



ITINÉRANCE. COÛTS. SANTÉ DE PROXIMITÉ.

**Recommandations pour renforcer l'accès
aux soins, réduire les coûts évitables et
mieux soutenir les personnes en situation
d'itinérance au Québec**

**Présenté au ministère de la Santé et des services sociaux (MSSS)
Par Médecins du Monde Canada | juillet 2026**



TABLE DES MATIÈRES

Index des acronymes et abréviations	3
Préambule	4
À propos de Médecins du Monde et de sa valeur ajoutée pour l'accès aux soins	4
Contexte de cette soumission	4
Sources et méthodologie	5
Partie 1 Itinérance : des besoins complexes dans un système fragmenté	5
Politiques actuelles : réduire l'écart entre la reconnaissance des besoins et l'accès réel aux soins	5
Ce que les coûts de l'itinérance montrent et ne montrent pas	7
L'hôpital comme porte d'entrée principale	8
Partie 2 Réponses existantes et conditions d'efficacité	9
Les bénéfices d'une approche intégrée et fondée sur les déterminants sociaux de la santé	9
Des enveloppes de financement considérables, mais une architecture fragmentée	10
Données et indicateurs : mesurer l'accès réel	11
Populations et angles morts : éviter la « personne type »	12
Partie 3 recommandations de Médecins du monde au ministère de la Santé et des Services sociaux	12
Conclusion	15
Bibliographie et littérature consultées	17



INDEX DES ACRONYMES ET ABRÉVIATIONS

Cette liste regroupe les sigles, acronymes et abréviations utilisés dans le rapport ou dans les sources consultées.

Acronyme / abréviation	Signification
ACT	Assertive Community Treatment / suivi intensif dans le milieu
ADT	Admission, congé, transfert
ADS+	Analyse différenciée selon les sexes dans une perspective intersectionnelle
ARC	Agence du revenu du Canada
CCSMTL	CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal
CHSLD	Centre d'hébergement de soins de longue durée
CIHI	Canadian Institute for Health Information
CIRANO	Centre interuniversitaire de recherche en analyse des organisations
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
CLSC	Centre local de services communautaires
DQÉPEL	Direction qualité, évaluation, performance, éthique et Lean
DRSP	Direction régionale de santé publique
HCLM	Hôpital Charles-Le Moyne
HHR	Hôpital du Haut-Richelieu
ICD-10-CA	Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, 10e révision, Canada
ICIS	Institut canadien d'information sur la santé
IRIS	Institut de recherche et d'informations socioéconomiques
ISQ	Institut de la statistique du Québec
MAMH	Ministère des Affaires municipales et de l'Habitation
MdM	Médecins du Monde
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OQI	Observatoire québécois des inégalités
PAII	Plan d'action interministériel en itinérance
PAISM	Plan d'action interministériel en santé mentale
PACAM	Processus simplifié et allégé d'obtention de la carte d'assurance maladie
PEC	Prise en charge
PRISM	Programme de réaffiliation en itinérance et santé mentale
PSI	Personne en situation d'itinérance
PSL	Programme de supplément au loyer
RAMQ	Régie de l'assurance maladie du Québec
RSSS	Réseau de la santé et des services sociaux
SDF	Sans domicile fixe
SHQ	Société d'habitation du Québec
SRA	Stabilité résidentielle avec accompagnement
UMQ	Union des municipalités du Québec
VCS	Vers un chez-soi
Z59.0	Code ICD-10-CA associé à l'itinérance / absence de logement



PRÉAMBULE

À propos de Médecins du Monde et de sa valeur ajoutée pour l'accès aux soins

Médecins du Monde est un réseau de santé international indépendant présent au Canada et dans plus de 70 pays. Sa mission consiste à promouvoir le droit à la santé et à améliorer l'accès à des services de santé de qualité pour les personnes en situation de vulnérabilité. Depuis plus de 30 ans, Médecins du Monde Canada œuvre à Montréal auprès des populations en situation de précarité, d'exclusion sociale ou faisant face à des obstacles importants à l'accès aux soins. En collaboration avec un vaste réseau de partenaires communautaires et de santé publique, l'organisation déploie une approche de santé globale de proximité permettant de rejoindre les personnes dans leurs milieux de vie, de favoriser leur accès à des soins sécuritaires, dignes et adaptés à leurs réalités, et de contribuer à la défense de leurs droits. Ses services comprennent notamment une clinique mobile, deux cliniques de proximité en santé autochtone, des services de santé mentale et de soutien psychosocial, ainsi qu'une clinique destinée aux personnes ayant un statut migratoire précaire.

Médecins du Monde Canada agit en complément du réseau public en rejoignant les personnes qui font face à d'importantes barrières d'accès aux soins. Grâce à sa présence sur le terrain, sa souplesse et sa capacité d'innovation, l'organisation identifie rapidement les besoins non comblés, facilite les liens entre les personnes en situation de vulnérabilité et les services, et assure un accompagnement durable. En s'appuyant sur des partenariats solides avec les organismes communautaires et le réseau de la santé, MdM favorise la concertation et des réponses mieux adaptées, tout en portant la voix des populations exclues afin de réduire les inégalités sociales de santé.

