

STRATÉGIE D'ACCÈS

AUX SERVICES DE SANTÉ ET AUX SERVICES
SOCIAUX POUR LES PERSONNES EN SITUATION
D'ITINÉRANCE OU À RISQUE DE LE DEVENIR

LISTE DES COLLABORATEURS

Direction des travaux

Lynne Duguay,
Direction des services en dépendance et en itinérance,
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Benoit Lefrançois,
Direction des services en dépendance et en itinérance,
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Coordination des travaux

Marie-Andrée Gourde,
Direction des services en dépendance et en itinérance,
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Rédaction

Christina Grenier,
Direction des services en dépendance et en itinérance,
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Collaboration

Marianne Carle-Marsan,
Centre de recherche de Montréal sur les inégalités
sociales, les discriminations et les pratiques alternatives
de citoyenneté, Centre intégré universitaire de santé et
de services sociaux du Centre-Sud-de-l'Île de Montréal

Suzanne Carrière,
Centre de recherche de Montréal sur les inégalités
sociales, les discriminations et les pratiques alternatives
de citoyenneté, Centre intégré universitaire de santé et
de services sociaux du Centre-Sud-de-l'Île de Montréal

Francine Côté,
Centre de recherche de Montréal sur les inégalités
sociales, les discriminations et les pratiques alternatives
de citoyenneté, Centre intégré universitaire de santé et
de services sociaux du Centre-Sud-de-l'Île de Montréal

Marise Guindon,
Centre de recherche de Montréal sur les inégalités
sociales, les discriminations et les pratiques alternatives
de citoyenneté, Centre intégré universitaire de santé et
de services sociaux du Centre-Sud-de-l'Île de Montréal

Roch Hurtubise,
École de travail social, Université de Sherbrooke et
Centre de recherche de Montréal sur les inégalités
sociales, les discriminations et les pratiques alternatives
de citoyenneté

Maryse Roy,
Direction des services en dépendance et en itinérance,
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Mireille Tousignant,
Direction des services en dépendance et en itinérance,
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Directions générales du MSSS ayant collaboré à l'élaboration de la Stratégie

Direction générale des services sociaux

Direction générale de la santé publique

Direction générale des services de santé mentale
et de psychiatrie légale

Direction générale des services de proximité,
des urgences et du préhospitalier

Édition

La Direction des communications du ministère de la Santé
et des Services sociaux

Le présent document s'adresse spécifiquement aux
intervenants du réseau québécois de la santé et des services
sociaux et n'est accessible qu'en version électronique
à l'adresse :

www.msss.gouv.qc.ca, section **Professionnels**

Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien
les femmes que les hommes.

Dépot légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2018
Bibliothèque et Archives Canada, 2018

ISBN : 978-2-550-81066-7 (version PDF)

Tous droits réservés pour tous pays. La reproduction,
par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la
diffusion de ce document, même partielles, sont interdites
sans l'autorisation préalable des Publications du Québec.
Cependant, la reproduction de ce document ou son
utilisation à des fins personnelles, d'étude privée ou
de recherche scientifique, mais non commerciales, sont
permises à condition d'en mentionner la source.

© Gouvernement du Québec, 2018

Table des matières

INTRODUCTION	1
CHAPITRE 1 : LES FONDEMENTS DE LA STRATÉGIE	2
1.1 Pourquoi une Stratégie?	2
1.2 Les objectifs poursuivis	4
1.3 Les retombées attendues	5
1.4 Les dimensions de performance relatives à la Stratégie	6
1.5 Des orientations ministérielles favorisant l’accessibilité, la qualité et la continuité	9
1.6 Une Stratégie en complémentarité avec d’autres mesures structurantes	10
CHAPITRE 2 : LES ÉTAPES D’IMPLANTATION DE LA STRATÉGIE	12
2.1 Étape 1 : Mettre en place une structure de travail pour coordonner la démarche	12
2.2 Étape 2 : Disposer d’une lecture commune du phénomène de l’itinérance ainsi que de la prestation et de l’organisation des services sur le territoire.....	14
2.3 Étape 3 : Procéder à une analyse diagnostique	16
2.4 Étape 4 : Mettre en place des mesures qui assurent l’accessibilité, la qualité et la continuité des services aux personnes en situation d’itinérance ou à risque de le devenir.....	17
2.5 Soutien national à l’implantation de la Stratégie	22
CHAPITRE 3 : LE SUIVI DE L’INDICATEUR	24
CONCLUSION	25
RÉFÉRENCES	26
ANNEXE 1 - Définition de l’itinérance	28
ANNEXE 2 - Exemples d’orientations ministérielles s’appliquant aux personnes en situation d’itinérance ou à risque de le devenir	29
ANNEXE 3 - Liste des collaborateurs locaux, régionaux et nationaux	36
ANNEXE 4 - Tableau-synthèse des composantes d’implantation de la Stratégie	37

INTRODUCTION

Le Plan stratégique 2015-2020 du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) présente les orientations stratégiques, les objectifs et les indicateurs de résultats fixés par le MSSS, tant pour lui-même que pour son réseau, de manière à répondre aux enjeux auxquels devra faire face le secteur de la santé et des services sociaux au cours des cinq prochaines années. Parmi les objectifs fixés par le MSSS pour 2015-2020, l'un vise à intensifier l'offre de services en itinérance dans le réseau de la santé et des services sociaux.

Parallèlement, le 7 décembre 2014, le *Plan d'action interministériel en itinérance¹ 2015-2020 – Mobilisés et engagés pour prévenir et réduire l'itinérance* (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2014a) a été rendu public par le gouvernement du Québec. Ce Plan d'action a été élaboré par le MSSS avec la collaboration de quinze autres ministères et organismes. Parmi les 31 actions qu'il comporte, l'une d'entre elles, l'action 14, vise à mettre en place des mécanismes permettant aux établissements de santé et de services sociaux ciblés d'accueillir les personnes en situation d'itinérance et de leur offrir les services nécessaires en vue de favoriser leur sortie de la rue.

Afin de mettre en œuvre cette action et d'intensifier l'offre de services en itinérance, le MSSS a élaboré la Stratégie d'accès aux services de santé et aux services sociaux pour les personnes en situation d'itinérance ou à risque de le devenir². Cette Stratégie se veut spécifique aux enjeux en santé et en services sociaux qui sont sous la responsabilité des centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS), des centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS) et des établissements non fusionnés en vertu de la Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux. La Stratégie s'inscrit en complémentarité avec les autres mesures du Plan d'action qui identifient les enjeux de nature intersectorielle.

Ainsi, le taux d'implantation de la Stratégie au sein de chaque établissement du réseau de la santé et des services sociaux fera l'objet d'un suivi à compter de 2018-2019 par l'entremise des ententes de gestion et d'imputabilité convenues annuellement entre les établissements concernés et MSSS.

À cet égard, il importe de rappeler que les personnes en situation d'itinérance ou celles à risque de le devenir présentent une multitude de besoins dont la prise en charge est sous la responsabilité de plusieurs programmes-services. Il va sans dire que la contribution active de tous les programmes-services s'avère donc incontournable dans la présente démarche afin d'assurer la prise en compte globale des besoins particuliers des personnes en situation d'itinérance ou à risque de le devenir.

¹ Voir l'annexe 1 - Définition de l'itinérance.

² Initialement, le *Plan d'action interministériel en itinérance 2015-2020 – Mobilisés et engagés pour prévenir et réduire l'itinérance* prévoyait l'élaboration d'un protocole d'intervention en matière d'itinérance. La présente Stratégie remplace ce dernier tout en poursuivant le même objectif. L'indicateur du Plan stratégique du ministère de la Santé et des Services sociaux 2015-2020 a été modifié en conséquence.

CHAPITRE 1 : Les fondements de la Stratégie

1.1 Pourquoi une Stratégie?

Les nombreux défis actuellement rencontrés en matière d'organisation et d'offre de services en santé et en services sociaux pour les personnes en situation d'itinérance ou à risque de le devenir justifient la Stratégie qui permet d'assurer l'accessibilité, la qualité et la continuité des soins et des services qui répondent à leurs besoins.

Défis liés à l'accessibilité

- Chacun des services a ses propres règles, exigences administratives et critères d'accès (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2008). Dépourvues d'adresse fixe et de preuves d'identité, les personnes en situation d'itinérance se heurtent fréquemment aux modes de fonctionnement et aux règles d'admission du réseau de la santé et des services sociaux, alors qu'il est essentiel d'assurer une souplesse dans l'offre de services pour les personnes en situation d'itinérance (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2014b).
- À cela s'ajoute la tendance chez ces personnes à demander de l'aide uniquement lorsque leurs problèmes de santé sont graves ou devenus urgents, ce qui augmente la difficulté de la visée de leur offrir des soins et des services au moment approprié (Commission de la santé et des services sociaux, 2009; Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2014b). La réalité est telle que les pratiques sont essentiellement liées à la gestion des urgences, faites d'interventions ponctuelles, à court terme et axées sur la gestion des personnes et des crises, ce qui permet difficilement d'agir en prévention et de faire de l'intervention à plus long terme (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2014b).
- Il est essentiel d'assurer une souplesse dans l'offre de services afin de rejoindre les personnes en situation d'itinérance là où elles se trouvent et au moment le plus approprié, et de mieux répondre à leurs besoins, que ce soit dans les refuges, le métro, la rue, etc. (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2014b).
- Certains CISSS et CIUSSS couvrent un grand territoire, associé à une faible densité populationnelle, ce qui contribue au déracinement de certaines personnes en situation d'itinérance ou à risque de le devenir qui doivent quitter leur localité d'appartenance afin d'avoir accès aux soins et aux services répondant à leurs besoins. Ce transport occasionne des coûts et des impacts psychosociaux importants qui freinent et limitent l'accès aux services, en plus de complexifier le processus de réinsertion sociale.

