

Position de l'AMPQ sur l'itinérance et les troubles mentaux
Un devoir collectif, un rôle-clé pour la psychiatrie

Auteurs : Drs Virginie Doré-Gauthier, Amal Abdel-Baki, Olivier Farmer, médecins psychiatres

Collaboration : Drs Claire Gamache, Didier Jutras-Aswad et Emmanuelle O'Bomsawin, médecins psychiatres

Entérinée par le CA le 14 mai 2026

L'AMPQ prend position sur l'itinérance et les troubles mentaux

L'itinérance au Québec prend une ampleur préoccupante. Longtemps concentrée dans les grands centres urbains, elle s'étend désormais à l'ensemble du territoire. Conséquence en grande partie de facteurs sociopolitiques (ex. notamment la crise du logement), elle reflète l'érosion du filet social et les effets cumulatifs des inégalités systémiques.

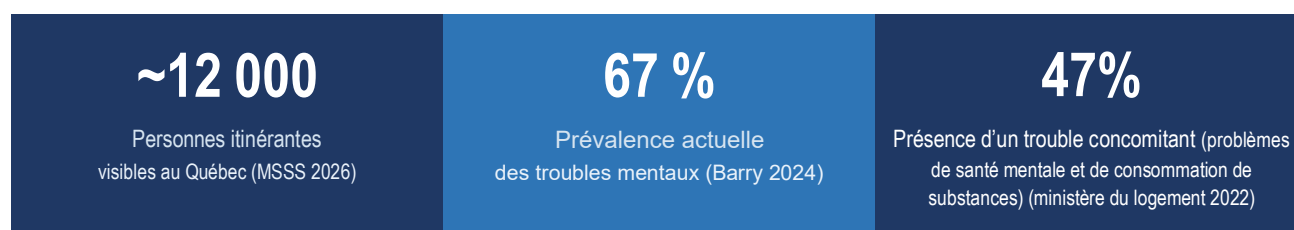
Dans le cadre de leur travail, les psychiatres sont témoins des impacts de la situation d'itinérance sur la santé mentale, et inversement, du rôle que jouent les troubles mentaux dans les trajectoires d'itinérance. Aujourd'hui, loin d'être un enjeu périphérique, l'itinérance fait de plus en plus partie des contextes rencontrés dans la pratique psychiatrique. Les psychiatres font face aux conséquences de la précarité résidentielle sur la santé mentale, particulièrement chez les personnes vivant avec des troubles mentaux sévères ou en concomitance avec des problèmes de santé physique et des troubles liés à l'usage de substances.

C'est dans ce contexte que l'AMPQ prend position sur l'itinérance et les troubles mentaux.

Contexte

L'itinérance est un problème systémique complexe, dont une des pierres angulaires est le manque d'accès à du logement abordable.

Il existe une relation bidirectionnelle entre l'itinérance et les troubles mentaux (Padgett, 2020). Les troubles psychiatriques ont un impact sur la survenue, la durée, la visibilité et la sortie de l'itinérance. L'instabilité psychosociale et la stigmatisation associées avec l'absence de domicile fixe font émerger, perpétuent et exacerbent les troubles de santé mentale. Par ailleurs, l'itinérance touche toutes les tranches de la population : des plus jeunes, particulièrement à la sortie des services de la protection de la jeunesse, aux personnes âgées (chez qui on note une forte croissance des premiers épisodes à la rue¹. En plus des jeunes (Abdel-Baki 2021) et des personnes âgées, différents autres groupes parmi les personnes en situation d'itinérance présentent des profils de vulnérabilité particuliers, notamment les femmes. Certains moments de transition dans les trajectoires de soins et de services sont aussi particulièrement à risque de précipiter l'itinérance (fins de séjour en hospitalisation, centres de détention, centres jeunesse, etc.).