Contexte de cette soumission

Au cours des mois de mai et de juin 2026, Médecins du Monde Canada a mené une recherche documentaire sur les coûts socioéconomiques de l'itinérance au Québec ainsi que sur les interventions publiques axées sur les déterminants sociaux de la santé. Réalisée avec l'appui de Mme Kathia-Angelica Pellerin, stagiaire en santé publique, et de Mme Violaine Des Rosiers, consultante principale chez Les Organiks, cette démarche visait à identifier des pistes d'action pouvant soutenir le développement d'innovations financières contribuant à la réduction des inégalités sociales en santé. Financée par la Fondation Lucie et André Chagnon, elle constitue la première phase d'un projet de recherche et développement.



Dans le cadre de cette démarche, l'équipe de recherche a mené des entretiens auprès d'acteurs de santé publique de la Montérégie ainsi qu'auprès de la Direction des services sociaux généraux, des dépendances, de l'itinérance et des services en milieu carcéral du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). **Médecins du Monde a été invité, à la suite de son échange avec le MSSS, à déposer les résultats de ses travaux afin d'alimenter les réflexions entourant l'élaboration du prochain Plan d'action interministériel en itinérance.**

En ce sens, ce document ne constitue pas une contribution exhaustive aux consultations publiques. Puisqu'il s'appuie sur une recherche documentaire dont les objectifs étaient différents, les recommandations qui y figurent demeurent ciblées et s'inscrivent en continuité des enjeux documentés dans le cadre de cette analyse.

Sources et méthodologie

Ce document s'appuie sur une analyse croisée de rapports publics, stratégies gouvernementales, données hospitalières, études économiques, documents institutionnels et entrevues réalisées auprès de parties prenantes. L'objectif est de relier des données souvent traitées en silos (coûts, accès aux soins, hospitalisations, urgences, logement, financement, indicateurs, déterminants sociaux et structurels, et pratiques de proximité). Il présente 1) un état des lieux des politiques publiques et des données disponibles dans la littérature sur les coûts de l'itinérance et du nonaccès aux soins; 2) une analyse des réponses existantes et des conditions d'efficacité à la lumière de l'expérience de Médecins du Monde; et 3) les conclusions formulées par Médecins du Monde à la lumière de cette analyse, ainsi que les recommandations qui s'inscrivent dans leur prolongement et qui sont susceptibles d'alimenter l'élaboration du prochain Plan d'action interministériel en itinérance, santé mentale et dépendance.

PARTIE 1 | ITINÉRANCE : DES BESOINS COMPLEXES DANS UN SYSTÈME FRAGMENTÉ

1. Politiques actuelles : réduire l'écart entre la reconnaissance des besoins et l'accès réel aux soins

Les politiques publiques reconnaissent déjà la plupart des grands leviers requis : prévention, accompagnement, logement, santé mentale, dépendance, revenu, intersectorialité, réduction de la judiciarisation et services de proximité.



Le PAII 2021-2026 reconnaît notamment la nécessité de consolider les services de proximité en itinérance et de réduire les barrières d'accès à un médecin de famille, à la carte d'assurance maladie et aux médicaments (MSSS, PAII 2021-2026, p. xiii). Le bilan du plan précédent constatait aussi l'importance d'améliorer l'arrimage entre les acteurs et de poursuivre le virage vers l'approche « pas de mauvaises portes », afin que les personnes puissent recevoir les soins et services dont elles ont besoin, peu importe leur point d'entrée initial (MSSS, PAII 2021-2026, p. 6).

Les entrevues avec le MSSS confirment cette lecture. Le ministère souligne que la prochaine stratégie s'inscrit dans une logique de consultation nationale, régionale et sectorielle, avec une attention particulière à la coordination interministérielle, à la clarification des rôles et à la participation des personnes concernées. Le MSSS coordonne une table interministérielle regroupant 28 ministères et organismes, ce qui reflète le fait qu'aucun acteur ne détient seul l'ensemble des leviers nécessaires. **Le problème n'est donc pas l'absence de vision mais plutôt l'organisation concrète des services existants.**

Médecins du Monde Canada observe que les services de santé et services sociaux demeurent souvent structurés selon une logique administrative qui présuppose des conditions rarement réunies dans les parcours d'itinérance : capacité de prendre et de respecter des rendez-vous, stabilité résidentielle, disponibilité à long terme et capacité de naviguer plusieurs étapes successives. L'expérience terrain de Médecins du Monde Canada montre d'ailleurs que les personnes en situation d'itinérance vivent fréquemment dans l'urgence, l'instabilité et le moment présent, ce qui rend difficile l'accès adapté à des démarches de soins, particulièrement pour répondre à des besoins complexes. Lorsque la personne est prête à recevoir de l'aide, la réponse du système n'est pas toujours assez rapide ni coordonnée, ce qui crée des occasions manquées d'intervention et limite la continuité des soins.

