

**Vers une vision renouvelée des services en dépendance au Québec
pour une société plus juste et inclusive.**

**Réflexion critique basée sur les travaux de recherche menés à l'Institut universitaire sur les
dépendances (IUD)**

MÉMOIRE COLLECTIF

Dans le cadre de la consultation du Gouvernement du Québec en vue de l'élaboration des
prochaines orientations en matière de santé mentale, d'itinérance et de dépendance

Par un regroupement de chercheurs et chercheuses affiliés à l'IUD :

Karine Bertrand

Directrice scientifique de l'Institut universitaire sur les dépendances (IUD)
Chercheuse dans les équipes du RISQ et de l'ICRIS-CRISM et professeure au Département des
sciences de la santé communautaire, Université de Sherbrooke

Natacha Brunelle

Directrice scientifique du RISQ
Chercheuse à l'IUD et professeure en Psychoéducation, UQTR

Jorge Flores-Aranda

Chercheur à l'IUD et dans les équipes du RISQ et de l'ICRIS-CRISM
Professeur à l'École de travail social

Chantal Plourde

Chercheuse à l'IUD et dans l'équipe du RISQ
Professeure en Psychoéducation, UQTR

et 42 cosignataires (voir en annexe)

Avec l'appui à la rédaction d'Abdelhakim Missoum,
doctorant à l'Université de Sherbrooke et affilié à l'IUD

12 juin 2026

Préambule

Dans le cadre de la démarche de consultation du Gouvernement du Québec afin d'influencer les prochaines orientations en matière de santé mentale, dépendance et itinérance, nous avons mobilisé un collectif composé de chercheurs et de chercheuses provenant de diverses universités et établissements et affiliés à l'Institut universitaire sur les dépendances (IUD). L'IUD a pour mission de développer des connaissances dans le domaine des dépendances et d'accompagner, par le biais de la recherche, les milieux de pratique en vue de favoriser le co-développement d'interventions et de services qui répondent aux besoins des personnes qui utilisent des substances psychoactives (SPA), des jeux de hasard et d'argent (JHA) et internet. Avec l'appui des fonds de recherche du Québec, secteur société et culture, les chercheurs et chercheuses affiliés à l'IUD mènent des études en partenariat avec des intervenants et gestionnaires provenant du réseau de la santé et des services sociaux tout comme des milieux communautaires. Leurs travaux portent sur l'ensemble du continuum d'intervention en dépendance (prévention, intervention précoce, réduction des risques et des méfaits, traitements spécialisés, soutien aux membres de l'entourage). L'IUD rassemble des chercheurs et chercheuses provenant de nombreuses disciplines et universités et mobilise au sein de sa gouvernance des membres qui assument la direction scientifique d'équipes de recherche en partenariat abordant les dépendances. L'équipe de recherche du RISQ, *Recherche et intervention sur les substances psychoactives* (financement FRQ-SC), dirigée par Natacha Brunelle, s'attarde aux aspects psychosociaux liés aux interventions et mènent de nombreux travaux en développement d'outils d'évaluation et d'intervention qui sont largement déployés au Québec. L'équipe HERMES (financement FRQ-SC), dirigée par Sylvia Kairouz, mène notamment des travaux de recherche sur les formes de jeu hybrides émergentes et à leur impact sur la vie quotidienne des individus et des communautés. L'équipe ICRIS-CRISM (financement des Instituts de recherche en santé du Canada), dirigée par Didier Jutras-Aswad, est le pôle Québec d'une initiative canadienne de recherche sur les impacts des substances psychoactives, qui mènent de nombreux travaux de développement et d'évaluation d'interventions.

Dans la continuité de la participation de plusieurs chercheurs et chercheuses de l'IUD aux consultations précédentes dans le cadre du développement du plan d'action interministériel en dépendance (PAID) 2018-2028, nous remercions le MSSS de cette nouvelle opportunité nous permettant de proposer quelques recommandations afin d'orienter les prochaines priorités en la matière. Afin d'élaborer celles-ci, nous avons convié l'ensemble des chercheurs et chercheuses de l'IUD ainsi que les membres du Conseil des partenaires de l'IUD, rassemblant des parties prenantes provenant des secteurs communautaires et du réseau de la santé et des services sociaux, afin de dialoguer autour des préoccupations, enjeux et perspectives. Il a été choisi de baser ces recommandations sur nos travaux de recherche, tout en s'assurant de bien tenir compte des préoccupations et réalités de nos partenaires impliqués sur le terrain pour enrichir nos réflexions. Plusieurs de ces partenaires déposeront aussi, de manière complémentaire, un mémoire. Soulignons également que le riche dialogue ayant eu lieu en décembre 2025, entre les membres de l'infrastructure de recherche de l'IUD et de nombreux partenaires provenant des milieux de pratique et de personnes détenant un savoir expérientiel, a contribué non seulement à alimenter notre programmation de recherche pour les prochaines années, mais aussi diverses pistes pour poursuivre l'amélioration continue de l'offre de services en dépendance au Québec. Ces pistes de réflexion alimentent également la rédaction de ce mémoire.

Soulignons enfin que ce mémoire aborde des enjeux prioritaires à soulever et qui font consensus parmi les 42 cosignataires, sans prétendre être exhaustif au regard de toutes les dimensions importantes à prendre en compte dans les prochaines orientations gouvernementales en matière de santé mentale, dépendance et itinérance.

Ainsi, notre collectif de chercheurs et chercheuses proposent diverses recommandations qui peuvent se rassembler en cinq thèmes :

- 1- Au cœur des orientations : équité, inclusion et lutte contre les inégalités sociales;
- 2- Intégration santé mentale, dépendance et itinérance : reconnaissance de l'expertise et du leadership du secteur de la dépendance et la place centrale de la collaboration;
- 3- Consolider et développer les services pour les membres de l'entourage;
- 4- La prévention et la réduction des méfaits : approches à consolider en collaboration avec le secteur communautaire;
- 5- Renforcer les capacités de recherche collaborative pour bonifier en continu les pratiques, basées sur les connaissances scientifiques.

Thème 1. Au cœur des orientations : équité, inclusion et lutte contre les inégalités sociales

Environ 90 % des personnes confrontées à des problèmes liés à leur utilisation de substances psychoactives (SPA) ne reçoivent pas de services ou de soins (SAMHSA, 2020). Cette situation est encore plus marquée chez les personnes en situation de précarité économique et sociale, qui tendent à éviter les services par crainte de stigmatisation ou parce que ceux-ci ne répondent pas à leurs besoins prioritaires liés à leurs conditions de vie, ou encore en raison de nombreux obstacles systémiques rencontrés dans leur parcours de demande d'aide (Leblanc et al., 2025; Bertrand et al., 2023; Wagner et al., 2017). L'utilisation à risque et problématique de SPA entraîne par ailleurs des conséquences accrues pour certains sous-groupes davantage stigmatisés en lien avec le genre et divers statuts minoritaires, notamment les femmes (Jauffret-Roustide et al., 2025; Pederson et al., 2014), les personnes issues de minorités sexuelles (Blanchette et al., 2024) et de genre (Bertrand et al., 2020; Cotton et al., 2024), ainsi que les personnes issues de minorités culturelles (Jegade et al., 2024; Mereish et al., 2014).

L'approche syndémique (Singer et al., 2017), développée dans le cadre de la crise du VIH, permet de comprendre que certains sous-groupes de personnes confrontées à des conditions sociales défavorables, telles que la pauvreté, la stigmatisation, le stress et la violence structurelle, sont disproportionnellement affectées par différents enjeux de santé ou troubles, qui s'aggravent les uns les autres de manière synergique. En ce sens, une récente méta-analyse montre que l'itinérance, la judiciarisation, l'usage à risque de substances psychoactives, les dépendances et les troubles de santé mentale tendent à se chevaucher. Les personnes vivant plusieurs de ces expériences associées à l'exclusion sociale font face à des conséquences accrues en matière de mortalité prématurée, de morbidité et de qualité de vie auto-rapportée (Tweed et al., 2021).

Ainsi, l'approche syndémique, qui reconnaît l'importance de l'environnement social, appuie l'importance de prendre en compte les déterminants sociaux de la santé afin d'orienter les interventions et services auprès des groupes marginalisés (Ouafik, 2022), comme c'est le cas des

personnes aux prises avec une utilisation à risque ou problématique de substances psychoactive, de jeux de hasard et d'argent et d'internet.