On estime que près de 10,000 personnes vivent en situation d'itinérance au Québec (MSSS 2023). Ceci ne prend pas en considération l'itinérance cachée, fréquente chez les jeunes et les femmes. Les troubles mentaux sont surreprésentés chez les personnes en situation d'itinérance : au niveau mondial, la prévalence actuelle est de 67%

¹ L'itinérance chez les personnes âgées est un phénomène en croissance, longtemps resté invisible. Des données ontariennes montrent, durant la pandémie, une augmentation notable de l'itinérance chez les 55–64 ans, passant de 1 % à 5 %. (Odd 2023) La littérature distingue deux profils. L'itinérance survenue tardivement touche plus souvent des femmes ayant connu une relative stabilité, mais confrontées à des ruptures soudaines, relationnelles ou économiques. L'itinérance chronique, plus fréquente chez les hommes, s'inscrit davantage dans des trajectoires de vulnérabilités structurelles persistantes, souvent associées à des troubles psychiatriques ou liés à l'usage de substances. Ces données soulignent la nécessité d'interventions adaptées au vieillissement, axées sur le logement, le soutien social et les transitions de vie. (Hoang 2025)

selon la méta-analyse de Rebecca Barry, Université de Calgary (2024) – la prévalence à vie est de 77%. Au Canada, ce sont 74% de ces personnes qui souffriraient d'un trouble mental, dont 47% d'un trouble concomitant (problèmes de santé mentale et de consommation de substances) (Ministère du Logement, de l'Infrastructure et des Collectivités, 2022).

Ces facteurs mènent à une espérance de vie réduite ainsi qu'à une augmentation de l'usage des services de santé (Stafford & Wood, 2017). Une étude longitudinale a également montré que les personnes âgées en situation d'itinérance meurent en moyenne à 64 ans (l'espérance de vie au Canada se situe, selon le sexe, entre 85 et 89 ans), et que les premiers épisodes de rupture résidentielle à un âge avancé sont associés à une mortalité accrue (Brown et al., 2022).

Les trajectoires d'itinérance sont souvent marquées par une combinaison de facteurs : pauvreté, ruptures sociales, troubles psychiatriques et troubles liés à l'usage de substances. La consommation de substances comme les opioïdes, les psychostimulants (ex. crack, crystal meth) ou l'alcool accroît les risques associés à l'itinérance, sans toutefois en être l'unique cause. Par ailleurs, la majorité des personnes qui consomment n'ont pas de trouble mental sévère, alors qu'une proportion importante des personnes en situation d'itinérance présentant un trouble mental grave vivent aussi avec un trouble lié à l'usage de substances.

Il est donc essentiel d'ajuster les approches selon les profils des personnes rencontrées, leurs besoins spécifiques et leur degré de motivation au changement. Des stratégies différenciées sont nécessaires pour la prévention, l'intervention précoce et le traitement.

Les personnes en situation d'itinérance avec trouble mental font face à un double piège. La maladie psychiatrique entrave l'accès aux ressources existantes (santé, hébergement), que ce soit en raison de désorganisation, de méfiance, ou autre. L'absence de ressources aggrave les conditions de santé mentale et physique et entraîne des ruptures dans les trajectoires de soins, de l'insécurité alimentaire et de l'instabilité résidentielle. Elle est associée à un risque accru de victimisation et de judiciarisation.

L'approche Housing First (Logement d'abord) est une stratégie éprouvée offrant un accès immédiat et inconditionnel à un logement permanent et autonome aux personnes en situation d'itinérance, notamment celles avec des besoins complexes (santé mentale, dépendances). Elle mise sur un soutien communautaire intensif et personnalisé pour favoriser le rétablissement et la stabilité, sans exiger de sobriété ou de traitement préalable. Des équipes multidisciplinaires offrent un suivi flexible, allant de la gestion de cas intensive au suivi intensif dans le milieu (SIM) 24h/24 et 7j/7.

Dans ce contexte, il importe de rappeler que les psychiatres ne traitent pas « les gens dans la rue », mais plutôt que les équipes de santé mentale « vont vers » les personnes dont la désorganisation secondaire et l'état psychiatrique sont devenus trop sévères pour leur permettre d'en sortir sans interventions de proximité dans les milieux qu'ils fréquentent. L'intervention psychiatrique ne constitue pas à elle seule une solution à l'itinérance, mais elle joue un rôle essentiel dans certains parcours. Elle permet de stabiliser des états de désorganisation psychique qui compromettent l'accès ou le maintien dans les ressources, le logement et les soins. Dans ces situations, le traitement psychiatrique ne doit pas être vu comme une étape préalable, mais comme un levier intégré, agissant de concert avec les interventions sociales et communautaires. Restaurer un certain équilibre mental, réduire la détresse ou améliorer le fonctionnement peut permettre aux autres formes de soutien de porter fruit simultanément, dans une approche globale et intégrée.