Ces barrières sont aggravées par la fragmentation des services organisée selon une logique par problématique, alors que les besoins sont généralement multiples et interreliés : santé physique, santé mentale, dépendances, troubles concomitants, logement, revenus, sécurité alimentaire et sécurité personnelle. À cela s'ajoutent la stigmatisation, les préjugés, le racisme systémique et le manque de formation ou de sensibilisation aux réalités de l'itinérance chez certains membres du personnel administratif, clinique ou de gestion. Ces facteurs peuvent contribuer à des expériences négatives dans le réseau, renforcer la méfiance envers les institutions et compliquer encore davantage l'accès aux soins pour des personnes déjà exposées à plusieurs déterminants sociaux défavorables.



2. Ce que les coûts de l'itinérance montrent et ne montrent pas

Le rapport CIRANO offre la base la plus solide pour comprendre les coûts économiques associés à l'itinérance au Québec. Son estimation repose sur quatre catégories : les dépenses d'organismes communautaires offrant des services aux personnes en situation d'itinérance, les dépenses des directions santé mentale et dépendance des CISSS/CIUSSS et du MSSS, les dépenses liées aux services publics utilisés par les personnes, et les prestations d'assistance sociale (Latimer et al., CIRANO, 2026, p. 49).

Le rapport Appeco proposait, avant la publication des résultats préliminaires de 2025, une modélisation selon laquelle le scénario de statu quo mènerait à 9 045 personnes en situation d'itinérance au Québec à la fin de 2027, avec des coûts totaux passant de 521 M\$ en 2023 à 613 M\$ en 2027, pour un cumul de 2,8 G\$ sur cinq ans. Cette projection doit toutefois être interprétée avec prudence à la lumière des données du dénombrement du 15 avril 2025, qui estime déjà à 12 077 le nombre de personnes en situation d'itinérance visible dans les 15 régions participantes, soit 1 873 personnes de plus qu'en 2022. L'analyse montre également **que les dépenses en soins de santé représentent entre 35 % et 43 % des coûts totaux de l'itinérance selon les situations, devant les coûts de logement, de sécurité publique, de services sociaux et d'aide sociale.**

Ce décalage renforce l'idée que la progression du phénomène pourrait être plus rapide que ce que certaines modélisations antérieures anticipaient, et comporte un risque de sous-estimer les pressions futures sur les services de santé, les municipalités, les organismes communautaires et les mécanismes d'hébergement. (Appeco, 2023, p. 47; MSSS, résultats préliminaires du dénombrement 2025). L'itinérance exerce non seulement une pression financière importante sur plusieurs systèmes, mais elle entraîne aussi une croissance continue des coûts lorsque les interventions préventives et les mesures de stabilisation ne sont pas renforcées (Appeco, 2023, p. 47).

L'itinérance cachée est un angle mort majeur. Le rapport CIRANO l'exclut de l'estimation, sauf lorsque les personnes concernées utilisent des organismes communautaires inclus dans l'analyse. Or, les données citées indiquent qu'en 2022, 11,2 % des ménages déclaraient avoir connu une situation d'itinérance cachée au cours de leur vie, contre 2,6 % pour l'itinérance visible. Le rapport précise que l'estimation aurait été nettement plus élevée si l'itinérance cachée avait pu être incluse (Latimer et al., CIRANO, 2026, p. 50).



Les coûts communautaires sont également sous-estimés. Le rapport s'appuie sur les dépenses d'organismes reconnus comme organismes de bienfaisance et dont les données sont disponibles auprès de l'Agence du revenu du Canada. Environ un tiers des organismes identifiés n'ont pas été inclus, ce qui constitue une source explicite de sous-estimation (Latimer et al., CIRANO, 2026, p. 49).

3. L'hôpital comme porte d'entrée principale

La littérature consultée définit le «non-accès» par l'absence de services et par l'écart entre l'existence formelle d'un service et la capacité réelle d'une personne à l'utiliser, au bon moment et dans la durée. Il inclut les situations où une personne ne connaît pas le service, ne le demande pas, n'y est pas orientée, n'y est pas admise, abandonne la démarche, ne reçoit pas le suivi requis ou ne peut pas bénéficier du soin en raison de barrières administratives, sociales, culturelles, financières, numériques ou institutionnelles. **Dans cette perspective, un système de santé accessible est avant tout un système qui permet aux personnes d'accéder au bon service et au bon professionnel, au bon moment, sans obstacles inutiles ni démarches excessivement complexes.**

L'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) indique que 93 % des personnes hospitalisées identifiées comme étant en situation d'itinérance ont été admises par l'urgence. Le coût moyen d'une hospitalisation pour une personne en situation d'itinérance était plus du double du coût moyen d'un séjour hospitalier au Canada, soit 16 785 \$ contre 7 803 \$ (ICIS, *Bringing homelessness into the light with improved health data coding*, p. 2). Ces données ne disent pas seulement que les personnes en situation d'itinérance ont des besoins complexes. Elles montrent que l'urgence devient souvent la porte d'entrée par défaut vers les soins. Cela révèle un problème d'accès à d'autres options, souvent plus adaptées et personnalisées. Citons comme exemple les cliniques sans rendez-vous, les cliniques mobiles, l'accès au GMF ou CLSC et l'accès à des services de prévention accessibles.