Dans un contexte plus large d'aggravation des inégalités sociales de santé, exacerbées par la pandémie, particulièrement pour les groupes marginalisés vivant des situations de précarité économique et sociale, au Québec comme ailleurs dans le monde (Bertrand et al, 2020; Horton, 2020; Jauffret-Roustide et al., 2022), il nous paraît crucial de guider les orientations entourant les services en dépendance, itinérance et santé mentale au Québec sur un principe de justice sociale. Ce principe est au cœur même de la définition de l'approche de réduction des méfaits (Denis-Lalonde et al., 2019), approche qui est à soutenir et consolider dans le prochain plan d'action, comme nous l'aborderons plus loin. D'ailleurs, lors du forum scientifique de l'IUD s'étant tenu en décembre 2025, le principe de justice sociale a été retenu, de manière consensuelle, comme devant être au cœur de l'orientation de notre programmation de recherche. Ces réflexions et priorités de recherche sont en cohérence avec le positionnement des Fonds de recherche du Québec qui a élaboré un plan d'action de développement durable 2025-2028 (FRQ, 2025) qui soutient la recherche contribuant à l'atteinte des objectifs de développement durable des Nations Unies, dont la réduction de la pauvreté et des inégalités sociales de santé.

RECOMMANDATION 1.1 Réduire les inégalités sociales de santé et principe de justice sociale

Ces constats entourant l'importance de l'équité, de l'inclusion et de la lutte contre les inégalités sociales de santé nous amènent à formuler une première recommandation :

1.1 Inclure dans les principes directeurs du prochain plan d'action en dépendance, santé mentale et itinérance le principe de justice sociale et l'importance de placer au cœur des priorités la réduction des inégalités sociales de santé

Cette recommandation implique :

- Dans une perspective de concertation interministérielle, le soutien à des politiques qui favorisent l'accès à un revenu, un emploi, un logement et une éducation;
- Le renforcement des actions en promotion de la santé et en prévention universelle et ciblée;
- Une révision des politiques publiques entourant l'encadrement de l'alcool et des jeux de hasard et d'argent, des préoccupations étant soulevées concernant la publicité et l'accessibilité des produits alcoolisés et des jeux en ligne. Ces politiques devraient davantage être tournées vers les enjeux de santé publique plutôt que des considérations commerciales et économiques;
- Le soutien à des services en dépendance qui tiennent compte des déterminants sociaux de la santé, par exemple par une réponse globale et adaptée aux besoins liés à l'amélioration de leurs conditions de vie (ex. alimentation, emploi, logement) et par des stratégies visant à réduire les barrières structurelles d'accès aux services;
- Une priorité entourant la réduction de la stigmatisation des personnes marginalisées, notamment en lien avec leur utilisation de substances psychoactives, jeux de hasard et d'argent et d'internet et des problèmes associés (ex. : santé mentale, itinérance, judiciarisation);

- Une priorité visant la réduction des barrières d'accès aux services en dépendance tenant compte des obstacles supplémentaires vécus par les personnes en situation de précarité économique et sociale et par divers groupes marginalisés;
- Une contribution à la réduction de la stigmatisation des personnes aux prises avec une dépendance et de leur entourage par des campagnes de sensibilisation visant le grand public, campagne qui permettrait aussi de mieux faire connaître et de valoriser la qualité des services disponibles en ce domaine au Québec.

RECOMMANDATION 1.2 Inclusion et valorisation du savoir expérientiel

En ligne avec le principe de justice sociale et pour contribuer à la réduction des inégalités sociales et de santé, nous formulons cette 2^{ème} recommandation :

1.2 Soutenir l'inclusion et la valorisation du savoir expérientiel dans l'élaboration des politiques et des pratiques en dépendance et favoriser l'accès et l'adéquation des services par l'implication des personnes détenant un savoir expérientiel dans l'offre de services.

Les personnes confrontées à des dépendances et qui sont marginalisées tendent aussi à être exclues des démarches de recherche et de santé qui les concernent (Damon et al., 2019). La reconnaissance de leurs expertises et de leur savoir expérientiel dans la planification de politiques et des pratiques en santé publique comme en dépendance, santé mentale et itinérance a le potentiel de rehausser le respect de leurs droits et leur dignité ainsi qu'une réponse plus adaptée à leurs besoins sociaux et de santé complexes (Åkerblom et al., 2023; Jauffret-Roustide et al., 2025 ; Parent et al., 2025).

Pour ce faire, il est important d'investir sur le plan financier et en ressources humaines afin d'offrir un environnement favorable, soutenant et inclusif, qui facilite et valorise l'implication des personnes détenant un savoir expérientiel et qui prévient les risques de celle-ci, comme l'instrumentalisation ou la stigmatisation (voir la revue vulgarisée de l'IUD à ce sujet : Kamgang et al., 2026). Cette recommandation implique aussi d'inclure ce type de savoir dans les mécanismes de suivi et d'évaluation des retombées de ce plan d'action et afin de bonifier ce plan d'action en cours de route.

RECOMMANDATION 1.3 Placer en priorité les réalités des Premières Nations et Inuit

Alignés par ce principe de justice sociale et considérant les conclusions de la Commission d'enquête sur les relations entre les Autochtones et certains services publics au Québec (Commission Viens; 2019), les cosignataires de ce mémoire formule cette recommandation :

1.3 Placer au cœur des priorités les réalités des Premières Nations et Inuit (PNI) dans le cadre de l'élaboration des orientations et plans d'action en dépendance, santé mentale et itinérance

Considérant les délais serrés entourant la rédaction de ce mémoire dans le contexte de la consultation nationale du MSSS, le texte qui suit a été co-écrit par des chercheuses et chercheurs

de l'IUD qui mènent des travaux de recherche en collaboration avec des organisations et communautés autochtones. Ainsi, ce texte n'engage que ces chercheurs et l'ensemble des cosignataires qui appuient ce mémoire, également affiliés à l'IUD. Nous considérons important de souligner qu'à notre avis, les organisations et communautés autochtones devront impérativement être consultées par le MSSS de manière spécifique afin de préciser leurs orientations et les dimensions du plan d'action qui les concernent.

Dans une perspective de prise en compte de la diversité des populations, il est essentiel d'accorder une attention particulière aux réalités des Premières Nations et Inuit (PNI). Celles-ci présentent des besoins spécifiques qui varient d'une communauté à l'autre, notamment en raison des différences linguistiques, géographiques (éloignement), organisationnelles et culturelles qui influencent la santé et la consommation de même que l'accès et la prestation des services. Les structures de services en contextes autochtones se distinguent de celles des populations allochtones, ce qui nécessite d'adapter les modalités d'intervention, tant dans la conception que dans l'implantation des programmes. Un exemple éloquent est l'implantation (dont la formation) et la pérennisation du programme Sage Usage qui rencontre de nombreux enjeux en lien avec les différents paliers structuraux.

Nous sommes convaincus qu'il est impératif de sortir des cadres traditionnels afin de développer des orientations propres aux réalités autochtones, fondées sur des principes de souplesse, de respect et de sécurité culturelle. Ainsi, les communautés autochtones doivent demeurer incluses dans les orientations nationales, mais ces orientations doivent être déclinées en fonction de leurs besoins spécifiques et de la capacité d'autodétermination et d'autonomisation des PNI. Par exemple, les interventions en territoire, qui sont reconnues comme efficaces et culturellement sécurisantes, exigent des ressources matérielles, humaines et financières qui devraient être officiellement reconnues.

Dans cette optique, la participation active et le leadership des PNI doivent être placés au cœur des processus décisionnels. Cela implique leur implication réelle dans la conception, la mise en œuvre et l'évaluation des programmes en dépendance au Québec, par exemple dans le programme Sage Usage. Cette approche favorise une meilleure adéquation des interventions avec les réalités vécues et renforce la pertinence des actions mises en place. Des moyens pour faciliter et assurer cette implication doivent impérativement être réfléchis et mis en œuvre.

Par ailleurs, le renforcement de la sécurité culturelle dans les services constitue un levier essentiel pour réduire les barrières d'accès et améliorer la qualité des soins offerts aux personnes autochtones. Il est également crucial de soutenir le développement et l'évaluation d'approches autochtones en réduction des risques et des méfaits, en partenariat étroit avec les communautés et les organisations autochtones.

Il est également important de soutenir la recherche et la mobilisation des connaissances pour et avec les Premières Nations et les Inuit, en valorisant les savoirs autochtones et les approches de mieux-être ancrées dans la culture, la spiritualité, la communauté et le territoire.

Enfin, le développement des connaissances et de la formation doit intégrer une meilleure compréhension des liens entre le colonialisme et ses impacts persistants dans nos systèmes, les

traumatismes historiques et les problématiques de dépendance. Cette prise en compte permet d'appréhender plus adéquatement les réalités vécues.

En somme, si elles sont basées sur des données probantes, il est essentiel que les orientations nationales du PAID ne soient pas contraignantes dans leur application pour les PNI puisque ces mêmes données ne s'appliquent pas nécessairement à leurs réalités. Les communautés et les organisations des PNI doivent être incluses dans la définition des orientations qui les concernent et avoir accès aux ressources liées au PAID, tout en conservant leur autonomie, le contrôle sur leurs savoirs et sur les outils qu'elles contribuent à développer et leur pouvoir décisionnel quant à l'utilisation et la mise en application des ressources disponibles (p. ex. possibilité de traduire du matériel d'intervention dans la ou les langues de leur choix; contrôle et accès garanti à du matériel et à des formations qu'elles ont développées et auxquels elles ont contribué).