Sans intervention structurée et intégrée, le système entretient cette spirale. L'itinérance est prolongée et les problèmes psychiatriques accentués, sans issue possible.

Responsabilité professionnelle

L'AMPQ reconnaît que la responsabilité partagée du réseau de la santé et des services sociaux est d'offrir des soins psychiatriques adaptés et accessibles aux personnes en situation d'itinérance. Les psychiatres font partie du "réseau qui doit aller vers" plutôt que d'uniquement recevoir au sein de l'établissement.

Les psychiatres doivent contribuer activement à la planification populationnelle des services en santé mentale, en lien avec les réalités locales. Cela implique de coconstruire des trajectoires intégrées avec les organismes communautaires et les autres partenaires, soutenir les équipes de première ligne, participer à des modèles éprouvés scientifiquement et défendre une implantation équitable des services là où les besoins sont les plus criants.

Responsabilité partagée avec d'autres acteurs

Évidemment, ce n'est pas le psychiatre seul qui a la solution au problème d'itinérance. Toutefois, une approche flexible et sensible aux réalités vécues par les personnes en situation d'itinérance, une meilleure connaissance des ressources disponibles (communautaires, institutionnelles, etc.) permet d'offrir des soins plus adaptés et plus efficaces dans le cadre d'une approche interdisciplinaire et systémique, tenant compte des déterminants sociaux de la santé, des barrières d'accès et des obstacles à l'engagement dans les soins et qui inclue le réseau de la personne et les ressources de l'environnement dans la communauté.

Pour les personnes en situation d'itinérance vivant avec des troubles psychiatriques, les trajectoires de sorties d'itinérance nécessitent le travail coordonné de plusieurs acteurs:

- les premiers répondants y compris les travailleurs de rue;
- les services de police (notamment les patrouilles mixtes);
- les organismes communautaires d'accueil;
- les services d'hébergement d'urgence et de transition;
- des intervenants cliniques et psychosociaux pour stabiliser la condition mentale et préparer le terrain pour la sortie d'itinérance (papiers d'identité, revenu, recherche de logement et référence pour suivi psychiatrique et soutien psychosocial une fois logé);
- des organismes qui offrent de l'hébergement supervisé, du logement subventionné ou des subventions au logement et qui peuvent offrir le soutien à l'intégration et au maintien en logement;
- les services pour la santé physique;
- les services en dépendances (communautaires et institutionnels);
- les acteurs de la sécurité publique et du système judiciaire;
- les acteurs des paliers gouvernementaux au niveau municipal et provincial.

Les psychiatres ne peuvent accomplir le travail seuls, mais sont souvent un maillon essentiel au succès de la trajectoire de sortie d'itinérance.

Constats majeurs²

L'itinérance fait partie d'une trajectoire, ce n'est pas un événement, encore moins une caractéristique de la personne. Elle naît souvent de ruptures prévisibles : fin de placement jeunesse, perte de logement, congé d'hospitalisation en psychiatrie, sortie de détention. Conclusion : on peut la prévenir, mais le repérage du risque est peu systématisé.

Les solutions existent, mais elles ne sont pas mises à l'échelle. Les approches Logement d'abord (Housing First), les modèles d'hébergement transitoire avec accompagnement (SRI), les approches en réseau incluant les institutions de santé et services sociaux et les partenaires communautaires, tel que PRISM (Laliberté 2022, Soufi 2023), RIPAJ-EQIIP SOL (Morisseau-Guillot 2020, Doré-Gauthier 2019, Doré-Gauthier 2020, Todesco 2025), les équipes de liaison, ont déjà fait leurs preuves et dans plusieurs cas montré leur efficacité. Ainsi, les innovations existent et fonctionnent, il faut les déployer.

La clé, c'est l'intégration des services santé-logement-soutien communautaire. Les modèles qui fonctionnent combinent :

- accès rapide et facilité au logement, aux soins et services (réduction des barrières administratives);
- continuité des soins et services;
- accompagnement communautaire;
- approche intégrée en partenariat.

