménage vivant dans un logement inabordable selon le quintile de défavorisation matérielle et sociale, Québec, 2021



Source : Système de surveillance des inégalités sociales de santé du Québec (SSISSQ), Infocentre de santé publique du Québec, INSPQ.

En 2024, le Québec disposait de 138 809 logements sociaux et abordables (Vérificateur général du Québec, 2025). Bien que cet indicateur ne soit pas directement comparable à celui des besoins financiers des ménages, il donne la mesure de l'écart entre l'offre disponible et l'ampleur des besoins. À titre indicatif, 650 000 ménages sont incapables de payer le loyer médian sans y consacrer plus de 30 % de leur revenu (Vérificateur général du Québec, 2025). Selon l'*Enquête canadienne sur le logement 2022*, environ 202 100 ménages québécois (5,5 %) éprouvaient des besoins impérieux de logement.

À Montréal en 2025, la hausse des loyers a dépassé celle des revenus (Société canadienne d'hypothèque et de logement, s. d.). Parmi les logements disponibles sur le marché, les unités dont le loyer se situe sous la médiane sont plus rares que celles se situant dans les catégories de loyers supérieures. Selon le rapport sur le marché locatif 2025 de la Société canadienne d'hypothèque et de logement, « Les logements inoccupés, souvent nouvellement construits, affichent des loyers moyens plus élevés que les logements occupés. L'accès est ainsi limité pour une grande proportion des ménages. Les logements disponibles à plus faible loyer sont

particulièrement rares (Société canadienne d'hypothèque et de logement, s. d.), ce qui accentue les difficultés d'accès au logement pour les ménages à revenus modestes. En 2021, à Montréal, seuls 18 % des logements d'une chambre étaient considérés comme accessibles pour les personnes qui travaillaient au salaire minimum et aucun de deux chambres et plus (Raynault et Pelletier, 2021).

La littérature sur les facteurs structuraux associés à l'itinérance provient en grande partie des États-Unis. Plusieurs travaux montrent qu'une hausse des loyers est associée de manière constante à une augmentation des taux d'itinérance à l'échelle locale (Byrne *et al.*, 2013; Hanratty, 2017; Lee *et al.*, 2003; Quigley et Raphael, 2001). Les études canadiennes qui ont examiné les relations entre les facteurs structuraux, la capacité d'hébergement et les admissions en ressources d'hébergement d'urgence rapportent des constats comparables (Kneebone et Wilkins, 2016, 2021).

Construire de nouveaux logements ne peut être la seule solution si les ménages ne peuvent pas faire face aux loyers plus élevés des logements neufs. Lorsqu'on n'a plus les moyens de se loger de façon stable et sécuritaire même en rognant sur d'autres dépenses essentielles, l'appauvrissement qui en découle impacte la santé mentale, limite la participation sociale et concourt à l'effritement du lien social (Raynault et Pelletier, 2021).

2.3.4 L'instabilité résidentielle : une porte tournante vers l'itinérance

L'instabilité résidentielle se caractérise par des « changements brusques et imprévus dans l'occupation du domicile, et qui peuvent être motivés par une nécessité plutôt qu'un choix » (Melançon, 2025). Il y a donc présence d'instabilité résidentielle lorsque la fréquence des déménagements est élevée, qu'ils se répètent dans un court laps de temps et qu'ils sont indésirés. Plusieurs facteurs peuvent expliquer l'instabilité résidentielle. Des facteurs individuels et familiaux comme un faible revenu ou des problèmes de santé; des facteurs liés aux trajectoires de vie, par exemple une éviction, la sortie de la DPJ ou une situation de violence conjugale ou familiale et enfin des facteurs structurels ou économiques comme l'inabordabilité du logement et la discrimination.

Selon les données de l'*Enquête canadienne sur le logement* de 2022, dans environ 5 % des ménages au Québec, une personne a été contrainte de déménager d'un logement qu'elle louait, et ce, au moins une fois dans sa vie. La reprise du logement par le propriétaire à ses fins personnelles trône au premier rang des motifs de la perte du logement avec 40 % des cas. Suivent ensuite la vente de l'immeuble ainsi que de la démolition, des réparations majeures ou la conversion du logement. Un conflit avec le propriétaire occupe le 4^e rang.

La discrimination en matière de logement est définie comme le fait de priver « les membres de groupes sociaux historiquement défavorisés de l'accès équitable au logement ou de la jouissance de ce dernier ». Elle peut avoir pour motifs l'origine ethnoculturelle, la composition familiale, le statut socioéconomique, le genre, l'âge, l'état de santé (comme des problèmes de santé mentale ou de dépendance) ou une situation de handicap (O'Neill, 2025). Par exemple,

l'Institut de la statistique rapporte dans une étude que, parmi les personnes de 18 ans et plus en situation de pauvreté et se percevant comme telles, 28 % ont vécu au moins une situation de discrimination au cours des 12 mois précédant l'enquête. Ces situations concernent notamment l'accès au logement, mais aussi aux prestations gouvernementales, à l'emploi et aux soins de santé (Groleau et Bouquet, 2026). Cette discrimination génère de l'anxiété, de la détresse psychologique et des dépressions (O'Neill, 2025).