RECOMMANDATION 1.4 Populations prioritaires et intersectionnalité

Plusieurs populations spécifiques confrontées à des expériences accrues de discrimination ont été identifiées dans le cadre de nos consultations. Les parties prenantes ont insisté sur l'importance de mieux reconnaître ces populations comme prioritaires dans les prochaines orientations ministérielles, sans toutefois créer de nouveaux silos. De fait, les personnes peuvent se situer à l'intersection de plusieurs réalités et identités et faire face à un cumul d'obstacles pouvant compromettre leur santé et compliquer leurs parcours de services (Mereish et al., 2014; Pederson et al., 2014). Ainsi notre collectif, avant de préciser les enjeux pour diverses populations spécifiques, formule cette recommandation :

1.4 Dans le cadre de l'élaboration des politiques et des pratiques en dépendance, analyser les enjeux et les solutions propres à différentes populations discriminées, en s'appuyant sur une perspective intersectionnelle qui tient compte du genre, de l'âge, de la diversité sexuelle et de genre, de la diversité culturelle, de la neurodiversité et des conditions sociales.

Les femmes, les jeunes, les personnes âgées, les personnes autochtones, les personnes issues de la diversité sexuelle et de genre, les personnes neurodivergentes, les personnes racisées, les personnes judiciarisées, les personnes en situation d'itinérance et de précarité économique et sociale ainsi que les personnes vivant avec des besoins complexes cumulant de multiples enjeux de santé et handicaps font partie des groupes de personnes identifiées comme prioritaires dans le cadre de nos travaux. Celles-ci doivent être considérées dans une perspective intersectionnelle. L'identification des enjeux spécifiques reliées à ces populations dans les prochaines orientations ministérielles sont essentielles d'abord pour contrer l'invisibilisation de leurs besoins et réalité et ensuite pour contribuer à la réduction des inégalités sociales de santé auxquelles elles font face.

Cette recommandation implique que le MSSS puisse soutenir les gestionnaires et intervenants de notre réseau de la santé et des services sociaux et de leurs partenaires du secteur communautaire :

- En outillant les milieux afin de guider leur analyse critique de l'accès et de l'adéquation de leurs services, tenant compte des enjeux liés aux déterminants sociaux de la santé, du genre et des statuts minoritaires discriminés;
- En favorisant l'accès à des formations sur ces enjeux et au regard des pratiques adaptées et inclusives qui répondent adéquatement aux besoins de ces divers groupes spécifiques.
- En soutenant les milieux en termes de ressources financières et humaines afin d'appuyer la faisabilité de ce type d'analyse et des solutions à mettre en place.

RECOMMANDATION 1.5 Souplesse pour s'adapter aux crises et phénomènes émergents

La hausse des surdoses observée depuis la pandémie de COVID-19 ne s'est pas résorbée et même celle-ci s'accroît, malgré l'observation d'un léger fléchissement récent à l'échelle nationale (ASPC, 2025; INSPQ, 2025). Les travaux de Sylvia Kairouz (voir : www.concordia.ca/fr/recherche/chairejeu/recherche.html) montrent que l'utilisation des jeux de hasard en ligne ont augmenté en contexte de pandémie et ce de façon plus marquée chez certains sous-groupes. Les technologies numériques occupent désormais une place centrale dans la vie quotidienne de l'ensemble de la population, et les données scientifiques récentes documentent de façon croissante leurs conséquences sur la santé mentale et le bien-être. Les médias sociaux et les jeux vidéo, en particulier, sont associés à un large éventail de méfaits documentés chez les jeunes, notamment des symptômes dépressifs et anxieux, des perturbations du sommeil, une diminution des performances scolaires, des difficultés relationnelles et des comportements de cyberintimidation (Dufour, 2024). Par ailleurs, les données de la Direction régionale de santé publique de Montréal révèlent que le phénomène dépasse la seule clientèle jeunesse, les personnes de 65 ans et plus présentant également un taux préoccupant d'utilisation intensive des écrans (Biron et al., 2025). L'émergence de l'intelligence artificielle générative soulève de nouvelles questions quant au risque de développement de nouvelles formes de dépendance comportementale, pour lesquelles aucun cadre diagnostique ni thérapeutique n'est encore établi (Kooli et al., 2025).

Ce portrait préoccupant s'inscrit dans un contexte marqué par des inégalités sociales de santé qui se sont aggravées depuis la pandémie, en particulier pour les groupes marginalisés en situation de précarité économique et sociale au Québec comme ailleurs dans le monde (Jauffret-Roustide et coll., 2022; Horton, 2020). Par exemple, le Québec fait face à une crise du logement qui affectent de manière plus marquée certains sous-groupes de la population, comme les personnes ayant un plus faible revenu, accentuant la vulnérabilité de certains groupes discriminés tels que les femmes confrontées à de la violence conjugale (Roussafi, 2025).

Plus largement, nous vivons dans un monde marqué par des crises de plus en plus fréquentes, considérant les enjeux climatiques, sanitaires et humanitaires vécus. Ce contexte plus large vient contribuer aux changements parfois rapides sur le plan par exemple des habitudes de consommation de substances et de jeux de hasard et d'argent et influence la dangerosité des substances disponibles sur le marché illégal notamment. Face à ces crises qui accentuent les inégalités sociales de santé et considérant les phénomènes émergents dans le domaine des dépendances, notre collectif a souhaité ajouter cette recommandation :

1.5 Assurer une plus grande souplesse institutionnelle et soutenir les milieux d'intervention afin de favoriser des réponses adaptées et rapides en contexte de crise et afin de faire face aux phénomènes émergents.

Cette recommandation implique :

- De tirer des leçons liées à l'expérience vécue en contexte de pandémie en concertation avec les différents ministères concernés et de mettre à jour les planifications pour faire face à de futures crises en considérant les impacts de ces crises encore plus accentués pour les personnes aux prises avec des dépendances et en situation de précarité économique et sociale;
- Affirmer le caractère essentiel des services de réduction des méfaits en dépendance et itinérance dans de tels contextes de crise qui mettent sous pression les services sociaux et de santé et identifier les enjeux et solutions afin de prévenir toute rupture de services pour ces personnes en situation de vulnérabilité.
- Mettre en place des mécanismes de suivi et de bonification du plan d'action afin d'assurer une souplesse dans les orientations ministérielles, permettant de s'adapter aux crises et phénomènes émergents
- Considérant les enjeux actuels en termes de crises et de phénomènes émergents, que la crise des surdoses et les enjeux liés aux technologies numériques soient reconnus comme des priorités à part entière dans le cadre du Plan d'action interministériel en dépendances, afin de soutenir le développement des connaissances et le déploiement d'interventions adaptées.

Thème 2. Intégration santé mentale, dépendance et itinérance : reconnaissance de l'expertise et du leadership du secteur de la dépendance et la place centrale de la collaboration

Les personnes qui présentent des troubles concomitants de santé mentale et de dépendance, tout comme les personnes en situation d'itinérance, au Québec comme ailleurs dans le monde, tendent à être confrontées à des services fragmentés qui compromettent l'accès et l'adéquation de l'aide

offerte (Alunni-Menichini et al., 2020; Perreault et al., 2020; Butler et al., 2022). La nécessité de mettre en place des collaborations interdisciplinaires et intersectorielles fait consensus.

Le secteur communautaire joue un rôle clé dans le développement de collaborations intersectorielles favorisant l'équité en santé (Bilodeau et al., 2019; Fontaine et al., 2024). Toutefois, de nombreux obstacles persistent, notamment en lien avec les rapports de pouvoir, le sous-financement, les financements en silos, la reconnaissance des expertises communautaires et des mécanismes de collaboration peu formalisés (Bilodeau et al., 2019; Fontaine et al., 2024; Parent et al., 2025). Des conditions d'efficacité de l'action intersectorielle ont néanmoins été identifiées incluant : l'inclusion de la diversité des points de vue sur la situation; la participation précoce; l'engagement des parties prenantes dans un rôle de négociation et d'influence sur les décisions; l'égalisation des rapports de pouvoir; et la co-construction de l'action collective (Bilodeau et al., 2019).

Ainsi, il apparaît essentiel pour notre collectif de soutenir les approches collaboratives, qui impliquent notamment le secteur communautaire qui a la force de rejoindre des populations dites « cachées », plus éloignées des services, et ce, tant en prévention qu'en réduction des méfaits. En plus de contribuer à une réponse plus complète aux besoins des personnes, tenant compte de leurs conditions sociales, ce secteur favorise l'accès aux services du réseau de la santé et des services sociaux par des pratiques de collaboration intersectorielles et de par leur accompagnement.