L'itinérance coûte cher et l'inaction encore davantage. Une personne en situation d'itinérance génère environ \$50 000 à 75 000 \$ de coûts divers par année, selon plusieurs études. Les approches structurées de soutien résidentiel avec soutien (SRA) sont efficaces et rentables du point de vue des dépenses publiques, alors que les approches de prévention sont encore plus efficaces. La prévention et la résolution de l'itinérance sont des choix non seulement humainement nécessaires, mais aussi économiquement rationnels pour la société.

² En 2025, l'AMPQ a réuni plus de 200 acteurs du réseau de la santé et des services sociaux à travers le Québec, issus des milieux cliniques, institutionnels et communautaires ainsi que de la recherche, dans le cadre d'une journée de formation interdisciplinaire. Clôturée par le ministre responsable Lionel Carmant, cette journée a permis de dégager plusieurs constats majeurs.

La position de l'AMPQ

L'AMPQ estime que la réponse à l'itinérance doit reposer sur trois leviers structurants.

1. **LEVIER 1 — D'abord, le logement, au même titre que la santé, doit être reconnu comme un droit fondamental pour tous**, non seulement comme une condition de rétablissement, mais comme un prérequis à la dignité et à la santé, et l'investissement public doit être protégé de ses effets pervers. Si les programmes de soutien au logement (PSL) constituent un outil important, leur efficacité est limitée dans un marché locatif spéculatif. L'AMPQ appuie des modèles qui sécurisent l'investissement public, notamment par le développement de logements hors marché privé, la mixité des projets et l'accès à des mesures de soutien avant la perte du logement, plutôt qu'en réaction à l'itinérance déjà installée.
2. **LEVIER 2 — La prévention de l'itinérance doit devenir un principe directeur des politiques publiques.** L'entrée en itinérance est largement associée à des transitions à risque mal préparées, notamment à la sortie des centres jeunesse, des établissements carcéraux et des hospitalisations. L'AMPQ soutient une approche systématique de prévention, incluant l'identification précoce des personnes à risque et des mécanismes obligatoires de préparation et d'accompagnement lors de ces transitions. Une sortie « à la rue » ou vers un refuge ne devrait pas être une option envisageable ou proposée par les soignants/intervenants. Évidemment, il est du droit de la personne de refuser un service, mais il est un devoir du RSSS et autres institutions gouvernementales de proposer de l'aide et des solutions pour sortir de l'itinérance. Par ailleurs, tout contact avec une porte d'entrée dans le système de santé et services sociaux devrait être une opportunité de détection des personnes à risque d'itinérance; une approche systématique de dépistage devrait être intégrée dans les processus d'aiguillage (triage). Dans le même ordre d'idées, tout contact avec le RSSS (consultation psychosociale, médicale, incluant à l'urgence ou durant l'hospitalisation) doit être une opportunité de sortie de l'itinérance.
3. **LEVIER 3 — La sortie durable de l'itinérance repose sur un continuum de soins et de services intégrés**, incluant un accompagnement en logement adapté à la complexité clinique et sociale des personnes. Des modèles comme PRISM et les logements avec soutien intégré sont associés à des résultats positifs, mais demeurent inégalement accessibles. L'AMPQ soutient l'élaboration d'un panier de services structurant pour les personnes en situation d'itinérance présentant des troubles mentaux, incluant le repérage, l'accès aux soins psychiatriques, l'accompagnement communautaire et le logement avec soutien. Dans ce panier de services, l'AMPQ soutient également des soins mieux intégrés pour les troubles liés à l'usage de substances.

L'AMPQ rappelle que la judiciarisation ne peut constituer une réponse par défaut aux besoins en santé mentale chez les personnes en situation d'itinérance. Réduire le recours aux trajectoires judiciaires et améliorer l'accès précoce aux soins et aux services de proximité est à la fois une exigence clinique, éthique et populationnelle. En cas de judiciarisation, les services tels les Programmes d'accompagnement justice et santé mentale (PAJ-SM) ou Trajectoire Justice Santé mentale (TJSM) doivent être préconisés et une collaboration doit être instituée avec l'équipe de santé mentale. Ces Programmes (tels PAJ-SM, TJSM, PAJ-SMID, IMPAC, etc.) visent à offrir un traitement judiciaire adapté à la réalité des personnes qui présentent des vulnérabilités de santé mentale afin d'élaborer un plan d'intervention qui permet de favoriser sa réinsertion sociale.