Près d'un enfant québécois sur six a déménagé deux fois ou plus avant de débiter la maternelle. On remarque que ces enfants sont plus susceptibles que les autres de démontrer une vulnérabilité dans au moins un domaine de développement et sont impactés par le stress vécu par leurs parents (Raynault et Pelletier, 2021). Les jeunes ayant vécu de l'instabilité résidentielle à l'enfance ou l'adolescence seraient plus à risque de présenter des symptômes de dépression à l'âge adulte (Melançon, 2025). Les nombreux déménagements associés à l'instabilité résidentielle participent aussi à l'isolement et au bris des liens sociaux des individus qui doivent quitter leur quartier et leur communauté et mettent les ménages à risque d'itinérance (Raynault et Pelletier, 2021).

2.3.5 L'itinérance : l'aboutissement de trajectoires composées d'adversité

Ainsi, l'itinérance, lorsqu'elle survient, constitue fréquemment l'aboutissement de trajectoires composées d'adversité. Les facteurs de risques de l'itinérance sont en effet systémiques, sociaux et économiques : manque de logements abordables, pauvreté, inégalités sociales, consommation de substances et produits psychoactifs, troubles mentaux, discrimination, stigmatisation et barrières dans l'accès aux services de santé et sociaux (Comité consultatif de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale, 2025; Direction régionale de santé publique de Montréal, 2025). Ils s'accumulent et se renforcent les uns les autres et peuvent générer une spirale qui mène vers l'itinérance.

Des chercheurs ont identifié le seuil de revenu critique où le maintien en logement devient insoutenable malgré l'ensemble des stratégies d'adaptation mises en œuvre, comme déménager, fréquenter les banques alimentaires ou bénéficier de ressources communautaires (Kneebone et Wilkins, 2026).

Son intérêt principal est d'éclairer le processus de rupture du lien social. En deçà d'un certain seuil économique, 16 223 dollars en 2023 pour un adulte à Montréal⁹, les contraintes matérielles exercent une pression croissante sur plusieurs dimensions de la participation citoyenne qui poussent vers la rupture du lien social :

- les réseaux relationnels se contractent, sous l'effet de la honte, de la fatigue et de l'instabilité ;
- l'insertion ou la réinsertion au marché du travail devient plus difficile, voire intermittente ;
- les relations avec les institutions (santé, services sociaux, logement, justice) tendent à se multiplier tout en devenant plus fragmentées et conflictuelles ;

⁹ La prestation d'aide sociale de base pour un adulte seul est de 10 140 dollars par année en 2026 au Québec.

- la santé mentale se fragilise dans un contexte de stress chronique, d'incertitude et de perte de contrôle sur sa vie.

Les trajectoires situées sous ce seuil ne résultent pas prioritairement de choix personnels ou de caractéristiques individuelles, mais de configurations structurelles dans lesquelles les marges de manœuvre sont fortement contraintes. Les analyses suggèrent toutefois que le point de bascule est sensible aux politiques de revenu et aux conditions du marché locatif. Elles montrent également que certaines configurations politiques ont permis, à des moments précis, par exemple la pandémie, de contenir temporairement les pressions menant à la rupture résidentielle et sociale.

Certains résultats de l'*Enquête canadienne sur le logement* confirment d'ailleurs cette analyse (Gouvernement du Canada, 2025). Pour sortir de l'itinérance, le facteur principal est financier, par exemple l'augmentation de prestations ou du revenu d'emploi. Vient ensuite l'accès à un logement abordable ou subventionné. Enfin, le soutien social, financier ou non, des amis et de la famille, s'avère également particulièrement utile pour retrouver un logement.

Dans le contexte actuel, un nombre croissant de personnes à faible revenu ne peuvent plus faire face à l'inflation des coûts des produits alimentaires, du logement et d'autres services essentiels. Il serait donc stratégique de penser en terme préventif pour éviter l'augmentation du nombre de personnes en situation d'itinérance visible ou cachée sans omettre d'offrir des solutions à celles qui y sont déjà. Le développement de l'offre d'une gamme variée de type de logement, par exemple, les logements d'urgence, de transition, supervisés, sociaux et communautaires, devrait être prioritaire pour mettre fin à l'itinérance.

Un axe du *Plan d'action interministériel en itinérance 2021-2026* est consacré à l'accompagnement et mentionne l'offre de logement (Gouvernement du Québec, 2021). Il faudra maintenir et amplifier les efforts en ce sens, à l'instar des annonces effectuées récemment en lien avec le *Programme de supplément au loyer* ou *Programme de réaffiliation en itinérance, de santé mentale, et dépendance* (Cabinet de la première ministre, 2026). Le *Programme national de santé publique 2025-2035* consacre aussi une mesure aux personnes en situation d'itinérance et entend miser sur l'accessibilité, l'abordabilité et la qualité des logements, de même que le soutien en matière de santé mentale (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2025c).

Le point de bascule vers la rupture du lien social et l'itinérance n'est pas fixe. Il se déplace en fonction des choix collectifs de politiques publiques, ce qui ouvre un espace concret pour des stratégies de prévention en amont. Des efforts supplémentaires visant à offrir des logements hors marché permettant aux personnes plus à risque de rester en logement, leur assurer un revenu suffisant et un soutien social, contribueraient à prévenir plusieurs situations d'itinérance, mais aussi certains enjeux de santé mentale et de dépendance. La lutte contre les discriminations et la stigmatisation devrait aussi faire l'objet d'une attention particulière, et ce, afin d'améliorer la cohésion et la cohabitation sociales.