Par ailleurs, pour notre collectif, il est important de soutenir une vision intégrée de l'offre de services en dépendance, santé mentale et itinérance et cette orientation du MSSS dans le cadre de ses travaux en cours nous paraît prometteuse, **en autant qu'elle préserve les spécificités et expertises des secteurs concernés dont celui de la dépendance**. La collaboration demeure le principe qui doit demeurer au cœur des actions. Contandriopoulos et al.. (2003) éclairent la compréhension de différentes formes d'intégration pouvant être mises en place dans le système de santé et de services sociaux. Selon nous, l'intégration clinique, qui favorise le travail interdisciplinaire, doit être favorisée et soutenue. De même, l'intégration normative, qui permet de partager des valeurs et des représentations communes, est également une dimension importante qu'il faut faciliter. Aussi, l'intégration des systèmes, qui favorise des trajectoires de services cohérentes tout au long du continuum de soins, allant de la prévention jusqu'à la réduction des méfaits et au traitement, est nécessaire. Les soutiens du MSSS à des initiatives comme le Centre d'expertise et de collaboration en troubles concomitants (CECTC) et à des activités de formation croisées (Perreault et al., 2020) sont des exemples concrets d'appuis qui soutiennent cette visée d'intégration basée sur la collaboration interdisciplinaire et intersectorielle. Cette perspective pourrait aussi ouvrir une réflexion sur la contribution de certaines approches complémentaires à une offre de services en dépendance plus globale et mieux coordonnée. Il s'agit de pratiques utilisées en soutien aux soins usuels plutôt qu'en remplacement de celles-ci, lorsqu'elles sont pertinentes pour les personnes concernées et encadrées de façon sécuritaire, dans le respect des champs d'expertise de chacun.

En ce qui a trait à l'intégration fonctionnelle, qui peut impliquer des structures communes de financement, d'information et de gestion, certaines préoccupations sont soulevées. Malgré l'ampleur des coûts socio-économiques liés aux dépendances, ce secteur de la santé demeure sous-financé. Pourtant, ce secteur est très mobilisé et de belles expertises de recherche, de gestion et de

clinique y sont développées. Dans le cadre d'une réforme de systèmes de gouvernance, il existe des risques de perdre des financements spécifiques et des expertises. Nous pensons au contraire que cette visée d'intégration devrait permettre de mieux reconnaître les expertises développées et les besoins propres au champ de la dépendance, tout comme les services essentiels à consolider. Considérant la faible proportion des personnes qui sont à risque ou qui présentent une dépendance qui consultent les services, notamment en lien avec la stigmatisation, et considérant les obstacles rencontrés par les personnes qui recherchent de l'aide au cours de leur parcours de services, l'expertise en dépendance devrait être consolidée, valorisée et étendue dans l'ensemble du réseau de la santé et des services sociaux et secteurs partenaires. Le maintien et le développement de cette expertise sont d'autant plus importants dans le contexte où plusieurs personnes consultées ont souligné le roulement élevé du personnel, la mobilité des gestionnaires et l'arrivée de personnes provenant d'autres secteurs, parfois sans formation suffisante en dépendance. Cette situation peut entraîner une application inadéquate de modèles issus d'autres domaines, notamment de la santé mentale, sans adaptation aux réalités de la dépendance. Elle fragilise aussi la qualité des services spécialisés, car les équipes doivent constamment former de nouvelles personnes tandis que les personnes usagères de services changent fréquemment d'intervenant ou d'intervenante.

Ces enjeux nous mènent à formuler ces recommandations :

2.1 Soutenir la collaboration interdisciplinaire et intersectorielle entre les secteurs de la dépendance, santé mentale et itinérance, sans imposer une fusion administrative et en s'assurant de préserver l'expertise et le leadership du secteur de la dépendance

2.2 Soutenir adéquatement le secteur communautaire en dépendance, en termes d'ampleur de financement et de pérennité et sur le plan de leur autonomie, conditions nécessaires à la mise en place de collaborations efficaces entre le réseau de la santé et des services sociaux et le secteur communautaire

2.3 Consolider une approche populationnelle de la santé basée sur le principe du « *No wrong door* » ou « Chaque porte est la bonne », qui favorise l'accès aux services en dépendance peu importe d'où origine la demande d'aide et qui reconnaît l'importance de l'intervention de proximité et de la collaboration intersectorielle

2.4 Placer en priorité la formation et la supervision dans le domaine des dépendances, incluant l'ensemble du continuum de services, tant pour les intervenants et gestionnaires du réseau de la dépendance que pour les partenaires avec qui ce secteur collabore, dans le réseau public comme dans les milieux communautaires.

En lien avec cette dernière recommandation, il a été proposé de renforcer la formation continue en dépendance, y compris pour les personnes intervenantes qui ne relèvent pas d'un ordre professionnel. Des formations obligatoires ou un répertoire structuré de formations pourraient être développés sur les dépendances, la santé mentale, l'itinérance et divers enjeux associés, tenant compte de l'importance des inégalités sociales de santé et des enjeux vécus par divers groupes discriminés. Ces formations pourraient aussi inclure des repères sur la collaboration interdisciplinaire avec des personnes professionnelles issues de champs de pratique complémentaires, lorsque ces approches sont pertinentes pour les personnes concernées, en portant une attention particulière à la clarification des rôles, aux limites de pratique, aux mécanismes de référence, à la protection du public ainsi qu'aux obligations légales et déontologiques propres à chaque groupe professionnel. Cette réflexion s'inscrit d'ailleurs dans des préoccupations

contemporaines au Québec, comme l'illustre un récent rapport d'ETMIS-SS produit par le CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal (Lai et al., 2024).

Par ailleurs, un consensus important s'est dégagé autour de l'importance de la relation de confiance entre la personne usagère de service et la personne qui intervient auprès d'elle, en termes d'efficacité des interventions. Alors que la contribution majeure de cette alliance pour expliquer le changement en intervention est solidement appuyée empiriquement (Flückiger et al., 2020; Wong et al., 2024), les exigences administratives et indicateurs de performance semblent peu alignés avec celle-ci. Les parties prenantes consultées dans le cadre de ce mémoire ont souligné que plusieurs usagers et usagères de services, notamment celles vivant avec des besoins complexes, des trajectoires de précarité, des expériences de judiciarisation ou de trauma, ont besoin de temps pour établir un lien de confiance avec une personne intervenante et avec les organismes et établissements de santé. Or, les exigences administratives actuelles entrent souvent en contradiction avec cette réalité. Les indicateurs de performance reposent fréquemment sur le nombre de rencontres, les délais d'évaluation, l'ouverture ou la fermeture de dossiers plutôt que sur la qualité du lien, la continuité relationnelle ou la capacité réelle à répondre aux besoins des personnes. Par exemple, certaines exigences obligent à évaluer rapidement une personne, mais celle-ci peut ensuite rester sur une liste d'attente pendant plusieurs mois. De même, l'allocation des ressources en fonction du nombre d'ouvertures de dossiers peut encourager la fermeture prématurée de dossiers même lorsque les besoins persistent.

Ainsi, ces constats portent à formuler cette recommandation complémentaire :

2.5 Que le MSSS élabore avec les milieux concernés des indicateurs de suivi des services offerts dans le RSSS plus sensibles aux réalités cliniques, notamment pour les personnes ayant des trajectoires au long cours et des besoins sociaux et de santé complexe. Ces indicateurs devraient reconnaître l'importance du temps nécessaire à la création d'un lien de confiance et des pratiques visant à réduire les ruptures de services et favorisant la continuité entre les épisodes de services ainsi que l'accès et la qualité des soins.

Par ailleurs, tant au Forum scientifique de l'IUD que lors de la consultation, plusieurs ont insisté sur la nécessité de dépasser une lecture des besoins limitée aux trois catégories, i.e. santé mentale, dépendance et itinérance. Les personnes concernées vivent souvent des réalités beaucoup plus complexes: douleur chronique, traumatismes, déficience intellectuelle, troubles neurodéveloppementaux, enjeux de santé physique, ITSS, judiciarisation, pauvreté, isolement social ou précarité résidentielle, enjeux liés à parentalité et à la périnatalité.

Les services devraient donc adopter une approche holistique, centrée sur la personne dans son ensemble, plutôt que sur un problème isolé. Cette approche implique de tenir compte de la qualité

de vie, des aspirations, des forces, des ressources, du contexte social et des besoins multiples des personnes. Cette réflexion rejoint plus largement les définitions contemporaines de la santé intégrative, qui comprennent la prise en compte de la personne dans sa globalité, la coordination des approches conventionnelles et complémentaires, les données probantes, les préférences des personnes et la collaboration entre les personnes professionnelles (NCCIH, 2026; Rosenthal et al., 2014).

