

**De notre cour à la vôtre**

**RAPSIM**  
Réseau d'aide aux personnes seules  
et itinérantes de Montréal

**Des services de proximité plutôt que des contraintes : Repenser la  
gestion des crises en contexte d'itinérance**

Mémoire déposé dans le cadre des travaux parlementaires concernant le projet de loi 23 - Loi  
visant principalement à mieux accompagner les personnes dont l'état mental pourrait  
représenter un risque pour leur propre sécurité ou celle d'autrui

**Mai 2026**

**Nous souhaitons que ce mémoire soit public**

## Table des matières

<b>1. Préface.....</b>	<b>2</b>
<b>2. Sommaire exécutif.....</b>	<b>4</b>
<b>3. Sommaire des recommandations.....</b>	<b>6</b>
<b>4. Présentation du RAPSIM.....</b>	<b>7</b>
<b>5. La loi P-38 en contexte d'itinérance : une loi d'exception devenue une réponse compensatoire aux carences du système.....</b>	<b>8</b>
<b>6. L'importance de recentrer la conversation sur les droits et la dignité pour éviter les conséquences relationnelles et humaines du recours à la contrainte.....</b>	<b>10</b>
<b>7. Prévenir les crises en agissant sur les conditions qui produisent la détresse.....</b>	<b>12</b>
<b>8. La cohabitation sociale et la construction du danger en contexte d'itinérance.....</b>	<b>16</b>
<b>9. Repenser les réponses aux situations de crise : sortir de la logique policière et coercitive.....</b>	<b>18</b>
<b>10. Le respect des droits, du rythme des personnes comme un levier clinique incontournable... 22</b>	
<b>11. Nos recommandations.....</b>	<b>24</b>
1. Maintenir le critère de danger grave et immédiat et ne pas élargir le recours à la contrainte.....	24
2. Refonder la prévention sur les déterminants sociaux et un accès réel aux soins.....	25
3. Soutenir et documenter les alternatives communautaires à la gestion des crises.....	26
4. Renforcer les garanties légales et procédurales encadrant les mesures d'exception..	27
5. Réduire le recours aux interventions policières et privilégier des réponses communautaires en situation de crise.....	27
<b>ANNEXE 1: Liste des membres du RAPSIM.....</b>	<b>29</b>

## 1. Préface

C'est un honneur d'écrire ces quelques lignes en appui à la démarche collective et réflexive entreprise par les membres du RAPSIM dans le cadre des travaux parlementaires concernant le projet de loi 23. Ce mémoire porte des savoirs expérientiels trop peu considérés – voire marginalisés – dans les discours publics, politiques et médiatiques actuels. Ils sont pourtant essentiels pour mieux comprendre les enjeux de la coercition psychiatrique, qui sont structureaux et sociaux, ancrés dans la croissance des inégalités et la déresponsabilisation politique.

Les constats de terrain des membres du RAPSIM résonnent fortement avec ceux des recherches menées au Québec, ailleurs au Canada et internationalement. Les personnes vivant en situation de précarité économique, peu scolarisées, immigrantes ou racialisées sont surreprésentées parmi les personnes soumises à la contrainte en psychiatrie, comme elles sont aussi surreprésentées dans les autres systèmes coercitifs que sont la justice criminelle et la protection de la jeunesse. Si les enjeux de santé mentale touchent toutes les classes sociales, toutes ne sont pas autant susceptibles de vivre de la coercition.

Cette réalité s'inscrit dans un contexte politique où les amalgames entre santé mentale, toxicomanie et itinérance sont courants, et où des évènements isolés sont instrumentalisés pour justifier l'élargissement des pouvoirs étatiques. Il ne faut pas oublier que le PL23 – qui permettrait selon la ministre Bélanger « d'intervenir avant qu'il ne soit trop tard » – a été déposé une semaine après un meurtre sordide. La P38 serait, selon le gouvernement, « une des plus strictes au pays ». Le nombre de mises sous garde est pourtant en progression depuis des années, le Québec présentant des chiffres similaires au reste du pays. Les recherches internationales démontrent une augmentation du recours à la coercition psychiatrique dans la majorité des pays du Nord global, peu importe les cadres juridiques en vigueur. Les recherches démontrent aussi qu'une approche de la santé mentale fondée sur la gestion du risque et la coercition est caractérisée par moins de considération pour la dignité et les droits, notamment le consentement, mais aussi par moins d'accès aux soins.

Le PL23 s'inscrit dans la continuité des politiques néolibérales qui rendent conditionnel l'accès aux prestations et aux services et qui intègrent les services policiers et judiciaires sur le continuum de services. Le fait que le SPVM est débordé d'appels liés à la santé mentale est le résultat d'un choix politique : celui de définancer les services sociaux et de santé, de confier la question du logement à l'entreprise privée et de démanteler le filet social tout en augmentant le financement des services policiers, judiciaires et correctionnels. Ainsi, bien que le gouvernement québécois prétend innover, il ne fait que répéter les mêmes erreurs commises par d'autres avant lui. Les équipes mixtes de police et les tribunaux spécialisés, qui sont mis de l'avant comme des solutions avant-gardistes en santé mentale, existent depuis des décennies dans d'autres juridictions qui sont aujourd'hui en train de revenir en arrière en raison des effets

néfastes documentés de la coercition. Vancouver par exemple, qui a son équipe mixte de police depuis 1977, a mis en place il y a trois ans un service alternatif de prise en charge des appels d'urgence permettant une réponse non policière dans plus de 50% des cas. Le PL23 fait de la police, mais aussi du ministère de la Sécurité Publique et du Directeur des poursuites criminelles et pénales des acteurs de l'intervention en santé mentale qui pourront dorénavant initier des « actions concertées » contre le gré de personnes refusant des services en raison de leur « méfiance ». Il est facile de concevoir les conséquences d'un tel dispositif pour les groupes profilés et discriminés par les institutions policières, judiciaires et de santé.

Par le PL23, le gouvernement s'écarte considérablement de l'état des connaissances expérientielles et scientifiques, de même que du processus de consultation qu'il a lui-même initié, pour verser dans l'idéologie et le populisme. Je joins ma voix à celle du RAPSIM et de ses membres pour demander la mise en place de politiques respectueuses de la dignité et des droits des personnes, soutenant les réponses non répressives et communautaires aux crises, et ancrées dans les connaissances scientifiques.

**Emmanuelle Bernheim**

Professeure titulaire, Faculté de droit, Section de droit civil, Université d'Ottawa  
Titulaire de la Chaire de recherche du Canada en santé mentale et accès à la justice

## 2. Sommaire exécutif

Le présent mémoire du Réseau d'aide aux personnes seules et itinérantes de Montréal (RAPSIM) est déposé dans le cadre des consultations entourant le projet de loi 23 visant à réformer la loi P-38 sur la garde en établissement des personnes dont l'état mental représente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui. Fort de l'expertise de plus d'une centaine d'organismes communautaires œuvrant en itinérance, en santé mentale et en réduction des méfaits, le RAPSIM souhaite rappeler que les crises de santé mentale observées en contexte d'itinérance sont d'abord le produit de défaillances structurelles : manque de logements, pauvreté, accès insuffisant aux soins volontaires, fragmentation des services et sous-financement chronique du milieu communautaire.

Notre mémoire souligne que la loi P-38 constitue un outil pertinent dans certaines situations exceptionnelles de danger grave et immédiat. Toutefois, sur le terrain, son usage tend déjà à devenir une réponse compensatoire à l'absence de services accessibles en amont des crises. Les organismes constatent que des personnes qui demandent de l'aide volontairement n'y ont souvent pas accès, alors que d'autres ne reçoivent des soins qu'à travers des mesures de garde. Cette dynamique transforme progressivement la P-38 en porte d'entrée par défaut dans le système de santé plutôt qu'en recours ultime. La réforme proposée va accélérer cette transformation inquiétante.

Le RAPSIM s'inquiète particulièrement de l'élargissement proposé par le projet de loi 23, qui ferait passer le critère d'intervention d'un « danger grave et immédiat » à une notion plus large de « risque » ou de compromission de la sécurité. Dans un contexte marqué par des tensions de cohabitation sociale et une forte présence policière dans l'espace public, cette modification risque d'accentuer la stigmatisation des personnes en situation d'itinérance et de renforcer les logiques de contrôle et de judiciarisation de la marginalité.

Le mémoire rappelle également que les interventions sous contrainte entraînent souvent des conséquences importantes : rupture du lien de confiance, évitement des services, aggravation des traumatismes et multiplication des allers-retours entre la rue, l'hôpital et le système judiciaire. Ces impacts touchent autant les personnes concernées que les équipes communautaires, qui vivent une profonde tension éthique lorsqu'elles doivent recourir à des interventions allant à l'encontre des approches relationnelles et volontaires qu'elles privilégient.

Le RAPSIM défend plutôt une vision multidimensionnelle de la prévention, fondée sur l'accès au logement, aux soins, au soutien communautaire et au maintien du lien social. Les organismes communautaires jouent un rôle central dans la prévention et la gestion des crises grâce à des approches de proximité, de désescalade, de réduction des méfaits et d'accompagnement dans la durée. Ces pratiques favorisent l'adhésion volontaire, renforcent la confiance et permettent souvent d'éviter l'escalade des situations de détresse.

Notre mémoire insiste sur le fait que le respect des droits fondamentaux (consentement, dignité, information, intégrité et participation aux décisions) constitue une condition essentielle à des soins efficaces et durables. Les droits ne doivent pas être perçus comme des obstacles à

l'intervention, mais comme des leviers cliniques favorisant le maintien du lien thérapeutique et l'adhésion aux soins.

Le RAPSIM appelle ainsi à un changement de paradigme : sortir d'une logique de gestion du risque et de contrôle social pour construire des réponses durables fondées sur l'accès aux soins, le logement, le soutien communautaire, la réduction des méfaits et le respect des droits humains.