Défis liés à la qualité

- Certaines barrières culturelles et organisationnelles freinent l'accès aux services. Les personnes en situation d'itinérance rapportent certaines expériences négatives lorsqu'elles recourent à des services : accueil empreint parfois de préjugés ou de jugement, manque d'écoute, de disponibilité, etc. (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2008).
- De leur côté, plusieurs professionnels de la santé et des services sociaux se sentent impuissants face aux personnes en situation d'itinérance. Certains vivent un malaise, disent manquer de temps, de ressources, d'outils et de formation pour intervenir adéquatement (Roy *et al.*, 2006).

Défis liés à la continuité

- De par son caractère multifactoriel et multidimensionnel, le phénomène de l'itinérance n'est pas abordé à l'intérieur d'un programme-services spécifique; l'intervention auprès des personnes en situation d'itinérance ou à risque de le devenir relève d'une responsabilité partagée par des acteurs en provenance de neuf programmes-services : services généraux – activités cliniques et d'aide; santé physique; santé mentale; dépendance; déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme; déficience physique; santé publique; jeunes en difficulté et soutien à l'autonomie des personnes âgées (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2008).
- La présence de comorbidités multiples d'ordre social et physique rend difficile l'organisation des services autour de la personne en situation d'itinérance ou à risque de le devenir. À titre d'exemple, on estime qu'entre 30 % et 50 % des personnes en situation d'itinérance auraient des troubles mentaux, dont plus de la moitié auraient aussi des problèmes de dépendance (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2014b). Pour les femmes en particulier, s'ajoutent parfois d'autres problématiques, telles que des agressions sexuelles vécues durant l'enfance ou de la violence conjugale vécue à l'âge adulte. Par ailleurs, plusieurs intervenants et chercheurs considèrent comme « âgées » les personnes en situation d'itinérance dès que celles-ci ont plus de 50 ans (Crane et Warnes, 2007) puisque bien souvent, elles souffrent déjà des maladies du grand âge, de problèmes musculosquelettiques graves, d'hypertension, d'incontinence, de pertes cognitives, etc. Dans ce contexte, alors qu'il serait nécessaire de soutenir la personne par une approche globale, la réalité est que la personne est appelée à circuler d'un service à l'autre selon la nature prédominante et l'urgence de ses problèmes (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2008).
- Trop souvent, les personnes en situation d'itinérance font des allers et retours entre les organisations ou, parfois même, au sein d'un même établissement. Se sentant dépourvus sur le plan de l'intervention, des intervenants vont préférer adresser la personne en situation d'itinérance ailleurs plutôt que de lui offrir l'accompagnement requis. Ce phénomène des portes tournantes, où les personnes réamorcent leurs démarches à répétition, ne favorise en rien leur cheminement et leur adhésion aux

soins, en plus de renforcer leur méfiance à l'endroit du réseau (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2014b).

- L'étape de transition à la sortie d'un établissement (centre de réadaptation pour jeunes en difficulté d'adaptation, établissement de détention, centre de réadaptation, centre hospitalier, etc.) est un des facteurs de risque pouvant mener certaines personnes à l'itinérance. À titre d'exemple, de 50 % à 75 % des jeunes de la rue auraient été en contact avec les services de protection de la jeunesse durant une période de leur vie (Robert, Pauzé et Fournier, 2005). Ainsi, bien que diverses ressources soient offertes aux personnes à leur sortie des établissements, le suivi et l'accompagnement de celles-ci demeurent un défi important pour faciliter leur intégration et ainsi éviter leur passage à la rue (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2014b).

1.2 Les objectifs poursuivis

L'objectif général de la Stratégie est d'assurer l'accessibilité, la qualité et la continuité des soins et des services aux personnes en situation d'itinérance ou à risque de le devenir. L'itinérance étant un problème social important, il y a lieu de soutenir les personnes touchées dans la recherche et la mise en place de solutions pour leur permettre de sortir de la rue ou de l'éviter.

Plus précisément, l'implantation de la Stratégie permettra aux établissements :

- d'assurer le repérage, l'évaluation des besoins et l'accompagnement des personnes en situation d'itinérance ou à risque de le devenir;
- de développer une offre et une organisation de services définies, adaptées à leur réalité et basées sur les meilleures pratiques afin de prévenir le passage à la rue ou d'en favoriser la sortie;
- de mobiliser et de dynamiser l'ensemble des programmes-services dans l'atteinte des objectifs poursuivis;
- de mettre en place et de consolider des collaborations formelles entre les intervenants du réseau, entre les différentes régions lorsque requis et avec les partenaires du milieu communautaire.

L'atteinte de ces objectifs nécessite un engagement institutionnel, c'est-à-dire qu'un leadership soit assumé au sein de chacun des établissements et que les orientations prises soient portées par la direction générale. L'implantation nécessite également l'engagement du personnel cadre et clinique de l'ensemble des programmes-services concernés dans un changement organisationnel, afin d'intégrer des soins et des services appropriés aux personnes en situation d'itinérance ou à risque de le devenir. En ce sens, il s'avère essentiel que tous travaillent de concert afin d'atteindre les objectifs collectivement portés dans le cadre de cette Stratégie. Un accompagnement est à prévoir dans la gestion du changement qu'implique le déploiement des actions prévues à la Stratégie.

1.3 Les retombées attendues

L'implantation d'une telle stratégie en itinérance vise à engendrer des bénéfices à la fois pour les usagers, les intervenants, ainsi que pour les établissements du réseau de la santé et des services sociaux et les autres organisations concernées par le phénomène, tels les organismes communautaires, les partenaires intersectoriels, etc.

Pour les usagers

- Favorise la prise en compte de leurs besoins spécifiques associés au fait qu'ils soient à risque d'itinérance ou déjà en situation d'itinérance;
- Améliore l'accessibilité aux soins et aux services;
- Favorise une prise en charge de leurs problèmes de santé et de leurs problèmes psychosociaux;
- Améliore la qualité des soins et des services afin de :
 - réduire la variabilité des interventions dans un même établissement ou réseau;
 - assurer une réponse adaptée en fonction de leurs besoins.
- Permet une meilleure continuité et transition entre les différents programmes-services;
- Favorise leur participation aux soins et aux services et à la prise de décision concernant les démarches à entreprendre;
- Favorise une meilleure préparation à la fin des interventions, incluant la continuité des soins en ambulatoire;
- Favorise une réduction de la stigmatisation à leur égard.

Pour les intervenants

- Donne des repères communs sur le parcours des personnes en situation d'itinérance, en identifiant les étapes clés, ainsi que le moment où un épisode de services prend fin et le relais qui sera mis en place pour assurer la continuité des soins et des services;
- Rend accessible des outils favorisant le repérage, l'évaluation et l'intervention;
- Favorise la planification et l'orientation des services;
- Clarifie les rôles, responsabilités et complémentarités des divers intervenants et organisations;
- Optimise les échanges entre les intervenants du réseau et avec les partenaires;
- Favorise l'accès à l'expertise de partenaires de différents secteurs d'activité.

Pour les établissements et autres organisations

- Favorise une vision organisationnelle commune autour du phénomène de l'itinérance sur leur territoire;

- Augmente l'engagement des organisations par rapport à une prestation optimale de soins et de services et à la mise en application de la responsabilité populationnelle à l'égard des personnes en situation d'itinérance ou à risque de le devenir;
- Favorise la coordination et l'arrimage étroit entre les différents programmes-services des CISSS et des CIUSSS, des établissements non fusionnés ainsi qu'avec leurs partenaires institutionnels, intersectoriels et communautaires;
- Améliore l'efficacité des services prodigués;
- Optimise la gestion du temps, ainsi que l'utilisation des ressources humaines, financières et matérielles.

1.4 Les dimensions de performance relatives à la Stratégie

Tel qu'énoncé précédemment, l'implantation au sein de chaque établissement concerné du réseau de la santé et des services sociaux de la Stratégie d'accès aux services de santé et aux services sociaux pour les personnes en situation d'itinérance ou à risque de le devenir fera l'objet d'un suivi à compter de 2018-2019 par l'entremise des ententes de gestion et d'imputabilité (EGI) convenues annuellement entre les établissements concernés et le MSSS. Ce suivi se fera en évaluant certaines dimensions de la performance reconnues dans le Cadre de référence ministériel d'évaluation de la performance du système public de santé et de services sociaux à des fins de gestion, plus précisément les dimensions d'accessibilité, de qualité et de continuité des services.