Il a été proposé de s'inspirer des approches orientées vers le rétablissement en santé mentale, tout en les adaptant au champ de la dépendance. Les composantes jugées pertinentes incluent : l'approche centrée sur la personne, la reconnaissance du savoir expérientiel, la participation active des personnes concernées, la prise en compte des forces et l'attention portée aux conditions de vie.

De plus, l'accès aux services a été identifié comme un enjeu majeur. Il ne suffit pas que les services existent : encore faut-il que les personnes puissent y entrer facilement, y revenir après une interruption et être accompagnées sans devoir recommencer constamment leur parcours.

Les personnes consultées ont évoqué la nécessité de simplifier les processus d'évaluation, de réduire les barrières administratives, de faciliter les retours dans les services, et de créer des trajectoires plus souples. Il a été souligné qu'une attention particulière devrait être portée aux personnes dont les parcours sont marqués par des ruptures, de la méfiance envers les institutions ou des expériences de stigmatisation.

La continuité des services devrait être pensée non seulement comme une suite d'étapes formelles, mais comme un accompagnement flexible, volontaire et adapté aux besoins réels de la personne.

L'ensemble de ces enjeux a mené à l'identification de cette recommandation additionnelle :

2.6 Adopter une approche holistique centrée sur la personne, qui valorise ses forces, sa qualité de vie et ses aspirations et qui s'appuie sur la création d'un lien de confiance avec l'équipe d'intervention tout en assurant un environnement de soins sécuritaire et inclusif

Plusieurs écrits soulignent en ce sens l'importance d'adopter une approche de réduction des méfaits plus holistique, intersectorielle et centrée sur l'amélioration de la qualité de vie, au-delà de la seule réduction des risques (Blair et al., 2024; Denis-Lalonde et al., 2019; Flores-Aranda et al., 2019; Smith et al., 2022). En outre, selon plusieurs écrits, la définition de l'approche de réduction des méfaits a évolué pour intégrer explicitement les principes de justice sociale et d'équité en santé (Denis-Lalonde et al., 2019; Jegede et al., 2024), incluant l'intégration des personnes détenant un savoir expérientiel dans la planification ou l'offre de services et la réduction des facteurs structurels de discrimination.

Ainsi, pour répondre plus adéquatement aux besoins des personnes aux prises avec des besoins sociaux et de santé complexe, confrontées à une dépendance ou à risque de l'être, nous proposons aussi cette recommandation :

2.7. Intégrer une approche de réduction des méfaits de manière transversale dans les services de dépendance, santé mentale et itinérance, basée sur une approche holistique et intersectorielle, centrée sur l'amélioration de la qualité de vie au-delà de la réduction des risques, qui respecte le rythme et l'autonomie des personnes.

Cette dernière recommandation n'exclue pas ni n'est en contradiction avec la pertinence d'offrir des services basés sur l'abstinence, mais soulève plutôt l'importance de l'accueil inconditionnel de la personne peu importe où elle se trouve dans son parcours tout en favorisant une réponse adaptée à son rythme et ses objectifs, ce qui implique la possibilité d'offrir un menu d'options en termes de services. Cette logique de menu d'options pourrait également inclure une réflexion sur les conditions permettant d'articuler, de manière sécuritaire et non prescriptive, certaines approches complémentaires aux services usuels, lorsque celles-ci sont souhaitées par les personnes et qu'elles respectent les standards de qualité, les limites de pratique et les expertises professionnelles en présence. Cette recommandation implique aussi qu'il faut revoir dans l'ensemble des secteurs concernés les pratiques d'exclusion des services des personnes en lien avec leurs conditions de vie et leurs habitudes de vie, dont celles liées à l'usage de substances psychoactives. La collaboration intersectorielle constitue un ingrédient essentiel pour prévenir des exclusions ou bris de services en ce contexte.

Thème 3. Consolider et développer les services pour les membres de l'entourage

Les services pour les membres de l'entourage (ME) font partie des types de services en dépendance qu'il faut consolider et même développer davantage. D'une part, nous souhaitons souligner une force du PAID 2018-2028 du MSSS qui précise explicitement que les ME font partie des clientèles de l'offre de services en dépendance, que leur proche aux prises avec une dépendance consulte ou non pour des services. Ce n'est pas le cas actuellement pour le secteur de la santé mentale. D'emblée, il nous paraît nécessaire de souligner l'importance de maintenir une offre de services pour les ME, peu importe le parcours de leur proche, qui soit axée sur leurs besoins. Par ailleurs, nous constatons que, malgré ces orientations, l'accès à des services en dépendance pour les ME varie grandement selon les secteurs ou régions. L'intégration d'un proche, un parent ou un partenaire amoureux par exemple, lors de demande de services de personnes aux prises avec une dépendance, demeure plus rarement offerte. Ces difficultés de mise-en-œuvre s'expliquent notamment par le manque de formation et de supervision pour ces dimensions spécifiques d'intervention. Par ailleurs, le temps de préparation requis pour ce type d'intervention ainsi que les démarches complémentaires de collaborations que ce type d'intervention peut susciter tendent

à être peu valorisées par les indicateurs de suivi actuels. Pourtant, nos travaux montrent clairement les effets positifs des interventions auprès des membres de l'entourage, tout comme la plus-value liée à l'inclusion des proches en intervention en dépendance (Gaudreault et al., 2022; Laventure et al., 2019; Tremblay et al., 2024).

D'ailleurs, plusieurs cosignataires, chercheurs et chercheuses à l'IUD, ont participé à un colloque portant sur ce thème, croisant leurs perspectives avec celles de personnes provenant des milieux de pratique et de ME concernées. C'est dans ce cadre que ces cosignataires proposent le texte qui suit, basé sur leurs propres travaux et échanges récents lors de ce colloque, afin de soutenir la formulation de deux recommandations.

Les membres de l'entourage (ME) des personnes aux prises avec une dépendance (p. ex. partenaires, parents, fratrie, pairs) subissent des répercussions significatives et délétères touchant l'ensemble des sphères de leur vie, notamment sur les plans de la santé physique et psychologique ainsi que sur les plans social et financier. Ces impacts découlent de l'usage problématique d'alcool, de drogues, des jeux de hasard et d'argent ou des écrans de la personne présentant une dépendance. À l'échelle nationale, cette réalité concerne des millions de personnes.

Depuis l'entrée en vigueur de la Loi visant à reconnaître et à soutenir les personnes proches aidantes (2021), les ME peuvent être reconnus comme proches aidants. En effet, malgré l'ampleur des difficultés vécues, les ME cherchent généralement à soutenir la personne présentant une dépendance afin de favoriser une trajectoire positive vers le changement ou le rétablissement. La littérature scientifique démontre d'ailleurs que l'implication des ME dans le processus de traitement est associée à une augmentation des probabilités d'atteinte des objectifs thérapeutiques (réduction ou cessation de l'usage) et au maintien des acquis à long terme.

Or, en dépit de la gravité des enjeux et de la volonté d'implication des ME, l'offre de services publics qui leur est destinée au Québec demeure embryonnaire et inégalement distribuée selon les régions administratives. Cette situation contraste avec les orientations énoncées dans le Plan d'action interministériel en dépendance 2018-2028, notamment l'orientation no 4, qui préconise l'accès à des services accessibles, de qualité et continus pour les ME. **L'intervention auprès de cette population requiert par ailleurs une expertise spécifique, combinant des connaissances en dépendance et une compréhension fine de la réalité complexe vécue par les ME.** Enfin, **il n'existe actuellement aucune instance associative dédiée à la représentation et à la défense de leurs droits, contrairement à d'autres secteurs tels que la santé mentale (p. ex. Cap santé mentale) ou la proche aide (p. ex. L'Appui), où de telles structures contribuent à porter la voix des personnes concernées auprès des décideurs publics.**

Le 13 mai 2026, plus d'une **cinquantaine de personnes** ont participé au colloque #448 de l'Acfas intitulé « Sortir les membres de l'entourage en dépendance de l'invisibilité : s'allier autour d'une force collective », organisé par Mélissa Côté et Chantal Plourde, chercheuses régulières à l'IUD. Cet événement a permis de dresser un état des lieux des services existants, tout en favorisant des échanges entre personnes chercheuses (Myriam Laventure, Marianne Saint-Jacques, Toula Kourgiantakis, Michel Perreault, Karine Gaudreault, Natacha Brunelle), intervenantes et gestionnaires du RSSS et du milieu communautaire, personnes étudiantes et une dizaine de ME

ayant un savoir expérientiel. Les discussions, notamment sous forme de panel, ont porté sur la pertinence de mettre sur pied une association spécifique dédiée aux ME en dépendance.

À l’instar d’organisations reconnues telles que la Société Alzheimer ou la Société Parkinson, les participants ont souligné la nécessité **de créer une instance capable de centraliser des informations fiables à l’intention du grand public, des ME et des personnes intervenantes, d’offrir des services de soutien par les pairs et des interventions psychosociales ainsi que d’assurer la défense des droits et des intérêts des ME**. Les échanges ont mis en évidence l’absence actuelle d’une telle structure, tout en confirmant le besoin exprimé par les ME de disposer d’un espace de rassemblement favorisant la reconnaissance et la réduction de leur isolement.