Les données provenant de deux centres hospitaliers de la Rive-Sud de Montréal illustrent cette complexité clinique et sociale, laquelle peut se traduire par des coûts de prise en charge plus élevés. À l'Hôpital Charles-Le Moyne, par exemple, 124 usagers identifiés SDF (sans domicile fixe) ont généré 425 visites à l'urgence en 2024-2025; 209 arrivées se sont faites par ambulance, 21 par la police, 147 visites ont mené à une admission et 101 à un départ avant prise en charge. Les motifs fréquents incluaient les idées suicidaires, les hallucinations, l'anxiété ou crise situationnelle, l'intoxication, les problèmes sociaux et l'usage de substances, et les problèmes de peau ou d'infection (CISSS de la Montérégie-Centre, Portrait HCLM, 2025, p. 1). Ces



admissions à l'urgence auraient peut-être pu être évitées si un suivi plus adéquat et personnalisé des individus avait été fait en amont.

Ces données doivent, en revanche, être interprétées prudemment, car l'identification de l'itinérance dans les systèmes hospitaliers demeure imparfaite. Les données recueillies lors de nos entrevues indiquent qu'il n'existe pas toujours de champ dédié « itinérance » dans les systèmes d'urgence. L'identification repose parfois sur des contournements : mention « SDF », adresse vide, adresse fictive ou adresse de l'hôpital. Le système ADT peut aussi écraser les données d'adresse, ce qui rend difficile le suivi longitudinal de la situation résidentielle d'une personne.

PARTIE 2 | RÉPONSES EXISTANTES ET CONDITIONS D'EFFICACITÉ

4. Les bénéfices d'une approche intégrée et fondée sur les déterminants sociaux de la santé

Dans l'essai canadien *At Home/Chez Soi*, l'intervention Logement d'abord avec suivi intensif de type ACT¹ représentait un coût brut annuel d'environ 20 367 \$ par personne. Toutefois, en comparaison avec les personnes recevant les services habituels, celles ayant participé au programme ont utilisé moins d'autres services publics coûteux, notamment des refuges, certains services de santé, du logement avec soutien et des services liés à la justice. Ces réductions de coûts représentaient environ 14 056 \$ par personne par année, soit 69 % du coût brut de l'intervention. Le programme ne s'autofinçait donc pas entièrement, mais une grande partie de son coût était compensée par une baisse de l'utilisation d'autres services. Après cette compensation, le coût net additionnel du programme était d'environ 6 311 \$ par personne par année, comparativement aux services habituels. Autrement dit, le système dépensait environ 6 311 \$ de plus par personne par année pour offrir Logement d'abord avec ACT, mais obtenait en échange une stabilité résidentielle nettement plus grande. L'étude estime ainsi que chaque journée additionnelle de logement stable coûtait environ 41,73 \$ (Latimer et al., 2020, p. 1020, 1024-1025).

Même avec leurs propres limites, notamment en ce qui concerne les critères d'admissibilité, les programmes PRISM et SRA s'inscrivent également dans cette logique. L'annonce gouvernementale de 2024 indique que les projets PRISM desservent généralement de 8 à 16 personnes selon la capacité d'accueil, visent les

¹ Un suivi intensif de type ACT signifie Assertive Community Treatment, souvent traduit au Québec par suivi intensif dans le milieu (SIM).



personnes sans-abri vivant avec des troubles mentaux graves, et s'articulent avec la Stabilité résidentielle avec accompagnement (Cabinet du ministre responsable des Services sociaux, *De la rue au logement*, 2024, p. 3-4).

Les entrevues régionales rappellent, elles aussi, que la stabilisation résidentielle n'est pas seulement une question d'accès au logement. En Montérégie, les PSL sont décrits comme efficaces lorsqu'ils combinent logement privé subventionné et accompagnement pluriannuel.

En somme, la littérature consultée et les financements disponibles répertoriés convergent vers le constat que le logement fonctionne mieux et est moins coûteux annuellement lorsqu'il est arrimé à la santé, à la dépendance, au revenu, à l'accompagnement administratif, aux relations de voisinage et à la continuité du lien. C'est également ce que Médecins du Monde constate sur le terrain : les réponses existantes les plus efficaces intègrent au logement un accompagnement biopsychosocial continu.

5. Des enveloppes de financement considérables, mais une architecture fragmentée

À Montréal, le Plan concerté indique que Vers un chez-soi totalise près de 34,2 M\$ annuellement. À cela s'ajoutent plus de 15 M\$ par année dans le cadre du PAII 2021-2026, 6,9 M\$ pour les hébergements d'urgence temporaires, 1,3 M\$ pour l'accompagnement en logement en 2022-2023 et 2023-2024, plus de 2 M\$ par année liés à l'enveloppe ICRL-1 pour l'accompagnement psychosocial dans de nouvelles unités de logement, ainsi qu'une enveloppe annuelle de 6 M\$ de la Ville de Montréal et environ 2,2 M\$ de Centraide du Grand Montréal en 2022 pour soutenir les organismes de lutte à la pauvreté et à l'exclusion (CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, *Plan concerté montréalais*, 2022, p. 61).