L'accessibilité

L'accessibilité aux services suppose de fournir les soins et les services requis à l'endroit et au moment opportun, mais également d'assurer un accès équitable à ceux-ci, en fonction des seuls besoins des usagers sans égard à des caractéristiques personnelles (revenu, éducation, lieu de résidence, etc.) (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2012).

Dans le cadre de cette Stratégie, il est attendu que l'accessibilité s'actualise notamment par :

- Un accès aux services qui tient compte de la réalité particulière des personnes en situation d'itinérance ou à risque de le devenir (par ex. : milieu de vie précaire et/ou transitoire, vieillissement prématuré, troubles concomitants, etc.);
- Des services accessibles sur l'ensemble du territoire, afin d'éviter aux personnes d'avoir à se déplacer d'une installation à l'autre (ou d'une localité à l'autre) en assurant une réponse à leurs besoins là où elles se présentent et d'éviter leur déracinement vers les grands centres. C'est le principe du *No wrong door*, selon lequel toutes les portes sont bonnes et pertinentes pour accueillir une demande d'aide et diriger la personne vers les services susceptibles de répondre à ses besoins;
- Des services de santé et des services sociaux déployés le plus possible dans les différents milieux de vie, afin de favoriser l'accessibilité aux services en temps opportun, de même que la rétention et l'adhésion des usagers dans les services. Cela est conséquent avec le

principe du *Outreach* (rejoindre les personnes là où elles se trouvent), qui implique que les services de santé et les services sociaux rejoignent les personnes en situation d'itinérance ou celles à risque de le devenir dans leur milieu de vie (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2014b);

- La mise en place de stratégies d'intervention qui permettent d'aller au-devant des personnes en situation d'itinérance ou à risque de le devenir, dans l'optique d'agir en prévention et d'assumer la responsabilité populationnelle auprès d'individus qui ne sollicitent pas toujours les soins et services disponibles qui peuvent répondre à leurs besoins;
- Des actions adaptées rendant les services accessibles à des personnes en situation d'itinérance ou à risque de le devenir appartenant à certains groupes tels que les Premières Nations, les Inuits, les femmes, les jeunes, etc.

Ainsi, en rendant accessible un ensemble de services le plus complet possible, en favorisant la convergence des efforts pour maintenir et améliorer la santé et le bien-être des personnes en situation d'itinérance, en s'assurant que chacun assume les rôles et les responsabilités lui étant dévolus et en facilitant le cheminement des personnes entre les services offerts, il est permis de croire que celles-ci auront accès au bon service, au moment opportun et au bon endroit.

Une offre de services adaptée et intégrée est essentielle dans tous les milieux où le phénomène est présent. Bien que l'itinérance soit majoritairement présente dans les milieux urbains, elle l'est également dans les villes de taille moyenne et celles plus éloignées des grands centres. Les services à déployer pourront varier et présenter des différences selon l'environnement dans lequel les personnes en situation d'itinérance évoluent.

La qualité

La qualité des soins et des services implique que ceux-ci :

- soient adaptés et sécuritaires;
- puissent s'arrimer aux attentes, aux valeurs et aux droits des usagers;
- puissent être donnés de manière coordonnée et intégrée (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2012);
- s'inscrivent dans une perspective innovante, en reposant sur l'évolution des données probantes et prometteuses.

Le déploiement et la consolidation de pratiques de qualité impliquent également que les connaissances relatives aux meilleures pratiques cliniques et de gestion puissent circuler auprès du personnel du réseau afin d'optimiser le soutien à leur pratique.

Dans le cadre de cette Stratégie, il est attendu que la qualité se traduise notamment par :

- Un repérage précoce et systématique des personnes en situation d'itinérance ou à risque de le devenir dans les services ciblés par chaque établissement;

- Une offre et une organisation de services fondées sur les meilleures pratiques à l'égard des personnes en situation d'itinérance et de celles à risque de le devenir;
- Une souplesse dans la prestation des soins et des services afin de considérer les besoins particuliers des personnes en situation d'itinérance;
- La prise en compte, à chacune des étapes de la Stratégie, des différences (biologiques, économiques, sociales, culturelles, etc.) entre les hommes et les femmes, en conformité avec la démarche amorcée en 1997 par le gouvernement du Québec qui vise à intégrer l'analyse différenciée selon les sexes (ADS);
- Une attention particulière portée à la réalité et aux besoins propres des Premières Nations et de la population inuite;
- La formation du personnel du réseau de la santé et des services sociaux concernant le phénomène de l'itinérance et les meilleures pratiques cliniques dans le domaine.

La continuité

La continuité des services est une notion centrale de la nouvelle gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux. Celle-ci implique entre autres de favoriser une trajectoire simplifiée pour les personnes ayant besoin de soins et de services, de même qu'une planification et un arrimage centralisés et efficaces des services. D'ailleurs, la réorganisation du système de santé et des services sociaux, par l'adoption de la Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux, aura permis de réunir au sein d'un seul établissement par région la majorité des services de santé et des services sociaux. Cette réorganisation représente une opportunité qui permet d'assurer une meilleure fluidité des services offerts par la fusion des divers établissements, au profit des usagers et de la population.

Sur le plan clinique, la continuité se décline en trois aspects : la continuité informationnelle, la continuité relationnelle et la continuité d'approche (Reid, Haggerty et McKendry, 2002) :

- La continuité informationnelle réfère à une utilisation optimale de l'information pertinente et requise concernant l'utilisateur tout au long de son parcours de soins et de services;
- La continuité relationnelle fait appel à la stabilité de la relation entre l'utilisateur et les différents prestataires de services;
- La continuité d'approche fait référence à la cohérence, à la souplesse et à la complémentarité des services offerts dans le temps.

Dans le cadre de cette Stratégie, il est attendu que la continuité se traduise notamment par :

- Des modalités qui assurent la fluidité et la poursuite des soins et des services dans un contexte où les personnes en situation d'itinérance peuvent être prédisposées à se déplacer d'un établissement et d'un territoire à l'autre;
- Un accompagnement adapté aux besoins des personnes en situation d'itinérance ou à risque de le devenir tout au long de leur parcours de soins et de services. La mise en œuvre de la Stratégie oblige à une souplesse et à une créativité dans la planification et

- le déploiement de l'offre de services habituelle afin de répondre aux besoins particuliers des personnes en situation d'itinérance ou à risque de le devenir;
- Des trajectoires de services qui incluent des mécanismes de concertation et de collaboration entre les différents programmes-services de l'établissement, avec les établissements du réseau de la santé et des services sociaux offrant des services spécialisés et surspécialisés, ainsi qu'avec le milieu communautaire. Ces trajectoires doivent permettre la réponse aux besoins globaux des personnes en situation d'itinérance ou à risque de le devenir.

Les personnes en situation d'itinérance ou à risque de le devenir présentent souvent des profils complexes et une concomitance de divers problèmes ou troubles et peuvent être appelées à recevoir divers services faisant intervenir plusieurs professionnels, sur de longues périodes de temps et avec une intensité pouvant varier considérablement. Dans ce contexte, la continuité des services est primordiale pour assurer la mise en œuvre efficace des services et permettre une expérience de services et de soins simplifiée pour les usagers.

1.5 Des orientations ministérielles favorisant l'accessibilité, la qualité et la continuité

L'une des visées importantes de la réorganisation du réseau de la santé et des services sociaux est de faciliter l'organisation de services intégrés permettant aux usagers de recevoir des soins mieux arrimés entre eux, tout au long de leur parcours de soins et de services dans le réseau. La collaboration de tous les partenaires du réseau de la santé et des services sociaux est nécessaire à l'intégration des services afin d'en améliorer l'accessibilité, la continuité et la coordination en lien avec le plan d'action en itinérance.

La Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS) impartit à chaque établissement une responsabilité populationnelle. Selon ce principe, les intervenants qui offrent des services à la population d'un territoire partagent collectivement une responsabilité envers cette population. Elle implique de rendre accessible un ensemble complet de services le plus près possible du milieu de vie des personnes, tout en favorisant la convergence des efforts pour maintenir et améliorer la santé et le bien-être de la population (Institut national de santé publique du Québec, s.d.). La responsabilité populationnelle appelle également les établissements à adapter leurs services aux caractéristiques des différents bénéficiaires du territoire local.

Cela dit, des orientations ministérielles qui s'appliquent à la situation particulière des personnes en situation d'itinérance ou à risque de le devenir sont présentes dans la majorité des programmes-services. Celles-ci visent notamment :

- La priorisation des demandes de services qui concernent une personne en situation d'itinérance ou à risque de le devenir;
- La prise en compte de leur situation particulière dans les critères d'accessibilité;

- La mise en place d'interventions adaptées à leurs besoins et à leur condition, qui assurent entre autres une transition fluide entre les services.

Des exemples sont présentés à l'annexe 2. Les orientations ministérielles qui y sont énoncées constituent sans contredit des leviers considérables pour assurer l'accessibilité, la qualité et la continuité des soins et des services pour les personnes en situation d'itinérance ou à risque de le devenir.