### 3. Sommaire des recommandations

- **Maintenir le critère de danger grave et immédiat et ne pas élargir le recours à la contrainte**
  - Maintenir la notion de *danger grave et immédiat* comme seuil légal d'intervention.
  - Retirer les formulations élargissant l'intervention à une *notion de risque*.
  - Préserver le caractère exceptionnel et de dernier recours de la P-38.
  - Éviter l'utilisation de la loi pour gérer la marginalité ou la cohabitation sociale.
  - Privilégier les alternatives volontaires avant toute mesure coercitive.
  
- **Refonder la prévention sur les déterminants sociaux et un accès réel aux soins**
  - Investir dans le logement, le revenu et les services de proximité.
  - Garantir un accès rapide, volontaire et continu aux soins en santé mentale.
  - Développer des services adaptés aux réalités de l'itinérance et de la dépendance.
  - Renforcer la continuité des soins avant, pendant et après les crises.
  - Favoriser une approche intersectorielle entre santé, logement, communautaire et services sociaux.
  
- **Soutenir et documenter les alternatives communautaires à la gestion des crises**
  - Financer adéquatement les organismes communautaires et les pratiques de réduction des méfaits.
  - Développer des équipes psychosociales non policières spécialisées en intervention de crise.
  - Soutenir les approches de désescalade, de proximité et de maintien du lien.
  - Reconnaître l'expertise des pairs aidant-es et du milieu communautaire.
  - Documenter et évaluer les pratiques alternatives afin d'en soutenir le déploiement.
  
- **Renforcer les garanties légales et procédurales encadrant les mesures d'exception**
  - Maintenir des critères stricts encadrant les mesures de garde.
  - Assurer le respect du consentement, de la dignité et du droit à l'information.
  - Garantir l'accès aux recours et aux mécanismes de contestation.
  - Limiter toute atteinte aux droits à ce qui est nécessaire, proportionné et temporaire.
  - Reconnaître les droits comme des leviers thérapeutiques essentiels au maintien du lien de confiance.
  
- **Réduire le recours aux interventions policières et privilégier des réponses communautaires en situation de crise**
  - Réduire l'implication policière dans les situations relevant de la détresse psychosociale.
  - Déployer des équipes civiles et communautaires comme premières répondantes.
  - Encadrer et évaluer les pratiques des équipes mixtes.
  - Offrir une formation obligatoire en désescalade, santé mentale et itinérance aux corps policiers.
  - Renforcer la collaboration entre le communautaire, le réseau de la santé et les services publics.

#### 4. Présentation du RAPSIM

Le [Réseau d'aide aux personnes seules et itinérantes de Montréal \(RAPSIM\)](#) est le regroupement montréalais en itinérance. Il s'agit de la plus importante concertation régionale en itinérance au Québec. Depuis 1974, il défend les droits des personnes en situation d'itinérance ou à risque de l'être. Il regroupe une centaine d'organismes communautaires qui travaillent auprès de ces populations : ressources d'hébergement, centres de jour et de soir, logements sociaux avec soutien communautaire ainsi que ressources actives en travail de rue et de milieu, en santé mentale, en réduction des méfaits, en insertion socioprofessionnelle et en aide alimentaire. Son action s'appuie sur une équipe de travail ainsi qu'un conseil d'administration engagé. Cette action est alimentée, de façon continue, par les expériences et les réflexions de ses membres. Les interventions du RAPSIM interpellent tous les paliers gouvernementaux. La participation du RAPSIM aux présentes études parlementaires sur la réforme de la P-38 est non seulement pertinente, elle est impérative. Notre expertise s'enracine dans l'action quotidienne de nos membres auprès des personnes concernées, une position unique qui nous permet de dégager les constats suivants:

- Les organismes en itinérance, en tant que ressources de première ligne, sont témoins au quotidien d'un paradoxe en matière d'accès aux soins en santé mentale : les personnes qui cherchent de l'aide de manière volontaire n'arrivent pas à en obtenir tandis que d'autres sont contraintes d'en recevoir contre leur gré. Quotidiennement, les organismes accompagnent les personnes à faire face à la détresse et aux crises qu'elles vivent et sont présents à leur côté pour pallier les ruptures de suivis et les vides laissés par un système de santé qui échoue à offrir des services lorsqu'ils sont demandés par les personnes premières concernées .
- Les organismes membres du RAPSIM sont bien au fait du fonctionnement et des conséquences d'un recours à la P-38. Ils sont nombreux à se sentir contraints de recourir à cette loi, malgré le dilemme éthique qui révèle des enjeux structurels plus larges entre recourir à la P-38, faute d'alternatives, tout en étant pleinement conscients de ses effets et limites, pour ensuite devoir en accompagner les conséquences en accueillant les traumatismes que ce recours a engendrés chez les personnes.
- La P-38 est l'une des lois les plus intrusives de notre système juridique et les personnes en situation d'itinérance sont déjà les plus touchées par le recours à cette loi. La présence dans l'espace public et l'absence de domicile fixe exacerbent la perception de *dangerosité* ou de *désorganisation* que l'on a à l'égard des personnes en situation d'itinérance. Nous constatons d'ailleurs déjà une confusion de plus en plus importante entre ce qui est dérangent et dangereux. Notre intérêt est de veiller à ce que la réforme ne vienne pas codifier davantage la stigmatisation de la pauvreté, mais également que cette loi ne devienne pas, de manière collatérale, un outil servant d'autres personnes au détriment des droits des personnes en situation d'itinérance.
- Le milieu communautaire a développé une expertise solide en matière d'interventions non coercitives, par exemple : les approches de désescalade, l'intervention de crise, le

soutien communautaire en logement social et les approches de réduction des méfaits. Ces pratiques dont l'efficacité est reconnue permettent d'intervenir sans recourir à la contrainte pour accompagner les personnes à stabiliser leur état avant, pendant et après les périodes de détresse, tout en respectant leurs volontés et leur rythme.

En déposant ce mémoire, le RAPSIM entend prêter sa voix à ceux et celles que l'on n'entend jamais dans les corridors parlementaires : les personnes en situation d'itinérance gardées contre leur gré, dont la survie dans l'espace public est trop souvent judiciarisée, notamment, par le biais de cette loi. Nous relayons aussi la perspective des travailleurs et travailleuses dans les ressources qui doivent faire face aux conséquences des ruptures de services et de soins sur les personnes. Nous souhaitons contribuer à une réforme qui remplace la culture de la contrainte par une culture du soin et de l'accompagnement.

#### **5. La loi P-38 en contexte d'itinérance : une loi d'exception devenue une réponse compensatoire aux carences du système**

Les travaux de réflexion menés en concertation avec les membres du RAPSIM<sup>1</sup> mettent en lumière un constat nuancé, mais largement partagé par les acteurs du terrain : la loi P-38 constitue un outil pertinent et nécessaire dans des situations d'urgence où une personne présente un danger grave et immédiat pour elle-même ou pour autrui. Dans ces contextes exceptionnels, elle permet une intervention rapide visant à protéger la vie et l'intégrité des personnes. Les organismes sur le terrain sont parfois contraints d'y recourir lorsqu'il n'existe pas d'autre alternative envisageable et qu'un arrêt d'agir est nécessaire pour protéger la personne. Toutefois, les constats recueillis révèlent un décalage important entre l'esprit de la loi, qui repose sur un usage exceptionnel, encadré et proportionné, et certaines pratiques observées sur le terrain, notamment en contexte d'itinérance.

En effet, la P-38 tend à être mobilisée non seulement en fonction du niveau réel de dangerosité, mais aussi en réponse au manque d'alternatives accessibles et adaptées pour accompagner les personnes en situation de crise. Ce déplacement de l'usage de la loi soulève des enjeux importants quant au respect des droits, à la judiciarisation des parcours de vie et à la pertinence des réponses apportées.

Pour les personnes en situation d'itinérance, les organismes rapportent que le recours à la P-38 s'inscrit le plus souvent dans un contexte de contraintes structurelles :

- la précarité et le sous-financement chronique des ressources communautaires ;
- l'insuffisance de services d'accompagnement en amont des crises ;
- le manque d'alternatives non coercitives adaptées aux réalités de l'itinérance ;
- l'absence de continuité des soins et des suivis après les hospitalisations ;

---

<sup>1</sup> Le 12 mars 2026, le RAPSIM a organisé une journée de réflexion collective auprès de ses membres pour échanger autour de la réforme de la loi P-38. Voici le lien pour lire le rapport: <http://rapsim.org/wp-content/uploads/2026/05/Rapport-Journee-de-reflexion-sur-la-reforme-de-la-P-38.pdf>

- la fragmentation et la surspécialisation des services.

Dans ce contexte, la P-38 devient de facto un outil de substitution à des services de proximité qui devraient exister avant, pendant et après les situations de crise. Le cœur du problème ne réside donc pas dans l'outil législatif lui-même, mais dans les lacunes de l'écosystème d'intervention.

Les constats du terrain démontrent également que, même lorsque la P-38 est utilisée au moment jugé opportun, ses effets sont limités dans les trajectoires des personnes en situation d'itinérance. L'absence de conditions de vie minimales, le manque de continuité des soins après la garde, les ruptures de services et l'absence de suivi structuré font en sorte que l'intervention se solde fréquemment par un retour rapide à la rue, sans amélioration durable de la situation. La stabilisation offerte demeure alors temporaire et s'inscrit dans un phénomène de portes tournantes où les personnes circulent entre la rue, l'hôpital et parfois le système judiciaire.

Cette réalité soulève des enjeux éthiques majeurs. Les organismes constatent qu'il devient de plus en plus fréquent que l'accès aux soins pour des personnes en situation d'itinérance passe d'abord par des mesures coercitives, voire policières. Cela soulève une question fondamentale : doit-on attendre qu'une personne sombre dans une crise grave avant qu'elle puisse recevoir des soins? Il apparaît particulièrement préoccupant que la perte de liberté devienne, dans les faits, une condition préalable à l'accès à certains services.