Ces montants montrent que l'écosystème dispose de ressources importantes. Mais ils montrent aussi que ces ressources sont réparties entre plusieurs paliers, programmes, calendriers et mécanismes de reddition de comptes. L'architecture est fragmentée certes, mais elle est aussi largement dirigée vers le logement. Par exemple, la santé mentale en itinérance est très peu financée et lorsqu'elle l'est, se base sur des critères stricts donnant peu de place à l'adaptation pour les besoins des personnes les plus vulnérables.

Les financements actuels sont nécessaires, mais ils ne suffisent pas si les fonctions transversales ne sont pas reconnues : navigation, accompagnement, suivi,



coordination clinique et communautaire, arrimage avec le logement, accès aux soins et réduction des barrières administratives.

Également, les municipalités sont directement exposées aux effets de l'itinérance, mais ne contrôlent qu'une partie limitée des leviers nécessaires pour agir sur ses causes. Elles interviennent souvent sur les conséquences visibles (cohabitation sociale, salubrité, campements, sécurité, demandes citoyennes) alors que les réponses structurantes relèvent du logement, de la santé, des services sociaux, du revenu et de la coordination régionale. Cette situation peut placer les municipalités dans un rôle informel de coordination ou de mobilisation des ressources locales, sans mandat clair ni financement correspondant. Le prochain plan d'action devrait donc mieux articuler les responsabilités entre le MSSS, les CIUSSS, les municipalités, la Société d'habitation du Québec, les organismes communautaires et les autres ministères concernés, afin que les responsabilités vécues localement correspondent mieux aux leviers disponibles (Appeco, 2023, p. 4, 6).

6. Données et indicateurs : mesurer l'accès réel

Les sources que nous avons consultées convergent sur un point : les systèmes produisent beaucoup de données, mais ils ne suivent pas toujours ce qui compte le plus pour les trajectoires des personnes.

L'ICIS a amélioré la visibilité des personnes en situation d'itinérance dans les données hospitalières grâce au code ICD-10-CA Z59.0, devenu obligatoire dans plusieurs hôpitaux à travers le Canada, lorsque le dossier indique que la personne est en situation d'itinérance au moment de l'admission. Cette amélioration soutient la planification intégrée entre santé, logement et services sociaux (ICIS, *Bringing homelessness into the light with improved health data coding*, p. 2-3/8).

Les données publiques et administratives devraient également mieux circuler vers les organismes de terrain. Actuellement, plusieurs données gouvernementales et institutionnelles utiles à la compréhension de l'itinérance, de l'utilisation des urgences, des hospitalisations, des trajectoires de soins ou des besoins territoriaux demeurent difficiles d'accès pour les organismes communautaires. Or, ces organismes sont souvent les mieux placés pour rejoindre les personnes les moins visibles dans les systèmes publics et pour ajuster rapidement leurs interventions aux réalités observées. Un meilleur échange des données entre le terrain (incluant les organismes communautaires) et les paliers gouvernementaux permettrait de soutenir la planification locale, d'adapter les programmes à partir d'un portrait plus global de l'itinérance, d'identifier les angles morts des services existants et d'aligner



les mesures d'impact communautaires avec des indicateurs communs à l'ensemble de l'écosystème.

7. Populations et angles morts : éviter la « personne type »

Les moyennes issues des données masquent des trajectoires très différentes. L'itinérance cachée demeure un angle mort majeur, comme le montre l'exclusion de cette réalité des estimations économiques principales du CIRANO, malgré sa prévalence déclarée beaucoup plus élevée que l'itinérance visible dans les données citées (Latimer et al., CIRANO, 2026, p. 50).

Les personnes autochtones en milieu urbain vivent des barrières particulières liées au colonialisme, au racisme systémique, à la mobilité, à la méfiance institutionnelle et au manque de sécurisation culturelle.

Les femmes, les jeunes, les personnes vieillissantes, les personnes vivant avec des troubles de santé mentale ou de dépendance, les personnes judiciairisées et les personnes qui travaillent ou dorment dans des conditions précaires demandent aussi des réponses différenciées. Le prochain plan devrait éviter de répondre à une « personne type » en situation d'itinérance. Ce profil type correspond rarement aux trajectoires observées.