CONCLUSION

Tous les parcours ne mènent pas à l'intersection des enjeux de santé mentale, de dépendance et d'itinérance. Des réponses spécifiques doivent conséquemment être élaborées pour soutenir les personnes qui font face à des problèmes de santé mentale, de dépendance ou d'itinérance. Dans cette perspective, les acquis des plans d'action distincts, dont ceux qui sont soulevés dans ce mémoire, doivent être assurés et bonifiés.

Les enjeux de santé mentale, de dépendance et d'itinérance peuvent toutefois aussi se croiser et se renforcer mutuellement. Les personnes qui se situent à l'intersection de ces trois enjeux doivent composer avec un fardeau disproportionné sur leur santé physique, mentale et sociale dont les conséquences peuvent aller de l'isolement jusqu'aux décès. L'effritement du lien social associé à ces réalités menace même l'effet des autres facteurs de protection. C'est pourquoi il est judicieux d'intervenir de façon décisive pour rétablir ce lien.

Des réponses intentionnellement coordonnées doivent donc être mises en œuvre pour les trajectoires qui se situent à l'intersection des trois enjeux. Dans ce contexte, l'Institut national de santé publique salue la volonté gouvernementale de réfléchir à l'intégration d'une partie des services.

Une perspective préventive est aussi nécessaire pour limiter les nouvelles situations et permettre aux personnes à risque d'éviter l'aggravation de leur situation. L'action en prévention suppose en effet qu'un continuum d'intervention soit mobilisé, de l'approche individuelle et clinique axée sur les individus à l'approche globale axée sur les politiques publiques (Bernier et Chapados, 2026). Ainsi, un continuum d'action alliant surveillance, prévention, promotion, protection, soutien direct et rétablissement doit être déployé pour répondre à la diversité des besoins. Dans une perspective de parcours de vie, les besoins et réalités propres à chaque étape de la vie doivent aussi être pris en compte.

Une meilleure prise en compte des racines politiques et sociales communes aux trois enjeux permettrait d'agir en amont de ces situations. L'action sur les déterminants sociaux de la santé de façon à renforcer le filet social pour tous s'avère centrale. Emploi, revenu, scolarisation, littératie, lutte contre les discriminations et les violences devraient se voir accorder autant d'importance que l'accès aux soins de santé et aux services sociaux.

Certes, la mise sur pieds de services visant les populations à l'intersection de ces trois enjeux suscite parfois de l'inquiétude dans les communautés. À ce titre, insistons sur le fait que :

« La cohésion sociale d'une société moderne découle de sa capacité à assurer de façon durable le bien-être de tous ses membres, incluant l'accès équitable aux ressources disponibles, le respect de la dignité dans la diversité, l'autonomie personnelle et collective et la participation responsable [...] ce qui implique l'engagement social à réduire les disparités au minimum et à éviter toute polarisation »
(Conseil de l'Europe dans Poitras *et al.*, 2019).

Systématiser la prise en compte du lien social dans toutes les politiques pourrait sans doute renforcer son effet protecteur et contribuer à favoriser le sentiment d'appartenance et la participation sociale. La désaffiliation sociale caractéristique des enjeux de santé mentale, de dépendance et d'itinérance pourrait ainsi être contrée par des relations soutenantes dans des milieux de vie bienveillants, inclusifs, sains et sécuritaires.

Pour tisser le lien social et encourager une vision renouvelée, intégrée et cohérente en matière de santé mentale, de dépendance et d'itinérance, l'INSPQ considère important de :

- Souligner la valeur ajoutée de l'approche *Santé dans toutes les politiques* reconnue dans la *Stratégie nationale de prévention en santé* et dans le *Programme national de santé publique 2025-2035* pour mobiliser l'ensemble des partenaires intersectoriels et gouvernementaux afin d'encourager la construction et la prise en compte systématique des déterminants du lien social et de ses effets protecteurs dans l'élaboration des politiques.
- Agir en fonction des besoins propres aux principales étapes du parcours de vie, dans une logique d'action sur les déterminants sociaux de la santé plutôt que de cibler uniquement les personnes qui éprouvent des difficultés ou qui sont « à risque ».
- Réitérer l'importance de déployer un continuum d'interventions qui s'étend des actions de promotion et de prévention pour tous, en passant par des actions thématiques et jusqu'aux services intégrés de soutien pour ceux qui doivent composer avec un diagnostic de trouble mental, de dépendance et qui se trouvent en situation d'itinérance.
- Rappeler la nécessité de disposer d'une gamme complète de données sociosanitaires afin de suivre les tendances et d'anticiper les phénomènes émergents en lien avec ces trois enjeux et d'orienter les interventions conséquemment.