1.6 Une Stratégie en complémentarité avec d'autres mesures structurantes

Les défis en matière d'itinérance sont multiples et interpellent un ensemble d'acteurs locaux, régionaux et nationaux. De nombreuses structures sont déjà en place afin de répondre aux problèmes identifiés et d'améliorer les conditions de vie des personnes en situation d'itinérance ou à risque de le devenir dans toutes les régions du Québec³.

Ainsi, la présente Stratégie n'a pas pour objectif de faire fi des travaux menés par les structures existantes ou de les dédoubler. Les actions devant être menées dans le cadre de la Stratégie sont celles qui relèvent de la compétence des CISSS, des CIUSSS et des établissements non fusionnés dans le cadre de leur mission respective en santé et services sociaux.

Cela dit, la contribution de partenaires communautaires, privés et intersectoriels est souhaitée à différentes étapes de la Stratégie, puisque ceux-ci disposent d'informations et d'expertises essentielles à une lecture juste de la situation sur le plan local et régional, de même qu'à l'identification de solutions pertinentes. Ces partenaires doivent être tenus informés des actions et retombées de la Stratégie afin de les prendre en compte dans leurs pratiques.

Exemples de situations

1. Le CISSS ou le CIUSSS d'une région constate que les personnes qui présentent des besoins relevant de deux programmes-services spécifiques sont difficilement desservies. Comme cela concerne plus précisément l'accessibilité et la continuité des services dans les CISSS et les CIUSSS et les établissements non fusionnés, cela pourrait être abordé dans le cadre de la Stratégie. Et les solutions identifiées et déployées en réponse à cette problématique seront diffusées auprès des partenaires concernés.
2. Le CISSS ou le CIUSSS d'une région constate que certaines personnes hébergées dans une ressource d'hébergement d'urgence (RHU) éprouvent des difficultés à accéder à certains services de santé. Comme la responsabilité d'offrir les services de santé en question relève du CISSS ou du CIUSSS ou d'un établissement non fusionné, l'enjeu sera abordé dans le cadre de la Stratégie et les partenaires concernés (ex. la RHU) seront interpellés pour contribuer à identifier des solutions pertinentes. Encore une fois, les solutions identifiées et déployées en réponse à cette problématique seront diffusées auprès des partenaires concernés.

³ Voir l'annexe 3.

3. Le CISSS ou le CIUSSS constate que les personnes en situation d'itinérance éprouvent des difficultés avec une procédure dont est responsable un partenaire intersectoriel. Dans ce cas, il ne s'agit pas d'un élément relatif à la Stratégie. La problématique pourrait être discutée dans le cadre du comité directeur intersectoriel régional ou, en l'absence d'un comité directeur, avec le partenaire concerné. Si les difficultés persistent, celles-ci devraient être mentionnées au MSSS, qui fera alors le lien avec les représentants nationaux du partenaire intersectoriel, qui siègent à la Table interministérielle en itinérance.

CHAPITRE 2 : Les étapes d'implantation de la Stratégie

Quatre étapes sont essentielles à l'implantation de la Stratégie, soit :

1. Mettre en place une structure de travail pour coordonner la démarche;
2. Disposer d'une lecture commune du phénomène de l'itinérance ainsi que de la prestation et de l'organisation des services sur le territoire;
3. Procéder à une analyse diagnostique;
4. Mettre en place des mesures qui assurent l'accessibilité, la qualité et la continuité des soins et des services aux personnes en situation d'itinérance ou à risque de le devenir.

2.1 Étape 1 : Mettre en place une structure de travail pour coordonner la démarche

Chaque établissement devra mettre en place une structure de travail pour implanter la Stratégie, qui devra tenir compte des particularités de son territoire, et en assurer le suivi. Conséquemment, chaque établissement doit désigner un gestionnaire responsable de l'implantation et du suivi de la Stratégie. Ce dernier veille à ce qu'un plan de travail d'implantation soit élaboré, puis transmis au MSSS.

Ce plan de travail doit inclure les objectifs poursuivis, les étapes d'implantation et leurs échéanciers, les acteurs qui sont parties prenantes dans la démarche, de même que les ressources envisagées pour la mise en œuvre du plan.

Parmi les partenaires internes à intégrer au sein de la structure de travail, il est attendu que soit inclus un représentant de la direction de chacun des programmes-services concernés par la démarche, soit : santé publique; santé physique; dépendances; santé mentale; jeunes en difficulté; soutien à l'autonomie des personnes âgées; déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme; déficience physique et services généraux – d'activités cliniques et d'aide. Ces représentants ont la responsabilité de l'implantation et du suivi de la Stratégie dans leur programme-services respectif.

Différents partenaires devraient être consultés relativement au plan de travail et jouer un rôle-conseil aux différentes étapes de l'implantation de la Stratégie où leur expertise particulière s'avère pertinente, dont des représentants des conseils professionnels (conseil des médecins, dentistes et pharmaciens, conseil multidisciplinaire, conseil des infirmières et infirmiers) et des instances pertinentes représentant les usagers (par ex. : comité des usagers, personnes ayant vécu l'itinérance ou des proches de ces personnes).

Les organisateurs communautaires des CISSS et des CIUSSS constituent aussi des professionnels dont le conseil pourra être précieux, considérant leurs liens privilégiés avec les partenaires externes intervenant auprès de diverses populations vulnérables (dont les personnes en

situation d'itinérance), leur leadership mobilisateur et leur contribution à divers plans d'action locaux.

De plus, il est essentiel de consulter les acteurs clés du réseau territorial de services de santé et de services sociaux concernés par la démarche, notamment des représentants des équipes interprofessionnelles des groupes de médecine de famille (GMF/GMF-Réseau) et des cliniques médicales, de même que les partenaires communautaires qui détiennent une vaste expertise en ce qui a trait à la réalité et aux besoins des personnes visées par la Stratégie. Puisque la Stratégie concerne les services de santé et les services sociaux qui sont sous la responsabilité des CISSS, des CIUSSS et des établissements non fusionnés, ces partenaires ne sont toutefois pas imputables de l'implantation de la Stratégie. Bien entendu, tout autre partenaire jugé pertinent peut s'ajouter si requis.

Pour les régions comprenant plus d'un établissement, le CISSS ou le CIUSSS, qui assure une coordination régionale en matière d'itinérance, a la responsabilité supplémentaire d'assurer une cohérence dans la mise en œuvre de la Stratégie dans l'ensemble des établissements de sa région. Ainsi, dans le cadre de son rôle, celui-ci devra nommer un gestionnaire responsable de la coordination régionale pour l'implantation de la Stratégie. Ce dernier réunira l'ensemble des établissements de son territoire pour convenir de mécanismes visant à favoriser l'implantation de la Stratégie par chaque établissement de façon coordonnée sur le plan régional. Il veillera également à ce que la documentation nécessaire à l'implantation de la Stratégie soit diffusée (par ex. : portrait de l'itinérance sur le territoire, portrait des services, etc.). Chaque établissement du territoire devra par la suite implanter la Stratégie.

Le CISSS ou le CIUSSS responsable de la coordination régionale doit, au même titre que les autres établissements, élaborer et implanter la Stratégie pour son propre territoire. Chaque établissement est responsable de sa reddition de comptes et de ses résultats, qu'il y ait ou non une coordination régionale.

COMPOSANTE D'IMPLANTATION

✓ Un plan de travail est élaboré et transmis pour information au MSSS.
--

Une coordination nationale

En appui aux gestionnaires qui auront été désignés au sein de chaque établissement et à leurs équipes respectives, un coordonnateur national relevant du ministère de la Santé et des Services sociaux veillera à soutenir l'implantation de la Stratégie dans l'ensemble des régions du Québec et s'assurera d'une cohérence en la matière. Le coordonnateur national aura également le mandat de faciliter les échanges interrégionaux afin de soutenir une culture de partage des connaissances.

2.2 Étape 2 : Disposer d'une lecture commune du phénomène de l'itinérance ainsi que de la prestation et de l'organisation des services sur le territoire

Cette deuxième étape se décline en deux volets, soit :

- S'assurer d'une compréhension commune du profil des personnes en situation d'itinérance ou à risque de le devenir sur le territoire;
- S'assurer d'une compréhension commune du portrait des services.

2.2.1 S'assurer d'une compréhension commune du profil des personnes en situation d'itinérance ou à risque de le devenir sur le territoire

S'assurer d'une compréhension commune du profil des personnes en situation d'itinérance ou à risque de le devenir sur le territoire constitue une étape d'importance. Il est également pertinent de s'intéresser à leur utilisation des services destinés aux personnes en situation d'itinérance (par ex. : ressources d'hébergement d'urgence). En effet, une juste lecture du phénomène permettra une analyse et un diagnostic de l'environnement.

Comme les personnes participant à l'implantation de la Stratégie n'ont pas toutes les mêmes connaissances sur le phénomène de l'itinérance et la réalité régionale en la matière, il est d'abord attendu que l'information disponible quant au profil des personnes en situation d'itinérance ou à risque de le devenir sur le territoire de l'établissement soit présentée à l'ensemble des membres de la structure de travail mise en place à l'étape 1. Cela a pour objectif de s'assurer d'une lecture commune du profil de l'itinérance sur le territoire avant de poursuivre l'implantation de la Stratégie.