Ces difficultés sont aggravées par l'organisation fragmentée des services. Le principe du « no wrong door » demeure insuffisamment appliqué, particulièrement pour les personnes vivant à la fois des enjeux de santé mentale et de dépendance. Les organismes rapportent régulièrement des situations où les personnes sont redirigées d'un service à l'autre, refusées en raison de critères d'admissibilité restrictifs ou considérées comme « trop complexes » pour certains dispositifs. Ces impasses institutionnelles renforcent le sentiment de rejet, le non-recours aux services et la rupture du lien avec les institutions.

Dans ce contexte, le rôle du milieu communautaire devient essentiel. Historiquement, les organismes communautaires ont agi comme pont entre les personnes en situation de vulnérabilité et le réseau de la santé et des services sociaux. Pourtant, ce rôle est aujourd'hui fragilisé par un sous-financement chronique et par une tendance du réseau public à déléguer unilatéralement vers le communautaire des responsabilités sans consultation préalable ni octroi des ressources correspondantes. Les groupes communautaires deviennent ainsi, malgré eux, des substituts aux services publics défaillants plutôt que des partenaires complémentaires. L'enjeu n'est pas seulement une question de manque de ressources, mais aussi un problème de reconnaissance et de compréhension du rôle, des missions et de l'expertise technique du milieu communautaire.

En fragilisant la capacité du communautaire à agir comme point d'ancrage et comme lien avec les soins, on déstabilise l'ensemble de l'écosystème de prévention et d'accompagnement. Les crises deviennent alors moins des événements exceptionnels que les conséquences prévisibles

d'un système marqué par les ruptures, la désorganisation et l'absence de réponses adaptées en amont. Pour les personnes en situation d'itinérance ou à risque de l'être, les organismes communautaires jouent un rôle de point d'ancrage essentiel pour des trajectoires de vie marquées par la précarité, la rupture et l'instabilité. Dans ce contexte, le milieu communautaire agit trop souvent comme le dernier filet avant la rue, mais également comme l'unique soupape de sécurité pour les personnes qui s'y trouvent déjà. **Mais bien que le milieu communautaire soit indispensable dans son rôle de soutien social, il ne peut et ne doit pas porter seul la responsabilité de la santé populationnelle.** L'imputabilité des institutions publiques demeure.

#### **6. L'importance de recentrer la conversation sur les droits et la dignité pour éviter les conséquences relationnelles et humaines du recours à la contrainte**

Les constats du terrain mettent aussi en évidence les conséquences importantes du recours à la contrainte sur les personnes en situation d'itinérance, mais également sur les équipes qui les accompagnent.

Les interventions coercitives entraînent souvent des effets durables : rupture du lien de confiance, évitement des services, aggravation des traumatismes et méfiance accrue envers les institutions. Pour plusieurs personnes en situation d'itinérance, dont les trajectoires sont déjà marquées par de multiples violences institutionnelles, le recours à la contrainte peut réactiver des traumatismes antérieurs et renforcer une perte de confiance déjà profonde envers le système de santé et les services publics.

Si certaines personnes reconnaissent avoir été protégées par une intervention sous garde, l'inverse est également vrai. Lorsque les interventions se déroulent dans un contexte de forte contrainte ou de violence, certaines personnes se retirent ensuite complètement des ressources et disparaissent des radars institutionnels. En se limitant à la gestion immédiate de la crise sans agir sur ses causes structurelles, la P-38 peut ainsi contribuer à long terme à l'aggravation des situations qu'elle cherche à stabiliser.

Les intervenant-es communautaires décrivent également un profond malaise face au recours à ces mesures. Bien qu'ils et elles reconnaissent que la P-38 puisse représenter un ultime recours dans certaines situations exceptionnelles, plusieurs vivent une tension importante entre les fondements de leurs pratiques et la participation à des interventions sans consentement. Les approches communautaires reposent sur le respect de l'autonomie, du rythme et du consentement des personnes. Être amené-e à participer à des mesures coercitives peut ainsi provoquer une véritable dissonance éthique, voire une blessure morale.

Cette tension est d'autant plus forte que ces interventions peuvent fragiliser ou briser des liens de confiance construits parfois pendant plusieurs mois ou plusieurs années. Les équipes se retrouvent alors à porter les conséquences des crises sans disposer des moyens nécessaires pour agir adéquatement en amont. Cette situation entraîne une fatigue éthique importante, une

surcharge émotionnelle et un épuisement professionnel largement documenté dans le milieu communautaire<sup>2</sup>.

Face à ces constats, les organismes rappellent qu'il est erroné d'opposer respect des droits et accès aux soins. Pour le milieu communautaire, **le respect de la volonté, du rythme et du consentement des personnes constitue une condition essentielle à l'accès durable aux soins**. Car les soins ne sont pas quelque chose qu'on donne ou impose, mais qui se co-construisent avec les personnes. Cette vision s'inscrit dans les approches de réduction des méfaits et de bas seuil d'exigence, qui reposent sur le maintien du lien plutôt que sur la contrainte.

Le milieu communautaire a d'ailleurs développé, au fil du temps, une expertise significative dans la prévention et la gestion des crises par des approches relationnelles, de proximité et de désescalade : travail de rue, soutien communautaire en logement social et communautaire, pair-aidance, accompagnement dans la durée et approches sensibles aux traumatismes. Ces pratiques permettent souvent d'intervenir avant que les situations n'atteignent un seuil critique, tout en maintenant la dignité et les droits des personnes.

Les pratiques communautaires réussissent fréquemment là où les approches coercitives échouent, parce qu'elles inversent la logique d'intervention : plutôt que d'exiger que les personnes s'adaptent au système avant d'obtenir de l'aide, elles partent de la réalité vécue par les personnes elles-mêmes. Cette approche permet de créer un espace sécuritaire où les personnes ne craignent ni le jugement ni la perte immédiate de leurs droits, favorisant ainsi l'établissement d'un lien de confiance durable.

Des initiatives comme le soutien communautaire en logement social et communautaire<sup>3</sup> ou le programme PIVAU (Programme d'Intervention en Violence et Aggression Urbaine) de Dîners St-Louis<sup>4</sup> démontrent concrètement qu'il est possible d'intervenir autrement, en misant sur la désescalade, l'accompagnement volontaire et la prévention des crises avant qu'elles ne nécessitent des mesures coercitives.

Contrairement à une logique d'intervention centrée sur l'urgence et l'anticipation des risques imminents, le soutien communautaire en logement social et communautaire repose sur une temporalité longue et relationnelle, qui favorise l'établissement de liens de confiance durables qui jouent un rôle déterminant dans l'adhésion aux interventions. En effet, une personne est davantage encline à accepter de l'aide, à verbaliser sa détresse ou à consentir à des soins lorsqu'elle est accompagnée par une personne significative avec qui elle entretient une relation

---

<sup>2</sup> Giroux, A., Meunier, S., Doucet, A., Lauzier-Jobin, F., Radziszewski, S., Coulombe, S., ... & Houle, J. (2022). *Travailler dans le milieu communautaire : perspectives des travailleurs quant aux demandes et aux ressources qui influencent leur santé psychologique*. Canadian Journal of Community Mental Health, 41(4), 19-35. <https://doi.org/10.7870/cjcmh-2022-029>

<sup>3</sup> Pour connaître davantage cette approche, vous pouvez lire le cadre de référence sur le soutien communautaire en logement social et communautaire (lien : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003376/> )

<sup>4</sup> Pour connaître davantage le projet veuillez consulter le site de l'organisme Dîners St-Louis <https://diners-st-louis.org/wp/services/pivau/>

continue. En ce sens, cette approche agit directement sur les déterminants relationnels de la crise, souvent négligés dans les cadres d'analyse centrés uniquement sur le danger.

Depuis la mise en place du programme PIVAU auprès des jeunes, l'organisme observe une réduction du recours aux interventions d'urgence. Et même lorsque celles-ci sont nécessaires, le fait d'avoir pu intervenir en amont dans un cadre volontaire permet une prise en charge plus humaine, favorisant la collaboration des jeunes et leur adhésion à une hospitalisation volontaire.

En somme, les constats issus du terrain mettent en lumière un paradoxe central : bien que la P-38 demeure un outil pertinent dans certaines situations exceptionnelles de danger grave et immédiat, son usage s'est progressivement déplacé en réponse à des carences structurelles du système. Ce glissement appelle à un recalcul des coûts humains/bénéfices qui doit nécessairement se retrouver au centre de la conversation sur la réforme de cette loi. Dans les faits, les interventions coercitives produisent souvent des effets de rupture, de méfiance et d'éloignement des services, tout en fragilisant les conditions relationnelles nécessaires à une prévention durable des crises. Ces constats invitent à recentrer la réflexion non pas sur l'élargissement des outils coercitifs, mais sur les conditions systémiques qui rendent leur usage nécessaire, ainsi que sur le renforcement des approches communautaires, volontaires et non coercitives.

## **7. Prévenir les crises en agissant sur les conditions qui produisent la détresse**

Une véritable prévention doit agir de manière globale sur deux leviers : renforcer le pouvoir d'agir de la personne et offrir un environnement propice à un rétablissement ou une stabilisation de son état mental. Or, le projet de loi 23 présente comme préventive une approche qui repose sur la possibilité de mettre sous garde des personnes jugées à risque potentiel pour elles-mêmes ou pour autrui. À nos yeux, cette orientation relève surtout d'une logique d'intervention en aval, centrée sur la gestion du risque et l'élargissement du recours à la contrainte, plutôt que d'une véritable prévention. Elle ne s'attaque pas aux conditions structurelles à l'origine des crises et fragilise les bases relationnelles nécessaires pour les prévenir.

Pour nous, avant d'envisager une réforme visant à élargir le recours à la contrainte, il est nécessaire de se pencher collectivement sur les conditions permettant de prévenir l'apparition des premières manifestations de détresse et, lorsque celles-ci surviennent, d'offrir les conditions nécessaires pour un rétablissement ou à une stabilisation sur le long terme. Cela peut prendre la forme de construire un environnement propice (par exemple un logement stable et sécuritaire, un revenu décent) ou encore via un accès à des soins volontaires, accessibles et respectueux du rythme des personnes. Une société qui veut réellement prendre soin de la santé mentale doit offrir plus que des interventions d'urgence, elle doit offrir des raisons d'espérer que l'état mental peut réellement s'améliorer.