PARTIE 3 | RECOMMANDATIONS DE MÉDECINS DU MONDE AU MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

Note aux lectrices et aux lecteurs

Les recommandations suivantes ont été élaborées à partir des constats dressés par Médecins du Monde Canada dans le cadre d'une recherche documentaire portant sur les coûts socioéconomiques de l'itinérance au Québec et sur les interventions publiques axées sur les déterminants sociaux de la santé. Elles ne représentent toutefois pas une contribution exhaustive de Médecins du Monde Canada aux consultations publiques portant sur l'itinérance.

i. **Faire de l'accès réel aux soins un objectif transversal du prochain plan d'action.**

Le prochain plan devrait reconnaître explicitement que l'accès aux soins est un levier de prévention de l'itinérance, de stabilisation des trajectoires et de



réduction des coûts évitables. Le prochain plan devrait mesurer si les personnes les plus éloignées du système peuvent réellement les utiliser les services de santé et les services sociaux au bon moment, dans des conditions sécuritaires et adaptées.

- ii. **Financer les fonctions qui rendent les services accessibles.**
Le MSSS devrait reconnaître et financer de manière pluriannuelle les fonctions de proximité, de navigation, d'accompagnement, de médiation administrative, de sécurisation culturelle, d'interprétation, de suivi avant et après la-référence et de maintien du lien. Cela implique d'élargir la notion de réseau de la santé afin d'y intégrer pleinement les organismes communautaires qui assurent ces fonctions car elles constituent souvent la condition concrète qui permet à une personne d'obtenir un soin, une médication, une couverture médicale, un suivi ou une référence complétée.
- iii. **Développer des corridors de soins rapides, flexibles et adaptés.**
Le prochain plan devrait renforcer les corridors entre organismes communautaires, équipes de proximité, cliniques de première ligne, urgences, santé mentale, dépendance, pharmacie, services sociaux et services spécialisés. Ces corridors devraient être conçus pour les personnes qui ne peuvent pas attendre plusieurs semaines, répéter leur histoire à plusieurs portes d'entrée ou respecter des démarches administratives complexes. Cette recommandation rejoint également le constat d'Appeco selon lequel les CIUSSS devraient mettre en place des corridors de services continus répondant aux besoins particuliers des personnes en situation d'itinérance, afin de réduire les situations de crise, les visites multiples à l'urgence et la détérioration des trajectoires. Une attention spécifique devrait être portée aux personnes sans RAMQ, aux personnes migrantes à statut précaire, aux personnes autochtones en milieu urbain, aux femmes, aux jeunes, aux personnes vieillissantes et aux personnes vivant avec des enjeux de santé mentale ou de dépendance.
- iv. **Soutenir des modèles de soins de proximité et d'accès rapide.**
Les besoins de santé des personnes en situation d'itinérance sont souvent multiples et interreliés alors que les services demeurent fragmentés. Pour réduire les inégalités sociales de santé vécues par les personnes en situation d'itinérance, il ne suffit pas d'ajouter des services; il faut surtout transformer la manière dont ces services sont organisés et rendus accessibles. Le plan devrait appuyer le développement de cliniques de quartier, de services sans rendez-vous, de services regroupés, de cliniques mobiles et de soins offerts directement dans les organismes partenaires où les personnes se sentent en sécurité. Ces modèles permettent de saisir les occasions d'intervention lorsque la personne est présente



et disposée à recevoir de l'aide, plutôt que de lui demander de s'adapter à des services fragmentés, lents ou éloignés de ses milieux de vie.

v. **Décloisonner les mécanismes de financement autour des trajectoires des personnes.**

Les financements actuels sont répartis entre plusieurs paliers, programmes, calendriers et mécanismes de reddition de comptes. Le prochain plan devrait mieux coordonner ces enveloppes afin de soutenir des trajectoires intégrées basées sur les déterminants sociaux de la santé plutôt que des interventions juxtaposées. Les personnes ne vivent pas leurs besoins en silos : santé, logement, revenu, dépendance, santé mentale, justice et immigration s'entrecroisent dans une seule trajectoire. Cela implique de réduire le travail en silo entre les secteurs de la santé, du social, du logement et de l'employabilité, et de développer des parcours de soins intégrés où le bon professionnel peut intervenir au bon moment. Le système doit aussi être capable de saisir les occasions d'intervention lorsque la personne est présente et disposée à recevoir de l'aide, plutôt que de lui demander de s'adapter à des délais, des rendez-vous, des procédures et des services fragmentés.

vi. **Développer des indicateurs communs d'accès réel, de continuité et d'équité.**

Les indicateurs d'activité demeurent nécessaires, mais ils devraient être complétés par des indicateurs plus proches de l'expérience des personnes : soins effectivement reçus, références complétées, médication obtenue, couverture médicale rétablie, délais entre le premier contact et le service, résultats remis, suivis post-urgence, suivis post-hospitalisation, maintien du lien et barrières levées. Ces indicateurs devraient aussi permettre de suivre l'accès différencié pour les populations les moins visibles dans les données publiques. Cela suppose des indicateurs capables de mesurer la rapidité, la flexibilité et la capacité du système à répondre au bon moment et de manière continue plutôt que seulement la disponibilité formelle d'un service

vii. **Documenter les coûts évitables de façon prudente mais systématique.**

Le MSSS devrait soutenir le développement d'un cadre de mesure des coûts évitables associés au nonaccès : recours évitables à l'urgence, hospitalisations prévenues ou raccourcies, ruptures de médication évitées, crises désamorcées, sorties d'hospitalisation mieux accompagnées, stabilisation résidentielle maintenue et judiciarisation évitée. L'objectif n'est pas de réduire toute intervention à une économie budgétaire, mais de mieux reconnaître la valeur préventive des interventions qui agissent avant la crise.