RÉFÉRENCES

- Alpert, H. R., Slater, M. E., Yoon, Y.-H., Chen, C. M., Winstanley, N., et Esser, M. B. (2022). Alcohol consumption and 15 causes of fatal injuries: A systematic review and meta-analysis. *American journal of preventive medicine*, 63(2), 286-300.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0749379722001830>
- Arulthas, S. (2021, février 9). *État des connaissances sur l'isolement social et la solitude des parents, de la grossesse à la fin de la petite enfance: Définitions, instruments de mesure, ampleur et facteurs associés*. Institut national de santé publique du Québec. <https://www.inspq.qc.ca/publications/2721>
- Babor, T. F., Casswell, S., Graham, K., Huckle, T., Livingston, M., Österberg, E., Rehm, J., Room, R., Rossow, I., et Sornpaisarn, B. (2022). *Alcohol: No ordinary commodity: research and public policy*.
[https://books.google.com/books?hl=fretlr=etid=ftebEAAAQBAJetoifndetpg=PT17etdq=Alcohol:+no+ordinary+commodity:+research+and+public+policy.+Centers+for+Disease+Control+and+Prevention+\(2021\).+Summary+of+Scientific+Evidenceetots=g6Bc_wrx1ketsig=cVU_LUknKCs5auL_q22LBK4ocJA](https://books.google.com/books?hl=fretlr=etid=ftebEAAAQBAJetoifndetpg=PT17etdq=Alcohol:+no+ordinary+commodity:+research+and+public+policy.+Centers+for+Disease+Control+and+Prevention+(2021).+Summary+of+Scientific+Evidenceetots=g6Bc_wrx1ketsig=cVU_LUknKCs5auL_q22LBK4ocJA)
- Benny, C., Hobin, E., Andreacchi, A. T., Schwartz, N., et Smith, B. T. (2024). Socio-economic inequities in emergency department visits for wholly alcohol-attributable acute and chronic harms in Canada, 2003–2017. *Drug and Alcohol Review*, 43 (4), 927-936. <https://doi.org/10.1111/dar.13821>
- Bernier, N. F., et Chapados, M. (2026, mars 26). *La prévention en santé: De l'intervention clinique aux politiques publiques*. Institut national de santé publique du Québec.
<https://www.inspq.qc.ca/publications/3656>
- Bloomfield, K. (2020). Understanding the alcohol-harm paradox: What next? *The Lancet Public Health*, 5(6), e300-e301. [https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667\(20\)30119-5/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667(20)30119-5/fulltext)
- Blouin, C., et Brisson, J. ((non publié)). *La distribution du fardeau sanitaire associé à la consommation d'alcool*.
- Brewer, R. D., et Swahn, M. H. (2005). Binge drinking and violence. *Jama*, 294(5), 616-618.
<https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/201309>
- Brisson, J., Blais, É., Gagnon, F., et Lemay, S.-A. (2021). *Les mesures alternatives à la criminalisation des personnes interpellées pour possession simple de drogues: Une perspective de santé publique* (p. 133). Institut national de santé publique du Québec. <https://www.inspq.qc.ca/publications/2768>
- Bustanza, R., et Drapeau, L.-M. (2025). *Le froid et les personnes en situation d'itinérance: Impacts sur leur santé, facteurs de risque, gestion et communication des risques*. Institut national de santé publique du Québec. <https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/3622-froid-itinerance.pdf>
- Byrne, T., Munley, E. A., Fargo, J. D., Montgomery, A. E., et Culhane, D. P. (2013). New Perspectives on Community-Level Determinants of Homelessness. *Journal of Urban Affairs*, 35(5), 607-625.
<https://doi.org/10.1111/j.1467-9906.2012.00643.x>
- Cabinet de la première ministre. (2026, mai 7). *Le gouvernement Fréchette en action pour contrer l'itinérance*. Gouvernement du Québec. <https://www.quebec.ca/nouvelles/actualites/details/le-gouvernement-frechette-en-action-pour-contrer-litinerance-70241>

- CDC. (2022). *Suicide Prevention Resource for Action: A Compilation of the Best Available Evidence*. National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention. <https://www.cdc.gov/suicide/pdf/preventionresource.pdf>
- Cherpitel, C. J., Witbrodt, J., Ye, Y., et Korcha, R. (2018). A multi-level analysis of emergency department data on drinking patterns, alcohol policy and cause of injury in 28 countries. *Drug and alcohol dependence*, 192, 172-178. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2018.07.033>
- Colorado Department of Public Health and Environment. (2020). *Monitoring Health Concerns Related to Marijuana in Colorado: 2020*. Colorado Department of Public Health and Environment. <https://drive.google.com/drive/folders/1dSy0On6qgCRRRk8o7mXF4g3mg-OZwJOE>
- Comité consultatif de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale. (2025). *L'itinérance hors des grands centres urbains*. Gouvernement du Québec. <https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/adm/org/cclpes/Avis/Avis Itinerance Hors Urbain 2025-05.pdf>
- Conus, F., et Dupont, K. (2026). *Enquête québécoise sur le cannabis 2025. Portrait des habitudes de consommation et description de l'environnement social entourant le cannabis*. Institut de la statistique du Québec. <https://statistique.quebec.ca/fr/fichier/enquete-quebecoise-cannabis-2025-consommation-environnement-social.pdf>
- Cousineau, M.-M., et Flynn, C. (2021). *Violence faite aux femmes de la part de partenaires intimes et itinérance: Mieux comprendre pour intervenir de façon concertée*. https://frq.gouv.qc.ca/app/uploads/2021/04/cousineau-et-flynn_rapport_violence-femmes-itinerance.pdf
- DeBeck, K., Wood, E., Qi, J., Fu, E., McArthur, D., Montaner, J., et Kerr, T. (2012). Socializing in an Open Drug Scene: The relationship Between Access to Private Space and Drug-Related Street Disorder. *Drug and alcohol dependence*, 120(1-3), 28-34. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2011.06.015>
- Direction régionale de santé publique de Montréal. (2025). *Mémoire de la Direction régionale de santé publique de Montréal dans le cadre de la consultation publique sur l'itinérance et la cohabitation sociale*. https://santepublicquemontreal.ca/sites/drsp/files/media/document/DRSP_Pub_2025_02_28_MemoireItineranceCohabitationSociale.pdf
- Evans, I., Heron, J., Murray, J., Hickman, M., et Hammerton, G. (2021). The Influence of Alcohol Consumption on Fighting, Shoplifting and Vandalism in Young Adults. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(7), 3509. <https://doi.org/10.3390/ijerph18073509>
- Gagnon, F., et Kamwa Ngne, A. (avec Duplessis, N., et Morin, R.). (2024). *Le régime québécois du cannabis à des fins non médicales: Une mise en perspective internationale: rapport de recherche* (p. 89). Institut national de santé publique du Québec. <https://www.inspq.qc.ca/publications/3475>
- Gélineau, L., et Brisseau, N. (2008). *La spirale de l'itinérance au féminin: Pour une meilleure compréhension des conditions de vie des femmes en situation d'itinérance dans la région de Québec*. Regroupement d'aide aux itinérants et itinérantes de Québec; Regroupement des groupes de femmes de la région 03. <https://www.rgfcn.org/wp-content/uploads/2023/02/Spirale-de-litinérance.pdf>
- Gouvernement du Canada, S. C. (2025, février 12). *Sortir de l'itinérance: Examen des facteurs contribuant à la récupération et à la conservation d'un logement*. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/46-28-0001/2025001/article/00002-fra.htm>