En effet, la crise en santé mentale n'apparaît généralement pas du jour au lendemain. Elle est souvent le résultat d'un cumul de manque d'accès aux soins volontaires, de suivis interrompus

et de conditions de vie précaires. Stabiliser un problème de santé mentale demande du temps, du soutien, de la continuité et un ancrage que la précarité extrême rend impossible. Pour quelqu'un qui vit dehors, chaque jour est déjà une lutte pour survivre, rendant quasiment inaccessible l'espoir d'un rétablissement.

La relation entre santé mentale et itinérance ne peut être comprise comme une simple succession de causes et de conséquences linéaires, mais doit être vue comme des phénomènes profondément interreliés, qui s'entretiennent mutuellement dans le temps. Les enjeux de santé mentale peuvent constituer un facteur de vulnérabilité menant à l'instabilité résidentielle ou à la perte de logement, tandis que l'expérience de l'itinérance elle-même, avec ses conditions de vie instables, le mode de survie qui expose les personnes de manière chronique au stress, à l'insécurité, à la violence et au manque de sommeil ou de repos, contribue à aggraver ou à déclencher des troubles de santé mentale. Cette dynamique circulaire enferme les personnes dans des trajectoires où la détérioration de la santé mentale et la précarisation des conditions de vie se renforcent mutuellement.

Dans cette perspective, les mécanismes de prévention de l'itinérance et ceux en santé mentale apparaissent comme indissociables : prévenir l'un, c'est nécessairement agir sur l'autre. Toute intervention en amont visant à éviter la rupture résidentielle contribue également à réduire les risques de détérioration de la santé mentale, tout comme toute action de promotion et de prévention en santé mentale agit directement sur la capacité des personnes à maintenir ou retrouver une stabilité résidentielle. Les deux champs ne peuvent donc être pensés séparément sans perdre une part essentielle de leur efficacité.

Malheureusement, la rue tend actuellement à devenir une salle d'attente pour des parcours de soins et de stabilisation qui ne trouvent plus d'issue. Elle devient une destination par défaut imposée par un filet social troué et fragmenté. Cette réalité rend également presque impossible toute démarche de prévention des crises en santé mentale. En situation d'itinérance, les conditions de base nécessaires à la stabilité psychique : sommeil sécuritaire, alimentation régulière, accès aux soins continus, relations de confiance stables, sont rarement réunies. Les interventions se font donc le plus souvent en situation de crise aiguë, lorsque les capacités d'intervention sont déjà limitées et que les trajectoires sont fortement dégradées.

Ainsi, une véritable prévention en santé mentale, particulièrement en contexte d'itinérance, s'inscrit dans une approche multidimensionnelle. D'abord, elle inclut une dimension clinique et biomédicale essentielle, car elle répond aux aspects physiologiques et cliniques des troubles de santé mentale. L'accès aux soins cliniques et aux traitements pharmacologiques a son importance pour arrêter l'intensification de la souffrance. Aussi, avoir accès aux traitements adaptés permet également de soutenir la capacité d'agir des personnes. Lorsque certains symptômes sont apaisés, il devient possible pour la personne de s'engager dans des démarches volontaires, de maintenir des liens, d'accéder à des ressources ou de participer à ses propres soins. D'un point de vue biologique, les soins médicaux sont nécessaires, mais ils ne peuvent constituer une réponse unique ou suffisante.

Ensuite, elle doit s'inscrire dans une réponse relationnelle fondée sur le maintien du lien social, dans le respect des réalités des personnes et leur capacité d'agir. Lorsqu'on isole une personne par la contrainte ou lorsqu'il y a une rupture dans la continuité des services, on fragilise davantage la personne en brisant les derniers ponts qui la rattachent à sa communauté. Dans cette optique, pour que ce lien social existe et dure, il est essentiel de préserver et de soutenir la capacité d'agir des personnes, même en période de grande vulnérabilité, afin qu'elles demeurent actrices de leur propre rétablissement. Un lien soutenant, mais contrôlant est un lien qui ne va pas durer dans le temps.

En effet, l'expérience des personnes en situation de marginalité nous montre que dès que le pouvoir d'agir d'une personne est nié, la relation se fragilise, se rompt, et avec elle toute possibilité de prévention. **La stabilisation et les soins en santé mentale s'inscrivent sur le long terme : ils exigent une relation durable, de confiance, qui se construit et s'entretient pour susciter et maintenir le désir et la capacité de se soigner.** Pour des personnes en situation d'itinérance, souvent désaffiliées à la suite de multiples expériences négatives et porteuses d'une méfiance envers les institutions, une telle relation ne peut exister que si elle s'appuie sur le respect de leur capacité d'agir et le soutien leur permettant de pouvoir réellement exercer et développer leur agir et à leur rythme.

Enfin, l'adoption d'une approche systémique de la prévention apparaît incontournable. Elle permet de comprendre et d'agir sur l'ensemble des structures qui façonnent les trajectoires, plutôt que de se limiter à des interventions individuelles et strictement cliniques. Concrètement, cela suppose d'intervenir en situation d'urgence, mais surtout d'agir en amont sur les déterminants structurels de l'itinérance et de la santé mentale, c'est-à-dire sur les facteurs qui mènent aux crises (comme le manque de logement, de revenus ou d'accès aux soins). Cela implique également de reconnaître le rôle central du milieu communautaire dans le maintien du lien, mais aussi d'assurer la continuité des parcours pour éviter les ruptures en développant des ressources accessibles et inconditionnelles, et en s'assurant que les services s'organisent autour des personnes et non l'inverse.

Pour être efficace, une approche en prévention ne peut pas reposer sur des interventions isolées ou sur un seul secteur. Actuellement, les actions publiques sont organisées en silos où chacun des acteurs agit selon son mandat, avec ses propres priorités et cela crée des ruptures dans les parcours, des doublons et parfois, des angles morts. Un changement de posture des institutions publiques est donc nécessaire pour dépasser ces logiques fragmentées. Il faut que tout le monde travaille ensemble de manière cohérente, concertée et orientée autour d'une vision commune.

Cela implique d'abord un travail intersectoriel réel, qui ne se limite pas à une coordination ponctuelle en cas d'urgence ou au cas par cas, mais qui repose sur des partenariats structurés entre les différents secteurs : la santé, du logement, des services sociaux, du milieu communautaire et des instances municipales. Un tel partenariat doit s'appuyer sur une reconnaissance claire des rôles, des responsabilités et des limites de chacun. Les réponses actuelles, souvent cloisonnées par programmes, ministères ou enveloppes budgétaires, nuisent

à la continuité des services et limitent la capacité d'agir de manière globale sur les déterminants de la santé. À l'inverse, une prévention efficace des crises requiert des financements suffisants, flexibles, durables et mieux arrimés entre les secteurs, permettant de soutenir des interventions intégrées et continues.

Plus largement, cette vision appelle à une cohérence accrue des politiques publiques et des actions gouvernementales. Il ne peut y avoir, d'un côté, des politiques de santé visant la prévention et, de l'autre, des pratiques ou des cadres législatifs qui fragilisent les personnes, brisent les liens et aggravent les trajectoires en renforçant, par exemple, la judiciarisation, la répression et le contrôle accru ou encore l'exclusion. La prévention ne concerne pas uniquement le réseau de la santé. Elle doit être transversale à l'ensemble des politiques et actions publiques (justice, logement, sécurité publique, immigration, etc.). Toutes ces sphères doivent aller dans la même direction avec une orientation commune fondée sur le respect des droits, la réduction des inégalités et la reconnaissance des personnes comme sujets à part entière.

Dans cette perspective, le milieu communautaire doit être reconnu comme un acteur central et non périphérique dans la prévention. Grâce à son expertise dans le maintien du lien, l'intervention précoce et l'accompagnement dans la durée, l'action communautaire assure sur le terrain la continuité entre les interventions. Sans son action, la cohérence des politiques demeure largement théorique, car c'est lui qui donne un sens et une application réelle aux intentions du gouvernement en rendant possible une approche durable, réellement centrée sur les trajectoires de vie. La prévention ne se joue pas uniquement dans les institutions, mais aussi dans les milieux de vie, là où se tissent les relations, se construit le sentiment de sécurité et se crée les conditions réelles du rétablissement. Dans cette optique, la pleine participation du communautaire aux espaces de concertation et de décision, ainsi qu'un financement à la hauteur de son rôle, constituent des conditions essentielles à la mise en œuvre d'une approche systémique à la fois cohérente et efficace.

En somme, élargir le champ d'intervention de la P-38 en abaissant le seuil vers un simple *risque de danger* ne constitue pas une mesure de prévention, mais plutôt un déplacement en amont de la contrainte. Comme le souligne le rapport de l'IQRDJ, la P-38 est un outil d'exception, conçu pour répondre à des situations de danger grave et immédiat, et non pour pallier les défaillances du système en amont. En assouplissant ce critère, le projet de loi 23 risque de banaliser le recours à la garde, en transformant un mécanisme de dernier recours en réponse plus routinière à des situations de détresse. Or, cette logique détourne la notion même de prévention : intervenir plus tôt par la contrainte ne revient pas à prévenir, mais risque surtout de servir de réponse compensatoire à un système défaillant, au détriment des droits des personnes et des conditions relationnelles nécessaires à toute prévention durable.

L'IQRDJ rappelle d'ailleurs que la prévention réelle repose sur tout autre chose : agir en amont sur les déterminants de la santé mentale, reconnaître l'interdépendance entre la santé mentale et l'itinérance, dépasser les approches en silos au profit d'une action concertée entre les secteurs. Cela implique également d'assurer une cohérence entre les différentes politiques et actions publiques afin d'éviter que leurs contradictions ne produisent elles-mêmes des ruptures

dans les parcours. Car une crise n'est pas un événement isolé. Elle est souvent le résultat d'une accumulation de ruptures à la fois dans les trajectoires de soins, mais également dans l'environnement institutionnel qui l'entoure où des actions publiques fragmentées, désorganisées et parfois même contradictoires fragilisent les conditions mêmes du rétablissement.