À la lumière de ces constats, deux recommandations prioritaires devraient être intégrées au prochain Plan d’action interministériel en dépendance :

3.1 Reconnaissance spécifique des membres de l’entourage (ME) : L’ampleur des besoins et le rôle essentiel joués par les ME justifient la création d’un axe distinct qui leur soit entièrement consacré dans le prochain plan d’action du MSSS.

3.2 Création d’une instance nationale de représentation : La persistance de la stigmatisation par association, la méconnaissance des ressources disponibles et l’absence de représentation spécifique en dépendance appellent à la mise en place d’une association nationale francophone dédiée aux ME afin de structurer l’offre de soutien, favoriser l’accès à l’information et assurer la défense de leurs droits.

En lien avec cette dernière recommandation, il est attendu que le MSSS puisse soutenir ces démarches portées par et pour les ME et que les actions et revendications de ce regroupement soient prises en compte dans l’évolution des orientations ministérielles et de la bonification de l’offre de services en dépendance offerts par le réseau de la santé et des services sociaux.

Thème 4. La prévention et la réduction des méfaits : approches à consolider en collaboration avec le secteur communautaire

Dans le cadre de nos échanges et consultations, les organismes communautaires ont été décrits comme des parties prenantes essentielles, notamment en raison de leur proximité avec les personnes, de leur flexibilité, de leur capacité d’innovation et de leur connaissance des besoins émergents. Cependant, ces organismes doivent constamment justifier leur pertinence, chercher du financement, répondre à des appels à projets fragmentés et adapter leurs actions à des enveloppes souvent cloisonnées par substance, problématique ou population. Il faut parfois abandonner des services appréciés qui répondent à des besoins, puisque les types de financement offerts valorisent

les nouveaux développements et l'innovation, sans placer en priorité la pérennisation de ces innovations sociales. Cette logique nuit à la stabilité des services et à la reconnaissance de leur contribution.

Devant ces constats, et considérant les enjeux liés aux inégalités sociales et de santé discutés précédemment, nous formulons cette recommandation :

4.1 Que le MSSS assure un financement stable, récurrent et à la mission pour les organismes communautaires, particulièrement ceux qui interviennent en dépendance, en réduction des méfaits, en prévention, en itinérance ou auprès de populations marginalisées. Afin de mettre en œuvre une approche populationnelle basée sur le principe du « *no wrong door* », la solidité du secteur communautaire est essentielle.

De fait, pour intervenir précocement et dans une perspective de prévention, notamment auprès des jeunes, il faut pouvoir compter sur l'expertise des milieux communautaires qui tissent des liens de confiance avec les adolescents à risque, notamment les jeunes décrocheurs, grâce à leur travail de proximité. Plusieurs de ces milieux communautaires développent aussi des liens étroits de collaboration avec des écoles, liens favorisés par la fine connaissance des enjeux locaux et des réalités vécues dans les quartiers. Ces organismes jouent bien souvent un rôle clé en prévention sur le plan de l'intervention précoce, par ces activités de détection et orientations vers les services en dépendance.

Par ailleurs, le rôle clé du secteur communautaire dans le déploiement de services basés sur une approche de réduction des méfaits est bien reconnu. La prévention des surdoses a été nommée lors de nos échanges et consultations comme un enjeu prioritaire qui risque d'être noyé dans des plans d'action plus larges. La fin ou la dilution de stratégies spécifiques sur les surdoses nous inquiète, surtout dans un contexte où les décès demeurent nombreux et où le marché des substances est de plus en plus imprévisible et dangereux. Un enjeu majeur concerne l'accès aux données. Les chercheurs et chercheuses ont souligné la difficulté d'obtenir rapidement des données comparables entre les régions, notamment sur les décès, la naloxone, les circonstances des surdoses ou les substances impliquées. La comparaison avec la COVID a été évoquée pour montrer qu'il est possible de produire et partager rapidement des données lorsqu'un enjeu est considéré prioritaire. Par ailleurs, la remise en question des services de réduction des méfaits, qui ont parfois mauvaise presse dans un contexte de tensions sociale et d'enjeux de cohabitation (voir Milot et al., 2025), nous inquiète. On constate dans certaines provinces canadiennes et aux États-Unis certains reculs sur le plan du déploiement de services de réduction des méfaits et le retour d'une vision plus répressive entourant les dépendances. Il importe donc que le Québec consolide, pérennise et développe les pratiques en dépendance, basées sur une approche de réduction des méfaits. Cette pérennisation devrait aussi protéger les services contre les changements politiques ou idéologiques qui peuvent remettre en question des acquis pourtant appuyés par les données probantes.

Ces constats nous portent à formuler les recommandations suivantes :

4.2 Considérant le contexte de crise des surdoses qui persiste, que le MSSS favorise un meilleur accès aux données en temps réel, une coordination provinciale plus forte et des mécanismes facilitant la recherche et l'évaluation dans les différentes régions.

4.3 Que le MSSS propose un plan d'action spécifique, soutenu par des financements adéquats, afin de placer en priorité l'identification des enjeux et la mise en œuvre de solutions nécessaires pour réduire le nombre de surdoses et de décès en découlant au Québec.

4.4 Que le MSSS favorise la pérennisation, le déploiement vers d'autres régions et milieux et l'évaluation des services de réduction des méfaits basés sur des approches ayant démontré leur pertinence.

La réduction des méfaits a été identifiée comme une approche à protéger explicitement. Plusieurs personnes consultées ont observé un recul ou une fragilisation de cette approche dans les dernières années, notamment en lien avec les sites de consommation supervisée, le matériel de consommation, les surdoses et les débats publics sur la cohabitation sociale.

La réduction des méfaits doit être clairement définie et soutenue comme une approche fondée sur le volontariat, le respect de la personne, la participation des communautés concernées, la reconnaissance des droits et la justice sociale.

Des préoccupations ont été exprimées quant à certaines trajectoires de services qui pourraient devenir trop prescriptives. Les personnes ne devraient pas être contraintes à suivre une séquence imposée d'interventions. Les services doivent rester volontaires, flexibles, adaptés et centrés sur les choix des personnes.

Thème 5. Renforcer les capacités de recherche collaborative pour bonifier en continu les pratiques, basées sur les connaissances scientifiques

Pour conclure, notre collectif de chercheurs et chercheuses de l'IUD souhaitent que le MSSS inclue l'évaluation et la recherche comme des composantes essentielles du plan d'action. Le MSSS détient un rôle clé pour contribuer au financement de manière récurrente de la recherche en dépendance, notamment la recherche collaborative, communautaire et évaluative.

Il a été proposé de créer un programme de financement structuré, prévisible et dédié à la recherche en dépendance, incluant l'amélioration des services, le co-développement d'interventions, l'évaluation de l'implantation et l'analyse des besoins émergents.

Bibliographie

- Adams, E. A., Aquino, M. R. J., Bartle, V., Brennan-Tovey, K., Kennedy, J., Koehne, S., ... Ramsay, S. E. (2023). International evidence on lived experiences of trauma during homelessness and effects on mental health including substance use: A co-produced qualitative systematic review. *The Lancet*, 402, S18. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(23\)02075-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(23)02075-5)
- Åkerblom, K.B. et Ness, O. (2023). Peer Workers in Co-production and Co-creation in Mental Health and Substance Use Services: A Scoping Review. *Adm Policy Ment Health*, 50(2), 296-316.
- Alunni-Menichini, K., Bertrand, K., Roy, L. et Brousselle, A. (2020). Current emergency response in a major North American city: How does it fit into the service offer for homeless people who use substances? *International Journal of Drug Policy*, 82. DOI: 10.1016/j.drugpo.2020.102758.
- Agence de la santé publique du Canada. (2025). *Méfais associés aux opioïdes et aux stimulants au Canada*. <https://sante-infobase.canada.ca/mefaits-associes-aux-substances/opioides-stimulants/>
- Baleige, A., Guernut, M., & Denis, F. (2022). Promouvoir la santé des personnes transgenres et de genre divers au sein des systèmes de santé : Une revue systématique de la littérature communautaire. *Santé Publique*, 34(HS2), 197–211. <https://doi.org/10.3917/e.spub.hs2.0197>
- Beaulieu, M., Tremblay, J., & Bertrand, K. (2022) L'adoption d'une approche holistique et centrée sur les forces pour mieux soutenir le processus de rétablissement des personnes présentant une problématique au long cours d'usage de substances. *Addiction(s) : recherche et pratique*. 7: 37-38.
- Bertrand, K., Camiré, M., Milot, D.-M., Loslier, J., Jauffret-Roustide, M., Goyette, M., Goyer, M-È., Wagner, V., Flores Aranda, J. (2020). *Projet GID-COVID : Genre et intervention en dépendance en contexte de pandémie auprès de personnes en situation de précarité sociale. Synthèse des connaissances : réponse rapide. / Gender and Addiction-related Intervention among Individuals in Situations of Social Precarity in the Context of a Pandemic (GID-COVID Project)*. Rapport final soumis en novembre 2020. Rapport rédigé par K. Bertrand et al. Québec : Université de Sherbrooke. 93p.
- Bertrand, K., Missoum, A., Felipe, E., & Jauffret-Roustide, M. (2023). Regards croisés sur les interventions auprès des femmes qui consomment des substances psychoactives. *Addiction(s) : Recherche et pratique. Revue internationale*. 8: 20-22.
- Biron, J.-F., Fournier, M., Duplessis Brochu, É., & Kairouz, S. (2025). *Le temps d'écran chez les adultes montréalais en 2025*. Direction régionale de santé publique de Montréal. <https://santepublicquemontreal.ca>
- Blair, C. et Shoptaw, J. (2024). Managing stimulant use among people with HIV: Harm-reduction strategies from behavior to medication. *Topics in Antiviral Medicine*, 32 (5), 571-578.
- Breton, H. (2025). Savoirs expérientiels en santé : Revue systématique de littérature. *Santé Publique*, 37(3), 241–251. <https://doi.org/10.3917/spub.255.0241>
- Commission d'enquête sur les relations entre les Autochtones et certains services publics : écoute, réconciliation et progrès (Commission Viens). (2019). *Rapport final*, p. 215.