- Gouvernement du Québec. (2021). *S'allier devant l'itinérance. Plan d'action interministériel en itinérance 2021-2026*. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2021/21-846-01W.pdf>
- Gouvernement du Québec. (2026). *Tout le monde compte 2025. L'itinérance visible au Québec et son évolution. Résultats préliminaires de l'exercice du dénombrement*. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2025/25-846-07W.pdf>
- Groleau, A., et Bouquet, M. (2026). *Les préjugés envers les personnes en situation de pauvreté au Québec. Portrait statistique à partir de l'Enquête québécoise sur la perception de la pauvreté 2024*. Institut de la statistique du Québec. <https://statistique.quebec.ca/fr/fichier/prejuges-personnes-situation-pauvrete-2024.pdf>
- Hamidi, S., et Ewing, R. (2015). Is sprawl affordable for Americans? Exploring the association between housing and transportation affordability and urban sprawl. *Transportation Research Record*, 2500(1), 75-79.
- Hanratty, M. (2017). Do Local Economic Conditions Affect Homelessness? Impact of Area Housing Market Factors, Unemployment, and Poverty on Community Homeless Rates. *Housing Policy Debate*, 27(4), 640-655. <https://doi.org/10.1080/10511482.2017.1282885>
- Holdsworth, L., Nuske, E., Tiyce, M., et Hing, N. (2013). Impacts of gambling problems on partners: Partners' interpretations. *Asian Journal of Gambling Issues and Public Health*, 3(1), 11. <https://doi.org/10.1186/2195-3007-3-11>
- Howden-Chapman, P., Bennett, J., Edwards, R., Jacobs, D., Nathan, K., et Ormandy, D. (2023). Review of the Impact of Housing Quality on Inequalities in Health and Well-Being. *Annual Review of Public Health*, 44(Volume 44, 2023), 233-254. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-071521-111836>
- Huynh, C., L'Espérance, N., Khadraoui, L., Rochette, L., Jutras-Aswad, D., Fleury, M.-J., Kisely, S., Lesage, A., et Massamba, V. (2025). *Les troubles liés aux substances psychoactives: Prévalence des maladies induites par l'alcool et comorbidités physiques | INSPQ*. Institut national de santé publique du Québec. <https://www.inspq.qc.ca/publications/3716>
- Institut de la statistique du Québec. (2018). *Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire 2016-2017 (Tome 2 L'adaptation sociale et la Santé mentale des jeunes)*. <https://statistique.quebec.ca/fr/fichier/enquete-quebecoise-sur-la-sante-des-jeunes-du-secondaire-2016-2017-resultats-de-la-deuxieme-edition-tome-2-ladaptation-sociale-et-la-sante-mentale-des-jeunes.pdf>
- Institut de la statistique du Québec. (2023). *Enquête québécoise sur la santé de la population 2020-2021. Habitudes de vie et comportements: Faits saillants*. Institut de la statistique du Québec. <https://statistique.quebec.ca/fr/produit/publication/habitudes-comportements-population-quebecoise-faits-saillants>
- Institut de la statistique du Québec. (2024). *Enquête québécoise sur la santé de la population 2020-2021. La santé mentale, le soutien social et les relations des jeunes du secondaire*. Institut de la statistique du Québec. <https://statistique.quebec.ca/fr/produit/publication/sante-mentale-soutien-social-relations-jeunes-secondaire>
- Institut national de santé publique du Québec. (2018). *Les inégalités sociales de santé au Québec. La consommation excessive d'alcool chez les adultes*. <https://www.inspq.qc.ca/indicateur/suivre-les-inegalites-sociales-de-sante-au-quebec/consommation-excessive-alcool-adultes>