### **8. La cohabitation sociale et la construction du danger en contexte d'itinérance**

Le projet de loi 23 s'inscrit dans une transformation importante du cadre juridique entourant les interventions en santé mentale au Québec. Bien qu'il se présente comme une réforme visant à mieux accompagner les personnes, il introduit un glissement normatif majeur : le passage du critère de danger grave et immédiat à celui d'une situation où il existe un danger ou une compromission de la sécurité. Cette modification élargit significativement le seuil d'intervention et repose sur une appréciation plus subjective du risque. Cela ouvre la voie pour une utilisation encore plus fréquente de cette loi comme un outil de nettoyage social permettant d'encadrer, de déplacer ou d'enfermer des personnes en situation d'itinérance ou de grande marginalité dont la présence est jugée dérangeante dans l'espace public.

Dans cette perspective, le danger ne réside pas uniquement dans le texte de loi lui-même, mais dans les usages concrets qui peuvent en être faits dans un contexte social déjà marqué par une forte surveillance de la marginalité. Officiellement, les interventions sont justifiées au nom de la prévention d'un danger. Dans les faits, elles peuvent servir à gérer ce qui dérange dans l'espace public sans constituer un réel danger, c'est-à-dire à réduire la visibilité des conséquences sociales de la pauvreté plutôt qu'à agir sur leurs causes.

Les personnes en situation d'itinérance sont déjà fortement exposées à des mécanismes de surveillance, de contrôle et de judiciarisation dans l'espace public. Elles font l'objet de nombreux stéréotypes associant pauvreté, désorganisation et dangerosité, même en l'absence de comportements criminels<sup>5</sup>. Dans ce contexte, l'élargissement de la notion de danger risque de renforcer les dynamiques de profilage social et de contrôle des populations marginalisées.

La régulation de la présence des personnes marginalisées dans l'espace public s'inscrit étroitement dans la production et la gestion du sentiment d'insécurité. Or, ce sentiment ne repose pas uniquement sur des risques objectifs, mais également sur des perceptions sociales façonnées par la visibilité de certaines situations de détresse, de désorganisation ou de consommation dans les espaces publics.

Cette dynamique est particulièrement visible dans les réseaux de transport collectif, notamment celui de la Société de transport de Montréal (STM). L'augmentation perçue de l'insécurité y est fréquemment associée à la présence accrue de personnes en situation d'itinérance ou de crise dans le métro. Pourtant, les données d'intervention démontrent un important décalage entre le sentiment d'insécurité et la nature réelle des incidents. Une grande majorité des interventions

---

<sup>5</sup> Bellot, C. & Sylvestre, M. (2017). *La judiciarisation de l'itinérance à Montréal : les dérives sécuritaires de la gestion pénale de la pauvreté*. *Revue générale de droit*, 47, 11–44, p. 17 et suiv., en ligne : <https://www.erudit.org/fr/revues/rgd/2017-v47-rgd03131/1040516ar/>

concernent des situations de détresse psychosociale, de désorganisation ou de consommation de substances, plutôt que des actes de violence grave ou criminelle<sup>6</sup>.

Ce décalage est fondamental : il montre que ce qui est perçu comme menaçant relève souvent davantage de la visibilité de la souffrance sociale que d'un danger réel et immédiat. Dans les faits, le sentiment d'insécurité des usagers agit de plus en plus comme facteur de légitimation des interventions coercitives dans l'espace public, avec une implication accrue des acteurs policiers et sécuritaires, ainsi que le déploiement de dispositifs visant à surveiller, encadrer ou déplacer les personnes perçues comme dérangeantes.

Ainsi, les interventions dans le métro ne servent pas uniquement à répondre à des situations de danger réel, mais participent également à une forme de gestion de la visibilité de la marginalité. Le métro devient alors un espace où s'opère concrètement la régulation de la présence des personnes en situation d'itinérance ou de crise, davantage susceptibles d'être interpellées, déplacées ou prises en charge en raison de leur impact perçu sur les autres usagers.

Cette logique se manifeste notamment par :

- des mesures anti-flânage ;
- des interventions plus rapides auprès des personnes jugées dérangeantes ;
- la fermeture ou la reconfiguration de certains espaces ;
- l'installation de mobilier hostile ou de dispositifs visant à limiter l'occupation de l'espace public.

On glisse ainsi progressivement d'une approche de soutien face à la détresse vers une logique de gestion du risque où la personne devient avant tout un objet de surveillance et de contrôle.

Dans ce contexte, le projet de loi 23 risque de contribuer à institutionnaliser une réponse centrée sur la gestion du risque et la répression de la visibilité de la marginalité, plutôt qu'une approche fondée sur les droits, l'autonomie et le soutien à long terme. En élargissant le champ d'intervention de la loi, le droit vient appuyer une logique déjà observable dans l'espace public où des situations de détresse visibles deviennent plus facilement interprétées comme des indicateurs de danger, où les interventions coercitives peuvent survenir plus tôt et plus fréquemment, et où la simple présence dans l'espace public devient elle-même un facteur d'intervention.

Nous soulignons une fois de plus que **cette intervention, initialement pensée pour se circonscrire à l'action en santé mentale, aura des répercussions beaucoup plus larges sur des personnes déjà vulnérabilisées, des effets d'une ampleur non négligeable qui doivent impérativement être considérés.** Sur le plan du partage équitable de l'espace public, cette dynamique risque de transformer profondément les rapports de cohabitation sociale. La présence de personnes en situation de précarité risque d'être de plus en plus perçue comme un

---

<sup>6</sup> Environ 90% des 71 000 interventions en 2025 sont liées à l'itinérance et à la détresse sociale et non à des crimes violents selon Kevin Grenier, Président de la Fraternité des constables et agents de la paix de la STM-CSN à l'émission *La commission* (lien : <https://www.985fm.ca/audio/751475/metro-de-montreal-hausse-de-50-des-interventions-en-deux-ans> )

enjeu de sécurité ou de gestion des risques plutôt que comme l'expression de besoins sociaux non répondus. Cela peut renforcer des logiques d'exclusion indirecte où certaines formes de présence deviennent progressivement moins tolérées ou davantage encadrées.

Une autre préoccupation importante concerne le risque de cristallisation durable de la stigmatisation dans un climat montréalais déjà fortement marqué par des tensions de cohabitation. Le projet de loi, tel qu'il est actuellement formulé, pourrait contribuer à renforcer un amalgame social problématique associant itinérance, détresse, désorganisation et dangerosité.

La figure du « fou dangereux », bien qu'elle repose largement sur des représentations erronées, demeure une construction sociale puissante qui tend à légitimer le recours à des interventions coercitives auprès des personnes en situation d'itinérance. Or, les comportements atypiques observés dans la rue relèvent souvent de stratégies de survie, du stress chronique ou de conditions de vie extrêmement précaires. Pourtant, ces comportements sont régulièrement interprétés comme des signes d'agressivité ou d'instabilité menaçante.

Ces dynamiques s'inscrivent plus largement dans des enjeux de cohabitation sociale où la présence de personnes en situation d'itinérance dans l'espace public ou à proximité de ressources communautaires suscite des tensions croissantes. On observe notamment une montée des logiques *Pas dans ma cour (NIMBY)*, où des mobilisations citoyennes s'opposent à l'implantation ou au maintien de ressources destinées aux personnes en situation d'itinérance, telles que les refuges, centres de jour ou sites de consommation supervisée.

Dans ce contexte, la détresse visible est fréquemment perçue comme une nuisance ou une menace pour la sécurité et la qualité de vie du voisinage, ce qui alimente des demandes d'intervention plus rapides, plus fermes et plus coercitives. L'élargissement des critères de la P-38 risque alors d'institutionnaliser davantage ces logiques de contrôle et de déplacement des personnes marginalisées.

## **9. Repenser les réponses aux situations de crise : sortir de la logique policière et coercitive**

En 2024, les données du Service de Police de la Ville de Montréal révèlent qu'environ 7 appels sur 10 au 911 relèvent d'enjeux de cohabitation sociale et de détresse des personnes en situation d'itinérance plutôt que du crime<sup>7</sup>, l'élargissement des critères de la P-38 risque d'institutionnaliser une dérive inquiétante que les organismes en itinérance observent déjà. Cette réforme s'inscrit dans un contexte où l'intervention policière, notamment à travers les nombreuses équipes mixtes, est déjà omniprésente dans l'espace public et où les mécanismes de répression, tels que le profilage et la judiciarisation de l'espace public, saturent déjà le quotidien des personnes en situation d'itinérance.

---

<sup>7</sup> Présentation du bilan 2024 du SPVM par Fady Dagher au TVA Nouvelles (lien: [https://www.youtube.com/watch?v=aOkL-Z\\_cLTw](https://www.youtube.com/watch?v=aOkL-Z_cLTw) )

En légitimant le retrait forcé de l'espace public sous le couvert d'un risque potentiel, la loi risque d'offrir une caution légale et institutionnelle au préjugé de dangerosité associé aux personnes en situation d'itinérance. Ce recours systématique à la police agit comme une forme de violence structurelle qui transforme une situation de vulnérabilité et de détresse en une problématique de répression et de contrôle. Pour le témoin extérieur, cette mise en scène institutionnelle renforce le stigmate de dangerosité associé aux personnes marginalisées; pour les personnes qui la subissent, elle engendre souvent un choc traumatique où la contrainte physique, l'interpellation policière et l'effacement de la personne dans l'espace public viennent supplanter toute logique de soin, de dignité et d'accompagnement humains.