L'AMPQ se positionne comme un partenaire engagé dans la coconstruction de solutions durables, en collaboration avec les organismes communautaires, et l'ensemble des paliers gouvernementaux. Le défi n'est plus d'identifier les

solutions, mais de créer les conditions permettant leur déploiement équitable, cohérent et à grande échelle, au bénéfice des personnes les plus vulnérables et de la collectivité.

Engagements de l'AMPQ

1. Définir un panier de services pour les personnes en situation d'itinérance souffrant d'un trouble mental, réaliste selon les capacités du réseau;
2. Travailler activement à faire connaître ce panier à Santé Québec et promouvoir son intégration dans les services offerts sur le terrain;
3. Plaidoyer pour une plus grande imputabilité des directions de santé mentale et dépendance (DSMD) en ce qui concerne une organisation de services mieux intégrés pour les soins en santé mentale, en dépendance et en itinérance;
4. Améliorer la littératie de nos membres sur les enjeux logement-santé mentale-justice;
5. Soutenir la dissémination des pratiques innovantes et efficaces en matière de services psychiatriques auprès des personnes en situation d'itinérance;
6. Fournir des outils de plaidoyer (advocacy) pour soutenir les interventions locales, l'obtention de ressources dédiées et la mise en place de partenariats;
7. Favoriser la collaboration proactive avec les organismes communautaires et les acteurs intersectoriels;
8. Plaidoyer pour l'obtention d'une gamme de logements adaptés aux besoins des clientèles en situation d'itinérance ayant des enjeux de santé mentale allant d'appartements autonomes avec suivi communautaire subventionné, appartements supervisés, foyers de groupe, autres types de résidences intermédiaires, etc.;
9. Porter cet enjeu auprès de tous les partis politiques dans le cadre des élections provinciales de 2026 et par la suite afin de le positionner comme une priorité gouvernementale.
10. Sensibiliser et mobiliser les acteurs municipaux et fédéraux autour des enjeux d'itinérance et de santé mentale afin de soutenir une réponse concertée, durable et adaptée aux besoins de cette population.

Constat de l'AMPQ

L'AMPQ reconnaît la gravité de la crise actuelle en itinérance et la nécessité d'une mobilisation intersectorielle, durable et structurée. Elle affirme que les psychiatres ont un rôle incontournable à jouer, non seulement par leur expertise clinique auprès des personnes vivant avec des troubles mentaux graves et concomitants, mais aussi dans la planification des approches populationnelles, le soutien aux équipes communautaires, la coordination des trajectoires de soins et l'implantation de modèles innovants éprouvés sur le terrain (tels que PRISM, RIPAJ-EQIIP SOL, Logement d'Abord (Housing First), etc.). En tant que médecins spécialistes, ils sont aux premières loges pour prévenir, repérer, accompagner et contribuer activement à sortir les personnes de l'itinérance et soutenir les partenaires qui collaborent à ces actions.

L'itinérance n'est pas un échec individuel, c'est un échec collectif. Et c'est collectivement qu'on peut y mettre fin.

Références :