Contandriopoulos AP, Denis JL, Touati N, Rodríguez C. 2003. The integration of health care: Dimensions and implementation. Working Paper. Groupe de recherche interdisciplinaire en santé (GRIS).

Cotton, J.C., Missoum, A., Martin-Storey, A., Daigneault, M.M., Ferlatte, O., & Bertrand, K. (2024). L'évaluation et l'intervention psychoéducatrice en contexte de consommation de substances et d'alcool chez les jeunes trans et non-binaires. Cotton, J.C., Pullen-Sansfaçon, A., & Courcy, N. *Pratiques psychoéducatrices auprès des jeunes trans et non-binaires : enjeux contemporains et approches innovantes*. Canada : Presses de l'Université du Québec. 1-20.

Cotton, J. C., Parent, S., Nadeau, S., Loignon, C., & Daigneault, M.-M. (2026). Minorités sexuelles et de genre dans les soins et services en Estrie : Analyse écosystémique du stress et de la résilience. *Revue de psychoéducation*, 55(1), 47–71. <https://doi.org/10.7202/1125125ar>

Damon, W., Callon, C., Wiebe, L., Small, W., Kerr, T., & McNeil, R. (2017). Community-based participatory research in a heavily researched inner-city neighborhood: Perspectives of people who use drugs on their experiences as peer researchers. *Soc Sci Med*, 176, 85-92. doi:10.1016/j.socscimed.2017.01.027.

Denis-Lalonde, D., Lind, C. et Estefan, A. (2019). Beyond the buzzword: A concept analysis of harm reduction. *Research and Theory for Nursing Practice: An International Journal*, 33(4), 310-323. DOI: [10.15288/jsad.2014.75.179](https://doi.org/10.15288/jsad.2014.75.179)

Doré, C., Lévesque, N., Hyppolite, S.-R., Maillet, L., Bourque, D., Maltais, D., Goudet, A., Joseph, J.-A., Morin, P., & Michaud, M. (2022). L'intervention de proximité : Proposition d'un dispositif de reddition de comptes pertinent. *Nouvelles pratiques sociales*, 33(1), 112–133. <https://doi.org/10.7202/1095939ar>

Doré, C., Lévesque, N., Hyppolite, S.-R., Maillet, L., Goudet, A., Bourque, D., & Maltais, D. (2024). Contribution d'interventions de proximité sur les inégalités sociales de santé par le biais d'actions sur des déterminants sociaux de santé. *Revue Organisations & Territoires*, 33(2), 187–207. <https://doi.org/10.1522/revueot.v33n2.1806>

Dufour, M. (2024). *L'utilisation problématique d'Internet : portrait des méfaits les plus sévères*. Mémoire présenté à l'Assemblée nationale du Québec, Gouvernement du Québec, 17 septembre 2024.

Flores-Aranda, J., Goyette, M., Aubut, V., Blanchette, M. et Pronovost, F. (2019). Let's talk about chemsex and pleasure: the missing link in chemsex services. *Drugs and Alcohol Today*. 19(45). <http://dx.doi.org/10.1108/DAT-10-2018-0045>

Flückiger, C., Del Re, A. C., Wlodasch, D., Horvath, A. O., Solomonov, N., & Wampold, B. E. (2020). Assessing the alliance–outcome association adjusted for patient characteristics and treatment processes: A meta-analytic summary of direct comparisons. *Journal of Counseling Psychology*, 67(6), 706–711. <https://doi.org/10.1037/cou0000424>

Fontaine, A., Couvrette, R., Demuynck, C., Pivert, L., & Sousa-Caron, A. (2024). *La collaboration intersectorielle entre le réseau public de la santé et des services sociaux et les organismes communautaires impliqués dans l'intervention de proximité auprès des personnes désaffiliées et marginalisées à Québec : Rapport de recherche*. Université Laval, Centre de recherche Jeunes, familles et réponses sociales (JEFAR).

<https://www.jefar.ulaval.ca/sites/jefar.ulaval.ca/files/uploads/Rapport%20de%20recherche-Collaboration%20intersectorielle-AFontaine%20ULaval-juin2024.pdf>

Gaudreault, K., Tremblay, J., Bertrand, K. (2022). Group Intervention for Parents of People with Psychotic and Substance Use Disorders: a Qualitative Evaluation of Appropriateness. *International Journal of Mental Health and Addiction*. EPub: 1-20.

Horton, R. (2020). Offline: COVID-19 is not a pandemic. *The Lancet*, 396, 874.

Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). (2025). Décès reliés à une intoxication suspectée aux opioïdes ou autres drogues au Québec, juillet 2017 à septembre 2025. <https://www.inspq.qc.ca/substances-psychoactives/opioides/surdose/deces-intoxication/intoxication-suspectee>

Jauffret-Roustide, M., & Bertrand, K. (2022). COVID-19, usages de drogues et réduction des risques, Analyse croisée des expériences et de l'impact de la pandémie en France et au Québec. *Criminologie*, 55(2), 14-42. <https://doi.org/10.7202/1093863ar>

Jauffret-Roustide, M., Bertrand, K. et groupe Polytoux. (2025). Une expérience narco-féministe de recherches participatives : la place des savoirs expérientiels liés à l'usage de drogues dans l'évaluation des politiques de soins liés aux addictions, au prisme du genre. *Revue française des affaires sociales*, 251(1), 93-112. DOI:10.3917/rfas.251.0093

Jegade, O., Nunes, J.C., Tumenta, T., Black, C. et De Aquino, J.P. (2024). What would equitable harm reduction look like? *Medecine and society*, 26 (7), 572-579.

Jin, Y., & Jiang, S. (2025). Theoretical perspectives on adolescent internet addiction: A comprehensive literature review. *Health & Social Care in the Community*, 2025(1), 4875332. <https://doi.org/10.1155/hsc/4875332>

Kamgang, E., Bertrand, K. & Archambault, L. (2026). Enjeux d'intégration des personnes détenant des savoirs expérientiels (PSE) liés à l'usage de substances psychoactives dans les milieux d'intervention en dépendance et réduction des méfaits : Synthèse des résultats d'une revue de la portée. Institut universitaire sur les dépendances (IUD) du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal. Montréal : Québec.

Kooli, C., Kooli, Y., & Kooli, E. (2025). Generative artificial intelligence addiction syndrome: A new behavioral disorder? *Asian Journal of Psychiatry*, 107, article 104476. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2025.104476>

Lai, H., Audette-Chapdelaine, S., Hébert Brassard, V., Léger, C., Barbat-Artigas, S., & Marcantoni, W. (2024). Les facilitateurs et barrières à l'intégration des approches complémentaires au sein des équipes multidisciplinaires conventionnelles : Rapport d'ETMIS-SS. CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal, Unité d'évaluation des technologies et des modes d'interventions en santé et services sociaux.

Laventure, M., Letarte, M.-J. & Beauregard, J. (2019). *Offre de services en parentalité et dépendance au Québec*. Rapport de recherche. Montréal (QC) : Institut universitaire sur les dépendances. 74p.

Leblanc, C., Loignon, C., & Bertrand, K. (2025). Le non-recours aux ressources d'hébergement à Montréal : Une étude qualitative auprès de personnes qui habitent la rue. *International Journal on Homelessness*. 5(2) : 1-23.