Dans ce contexte le RAPSIM et ses membres réaffirment la nécessité de sortir d'une logique d'intervention policière automatique dans la gestion des situations de détresse sociale. Cette position fait d'ailleurs l'objet d'un consensus de plus en plus large, tant dans le milieu communautaire que chez plusieurs acteurs policiers eux-mêmes : les situations de crise psychosociale qui ne relèvent pas du crime ne devraient pas être principalement prises en charge par la police. Le projet de loi 23 intervient à l'opposé de cette position.

Le rôle fondamental de la police demeure lié à la surveillance, au contrôle, à l'application de la loi et à la judiciarisation. Pour les personnes en situation de marginalité, particulièrement celles qui vivent dans l'espace public, cette présence policière est souvent vécue comme disproportionnée, répressive et profondément traumatisante. En 2020, les organismes communautaires en itinérance rapportaient que près de 53% des personnes qui fréquentent les ressources avaient une mauvaise relation avec la police<sup>8</sup>. Actuellement, la situation ne s'est pas améliorée. Alors que la police demeure la première répondante et la porte d'entrée pour des soins, pour plusieurs personnes en situation d'itinérance, il devient extrêmement difficile de développer un lien de confiance envers des institutions associées à des expériences répétées de surveillance, d'interpellation et de déplacement.

Certain-es policier-ères expriment également un malaise face au rôle qui leur est attribué comme premiers répondants dans des situations de crise psychosociale ou de détresse mentale. Les autorités policières reconnaissent elles-mêmes que ces interventions occupent une part importante du travail policier alors que la formation traditionnelle ne prépare pas adéquatement les agent-es à intervenir dans ces contextes complexes.

Des initiatives comme les formations en réponse en intervention de crise (RIC) ou les immersions communautaires des nouvelles recrues policières<sup>9</sup> constituent des avancées intéressantes pour mieux sensibiliser les policier-ères aux réalités de l'itinérance et de la santé

---

<sup>8</sup> RAPSIM, Nouvelles réalités, autant d'enjeux pour le respect des droits : 5e portrait de la situation dans l'espace public montréalais, 2020, p.12

<https://rapsim.org/wp-content/uploads/2020/12/RAPSIM-5eme-portrait-v3.pdf>

<sup>9</sup> Article dans Le Devoir : *Le chef du SPVM mise sur un programme d'immersion communautaire pour ses recrues* (lien :

<https://www.ledevoir.com/actualites/societe/791085/fady-dagher-fait-le-bilan-de-ses-100-premiers-jours-a-la-tete-du-spvm> )

mentale. Toutefois, ces mesures demeurent insuffisantes pour transformer les dynamiques structurelles associées à l'intervention policière.

Même lorsqu'elle adopte une posture plus sociale, la police demeure porteuse d'un pouvoir coercitif et d'un symbole institutionnel qui influencent profondément la manière dont elle est perçue par les personnes marginalisées. Comme le rappellent plusieurs intervenant-es communautaires, « *qu'elle soit sociale ou non, la police reste la police* ». Cette asymétrie de pouvoir constitue une limite fondamentale à la capacité d'établir un lien de confiance durable dans les situations de crise.

Plutôt que de tenter de travailler à rendre l'intervention policière plus acceptable, il faut réduire le recours à la police dans la gestion des problématiques qui relèvent avant tout d'intervention sociale et de santé.

Cela implique notamment de développer des alternatives non coercitives portées par des équipes psychosociales et communautaires spécialisées en intervention de crise, en désescalade et en réduction des méfaits. Les constats issus du terrain convergent largement vers l'importance de déployer des équipes civiles comme premières répondantes auprès des personnes en situation de grande vulnérabilité.

Les échanges avec les personnes concernées nous révèlent clairement que la simple présence d'un uniforme policier peut amplifier la détresse, intensifier les crises et augmenter les risques de recours à la force. À l'inverse, les approches non coercitives favorisent l'établissement d'un lien de confiance, condition essentielle à une intervention efficace et durable.

Plusieurs modèles démontrent déjà la pertinence de ces approches. Des initiatives comme UPS-J ou certaines équipes psychosociales déployées ailleurs au Québec, comme l'exemple de L'Escouade 24/7 au Bas-St-Laurent<sup>10</sup>, et à l'international montrent qu'il est possible d'intervenir efficacement en situation de crise sans recourir systématiquement à la police. Ces approches permettent souvent :

- de réduire le recours aux hospitalisations forcées ;
- d'éviter les ruptures de services ;
- de limiter les interventions traumatisantes ;
- de favoriser l'adhésion volontaire ;
- de soutenir des trajectoires de stabilisation à long terme.

Les données de programmes d'intervention communautaire en situation de crise comme celui en place en Oregon, le *Crisis Assistance Helping Out On The Streets (CAHOOTS)*, montrent que le renfort policier est demandé pour moins de 1% des appels, et celui de Denver le *Support Team*

---

<sup>10</sup>Pour connaître davantage ce service voir le lien : [https://www.labouffeedair.com/?page\\_id=378](https://www.labouffeedair.com/?page_id=378)

*Assisted Response (STAR)* a démontré que des centaines d'appels peuvent être traités en toute sécurité sans intervention policière<sup>11</sup>.

Les organismes soulignent également les limites importantes des équipes mixtes actuellement privilégiées à Montréal. Bien qu'elles soient souvent présentées comme des alternatives, ces équipes demeurent largement inscrites dans une logique sécuritaire et dans un rapport de pouvoir fondé sur la contrainte. Plusieurs intervenant·es rapportent que leur présence contribue davantage à accentuer le sentiment de surveillance et de contrôle qu'à créer un véritable climat de confiance<sup>12</sup>.

Dans ce contexte, toute expansion des modèles d'équipes mixtes devrait obligatoirement s'accompagner d'évaluations rigoureuses intégrant non seulement des données institutionnelles, mais aussi les savoirs du terrain, la parole des intervenant·es communautaires et l'expérience des personnes concernées.

Plus fondamentalement, les enjeux soulevés ne relèvent pas uniquement de comportements individuels problématiques, mais de dynamiques institutionnelles plus larges liées aux mandats confiés à la police, aux cultures organisationnelles et aux logiques de gestion de la marginalité dans l'espace public.

Pour le RAPSIM, les situations de détresse sociale ne devraient pas relever d'une logique sécuritaire, mais d'une logique de soin, d'accompagnement et de soutien à long terme. Les personnes concernées doivent d'abord être reconnues comme des citoyen·nes à part entière, titulaires de droits, dont les besoins nécessitent des réponses humaines, relationnelles et volontaires, plutôt que des mécanismes de contrôle et de contrainte.

En somme, les organismes craignent que le projet de loi 23 contribue à renforcer une gestion de la cohabitation sociale centrée sur le contrôle de la visibilité de la marginalité plutôt que sur la résolution des situations de vulnérabilité. Dans cette perspective, prévenir les crises et favoriser une véritable cohabitation sociale suppose non pas d'élargir les mécanismes coercitifs, mais de renforcer les réponses communautaires, psychosociales et non policières capables d'intervenir dans le respect des droits, de la dignité et du rythme des personnes.

---

<sup>11</sup>Charman, M. (2026). *What the data says: Mental health, non-criminal calls, and the case for alternative response*: This article is related directly to the Seventh International Conference on Law Enforcement & Public Health (LEPH) held in Ottawa, Canada in July 2025. *Journal of Community Safety and Well-Being*, 11(1), 17–25. <https://doi.org/10.35502/jcswb.504>

<sup>12</sup> Voir le rapport dirigé par Ted Rutland en collaboration avec le Comité Opération droits devant du RAPSIM : *Innovation ou extension de la répression ? Perspectives des intervenant·es sur les escouades mixtes à montréal* ( lien : <https://rapsim.org/2023/09/20/rapport-innovation-ou-extension-de-la-repression-les-perspectives-des-intervenant%C2%B7es-sur-les-escouades-mixtes-a-montreal/> )

## **10. Le respect des droits, du rythme des personnes comme un levier clinique incontournable**

Il est important de rappeler que les interventions en soins de santé, particulièrement en santé mentale, ne peuvent être dissociées des rapports de pouvoir dans lesquels elles s'inscrivent. Le système de santé détient un pouvoir considérable sur les personnes qui sont en situation de vulnérabilité. Ce pouvoir peut même aller vers la contrainte, comme c'est le cas en contexte de la P-38. Dans ce contexte, les droits agissent comme des balises essentielles visant à encadrer l'exercice de ce pouvoir et à prévenir toute dérive arbitraire ou disproportionnée.

Au Québec, ces garanties s'ancrent notamment dans la Charte des droits et libertés de la personne, le Code civil du Québec et la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS). Ces cadres reconnaissent que toute personne, y compris en situation de détresse ou de vulnérabilité, demeure titulaire de droits fondamentaux, tels que le droit à l'intégrité, à la dignité, à l'information et au consentement libre et éclairé. Il ne s'agit pas de principes accessoires, mais bien de fondements qui structurent la légitimité même des interventions en santé.

Au-delà de leur fonction juridique, ces droits jouent un rôle central sur le plan clinique. Le respect de la dignité, du rythme et du pouvoir décisionnel des personnes constitue une condition incontournable à l'établissement d'un lien de confiance. Or, pour des personnes dont les trajectoires sont marquées par des ruptures, de la méfiance institutionnelle ou des expériences de violence, ce lien doit être construit, patiemment, dans des conditions qui reconnaissent leur agentivité. **En ce sens, les droits ne représentent pas une contrainte à l'intervention, mais bien un levier thérapeutique majeur, favorisant l'adhésion aux soins, la continuité des démarches et, ultimement, le rétablissement durable.**

En effet, les droits ne visent pas à empêcher l'intervention, mais à garantir qu'elle demeure justifiée, encadrée et respectueuse des personnes. C'est précisément dans ces moments d'urgence, marqués par l'incertitude, la rapidité et la gravité des décisions que leur rôle est le plus crucial pour protéger sans déposséder, intervenir sans rompre le lien, et répondre à la détresse sans nier la personne. Dans ce cadre, les garanties légales et procédurales ne doivent pas être vues comme des contraintes administratives, mais comme des composantes à part entière du soin et de la protection. Les critères stricts d'intervention, les mécanismes de révision, l'accès à l'information et les possibilités de contestation sont autant de balises qui permettent de prévenir les abus, de maintenir la légitimité des interventions et de limiter les effets délétères de la contrainte. Elles participent directement à une pratique clinique éthique et efficace, en assurant que toute atteinte aux droits demeure justifiée, proportionnée et temporaire.