viii. **Améliorer les systèmes de données sans perdre la réalité qualitative du terrain.**

Le codage hospitalier, les tableaux de bord et les données administratives doivent être améliorés, notamment par une meilleure qualité de saisie, une meilleure contextualisation et une capacité de suivi longitudinal. Mais ces données devraient être complétées par des données communautaires et qualitatives, car les organismes de proximité voient des réalités que les systèmes administratifs captent mal : personnes non rejointes, références échouées, peur de la facturation, absence de documents, méfiance institutionnelle, itinérance cachée et ruptures invisibles. Les données devraient également être partagées avec les organismes de terrain afin de les aider à mieux planifier leurs actions, adapter leurs programmes en fonction d'un portrait plus général de l'itinérance, et aligner leur mesure d'impact avec des indicateurs communs dans l'écosystème.

ix. **Renforcer la participation des personnes ayant un savoir expérientiel.**

Les personnes ayant vécu l'itinérance devraient être davantage impliquées dans la conception, l'accompagnement, la navigation et l'évaluation des services. Leur participation permet de mieux identifier les barrières réelles, d'adapter les pratiques, de maintenir le lien et d'éviter que les services soient conçus uniquement à partir des contraintes administratives ou institutionnelles.

CONCLUSION

Notre lecture croisée des sources consultées fait ressortir un constat important : les principaux leviers de lutte à l'itinérance sont déjà connus, mais ils ne se traduisent pas toujours par un accès réel pour les personnes les plus éloignées du système. L'enjeu n'est donc pas de créer de nouveaux services, mais de rendre les services existants accessibles, continus, sécuritaires et adaptés aux réalités des personnes vivant l'itinérance.

Les coûts visibles de l'itinérance sont de mieux en mieux documentés dans les secteurs de la santé, des services sociaux, de l'hébergement, de la justice et de la sécurité publique. Toutefois, ces données demeurent partielles, puisqu'elles rendent difficilement compte des coûts liés au nonaccès : soins reportés, ruptures de médication, références non complétées, absence de couverture médicale, itinérance cachée, méfiance institutionnelle, stigmatisation ou encore travail d'accompagnement réalisé entre les systèmes. Les données disponibles montrent également que l'urgence devient trop souvent la porte d'entrée vers les soins, révélant la difficulté d'intervenir plus tôt, plus près des personnes et de manière



coordonnée. Une part importante des coûts publics évitables se situe précisément dans cet espace, avant la crise et entre les services.

Le prochain plan d'action gagnerait ainsi à adopter une logique de trajectoires en soutenant les fonctions qui permettent l'accès effectif aux soins : proximité, navigation, accompagnement, médiation administrative, sécurisation culturelle, interprétation, suivi post-référence, coordination clinique et communautaire, ainsi que participation des personnes ayant un savoir expérientiel.

La contribution de Médecins du Monde Canada se situe dans cet angle mort. Son rôle de proximité permet de rejoindre des personnes que les trajectoires habituelles atteignent difficilement, de maintenir un lien dans la durée, de documenter les barrières vécues et de créer des ponts entre les personnes, les organismes communautaires et le réseau public. Sans se substituer aux responsabilités publiques, l'organisation contribue à rendre visibles les écarts entre l'accès prévu par les politiques et l'accès réellement vécu sur le terrain. En ce sens, les recommandations formulées dans ce rapport invitent le MSSS à faire de l'accès réel aux soins un objectif transversal du prochain plan d'action, notamment en soutenant des corridors de services rapides et flexibles, en défragmentant les mécanismes de financement, en améliorant les données disponibles et en mesurant les résultats à partir des barrières levées, des suivis complétés, de la continuité obtenue et des coûts évitables documentés.