Pour ce faire, chacune des régions est invitée à mettre à profit les informations issues des nombreux travaux qui ont été menés de concert avec les organismes communautaires et les partenaires intersectoriels au cours des dernières années. Plusieurs régions disposent effectivement déjà d'un plan d'action régional, d'un plan communautaire et de données provenant du premier portrait national intitulé *L'itinérance au Québec* (2014). L'Infocentre de santé publique constitue également une source de données pertinentes pour obtenir des données à jour lorsque requis.

D'autre part, il importe qu'une collaboration soit établie rapidement avec la direction de santé publique de l'établissement, afin de favoriser l'utilisation optimale des données disponibles, de manière à dégager un portrait juste de la réalité territoriale.

À cela s'ajoutent des connaissances cliniques quant au profil des personnes en situation d'itinérance ou à risque de le devenir sur le territoire, portées par certains intervenants du réseau territorial de services (par ex. : organisateurs communautaires actifs dans divers projets locaux liés à l'itinérance ou à la pauvreté, organismes communautaires, partenaires intersectoriels engagés sur le plan régional dans les travaux en itinérance, etc.). Si cela est jugé

pertinent, ces derniers peuvent être mis à profit dans l'appropriation du profil de l'itinérance par l'ensemble des personnes faisant partie de la structure de travail de la Stratégie.

Par ailleurs, il est à noter qu'un deuxième portrait national de l'itinérance au Québec est en cours d'élaboration et sera rendu disponible en 2019-2020. Ce portrait inclura quatre volets, dont certaines données préliminaires seront publiées à partir de 2018-2019. Bien que toutes les données ne puissent pas être disponibles au moment de réaliser l'étape 2.2.1 de la Stratégie, leur appropriation pourra très certainement alimenter l'ensemble des régions dans leur compréhension du phénomène au cours de la démarche.

Pour les régions comptant plus d'un établissement sur leur territoire, un profil global peut être présenté. Il est toutefois souhaitable que chacun des établissements apporte les précisions quant aux particularités propres à son territoire selon l'information disponible (par ex. : où se situent les personnes en situation d'itinérance). Cette étape devrait se faire sous le leadership du CISSS ou du CIUSSS responsable de la coordination régionale dans les régions concernées, afin notamment d'assurer le partage d'information. Cela est aussi vrai pour le portrait des services et l'analyse diagnostique qui s'ensuivra.

COMPOSANTE D'IMPLANTATION

- ✓ L'ensemble des membres de la structure de travail s'est approprié l'information disponible quant au profil des personnes en situation d'itinérance ou à risque de le devenir sur le territoire de l'établissement.

2.2.2 S'assurer d'une compréhension commune du portrait des services

Il s'agit ici d'établir un *portrait des services* actuellement disponibles sur le territoire répondant aux besoins des personnes en situation d'itinérance ou à risque de le devenir. Plus précisément, le portrait des services réalisé devrait présenter chacun des programme-services du CISSS ou du CIUSSS, de même que les principales organisations (gouvernementales, municipales, privées, communautaires) offrant des services pouvant répondre aux besoins des personnes en situation d'itinérance ou à risque de le devenir sur le territoire. Pour chacun d'entre eux, l'information suivante devrait être présentée de manière succincte :

- Les principaux programmes et services offerts;
- La clientèle visée;
- Les principaux collaborateurs du réseau territorial de services actifs dans la référence et la prestation des services auprès des personnes en situation d'itinérance (par ex. : partenaires communautaires et intersectoriels, équipes interprofessionnelles des groupes de médecine de famille (GMF/GMF-Réseau), cliniques médicales, partenaires gouvernementaux, établissements du réseau de la santé et des services sociaux);
- Les ententes de collaboration et les trajectoires de services qui les lient aux autres services de la région (ou de l'organisation, dans le cas des programmes-services du CISSS ou du CIUSSS);

- Les différentes instances de concertation de la région et leur composition, lorsque cela s'applique.

Ce portrait doit faire état des particularités propres au territoire quant aux services disponibles.

Cela étant dit, le portrait des services peut simplement être mis à jour s'il est déjà existant. À cet égard, il est à noter que dans le cadre du mandat confié aux comités directeurs intersectoriels en itinérance en 2016, treize régions du Québec devaient réaliser un portrait régional de l'organisation des services.

L'objectif de cette étape est de s'assurer que l'ensemble des membres de la structure de travail aient une vision commune des services répondant aux besoins des personnes en situation d'itinérance ou à risque de le devenir qui sont disponibles sur le territoire.

COMPOSANTE D'IMPLANTATION

- ✓ L'ensemble des membres de la structure de travail s'est approprié le portrait des services répondant aux besoins des personnes en situation d'itinérance ou à risque de le devenir.

2.3 Étape 3 : Procéder à une analyse diagnostique

Cette troisième étape consiste à faire ressortir les faits saillants du profil des personnes en situation d'itinérance ou à risque de le devenir et du portrait des services, tout en considérant les orientations ministérielles existantes qui s'appliquent aux personnes en situation d'itinérance ou à risque de le devenir. Cet exercice a possiblement déjà été amorcé dans le cadre de l'élaboration des plans d'action régionaux de plusieurs régions et devrait conséquemment être bonifié et mis à jour. Dans le cadre de la présente Stratégie, une analyse plus approfondie des enjeux spécifiques de la prestation des services du secteur de la santé et des services sociaux est attendue.

Plus précisément, l'analyse diagnostique sert à dégager et à analyser :

- Les principaux obstacles rencontrés en matière d'accessibilité, de qualité et de continuité des services (par ex. : discontinuité de services, conditions freinant l'accès aux services);
- Les situations de transition (par ex. : sortie des centres de réadaptation pour jeunes en difficulté d'adaptation, sortie des centres de réadaptation en dépendance, séjour en centre hospitalier);
- Les écarts entre les orientations ministérielles (voir annexe 2) et l'offre de services effective sur le plan régional;
- Les principaux éléments de succès observés en matière d'accessibilité, de qualité et de continuité des services.

COMPOSANTE D'IMPLANTATION

- ✓ L'ensemble des membres de la structure de travail s'est approprié l'analyse diagnostique réalisée et cette dernière est transmise pour information au MSSS.

Ces trois premières étapes constituent les assises d'une lecture juste et complète de la situation, qui favorisera l'accessibilité, la qualité et la continuité des soins et des services.

2.4 Étape 4 : Mettre en place des mesures qui assurent l'accessibilité, la qualité et la continuité des services aux personnes en situation d'itinérance ou à risque de le devenir

L'étape de mise en place de mesures qui assurent l'accessibilité, la qualité et la continuité des soins et des services aux personnes en situation d'itinérance ou à risque de le devenir se déploie en deux volets, soit :

- Repérer, évaluer et accompagner les personnes en situation d'itinérance ou à risque de le devenir;
- Identifier et mettre en œuvre des solutions au regard des priorités convenues sur le plan régional.

2.4.1 Repérer, évaluer et accompagner les personnes en situation d'itinérance ou à risque de le devenir

Ce volet est au cœur de la Stratégie, puisqu'il vise à établir et mettre en place des moyens permettant de repérer les personnes en situation d'itinérance ou à risque de le devenir; d'évaluer les besoins associés à la situation ou au risque d'itinérance et d'assurer un accompagnement adapté des personnes tout au long de leur parcours de soins et de services.

2.4.1.1 Repérer et évaluer les personnes

Vivre dans la rue représente de nombreux dangers. Parce que l'instabilité résidentielle se présente sous plusieurs formes, dont certaines sont peu ou pas visibles, et qu'elle a des conséquences sur le plan psychologique, physique, matériel et relationnel lorsqu'elle s'installe, il est fondamental de se donner les moyens de la reconnaître. Les intervenants qui œuvrent auprès des personnes à risque d'itinérance ont tout intérêt à recueillir des informations sur la situation résidentielle des personnes, à déceler les signes avant-coureurs d'instabilité et à intervenir rapidement auprès de celles dont la précarité résidentielle est imminente, récente ou qui ne sont pas connues du réseau afin d'influencer leur trajectoire. En effet, le repérage constitue une étape cruciale du processus d'aide, car il permet d'intervenir en amont ou le plus tôt possible, et ce, peu importe l'endroit où la personne se présente pour recevoir des soins et des services ou l'endroit où son besoin est repéré. De plus, le repérage permet la prise en

compte et conséquemment la prise en charge optimale des besoins spécifiques des personnes en situation d'itinérance ou à risque de le devenir.

Une stratégie de repérage des personnes en situation d'itinérance ou à risque de le devenir a été élaborée par le Centre de recherche de Montréal sur les inégalités sociales et les discriminations (CREMIS). Celle-ci offre trois outils simples et concrets pour divers contextes de pratique qui visent à renforcer la capacité des intervenants à voir et à reconnaître les personnes en situation d'itinérance ou à risque de le devenir, de même qu'à soutenir la mise en place de services pertinents au regard des facteurs de risque liés à l'instabilité résidentielle :

- Un outil de repérage (I.R.I.S. : instrument de repérage et d'identification des situations résidentielles instables ou à risque);
- Un outil d'aide à l'évaluation de l'instabilité résidentielle;
- Un outil d'aide à l'observation dans les milieux.