Cela rappelle également une limite fondamentale : l'obligation de protéger n'est pas absolue. Les régimes d'exception comme la garde préventive (dans le cadre de la P-38) sont des exemples de ces entorses permises par la loi au nom de cette obligation de protection. Ces mesures permettent de porter atteinte à certains droits précis et de manière encadrée, mais ils n'annulent jamais l'ensemble des droits de la personne. C'est un principe fondamental de l'État

de droit qui affirme que même lorsqu'une liberté est restreinte, la personne demeure un sujet de droit en toute circonstance. En effet, **protéger ne signifie pas agir à tout prix ni en toute circonstance, mais agir dans un cadre balisé, où la contrainte demeure un dernier recours et où la recherche du consentement et du maintien du lien reste centrale.**

Ce que nous remarquons sur le terrain est malheureusement le contraire. Malgré les garanties légales existantes, la mise en œuvre de ces mesures peut souvent mener à des restrictions disproportionnées de liberté et à des atteintes aux droits comme par exemple le dépassement des délais légaux, des recours fréquents aux mesures de contrôle durant l'hospitalisation<sup>13</sup>. Selon le portrait réalisé par Action Autonomie, les personnes en situation d'itinérance auraient jusqu'à environ 65 fois plus de risque de faire l'objet d'une mise sous garde en vertu de la loi P-38 que le reste de la population<sup>14</sup>. Cette forte surreprésentation des personnes en situation d'itinérance parmi les personnes visées par cette mesure est particulièrement inquiétante, d'autant plus que plusieurs témoignages recueillis font état d'expériences vécues comme abusives, traumatisantes et déshumanisantes durant leur garde en établissement.

Encore une fois, nous affirmons qu'il ne s'agit pas d'opposer le clinique au juridique ni la protection à l'intervention. C'est reconnaître que le respect des droits constitue une condition essentielle à des soins éthiques, efficaces et durables et qu'en leur absence, c'est la possibilité même du lien thérapeutique qui se trouve compromise. C'est aussi rappeler que la protection véritable ne se mesure pas uniquement à la capacité d'intervenir, mais à la capacité d'intervenir sans rompre les conditions du lien, de la confiance et de la dignité, qui sont au cœur de toute démarche de santé mentale. Car pour des personnes qui vivent dans l'instabilité, le soin commence par la stabilité du lien. Et ce lien ne peut exister sans respect, sans choix et sans droits.

Dans cette perspective, nous affirmons la nécessité de limiter rigoureusement les exceptions. Les mesures coercitives doivent demeurer ce qu'elles sont censées être : des recours de dernier ressort, utilisés uniquement lorsque toutes les autres avenues ont été épuisées et que la situation l'exige réellement. Les élargir ou en banaliser l'usage risquerait non seulement d'affaiblir la portée des droits, mais aussi de compromettre les conditions mêmes d'une intervention efficace, en fragilisant la confiance et en accentuant la rupture avec les services. C'est dans cette optique qu'il apparaît essentiel de rappeler l'importance des garanties légales, mais aussi procédurales. Affaiblir ces garanties, même indirectement, compromet non seulement la protection des droits, mais également la capacité du système à intervenir de manière juste, proportionnée et véritablement thérapeutique. En effet, quand une intervention est vécue comme injuste ou imposée sans possibilité réelle de se faire entendre : la confiance diminue, la méfiance augmente, l'adhésion aux soins devient plus difficile. Cette intervention

---

<sup>13</sup> Voir le Rapport de l'IQRDJ qui mentionne ce fait (lien : <https://iqrj.ca/wp-content/uploads/2025/10/Rapport-4.-P-38-Enquete-qualitative.pdf>)

<sup>14</sup> Portrait de l'application de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui par les établissements de santé de l'Île de Montréal, (*J'méritais pas ça – Action Autonomie*) <https://www.actionautonomie.qc.ca/portrait-de-situation-recherche/jmeritais-pas-ca/>

peut être légale, mais elle cesse d'être efficace pour aider réellement la personne. Pire encore, elle vient d'éloigner la personne d'un suivi après l'hospitalisation.

Un tel constat appelle donc un changement de culture dans la prise en charge des personnes et dans notre manière de répondre à la détresse. Tant que l'intervention demeure structurée par des logiques de gestion du risque et d'urgence, les droits risquent d'être perçus comme des contraintes plutôt que comme des leviers du soin. Or, les pratiques de terrain montrent que l'efficacité des interventions repose d'abord sur la qualité du lien, la confiance et l'adhésion des personnes. Cela suppose de passer d'une logique de contrôle à une logique de relation, reconnaître les personnes comme des sujets de droit et exiger du système qu'il développe des pratiques et des ressources capables d'intervenir autrement que par la contrainte.

Dans ce contexte, élargir les critères pour le recours à ces mesures pour en faciliter l'utilisation auprès des personnes qui posent un risque potentiel de danger ou de compromission est questionnable, car cela pose un risque majeur de banaliser la contrainte et encore une fois répond à une logique de contrainte et de gestion de risque. Intervenir plus tôt par la contrainte ne signifie pas prévenir. Cela peut même détourner l'attention des véritables leviers de prévention : accès au logement, continuité des soins, accompagnement dans le milieu de vie, soutien communautaire. En élargissant le seuil, on risque de substituer une réponse rapide et coercitive à des investissements structurants. Donc la loi perd toute son essence, car on ne protège plus la personne.

En somme, affirmer le respect des droits en tout temps, y compris en contexte de crise, c'est reconnaître qu'ils ne sont pas en tension avec les soins, mais ils en sont une condition structurante. C'est aussi rappeler que la protection véritable ne se mesure pas uniquement à la capacité d'intervenir, mais à la capacité d'intervenir sans rompre les conditions du lien, de la confiance et de la dignité, qui sont au cœur de toute démarche de santé mentale.

## **11. Nos recommandations**

En plus de s'appuyer sur les travaux de l'IQRDJ et des partenaires alliés en défense collective des droits et en santé mentale, les propositions que nous présentons ici prennent également appui sur les constats issus du terrain et sur les revendications portées par le regroupement et inscrites dans notre cahier de position, afin d'ancrer nos recommandations dans les réalités propres à l'itinérance.

### **1. Maintenir le critère de danger grave et immédiat et ne pas élargir le recours à la contrainte**

Nous recommandons de maintenir le critère actuel de danger grave et immédiat encadrant le recours à la mise sous garde, et de ne pas en élargir la portée vers une notion plus floue de risque ou de compromission de la sécurité. Comme le démontrent les constats du milieu, la P-38 constitue une mesure d'exception dont l'utilisation doit demeurer strictement nécessaire, proportionnée et encadrée. Abaisser le seuil d'intervention reviendrait à banaliser le recours à la

contrainte et risquerait de transformer un mécanisme de dernier recours en réponse plus routinière à des situations de détresse sociale.

Une telle orientation contribuerait à renforcer les dynamiques de judiciarisation, de profilage et de contrôle des personnes en situation d'itinérance, dont la présence dans l'espace public est déjà fréquemment interprétée à travers le prisme du risque ou de la dangerosité. Cela compromettrait également les conditions relationnelles nécessaires au maintien du lien thérapeutique, à l'adhésion volontaire aux soins et à la confiance envers les institutions.

Dans cette perspective, nous recommandons de :

- Maintenir le caractère exceptionnel et de dernier recours des mesures coercitives.
- Retirer les formulations élargissant l'intervention à une notion de risque ou de compromission.
- Inscrire explicitement dans la loi une interprétation restrictive de la dangerosité afin d'éviter le glissement vers la « dérangerosité ».
- Produire des balises cliniques et juridiques uniformes afin d'éviter les interprétations fondées sur la marginalité, la désorganisation ou la présence dans l'espace public.
- Mettre en place des mécanismes de reddition de comptes et de suivi des décisions de garde afin d'assurer un contrôle rigoureux du recours à la contrainte.
- Privilégier les alternatives volontaires avant toute mesure coercitive.

## **2. Refonder la prévention sur les déterminants sociaux et un accès réel aux soins**

Nous recommandons d'engager un véritable virage vers une approche préventive fondée sur la transformation des conditions qui produisent les crises plutôt que sur un déplacement en amont de la contrainte. Les situations de crise ne sont pas des événements isolés, mais le résultat d'une accumulation de ruptures dans les trajectoires de soins, les conditions de vie et les politiques publiques.

Une approche réellement préventive implique d'agir sur les déterminants sociaux de la santé et de reconnaître que l'accès au logement, à un revenu décent, au soutien communautaire, à des soins accessibles et constitue une condition essentielle à la stabilité et au rétablissement. Cela suppose également de passer d'une logique centrée sur la gestion du risque et de l'urgence à une logique fondée sur le maintien du lien, la continuité des soins et le respect du rythme des personnes.

Nous recommandons ainsi de :

- Investir massivement dans le logement social et communautaire avec soutien communautaire afin de développer des milieux de vie stables et adaptés.
- Reconnaître explicitement que la prévention passe par l'accès réel aux droits sociaux, notamment le droit au logement, à la santé, à la dignité et à un revenu décent.