- Institut national de santé publique du Québec. (2025). *Santé mentale, consommation de cannabis, tabagisme, vapotage et jeux d'argent en ligne*, 13 septembre 2025. Institut national de santé publique du Québec. <https://www.inspq.qc.ca/covid-19/sondage-prevention-habitudes-de-vie/consommation-13septembre2025>
- Institut national de santé publique du Québec. (2026a). *L'indicateur de santé publique: Consommation de drogues dans la population*. Institut national de santé publique du Québec. <https://www.inspq.qc.ca/indicateur/habitudes-de-vie/drogues>
- Institut national de santé publique du Québec. (2026b). *L'indicateur de santé publique: Consommation excessive d'alcool*. Institut national de santé publique du Québec. <https://www.inspq.qc.ca/indicateur/habitudes-de-vie/alcool>
- Institut national de santé publique du Québec. (2026c). *Logement et stress financier*. Institut national de santé publique du Québec. <https://www.inspq.qc.ca/covid-19/sondage-prevention-habitudes-de-vie/logement-stress-fiancier-28fevrier2026>
- Institut national de santé publique du Québec. (2026d). *Moderniser l'encadrement de l'alcool sans renverser la tendance à la diminution de la consommation*. Institut national de santé publique du Québec. <https://www.inspq.qc.ca/publications/3830>
- Institut national de santé publique du Québec. (2026e, mars 13). *Données et mesures en santé mentale*. Institut national de santé publique du Québec. <https://www.inspq.qc.ca/sante-mentale/donnees>
- Institut national de santé publique du Québec. (2026f, mars 20). *Décès reliés à une intoxication suspectée aux opioïdes ou autres drogues au Québec, juillet 2017 à décembre 2025*. Institut national de santé publique du Québec. <https://www.inspq.qc.ca/substances-psychoactives/opioides/surdose/deces-intoxication/intoxication-suspectee>
- Institut national de santé publique du Québec. (2026g, avril 23). *Fardeau de la consommation d'alcool*. Institut national de santé publique du Québec. <https://www.inspq.qc.ca/substances-psychoactives/alcool/fardeau-consommation-alcool>
- Kerr, T., et Werb, D. (s.d.). *Supervised Consumption Sites, Public Safety et Crime: The Evidence*. <https://cdpe.org/publication/supervised-consumption-sites-public-safety-crime-the-evidence/>
- Kneebone, R. D., et Wilkins, M. (2016). *Shrinking the Need for Homeless Shelter Spaces* (SSRN Scholarly Paper No. 2844437). Social Science Research Network. <https://papers.ssrn.com/abstract=2844437>
- Kneebone, R. D., et Wilkins, M. (2021). *Local Conditions and the Prevalence of Homelessness in Canada* (SSRN Scholarly Paper No. 4032143). Social Science Research Network. <https://doi.org/10.2139/ssrn.4032143>
- Kneebone, R. D., et Wilkins, M. (2026). *The Homelessness Income Cut Off: A Further Exploration* (Volume19:05). School of Public Policy. University of Calgary. <https://www.policyschool.ca/wp-content/uploads/2026/03/HSP136-HICO2-Final.pdf>
- Kuipers, M. A. G., van Poppel, M. N. M., van den Brink, W., Wingen, M., et Kunst, A. E. (2012). The association between neighborhood disorder, social cohesion and hazardous alcohol use: A national multilevel study. *Drug and Alcohol Dependence*, 126(1), 27-34. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2012.04.008>

- Langlois, É., Leclerc, P., et Martel, K. (À paraître). *Consommation de drogues, expérience de surdose et utilisation des services en réduction des méfaits. Résultats du Projet suprarégional d'analyse de drogues dans l'urine de personnes qui consomment au Québec (PSADUQ) 2021 à 2024*. Institut national de santé publique du Québec.
- Lee, B. A., Price-Spratlen, T., et Kanan, J. W. (2003). Determinants of Homelessness in Metropolitan Areas. *Journal of Urban Affairs*, 25(3), 335-356. <https://doi.org/10.1111/1467-9906.00168>
- Livingston, J. D. (2021). Supervised consumption sites and crime: Scrutinizing the methodological weaknesses and aberrant results of a government report in Alberta, Canada. *Harm Reduction Journal*, 18, 4. <https://doi.org/10.1186/s12954-020-00456-2>
- Mahomey, J., Fleischer, L., Bottura, G., et Scrivens, K. (2024). *Measuring social connectedness in OECD countries—A scoping review*. Organisation de coopération et développement économiques. https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/publications/reports/2024/09/measuring-social-connectedness-in-oecd-countries_02a04f4b/f758bd20-en.pdf
- Makarewicz, C., Dantzer, P., et Adkins, A. (2020). Another look at location affordability: Understanding the detailed effects of income and urban form on housing and transportation expenditures. *Housing Policy Debate*, 30(6), 1033-1055. <https://doi.org/10.1080/10511482.2020.1792528>
- Marchand, A., et Levasseur, M.-È. (2022). *Effets sur la santé de la consommation quotidienne ou quasi quotidienne à long terme de cannabis: Synthèse des connaissances* (p. 66). Institut national de santé publique du Québec. <https://www.inspq.qc.ca/publications/2885>
- Mc Daid, S., et Kousoulis, A. (2020). *Tackling social inequalities to reduce mental health problems: How everyone can flourish equally*. Mental Health Foundation. https://www.mentalhealth.org.uk/sites/default/files/2025-02/MHF-Inequalities-Paper_LONG-VERSION_A5_FINAL_Shari%20McDaid.pdf
- McNeilly, R., Berardi, L., Haggerty, K. D., Bucerius, S. M., et Krahn, H. (2024). These People While They Try to Kill Themselves': Changing Police Attitudes. *The British Journal of Criminology*, 64(6), 1275-1291. https://heinonline.org/hol-cgi-bin/get_pdf.cgi?handle=hein.journals/bjcrim64etsection=92
- Melançon, A. (2025). *L'instabilité résidentielle vécue durant la période préscolaire et les répercussions sur le développement des enfants et leur réussite scolaire*. Institut national de santé publique du Québec. <https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/3695-instabilite-residentielle-periode-prescolaire-developpement-enfants.pdf>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2018). *Plan d'action interministériel en dépendance 2018-2028 – Prévenir, réduire et traiter les conséquences associées à la consommation de substances psychoactives, à la pratique de jeux de hasard et d'argent et à l'utilisation d'Internet*. Gouvernement du Québec. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002078/>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2023). *Dénombrement des personnes en situation d'itinérance visible au Québec. Rapport de l'exercice du 11 octobre 2022*. Québec. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003630/>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2025a). *La prévention, c'est la santé. Stratégie nationale de prévention en santé 2025-2035*. Gouvernement du Québec. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2025/25-297-04W.pdf>

- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2025b). *Pour un Québec en santé, équitable et résilient: Programme national de santé publique 2025-2035*. Gouvernement du Québec. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2025/25-297-03W.pdf>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2025c). *Programme national de santé publique 2025-2035. Priorités triennales*. Gouvernement du Québec. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2025/25-297-16W.pdf>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2026). *Unir nos forces pour mieux prévenir. Plan d'action gouvernemental 2026-2031 de la Stratégie nationale de prévention en santé*. Gouvernement du Québec. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2026/26-297-07W.pdf>
- Montagni, I. (2023). *Littératie en santé mentale: De quoi s'agit-il et pourquoi la promouvoir?* (No. 46; Questions de santé publique). Institut de recherche en santé publique. https://iresp.net/wp-content/uploads/2023/05/Web_QSP46_IReSP_46_2023046_WEB.pdf
- National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, Health and Medicine Division, Board on Population Health and Public Health Practice, et Committee on the Health Effects of Marijuana: An Evidence Review and Research Agenda. (2017). *The Health Effects of Cannabis and Cannabinoids: The Current State of Evidence and Recommendations for Research*. National Academies Press (US). <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK423845/>
- Niza, I. L., de Souza, M. P., da Luz, I. M., et Broday, E. E. (2024). Sick building syndrome and its impacts on health, well-being and productivity: A systematic literature review. *Indoor and Built Environment*, 33(2), 218-236. <https://doi.org/10.1177/1420326X231191079>
- O'Neill, S. (2025). *La discrimination en matière de logement*. Institut national de santé publique du Québec. <https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/3689-TOPO-discrimination-logement.pdf>
- O'Neill, S., Labesse, M. E., et Morency, P. (2024, mai 21). *Logement et santé: Développement d'un cadre conceptuel*. Institut national de santé publique du Québec. <https://www.inspq.qc.ca/publications/3486>
- Organisation mondiale de la santé. (2025, janvier 15). *Santé mentale et lien social. Rapport du Directeur général*. https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB156/B156_8-fr.pdf
- Organisation mondiale de la santé, et Commission de l'OMS sur le lien social. (2025). *De la solitude aux liens sociaux. Ouvrir la voie vers des sociétés plus saines*. <https://www.who.int/fr/publications/m/item/from-loneliness-to-social-connection-summary>
- Poitras, D., Bouchard, L. M., Maurice, P., et Gagné, D. (2019). *La cohésion sociale comme condition essentielle à la sécurité: Définition, composantes et indicateurs* (No. 15; Vivre en sécurité: se donner les moyens). Institut national de santé publique du Québec. https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2595_cohesion_sociale_essentielle_securite.pdf
- Politzer, R. M., Yesalis, C. E., et Hudak, C. J. (1992). The epidemiologic model and the risks of legalized gambling: Where are we headed? *Health Values: The Journal of Health Behavior, Education et Promotion*. <https://psycnet.apa.org/record/1992-35377-001>
- Préfontaine, A. (2024a). *Impacts différenciés des effets des changements climatiques ainsi que des solutions d'adaptation sur les personnes en situation d'itinérance*. Observatoire québécois des inégalités. <https://observatoiredesinegalites.com/wp-content/uploads/2024/07/Rapport-Itinerance-et-changements-climatiques-080724-OQI-Final.pdf>