- Abdel-Baki, A., Morisseau-Guillet, R., Côté, H., Deschênes, J.-M., Doré-Gauthier, V., Levesque, I.S. (2021). Why and how should we care about homeless youth suffering from severe mental illnesses? Dans M. João, A.V. Castaldelli-Mala, & D. Bhugra (Eds.), *Homelessness and mental health*. Oxford Cultural Psychiatry series. Oxford University Press. 339–364. <https://doi.org/10.1093/med/9780198842668.003.0024>
- Barry, R., Anderson, J., Tran, L., Bahji, A., Dimitropoulos, G., Ghosh, S. M., ... & Seitz, D. (2024). Prevalence of mental health disorders among individuals experiencing homelessness: a systematic review and meta-analysis. *JAMA psychiatry*, *81*(7), 691-699.
- Brown, R. T., Evans, J. L., Valle, K., Guzman, D., Chen, Y. H., & Kushel, M. B. (2022). Factors associated with mortality among homeless older adults in California: the HOPE HOME study. *JAMA Internal Medicine*, *182*(10), 1052-1060.
- Caton, C.L., 1995. *Mental health service use among homeless and never-homeless men with schizophrenia*. *Psychiatr. Serv.* *46* (11), 1139e1143
- Doré-Gauthier, V., Cote, H., Jutras-Aswad, D., Ouellet-Plamondon, C., & Abdel-Baki, A. (2019). How to help homeless youth suffering from first episode psychosis and substance use disorders? The creation of a new intensive outreach intervention team. *Psychiatry Research*. *273*, 603-612. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.01.076>
- Doré-Gauthier, V., Miron, J. P., Jutras-Aswad, D., Ouellet-Plamondon, C., & Abdel-Baki, A. (2020). Specialized assertive community treatment intervention for homeless youth with first episode psychosis and substance use disorder: A 2-year follow-up study. *Early Intervention in Psychiatry*, *14*(2), 203-210. <https://doi.org/10.1111/eip.12846>
- Hoang, P. M., Samra, R. A., van Ballegoie, C., Whaley, C. R. J., Huang, Y. Q., Ghosh, M., Duong, V., Kokorelias, K., Alston, J., & Rochon, P. (2025). Risk factors and circumstances associated with homelessness in older adults: A scoping review of quantitative and qualitative studies. *The Gerontologist*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1093/geront/gnaf307>
- Laliberté V, Roussel-Bergeron D, Latimer EA, Farmer O. PRISM: A Shelter-Based Partnership for People Experiencing Homelessness and Severe Mental Illness. *Psychiatr Serv.* 2022 Apr 1;73(4):467-469. doi: 10.1176/appi.ps.202000682. Epub 2021 Aug 4. PMID: 34346731.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2026). Dénombrement des personnes en situation d'itinérance visible au Québec. Rapport de l'exercice du 2026. Gouvernement du Québec.
- Ministère du Logement, de l'Infrastructure et des Collectivités. (2024). *Tout le monde compte 2022 – Instantané de données sur l'itinérance : santé mentale, consommation de substances et itinérance au Canada*. Gouvernement du Canada. <https://logement-infrastructure.canada.ca/alt-format/pdf/homelessness-sans-abri/reports-rapports/mental-health-substance-use-sante-mentale-consom-substances-fr.pdf>
- Morisseau-Guillet, R., Aubin, D., Deschenes, J. M., Gioia, M., Malla, A., Baucó, P., Dupont, M. E., & Abdel-Baki, A. (2020). A promising route towards improvement of homeless young people's access to mental health services: The creation and evolution of an outreach service network in Montréal. *Community Mental Health Journal*, *56*(2), 258-270.
- Odd, M., & Erfani, A. (2023). Homelessness in the District of Nipissing of Ontario, Canada before, at the onset and during the COVID-19 pandemic: A trend analysis (2018–2021). *BMC Public Health*, *23*. <https://doi.org/10.1186/s12889-023->
- Soufi G, Voisard B, Latimer EA, Matai L, Moodie EEM, Laliberté V. Benefits of the PRISM Shelter-Based Program for Attainment of Stable Housing and Functional Outcomes by People Experiencing Homelessness and Mental Illness: A Quantitative Analysis. *Can J Psychiatry*. 2023 Oct;68(10):745-754. doi: 10.1177/07067437231162494. Epub 2023 Mar 20. PMID: 36938661; PMCID: PMC10517648.
- Stafford, A., & Wood, L. (2017). Tackling health disparities for people who are homeless? Start with social determinants. *International journal of environmental research and public health*, *14*(12), 1535.
- Todesco, B; Pires De Oliveira Padilha, P; Rabouin, D; Ouellet-Plamondon, C; Jutras-Aswad, D; Abdel-Baki, A. (2025). Addressing the complex needs of homeless youth with early psychosis and comorbid substance use: A naturalistic longitudinal study of 10 years' experience with EQIIP SOL's specialized outreach service. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *60*(8), 1943-1955. DOI: 10.1007/s00127-025-02875-7.