BIBLIOGRAPHIE ET LITTÉRATURE CONSULTÉES

- Bureau du vérificateur général du Canada. (2022). Rapport 5 — L'itinérance chronique. Dans Rapports de la vérificatrice générale du Canada au Parlement du Canada.
- Cabinet du ministre responsable des Services sociaux. (2024, 16 septembre). De la rue au logement — Québec accompagnera les personnes itinérantes souffrant de problèmes de santé mentale vers la stabilité résidentielle [Communiqué de presse].
- Canadian Institute for Health Information. (2024a). Hospital data sheds light on patients experiencing homelessness. CIHI.
- Canadian Institute for Health Information. (2024b). Bringing homelessness into the light with improved health data coding. CIHI.
- CISSS de la Montérégie-Centre. (2025a). Portrait des visites à l'urgence de l'Hôpital du Haut-Richelieu des usagers identifiés Sans domicile fixe — SDF — en 2024-2025. Service Performance, Redditions et Informations de gestion, DQÉPEL.
- CISSS de la Montérégie-Centre. (2025b). Portrait des visites à l'urgence de l'Hôpital Charles-Le Moyne des usagers identifiés Sans domicile fixe — SDF — en 2024-2025. Service Performance, Redditions et Informations de gestion, DQÉPEL.
- CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal. (2022). Plan concerté montréalais en itinérance 2021-2026 : S'unir dans l'action.
- 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.
- Direction régionale de santé publique de Montréal et CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal. (2024a). Dénombrement 2022 des personnes en situation d'itinérance visible à Montréal : problèmes de santé. Fascicule 4.
- Direction régionale de santé publique de Montréal et CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal. (2024b). Dénombrement 2022 des personnes en situation d'itinérance visible à Montréal : populations autochtones. Fascicule 7.
- Gaetz, S., Barr, C., Friesen, A., Harris, B., Hill, C., Kovacs-Burns, K., Pauly, B., Pearce, B., Turner, A., & Marsolais, A. (2012). Canadian Definition of Homelessness. Canadian Observatory on Homelessness Press.
- Gaetz, S., & DeJ, E. (2017). A New Direction: A Framework for Homelessness Prevention. Canadian Observatory on Homelessness Press.
- Gouvernement du Québec. (2014). Ensemble, pour éviter la rue et en sortir : Politique nationale de lutte à l'itinérance.
- Gouvernement du Québec. (2021). S'allier devant l'itinérance : Plan d'action interministériel en itinérance 2021-2026.
- Gouvernement du Québec. (2026a). La prévention, c'est la santé : Stratégie nationale de prévention en santé 2025-2035.
- Gouvernement du Québec. (2026b). Unir nos forces pour mieux prévenir : Plan d'action gouvernemental 2026-2031 de la Stratégie nationale de prévention en santé.
- Gougeon, P., Faucher, G., Waji, O., Ruscio, C., & Fahey, R. (2023). État de situation et analyse d'impact des programmes de prévention et de lutte contre l'itinérance au Québec sur les municipalités. Appeco; Union des municipalités du Québec.

- Hébert, G., & Hurteau, P. (s. d.). Les indicateurs en santé. Institut de recherche et d'informations socioéconomiques.
- HelpSeeker Technologies. (2026). Municipalities Under Pressure One Year Later: An Update on the Human and Financial Cost of Ontario's Homelessness Crisis.
- Institut de la statistique du Québec. (2023). Enquête québécoise sur la santé de la population 2020-2021.
- Institut national de santé publique du Québec. (2024). Avis sur le plan de surveillance thématique sur l'itinérance.
- Landry, M. (2020). La santé des populations autochtones à Montréal. Direction régionale de santé publique de Montréal.
- Latimer, E., Perreault, K., Foster, C., Schurr, A., Panagiotoglou, D., & Strumpf, E. (2026). Les coûts économiques associés à l'itinérance au Québec. CIRANO.
- Latimer, E. A., Rabouin, D., Cao, Z., Ly, A., Powell, G., Aubry, T., Distasio, J., Hwang, S. W., Somers, J. M., Bayoumi, A. M., Mitton, C., Moodie, E. E. M., & Goering, P. N. (2020). Cost-Effectiveness of Housing First With Assertive Community Treatment: Results From the Canadian At Home/Chez Soi Trial. *Psychiatric Services*, 71(10), 1020–1030.
- Levesque, J.-F., Harris, M. F., & Russell, G. (2013). Patient-centred access to health care: Conceptualising access at the interface of health systems and populations. *International Journal for Equity in Health*, 12, Article 18.
- Médecins du Monde Canada. (2025a). Plan stratégique 2025-2030.
- Médecins du Monde Canada. (2025b). Fiche clinique MSP.
- Médecins du Monde Canada. (2025c). Fiche programme santé autochtone.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2018). Stratégie d'accès aux services de santé et aux services sociaux pour les personnes en situation d'itinérance ou à risque de le devenir.
- Préfontaine, A. (2024). Impacts différenciés des effets des changements climatiques ainsi que des solutions d'adaptation sur les personnes en situation d'itinérance. Observatoire québécois des inégalités.
- Préfontaine, A., & Girard, C. (2025). Portraits et services en lien avec l'itinérance dans le Centre-Sud. Observatoire québécois des inégalités.
- Santé Québec. (2025). Prendre soin des gens. Aller de l'avant : Planification stratégique 2025-2028.
- Statistique Canada. (2024). L'abordabilité du logement au Canada, 2022. *Le Quotidien*.
- Statistique Canada. (2026). Population Projections for Canada (2025 to 2075), Provinces and Territories (2025 to 2050). Catalogue no 17-20-0003.
- Turner, A. (2023). Getting Ahead of the New Homelessness by 2030. HelpSeeker Technologies.
- Uppal, S. (2022). Portrait des Canadiennes et Canadiens ayant vécu en situation d'itinérance. Statistique Canada, Regards sur la société canadienne.
- Ville de Montréal. (2023). Programme Itinérance et milieux inclusifs : appel de projets — cadre de référence 2023-2025.