Le premier outil I.R.I.S. a pour objectif d'aider les intervenants à déceler les indices d'instabilité résidentielle. Cet outil s'inscrit dans une intention plus large qui est d'améliorer la capacité collective du réseau de la santé et des services sociaux à voir et à reconnaître l'itinérance pour mieux la contrecarrer. Il est composé de quelques questions simples et son utilisation ne prend qu'un court moment. S'appuyant sur des indicateurs éprouvés scientifiquement, il donne une estimation préliminaire des signes d'instabilité résidentielle ou du risque de vivre une telle instabilité. Il permet également d'estimer sommairement les capacités de la personne à résoudre ses difficultés et d'évaluer la présence d'un filet de sécurité. Étant donné l'importance du repérage dans la prévention de l'itinérance et de l'apparition et de l'aggravation des problématiques qui y sont associées, et puisqu'il relève d'une responsabilité partagée par l'ensemble des programmes-services, il est attendu que chaque établissement détermine les services qui feront un usage systématique de cet outil. Il s'avère également pertinent de sensibiliser les équipes interprofessionnelles des groupes de médecine de famille (GMF/GMF-Réseau) et des cliniques médicales à l'intérêt de cet outil. En soutien à l'appropriation de l'outil I.R.I.S., une formation sera mise à la disposition des établissements. Celle-ci devra être suivie par le personnel auquel reviendra son utilisation.

Le deuxième outil (outil d'aide à l'évaluation de l'instabilité résidentielle) permet une évaluation plus approfondie des signes identifiés avec l'outil de repérage (I.R.I.S.) et facilite l'identification des services à interpellier en fonction des besoins et des priorités de la personne et de l'opinion professionnelle de l'intervenant.

Le troisième outil (outil d'aide à l'observation dans les milieux) consiste en une grille d'observation pour les intervenants de proximité (par ex. : intervenants qui se déplacent dans la communauté). Celle-ci vise à soutenir le repérage des personnes en situation d'itinérance dans l'espace public.

Il est souhaité que les établissements puissent déterminer quels sont les services où l'utilisation du deuxième et du troisième outil s'avérerait complémentaire et pertinente relativement aux

autres outils existants, dans l'optique de répondre adéquatement aux besoins spécifiques des personnes en situation d'itinérance ou à risque de le devenir.

COMPOSANTES D'IMPLANTATION

- ✓ Les services qui feront un usage systématique de l'outil I.R.I.S. sont désignés.
- ✓ Les intervenants désignés ont suivi la formation sur l'outil I.R.I.S.
- ✓ Les services qui utiliseront les outils d'aide à l'évaluation de l'instabilité résidentielle et d'aide à l'observation dans les milieux sont désignés.
- ✓ Les outils de la stratégie de repérage sont diffusés et utilisés par les intervenants concernés.

2.4.1.2. Accompagner les personnes

L'Office québécois de la langue française définit l'accompagnateur comme un « professionnel qui fournit des conseils personnalisés et des mesures de suivi à une personne pour répondre à ses besoins [...] en fonction d'objectifs précis, durant une période déterminée, en l'aidant à développer ses compétences et à trouver ses propres solutions » (Office québécois de la langue française, 2017). Essentiellement, le développement du pouvoir d'agir de la personne est encouragé « en lui apprenant à s'orienter dans ses démarches dans une logique de "faire avec", plutôt que de "faire pour" » (Hurtubise et Rose, 2013).

Ainsi, l'accompagnement repose à la fois sur des compétences techniques et sur des habiletés relationnelles. Ces dernières s'avèrent d'autant plus pertinentes auprès de personnes en situation de rupture sociale. D'ailleurs, un accueil empreint de bienveillance, d'ouverture et de non-jugement, conjugué à la reconnaissance des droits et à celle des forces et du parcours de vie propres à chacun, influencera positivement le consentement des personnes à être accompagnées vers les services adaptés à leur situation.

En outre, la situation particulière des personnes en situation d'itinérance ou à risque de le devenir fait que celles-ci n'ont pas toujours les ressources suffisantes sur les plans personnel (par ex. : capacités d'organisation, aptitude à consentir), social (par ex. : proches pouvant assurer un soutien), financier (par ex. : capacité à déboursier pour un déplacement en transport en commun) et matériel (par ex. : accès à un téléphone, fournitures médicales de base) pour appliquer les recommandations et donner suite aux démarches recommandées par l'intervenant ou amorcées avec lui auprès d'autres services ou d'autres personnes-ressources. L'approche d'accompagnement implique de s'assurer que la personne a la capacité de faire elle-même les démarches auprès des services identifiés et en cas de doute, il revient à l'intervenant de lui offrir les outils appropriés afin de s'assurer qu'elle puisse accéder au service requis (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2013). Cette intervention s'avère essentielle, sans quoi cela pourra engendrer le maintien ou l'aggravation de la situation de précarité.

Cela dit, il est entendu que l'accompagnement ne peut pas se faire de la même manière dans tous les services de l'établissement. En effet, il est essentiel de considérer la mission et le rôle propres aux intervenants concernés afin de déterminer les modalités d'accompagnement

pouvant réalistement s'appliquer à chacun des milieux. Le guide des pratiques, les différents outils et la formation à venir sont des leviers importants afin de permettre d'adapter l'intervention aux besoins des personnes en situation d'itinérance ou à risque de le devenir.

L'accompagnement peut prendre différentes formes, dont :

- L'accompagnement physique dans le milieu;
- Le soutien à la prise de rendez-vous ou à l'organisation de démarches;
- Le soutien à la prise d'information auprès de services;
- L'information, soutien et interventions auprès des proches et personnes significatives susceptibles d'offrir l'accompagnement nécessaire à la personne en situation d'itinérance;
- La remise de documentation personnalisée en fonction des besoins de la personne.

Dans le cadre de la Stratégie, chacun des établissements devra déterminer les modalités d'accompagnement qui seront retenues à l'intérieur de chacun des programmes-services à l'égard des personnes en situation d'itinérance ou à risque de le devenir.

Afin de soutenir les intervenants dans la prise en compte des besoins particuliers des personnes en situation d'itinérance ou à risque de le devenir dans différents contextes, un « guide des bonnes pratiques » a été élaboré par le CREMIS et sera diffusé à l'automne 2018. Aussi, considérant que l'intervention auprès des personnes en situation d'itinérance ou à risque de le devenir concerne l'ensemble des programmes-services, il serait pertinent que des intervenants en provenance de chacun de ceux-ci soient désignés pour suivre la formation élaborée par le CREMIS sur les pratiques en matière d'intervention préventive et de sortie de l'itinérance, formation inspirée du guide des bonnes pratiques et dont le déploiement est prévu à l'hiver 2019. D'ailleurs cette formation constitue un outil essentiel à l'appropriation des pratiques et au développement des habiletés qui y sont associées.

COMPOSANTES D'IMPLANTATION

- ✓ Les modalités d'organisation des services et de l'accompagnement permettant de s'assurer que la personne puisse accéder aux services requis sont déterminées et appliquées dans chacun des programmes-services.
- ✓ Le guide des bonnes pratiques est diffusé auprès de l'ensemble des personnes concernées au sein de l'établissement.
- ✓ Les intervenants désignés ont reçu la formation sur les bonnes pratiques en itinérance.

2.4.2 Identifier et mettre en œuvre des solutions au regard des priorités convenues sur le plan régional

Ce deuxième volet a pour objectifs d'élaborer et de déployer des mesures organisationnelles pertinentes sur le plan régional suite à l'appropriation des outils et du guide des bonnes pratiques. Le but étant de combler les écarts identifiés en matière d'accessibilité, de qualité et

de continuité des services de santé et des services sociaux lors de l'analyse diagnostique réalisée à l'étape 3 de la Stratégie.

Comme il est peu réaliste d'aborder de front l'ensemble des écarts identifiés, il est nécessaire d'établir des priorités, notamment en fonction de leur degré d'urgence et de la complexité des situations. Plusieurs régions possèdent déjà un plan d'action régional, élaboré notamment dans le cadre des comités directeurs intersectoriels en itinérance, et il est souhaité que les mesures convenues dans la présente Stratégie s'articulent de façon cohérente et complémentaire avec celui-ci, le cas échéant. La particularité de cette démarche réside effectivement dans l'engagement formel de l'ensemble des programmes-services du réseau de la santé et des services sociaux dans la résolution des problèmes identifiés qui les concernent.

L'imputabilité en matière de résultats existe ainsi pour tous les programmes-services concernés, selon leur implication effective dans la démarche. Pour les régions comportant plus d'un établissement, chaque établissement doit déterminer ses propres priorités d'action en fonction de l'analyse diagnostique réalisée. Celles-ci devront ensuite être arrimées avec les priorités des autres établissements de la région afin d'assurer une cohérence ou de réaliser un travail commun s'il y a lieu.