- Garantir un accès rapide, volontaire, continu et équitable aux soins en santé mentale, indépendamment du statut migratoire ou de la couverture RAMQ.
- Assurer la mise en œuvre du principe du « no wrong door » afin d'éviter les ruptures de services et les exclusions liées à la complexité des trajectoires.
- Développer des services adaptés aux réalités de l'itinérance, de la dépendance et des populations marginalisées, notamment les femmes, les personnes migrantes et les communautés autochtones.
- Déployer des approches communautaires et hors murs fondées sur la réduction des méfaits et le maintien du lien, notamment les équipes outreach, le travail de rue, les cliniques mobiles et la médecine de rue.
- Renforcer la continuité des soins avant, pendant et après les crises afin d'éviter les phénomènes de portes tournantes.
- Développer des réponses intersectorielles réunissant le logement, la santé, les services sociaux et le milieu communautaire.
- Reconnaître pleinement la mission, l'autonomie et l'expertise du milieu communautaire et assurer un financement récurrent, suffisant et structurant des initiatives de prévention et de soutien psychosocial de longue durée.

### **3. Soutenir et documenter les alternatives communautaires à la gestion des crises**

Nous recommandons de structurer une réponse publique fondée sur des alternatives à la coercition, en cohérence avec les pratiques développées depuis plusieurs années par le milieu communautaire. Les approches de désescalade, de réduction des méfaits, d'accompagnement dans la durée, de soutien communautaire en logement et de maintien du lien permettent d'intervenir efficacement sans recourir à la contrainte tout en favorisant l'adhésion volontaire et la dignité des personnes.

Reconnaître et investir dans ces pratiques constitue une condition essentielle pour réduire le recours aux mesures d'exception et assurer des réponses plus humaines, plus efficaces et plus respectueuses des droits.

Dans cette perspective, nous recommandons de :

- Financer adéquatement les organismes communautaires et les pratiques de réduction des méfaits.
- Développer des équipes psychosociales non policières spécialisées en intervention de crise, désescalade et accompagnement volontaire.
- Développer des centres de crise communautaires adaptés aux réalités de l'itinérance, accessibles sans rendez-vous et fondés sur des approches volontaires et de réduction des méfaits.
- Soutenir les approches de proximité, de maintien du lien et les interventions hors murs.
- Reconnaître l'expertise des pairs aidant-es, des personnes concernées et du milieu communautaire dans la conception et l'évaluation des services.

- Intégrer pleinement les interventions communautaires et hors murs dans les trajectoires officielles de soins et d'intervention de crise.
- Documenter, évaluer et soutenir le déploiement des pratiques alternatives afin de renforcer des réponses non coercitives et respectueuses des droits.

#### **4. Renforcer les garanties légales et procédurales encadrant les mesures d'exception**

Nous recommandons de renforcer les garanties légales et procédurales encadrant l'application des mesures d'exception. Comme le met en lumière le mémoire, ces garanties ne constituent pas de simples formalités administratives, mais des protections fondamentales contre les abus ainsi que des conditions essentielles à la légitimité, à l'éthique et à l'efficacité des interventions.

Le respect des droits fondamentaux, notamment le droit à l'information, au consentement, à la dignité et aux recours, doit être compris comme un levier du soin et du maintien du lien thérapeutique plutôt que comme un obstacle à l'intervention. Affaiblir ces garanties risquerait non seulement de compromettre la protection des personnes, mais également de renforcer la méfiance envers les institutions et l'évitement des services.

Dans cette perspective, nous recommandons de :

- Maintenir des critères stricts encadrant les mesures de garde et limiter toute atteinte aux droits à ce qui est nécessaire, proportionné et temporaire.
- Assurer systématiquement le respect du consentement, du droit à l'information et du pouvoir décisionnel des personnes.
- Garantir l'accès à un avocat, à des groupes de défense des droits ainsi qu'à des mécanismes de contestation accessibles.
- Reconnaître les droits comme des leviers thérapeutiques essentiels au maintien du lien de confiance et à l'adhésion aux soins.
- Assurer l'application uniforme du cadre de référence du MSSS concernant la P-38 dans tous les établissements.
- Mettre en place des mécanismes indépendants de surveillance et de contrôle des pratiques de garde.
- Prévenir les atteintes arbitraires aux droits en sanctionnant les dépassements de délais et les non-respects des procédures.

#### **5. Réduire le recours aux interventions policières et privilégier des réponses communautaires en situation de crise**

Nous recommandons de réduire l'implication policière dans les situations relevant de la détresse psychosociale et de reconnaître que ces situations relèvent d'abord d'une logique de soin, d'accompagnement et de soutien plutôt que d'une logique sécuritaire ou de contrôle social.

Dans un contexte marqué par une forte présence policière dans l'espace public et par la judiciarisation croissante de la marginalité, l'élargissement des critères de la P-38 risque de renforcer les logiques de surveillance, de déplacement et de répression des personnes en situation d'itinérance. Les constats du terrain démontrent pourtant que les approches non coercitives favorisent davantage l'établissement d'un lien de confiance, réduisent les interventions traumatisantes et soutiennent des trajectoires de stabilisation à long terme.

Nous recommandons donc de :

- Réduire le recours à la police dans les situations de détresse psychosociale ne relevant pas du crime.
- Déployer des équipes civiles, psychosociales et communautaires comme premières répondantes.
- Développer des réponses fondées sur le soin, l'accompagnement, la désescalade et la réduction des méfaits plutôt que sur la surveillance et le contrôle.
- Encadrer rigoureusement les pratiques des équipes mixtes et assurer des évaluations intégrant les savoirs du terrain et l'expérience des personnes concernées.
- Offrir une formation obligatoire en désescalade, santé mentale, itinérance et réduction des méfaits aux corps policiers.
- Renforcer la collaboration entre le communautaire, le réseau de la santé, les services sociaux et les institutions publiques afin d'assurer des réponses cohérentes et durables aux situations de crise.
- Prévenir les dynamiques de profilage, de judiciarisation et de déplacement des personnes marginalisées en favorisant des approches fondées sur les droits, la dignité et la cohabitation sociale inclusive.
- Mettre en place une réallocation progressive des budgets policiers vers les services communautaires et de santé, afin de soutenir le développement d'alternatives non coercitives et d'assurer leur accessibilité sur l'ensemble du territoire

## **ANNEXE 1: Liste des membres du RAPSIM**

Action Autonomie  
Action Jeunesse de l'Ouest-de-l'Île (AJOI)  
L'amour en action (AEASD)  
Anonyme (L')  
Antre-jeunes de Mercier-Est (L')  
Architecture sans frontières\*  
Arrêt-Source  
Artère de l'Est (L)  
Association Bénévole Amitié  
Association Logement Amitié  
Association pour la Défense des Droits sociaux du Montréal métropolitain (ADDMM)  
Atelier Habitation Montréal  
Auberge communautaire du Sud-Ouest (ACSO)  
Auberge du cœur le Tournant  
Auberge Madeleine  
Avenue hébergement communautaire  
Bâtir son quartier\*  
Bureau de consultation jeunesse (BCJ)  
CACTUS Montréal  
Cap St-Barnabé  
Carrefour familial Hochelaga  
Centre Associatif Polyvalent d'Aide Hépatite C (CAPAHC)  
Centre Booth (Armée du salut)  
Centre communautaire Petite-Côte  
Centre de jour St-James  
Centre de prévention du suicide de Montréal  
Chambreclerc  
Chez Doris  
Cirque Hors Piste  
Clinique Droits Devant  
Communauté Hadley  
Comité BAILS (Entraide Logement Hochelaga-Maisonnette)  
Comité logement du Plateau Mont-Royal  
Comité social Centre-Sud  
Dans la rue  
Dîners St-Louis  
Diogène  
Dopamine  
En Marge 12-17  
Escale Famille Le Triolet  
Exeko  
Face à face  
Le Foyer  
Groupe d'Entraide à l'Intention des Personnes Séropositives et Itinérantes (GEIPSI)  
Groupe Information Travail (GIT)  
Groupe Paradoxe\*  
Habitations L'Escalier  
Habitations du Réseau de l'Académie (RESAC)  
Itinéraire (Groupe communautaire L')\*  
La Porte Ouverte Montréal  
Logifem

[Logis Phare](#)  
[Logis Rose-Virginie](#)  
[Ma Chambre inc.](#)  
[Maison Benoit Labre](#)  
[Maison des Amis du Plateau Mont-Royal](#)  
[Maisons de l'Ancre](#)  
[Maison d'Hérelle](#)  
[Maison L'Exode](#)  
[Maison Grise de Montréal](#)  
[Maison Lucien L'Allier](#)  
[Maison Marguerite](#)  
[Maison St-Dominique](#)  
[Maison Tangente](#)  
[Marie Debout, Centre de femmes Hochelaga-Maisonneuve](#)  
[Médecins du Monde - Montréal\\*](#)  
[Méta d'Âme](#)  
[Mission St-Michael](#)  
[Œuvres de Saint-Jacques](#)  
[PACT de Rue](#)  
[PAS de la rue](#)  
[Passages](#)  
[Prévention CDN-NDG](#)  
[Projet Inclusion](#)  
[Projet d'intervention auprès des mineur-es prostitué-es \(PIAMP\)](#)  
[Plein Milieu](#)  
[Projet Genèse](#)  
[Projet Autochtone du Québec \(PAQ\)](#)  
[RAP Jeunesse](#)  
[Refuge des Jeunes de Montréal](#)  
[Réseau Habitation Femmes \(RHF\)](#)  
[Ressources Jeunesse de Saint-Laurent \(RJSL\)](#)  
[REZO – santé et mieux-être des hommes gais, et bisexuels, cis et trans](#)  
[RICOCHEH Hébergement – Homes](#)  
[ROHMI\\*](#)  
[Rue des Femmes](#)  
[Sac à Dos](#)  
[Service d'hébergement Saint-Denis](#)  
[Société Elizabeth Fry du Québec](#)  
[Société John-Howard - programme Chez nous!\\*](#)  
[Spectre de rue](#)  
[Stella](#)  
[Sidalys](#)  
[Toit à moi\\*](#)  
[Travail de rue et action communautaire \(TRAC\)](#)  
[Valoristes\\*](#)  
[Vilavi](#)  
[Villa Exprès pour toi](#)  
[Y des femmes de Montréal](#)  
[YMCA - programme Dialogue](#)

\*Membres associés