- Préfontaine, A. (2024b, juillet 8). Regards croisés sur l'itinérance et les inégalités climatiques. *Observatoire québécois des inégalités*. <https://observatoiredesinegalites.com/regards-croises-sur-litinerance-et-les-inegalites-climatiques/>
- Probst, C., Kilian, C., Sanchez, S., Lange, S., et Rehm, J. (2020). The role of alcohol use and drinking patterns in socioeconomic inequalities in mortality: A systematic review. *The Lancet Public Health*, 5(6), e324-e332. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(20\)30052-9](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30052-9)
- Quigley, J. M., et Raphael, S. (2001). The Economics of Homelessness: The Evidence from North America. *European Journal of Housing Policy*, 1(3), 323-336. <https://doi.org/10.1080/14616710110091525>
- Raynault, M.-F., et Pelletier, S. (2021). *Les effets sur la santé et le développement des enfants* (Le point sur l'abordabilité des logements au Québec). Centre Léa Roback. https://chaireriss.uqam.ca/wp-content/uploads/sites/125/CLR-PUB Pointsur AbordLogementsQc_no1.1.pdf
- Roberge, M., et Déplanche, F. (2017). *Synthèse des connaissances sur les champs d'action pertinents en promotion de la santé mentale chez les jeunes adultes* [Internet]. Québec,. Institut national de santé publique du Québec. https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2283_connaissances_champs_action_promotion_sante_mentale_jeunes_adultes.pdf
- Roberge, M., Laforest, J., et Melançon, A. (2019). *Consultation sur l'organisation des services de santé mentale pour les jeunes : Propositions de santé publique*. Mémoire déposé au ministère de la Santé et des Services sociaux. Institut national de santé publique du Québec.
- Roussafi, F., Boucher, G., Torres, S., et Pereault, K. (2025, décembre 10). *Les coûts en santé du manque de logements adéquats*. Observatoire québécois des inégalités. <https://observatoiredesinegalites.com/les-couts-en-sante-du-manque-de-logements-adequats/>
- Saberi Zafarghandi, M. B., Eshрати, S., Rashedi, V., Vameghi, M., Arezoomandan, R., Clausen, T., et Waal, H. (2021). Indicators of Drug-Related Community Impacts of Open Drug Scenes: A Scoping Review. *European Addiction Research*, 28(2), 87-102. <https://doi.org/10.1159/000519886>
- Santé Canada. (2026, janvier 13). *Crise des surdoses au Canada et approvisionnement en drogues illégales toxiques*. <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/opioides/crise-surdoses-approvisionnement-drogues-illegales-toxiques.html>
- Singh, A., Daniel, L., Baker, E., et Bentley, R. (2019). Housing disadvantage and poor mental health: A systematic review. *American Journal of Preventive Medicine*, 57(2), 262-272. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2019.03.018>
- Snowden, A. J., Stucky, T. D., et Pridemore, W. A. (2017). Alcohol outlets, social disorganization, and non-violent crimes in urban neighborhoods. *Journal of Crime and Justice*, 40(4), 430-445. <https://doi.org/10.1080/0735648X.2016.1176949>
- Société canadienne d'hypothèque et de logement. (s. d.). *Rapport sur le marché locatif 2025*. Consulté 29 avril 2026, à l'adresse <https://www.cmhc-schl.gc.ca/professionnels/marche-du-logement-donnees-et-recherche/marches-de-lhabitation/rapports-sur-le-marche-locatif>

- Sow, M., Bergeron-Gaudin, M., et Roberge, M. (2023). *Prévenir le suicide en réduisant les expériences négatives dans l'enfance et leurs conséquences: Quelles pistes d'actions? [Synthèse de connaissance]*. Institut national de santé publique du Québec. <https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/2023-11/3423-prevenir-suicide-experiences-negatives-enfance.pdf>
- Statistique Canada. (2026, mars 5). *Ventes de boissons alcoolisées des régions des alcools et d'autres points de vente au détail, selon la valeur, le volume et le volume absolu*. <https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/fr/tv.action?pid=1010001001>
- Taylor, J., Ober, A. J., Kilmer, B., Caulkins, J. P., et Iguchi, M. Y. (2021). Community perspectives on supervised consumption sites: Insights from four US counties deeply affected by opioids. *Journal of substance abuse treatment*, 131, 108397. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0740547221001239>
- Touzin, C. (2025, septembre 16). Une « tempête parfaite ». *La Presse*. <https://www.lapresse.ca/actualites/morts-de-sans-abri/record-tragique-au-quebec/2025-09-16/une-tempete-parfaite.php>
- Velleman, R., Cousins, J., et Orford, J. (2015). Effects of gambling on the family. In *A clinician's guide to working with problem gamblers* (p. 90-103). Routledge. <https://api.taylorfrancis.com/content/chapters/edit/download?identfierName=doietidentfierValue=10.4324/9781315734279-8ettype=chapterpdf>
- Vérificateur général du Québec. (2025). *Accessibilité à des logements subventionnés par la Société d'habitation du Québec* (Chapitre 2). Rapport du Vérificateur général du Québec à l'Assemblée nationale pour l'année 2024-2025. https://www.vgq.qc.ca/Fichiers/Publications/rapport-annuel/214/VGQ_mai2025_chapitre2_web.pdf
- WHO. (2024). *Tackling NCDs: Best buys and other recommended interventions for the prevention and control of noncommunicable diseases*, 2nd ed. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240091078>
- World Health Organization. (2018). *Global status report on alcohol and health 2018*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565639>

Centre d'expertise et
de référence en santé publique

www.inspq.qc.ca

***Institut national
de santé publique***

Québec