- Mereish, E., & Bradford, J. (2014). Intersecting identities and substance use problems: sexual orientation, gender, race and lifetime substance use problems. *Journal Stud Alcohol Drugs*, 75(1), 179-88. DOI: 10.15288/jsad.2014.75.179.
- Milot, D-M., Bertrand, K. et Flores-Aranda, J. (2025). Les risques du populisme dans l'encadrement des drogues. *La revue nouvelle*, 3(253), 60-69. DOI 10.3917/rn.253.0060
- National Center for Complementary and Integrative Health. (2026). Complementary, alternative, or integrative health: What's in a name? National Institutes of Health.
- Ouafik, M. (2022). L'approche syndémique appliquée à la santé des minorités sexuelles et de genre : étude de la portée. *Santé Publique*, HS2 (34), 21-30. DOI 10.3917/spub.hs2.0021
- Parent, A-A. et Bertrand-Deschênes, A. (2025). Sur la route des surdoses: un portrait canadien. *Can J Public Health*, 116(3), 376-386. DOI: 10.17269/s41997-025-01001-z
- Pederson, A., Greaves, L., & Poole, N. (2014). Gender-transformative health promotion for women: a framework for action. *Health promotion international*, 30(1), 140-150.
- Perreault, M., Milton, D., Alunni-Menichini, K., Archambault, L., Perreault, N., & Bertrand, K. (2020). Montreal Cross-Training Program: The contribution of positional clarification activities to help bridge fragmented prevention and treatment services for co-occurring disorders. *Health & Social Care in the Community*, 28(3), 1090-1098.
- Rosenthal, B., & Lisi, A. J. (2014). A qualitative analysis of various definitions of integrative medicine and health. *Topics in Integrative Health Care*, 5(4), 9.
- Singer M, Bulled N, Ostrach B, Mendenhall E. Syndemics and the biosocial conception of health. *The Lancet*. 2017;389(10072):941-50.
- Tremblay, J., Dufour, M., Bertrand, K., Saint-Jacques, M., Ferland, F., Blanchette-Martin, N., Savard, AC., Côté, M., Berbiche, D., Beaulieu, M. (2023) Efficacy of a Randomized Controlled Trial of Integrative Couple Treatment for Pathological Gambling (ICT-PG): 10-Month Follow-Up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 91(4): 221-233.
- Tweed, E. J., Thomson, R. M., Lewer, D., Sumpter, C., Kirolos, A., Southworth, P. M., ... Katikireddi, S. V. (2021). Health of people experiencing co-occurring homelessness, imprisonment, substance use, sex work and/or severe mental illness in high-income countries: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 75(10), 1010–1018. <https://doi.org/10.1136/jech-2020-214493>
- Smith, L.R., Patel, V.V., Tsai, A.C., Mittal, M.L., Quinn, K., Earnshaw, V.A. et Poteat, T. (2022). Integrating intersectional and syndemic frameworks for ending the US HIV epidemic. *Opinions, Ideas, & Practice*, 112(54), 340-343.
- Wagner, V., Bertrand, K., Flores-Aranda, J. et coll. (2017). Initiation of Addiction Treatment and Access to Services: Young Adults' Accounts of Their Help-Seeking Experiences. *Qualitative Health Research*. 27(11):1614-1627.
- Wong, R. H. Y., Chan, E. M. L., Ching, F. Y., Chan, V. W. Y., Tom, M. A., Grossman, A. B., LaRaja, A. S., Amichia, K. A., & Shafer, H. J. (2024). Therapeutic alliance and treatment outcomes among treatment seekers with behavioral expressions of addiction: A preliminary study. *Psychology Research and Practice*, 3(2).<https://doi.org/10.37155/2972-3086-0302>

Annexe des cosignataires (42)

Outre les quatre personnes co-autrices identifiées en page titre, voici ci-après le groupe des 42 chercheurs et chercheuses de l'IUD (<https://iud.quebec/fr/etudes-et-recherche/recherche/chercheurs>) qui appuient ce mémoire. Les affiliations universitaires et celles liées aux équipes de recherche partenaires sont précisées.

1. **Youssef Allami**, IUD, École de psychologie, Université Laval
2. **Léonie Archambault**, IUD, RISQ, Service sur les dépendances, Département des sciences de la santé communautaire, Université de Sherbrooke
3. **Adelina Artenie**, IUD, Département de médecine et de famille et médecine d'urgence, Université de Montréal, CRCHUM
4. **Nadine Blanchette Martin**, IUD, HERMES, RISQ, Service de recherche en dépendance du CIUSSS de la Capitale-Nationale et du CISSS de Chaudière-Appalaches
5. **Maxime Blanchette**, IUD, École de travail social, Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue.
6. **Myriam Beaulieu**, IUD, RISQ, École de psychoéducation, Université de Montréal
7. **Stéphane Bouchard**, IUD, Département de psychoéducation et de psychologie, Université du Québec en Outaouais
8. **Serge Brochu**, IUD, RISQ, École de criminologie, Université de Montréal
9. **Magaly Brodeur**, IUD, Département de médecine de famille et de médecine d'urgence, Université de Sherbrooke
10. **Julie Bruneau**, IUD, ICRIS-CRISM, Département de médecine de famille, Université de Montréal
11. **Mélissa Côté**, IUD, RISQ, Département des fondements et pratiques en éducation, Université Laval
12. **Julie-Christine Cotton**, IUD, Service sur les dépendances, Département des sciences de la santé communautaire, Université de Sherbrooke
13. **Élise Cournoyer Lemaire**, IUD, UER des sciences de la santé, Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue
14. **Magaly Dufour**, IUD, HERMES, Département de psychologie, UQAM
15. **Francine Ferland**, IUD, RISQ Service de recherche en dépendance du CIUSSS de la Capitale-Nationale et du CISSS de Chaudière-Appalaches
16. **Marie-Josée Fleury**, IUD, RISQ, Département de psychiatrie, Université McGill
17. **Nicolas Garel**, IUD, Service de psychiatrie des toxicomanies, Département de psychiatrie, CHUM, Département de psychiatrie et addictologie, Université de Montréal.
18. **Isabelle Giroux**, IUD, École de psychologie, Université Laval
19. **Mathieu Goyette**, IUD, RISQ, Département de sexologie, Université du Québec à Montréal
20. **Anne Guichard**, IUD, Faculté des sciences infirmières, Université Laval

21. **Christophe Huynh**, IUD, RISQ, École de psychoéducation, Université de Montréal
22. **Didier Jutras-Aswad**, IUD, ICRIS-CRISM, président du CECTC, département de psychiatrie et d'addictologie de l'Université de Montréal, CRCHUM
23. **Sylvia Kairouz**, IUD, HERMES, Département de sociologie, Université Concordia
24. **Rodney Knight**, IUD, ICRIS-CRISM, École de santé publique, Département de médecine sociale et préventive, Université de Montréal, CRCHUM
25. **Toula Kourgiantakis**, IUD, RISQ, École de travail social et de criminologie, Université Laval
26. **Michel Landry**, IUD, RISQ
27. **Myriam Laventure**, IUD, RISQ, Service sur les dépendances, Département des sciences de la santé communautaire, Université de Sherbrooke
28. **Andrée-Anne Légaré**, IUD, HERMES, Service sur les dépendances, Département des Sciences de la santé communautaire, Université de Sherbrooke
29. **Alain Lessage**, IUD, Département de psychiatrie et d'addictologie, Université de Montréal
30. **Nadia L'Espérance**, IUD, RISQ, Départements de psychoéducation, Université du Québec à Trois-Rivières
31. **David-Martin Milot**, IUD, Service sur les dépendances, Département des sciences de la santé communautaire, Université de Sherbrooke
32. **Adèle Morvannou**, IUD, HERMES, Service sur les dépendances, Département des sciences de la santé communautaire, Université de Sherbrooke
33. **Rossio Motta Ochoa**, IUD, RISQ, École de travail social, Université de Montréal
34. **Louise Nadeau**, IUD, RISQ, Département de psychologie, Université de Montréal
35. **Roisin M. O'Connor**, IUD, Département de psychologie, Université Concordia
36. **José Ignacio Nazif-Munoz**, IUD, RISQ, Service sur les dépendances, Département des sciences de la santé communautaire, Université de Sherbrooke
37. **Michel Perrault**, IUD, RISQ, Département de psychiatrie, Université McGill
38. **Marianne Saint-Jacques**, IUD, Service sur les dépendances, Département des sciences de la santé communautaire, Université de Sherbrooke
39. **Annie-Claude Savard**, IUD, HERMES, École de travail social et de criminologie, Université Laval,
40. **Joël Tremblay**, IUD, RISQ, département de psychoéducation, UQTR
41. **Helen-Maria Vasiliadis**, IUD, Département des sciences de la santé communautaire , Université de Sherbrooke
42. **Vincent Wagner**, IUD, RISQ, Service sur les dépendances, Département des sciences de la santé communautaire, Université de Sherbrooke