Dans le cadre de cette démarche, il est essentiel que chacun des acteurs concernés fasse preuve d'ouverture et de souplesse et entrevoie la Stratégie comme une opportunité pour convenir collectivement de modalités qui assurent l'accessibilité, la qualité et la continuité des soins et des services. À cet égard, les modalités convenues doivent impérativement être centrées sur la réponse aux besoins des personnes en situation d'itinérance ou à risque de le devenir. Dans le cas où des équipes auraient développé une expertise en matière d'itinérance au sein de l'établissement, leurs connaissances et leurs succès devraient être mis à profit.

Pour chacune des priorités convenues dans le cadre de la présente Stratégie, un document doit faire état des éléments suivants :

- Description succincte de l'écart observé (situation actuelle et situation souhaitée);
- Impacts visés en matière d'accessibilité, de qualité et de continuité des services pour les personnes en situation d'itinérance ou à risque de le devenir;
- Acteurs incontournables pour la résolution de l'écart :
 - Programmes-services (et lieux de prestation visés)
 - Principaux partenaires pouvant jouer un rôle-conseil dans l'identification de solutions pertinentes
 - Équipes interprofessionnelles des GMF/GMF-Réseau et cliniques médicales
 - Pharmacies communautaires
 - Organismes communautaires
 - Autre CISSS ou CIUSSS ou établissement non fusionné offrant des services spécialisés ou surspécialisés

- Partenaires intersectoriels
 - Etc.
- Solutions retenues et leurs retombées envisagées sur les usagers concernés;
- Répartition des rôles et des responsabilités de chacun à l'égard des solutions retenues;
- Échéancier de travail;
- Modalités de suivi de l'implantation des solutions retenues.

Les solutions retenues peuvent être de l'ordre de :

- La mise en place ou la formalisation de mécanismes de collaboration;
- L'élaboration de trajectoires de services ou l'adaptation de trajectoires existantes;
- L'ajustement de l'offre de services;
- L'assouplissement des critères d'accès ou des démarches administratives et cliniques associées;
- Etc.

Afin de soutenir l'identification des solutions, les documents suivants peuvent s'avérer pertinents :

- Les éléments de succès documentés dans l'analyse diagnostique régionale;
- Les offres de services existantes des différents programmes-services;
- Les trajectoires de services existantes;
- Les orientations ministérielles mentionnées à l'annexe 2 du présent document;
- Le guide des bonnes pratiques élaboré par le CREMIS.

Il est à noter que les solutions retenues doivent nécessairement faire l'objet d'une diffusion auprès des partenaires concernés qui n'ont pas été parties prenantes dans la démarche, afin de s'assurer que ceux-ci puissent les considérer dans leurs pratiques.

2.5 Soutien national à l'implantation de la Stratégie

Le MSSS assurera une coordination nationale pour favoriser l'implantation de la Stratégie. Son rôle consistera, notamment, à accompagner les régions du Québec dans la mise en œuvre des actions décidées à la suite des analyses diagnostiques. Des mécanismes seront mis en place pour favoriser le partage des pratiques développées par les régions, afin d'assurer une diffusion de l'information et un réseautage national optimisant la réponse aux enjeux régionaux. De plus, dans l'éventualité où certaines régions présentant une réalité similaire trouveraient opportun de déployer certaines pratiques communes, l'arrimage pourra être facilité par la coordination nationale.

Par ailleurs, le MSSS assurera le suivi des solutions mises en œuvre au regard des enjeux régionaux, notamment par l'analyse d'une fiche de suivi annuelle que les établissements

devront produire afin de faire état de l'avancement des travaux de l'étape 4 de la Stratégie. La fiche de suivi utilisée est la même que pour toutes les autres mesures du Plan d'action interministériel en itinérance 2015-2020.

COMPOSANTES D'IMPLANTATION :

- ✓ Pour chacune des priorités régionales, l'écart observé, les impacts et les acteurs impliqués sont communiqués au MSSS.
- ✓ Pour chacune des priorités établies, les solutions retenues et leurs retombées envisagées sur les usagers concernés, les rôles et responsabilités établis, l'échéancier de travail et les modalités de suivi de l'implantation des solutions retenues sont communiqués au MSSS.
- ✓ Une fiche de suivi du Plan d'action interministériel en itinérance témoignant de l'état d'avancement de l'implantation de l'étape 4 de la Stratégie est acheminée au MSSS au 30 juin de chaque année financière.

CHAPITRE 3 : Le suivi de l'indicateur

Afin de pouvoir mesurer le taux d'implantation de la Stratégie, il est requis d'identifier les lieux de prestation de soins et de services qui collaboreront à sa mise en place. À cette fin, au 30 septembre 2017, chaque établissement a transmis au MSSS la liste des installations ciblées sur son territoire, de même que les groupes de médecine de famille (GMF/GMF-Réseau) au sein desquels l'implantation de la Stratégie est envisagée. Les lieux de prestation de soins et de services pressentis pour l'implantation de la Stratégie sont ceux qui offrent à la population des services généraux, spécifiques et spécialisés correspondant aux cinq grandes missions suivantes, telles que définies par LSSSS :

- Les centres locaux de services communautaires (CLSC);
- Les centres hospitaliers (CH);
- Les centres de protection de l'enfance et de la jeunesse (CPEJ);
- Les centres de réadaptation (CR);
- Les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD).

À cet égard, précisons que pour la mission CLSC, les intervenants employés du CISSS ou du CIUSSS qui pratiquent au sein d'un groupe de médecine de famille (GMF/GMF-Réseau) doivent être considérés dans l'implantation de la Stratégie. Ainsi, des liens directs doivent être établis entre les CISSS ou les CIUSSS et les médecins responsables des GMF du territoire afin d'assurer la qualité des pratiques professionnelles et la collaboration interprofessionnelle découlant de l'implantation de la Stratégie dans ce milieu de pratique.

Pour mesurer le taux d'implantation de la Stratégie, chaque établissement ciblé remplira un formulaire par l'entremise de l'outil GESTRED (Système de suivi de gestion et de reddition de comptes), ce formulaire reprendra les étapes d'implantation et précisera la ou les composantes suivies (annexe 4) ainsi que la pondération associée. Un guide de saisie sera mis à la disposition des établissements.

Pour que l'implantation de la Stratégie par un établissement soit considérée comme effective, l'ensemble des composantes d'implantation pondérées doivent être réalisées. Rappelons que chaque établissement du réseau de la santé et des services sociaux a la responsabilité de l'implantation de la Stratégie sur son territoire.

L'évaluation des retombées de la Stratégie doit se faire de manière constante afin de valider la compréhension, la satisfaction et l'engagement de l'ensemble des partenaires et des usagers face à son utilisation. Au même titre, les mesures déployées dans le cadre de la Stratégie doivent faire l'objet d'un suivi afin de s'assurer de leur pérennité et de leur adaptation au contexte et aux besoins des personnes à qui elles s'adressent.

CONCLUSION

En 2014, le Québec s'est donné l'objectif de tout mettre en œuvre afin de prévenir l'itinérance et d'en réduire l'ampleur. Ce document vise à aider les établissements du réseau de la santé et des services sociaux à franchir une étape de plus dans l'atteinte de cet objectif. La Stratégie élaborée invite à une concertation et à une mobilisation des établissements et de leurs partenaires œuvrant auprès des personnes en situation d'itinérance ou à risque de le devenir, dans la visée d'offrir des services de santé et des services sociaux accessibles, de qualité et en continuité.

Au terme de l'implantation de la Stratégie d'accès aux services de santé et aux services sociaux pour les personnes en situation d'itinérance ou à risque de le devenir, chaque établissement sera à même de repérer les personnes en situation d'itinérance ou à risque de le devenir, d'évaluer leurs besoins et de les accompagner précocement et efficacement, sur l'ensemble du territoire. Les solutions identifiées pour répondre aux priorités régionales devront être fondées sur les meilleures pratiques et celles qui auront fait l'objet de consensus dans les régions.

La contribution de tous fera de cette démarche une expérience apportant des retombées positives pour les personnes en situation d'itinérance ou à risque de le devenir, pour les intervenants, de même que pour les établissements du réseau de la santé et des services sociaux et leurs partenaires concernés par le phénomène de l'itinérance.

RÉFÉRENCES

Commission de la santé et des services sociaux. (2009). *Itinérance : agissons ensemble – Rapport de la Commission de la santé et des services sociaux sur l’itinérance au Québec*. Assemblée nationale, Québec.

Crane, M. et Warnes, A. M. (2007). The outcomes of rehousing older homeless people: A longitudinal study. *Ageing & Society*, 27(6), 891-918.

Hurtubise, R. et Rose, M.-C. (2013). *Récits de pratiques et consensus d’expert*. Sherbrooke, Québec : Université de Sherbrooke.

Institut national de santé publique du Québec. (s.d.). *Exercer la responsabilité populationnelle*. Repéré à <https://www.inspq.qc.ca/exercer-la-responsabilite-populationnelle>

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2014a). *Plan d’action interministériel en itinérance 2015-2020 – Mobilisés et engagés pour prévenir et réduire l’itinérance*. (Publication n° 978-2-550-72033-1).

Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2014/14-846-02W.pdf>

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2014b). *Ensemble pour éviter la rue et en sortir – Politique nationale de lutte à l’itinérance*. (Publication n° 978-2-550-70034-0).

Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2013/13-846-03F.pdf>

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2013). *Orientations relatives aux standards d’accès, de continuité, de qualité, d’efficacité et d’efficience – Services sociaux généraux : offre de service – Programme-services Services généraux Activités cliniques et d’aide*. (Publication n° 978-2-550-66510-6).

Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2012/12-803-01F.pdf>

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2012). *Cadre de référence ministériel d’évaluation de la performance du système public de santé et de services sociaux à des fins de gestion*.

Repéré à http://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/documents/mesure-et-analyse-de-la-performance/Cadre_de_reference_ministeriel_devaluation_de_la_performance.pdf

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2008). *L’itinérance au Québec – Cadre de référence*. (Publication n° 978-2-550-52364-2).

Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2008/08-846-01.pdf>

Office québécois de la langue française. (s.d.) Mentor ou accompagnateur? Repéré à https://www.oqlf.gouv.qc.ca/actualites/capsules_hebdo/terminologie_mentor_20040506.html

Reid, R., Haggerty, J. et McKendry, R. (2002). *Dissiper la confusion : concepts et mesures de la continuité des soins*. Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé.

Robert, M., Pauzé, R. et Fournier, L. (2005). Factors associated with homelessness of adolescents under supervision of the youth protection system. *Journal of Adolescence*, 28(2), 215-230.

Roy, S. et al. (2006). *Itinérance et accès aux services: problèmes et enjeux [ressource électronique]*. (Rapport n° 2-923229-06-1). Montréal, Québec : Le Collectif de recherche sur l'itinérance, la pauvreté et l'exclusion sociale (CRI).

ANNEXE 1 - Définition de l'itinérance

L'itinérance désigne un processus de désaffiliation sociale et une situation de rupture sociale qui se manifestent par la difficulté pour une personne d'avoir un domicile stable, sécuritaire, adéquat et salubre en raison de la faible disponibilité des logements ou de son incapacité à s'y maintenir et, à la fois, par la difficulté de maintenir des rapports fonctionnels, stables et sécuritaires dans la communauté. L'itinérance s'explique par la combinaison de facteurs sociaux et individuels qui s'inscrivent dans le parcours de vie des hommes et des femmes (*Politique nationale de lutte à l'itinérance*, 2014, p. 30).

ANNEXE 2 - Exemples d'orientations ministérielles s'appliquant aux personnes en situation d'itinérance ou à risque de le devenir

N.B. : Cette liste n'est pas exhaustive, mais donne quelques exemples d'orientations qui visent l'accessibilité, la qualité et la continuité des services de santé et de services sociaux répondant aux besoins des personnes en situation d'itinérance ou à risque de le devenir.

Services de soutien à domicile (SAD)

Le SAD repose sur une diversité de moyens, d'interventions, de services, etc., qui sont interdépendants. Il comporte trois volets, soit : les services de SAD à proprement dit, rendus au domicile; les services contribuant au SAD rendus en périphérie du domicile, dans la communauté et en établissement; les mesures et services intersectoriels contribuant globalement au SAD de l'utilisateur et s'inscrivant dans une perspective globale et sociétale du SAD.

Le SAD peut prendre diverses formes. Il peut être limité dans le temps ou être de longue durée, il peut se limiter à un ou à quelques services, ou requérir un ensemble de services, mesures ou activités. Les services à domicile sont donc une composante du soutien à domicile, contribuant au grand objectif qu'est le soutien à domicile. La gamme de services SAD est constituée de quatre types de services, soit : les services d'aide à domicile; les soins et services professionnels; les services aux proches; le soutien technique. Ce sont des services sans lesquels une personne ayant une incapacité ne pourrait vivre dans son milieu et exercer ses rôles sociaux.

Le soutien à domicile n'est pas un programme-services en soi. Il s'agit plutôt d'une manière de répondre aux besoins de l'utilisateur qui se retrouve dans les programmes-services répondant à des besoins touchant l'ensemble de la population (Santé publique et Services généraux – activités cliniques et d'aide), ainsi que dans les différents programmes-services répondant à des problématiques particulières, tels que : Soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA); Déficience physique (DP); Déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme (DI-TSA); Santé mentale; Santé physique (incluant notamment la prestation de soins palliatifs et de fin de vie)¹.

Priorisation des demandes de services :

Compte tenu de la gravité de la situation dans laquelle elles se trouvent, de la concomitance de plusieurs problèmes sur le plan psychosocial et/ou de leur mauvaise santé physique, psychologique et cognitive², les personnes en situation d'itinérance sont particulièrement sujettes à satisfaire aux critères justifiant une priorisation de leurs demandes de services aux programmes-services offrant des services de soutien à domicile. Des informations spécifiques à cet égard se retrouvent dans les prochains encadrés consacrés aux différents programmes-services.

Prise en compte des besoins dans l'accès aux services :

- Le SAD s'adresse à tout usager, peu importe son âge, ayant une incapacité temporaire ou persistante, dont la nature peut être physique, psychique ou psychosociale, et qui doit recevoir à son domicile, ou dans d'autres milieux de vie, une partie ou la totalité des services que son état requiert¹;
- Les personnes en réadaptation ou en réinsertion sociale qui n'ont pas encore de domicile fixe sont admissibles au soutien à domicile¹.

Les notions de domicile et autres milieux de vie :

- Dans le contexte du SAD, le domicile est considéré comme le lieu de vie choisi par l'utilisateur, sans avoir

recours aux mécanismes d'accès à l'hébergement d'un établissement, c'est-à-dire l'endroit où il réside de façon temporaire ou permanente, que ce soit :

- une maison;
- une chambre ou un appartement :
 - dans toute forme d'habitation multiple privée ou communautaire (y compris une habitation à loyer modique [HLM], un organisme à but non lucratif [OBNL] d'habitation, une coopérative d'habitation, etc.);
 - dans une résidence privée pour aînés (RPA). Les services de SAD convenus au plan d'intervention qui sont offerts en RPA sont complémentaires à ceux inscrits au bail de l'utilisateur.

- Autres milieux de vie : dans le contexte du SAD, un milieu de vie peut désigner :
 - l'endroit où réside un usager, lorsque ce lieu n'est pas considéré comme un domicile au sens de la définition précédente, de manière permanente ou temporaire – par exemple les ressources intermédiaires (RI), les ressources de type familial (RTF), les résidences à assistance continue (RAC), un milieu de vie destiné à une clientèle sans domicile fixe (tels les refuges ou les ressources d'hébergement d'urgence) ou destiné à la réinsertion sociale¹;
- OU
- les différents lieux où l'utilisateur exerce ses rôles sociaux et réalise ses habitudes de vie, tels l'école, le lieu de travail, la garderie.

Note : Conformément à la LSSSS, lorsque les usagers sont « admis » en centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), en centre hospitalier (CH) ou en centre de réadaptation (CR), ce sont ces installations qui sont responsables de leur rendre les services prévus au plan de traitement ou convenus au plan d'intervention¹.

Documents de référence :

¹ Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2018). *Cadre de référence en soutien à domicile*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, Direction des communications. (Document à paraître)

² Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2014a). *Plan d'action interministériel en itinérance 2015-2020 – Mobilisés et engagés pour prévenir et réduire l'itinérance*. (Publication n° 978-2-550-72033-1).
Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2014/14-846-02W.pdf>

Programme-services Soutien à l'autonomie des personnes âgées

Priorisation des demandes de services :

- La demande de soins et de services professionnels des personnes en situation d'itinérance, dans le cadre du programme de soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA), doit faire l'objet d'une priorisation, compte tenu de la gravité de la situation dans laquelle elles se trouvent, de la concomitance de plusieurs problèmes sur le plan psychosocial et/ou de leur mauvaise santé physique, psychologique et cognitive³.

Prise en compte des besoins dans l'accès aux services :

- Développer une approche de proximité mieux adaptée aux réalités et aux besoins des personnes âgées en situation d'itinérance, par exemple en :
 - Assurant la prestation de services professionnels là où vivent les personnes âgées en situation d'itinérance, c'est-à-dire au domicile (maison, appartement d'un ami ou de la parenté, etc.) ou dans les milieux de vie qu'ils fréquentent (comme les refuges, les

ressources d'hébergement d'urgence, etc.)⁴.

- Insistant sur le fait que l'âge seul (65 ans et plus) ne saurait constituer un critère pour recevoir ou non les services de ce programme⁴. Une personne de moins de 65 ans peut avoir les mêmes besoins qu'une personne de plus de 65 ans aux prises avec le même problème.
 - Notons que plusieurs intervenants et chercheurs considèrent comme « âgées » les personnes en situation d'itinérance dès que celles-ci ont plus de 50 ans⁴ puisque bien souvent, elles souffrent déjà des maladies du grand âge, de problèmes musculosquelettiques graves, d'hypertension, d'incontinence, de pertes cognitives, etc.

Documents de référence :

³ Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2014). *Plan d'action interministériel en itinérance 2015-2020 – Mobilisés et engagés pour prévenir et réduire l'itinérance*. (Publication n° 978-2-550-72033-1). Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2014/14-846-02W.pdf>

⁴ Crane, M. et Warnes, A. M. (2007). The outcomes of rehousing older homeless people: A longitudinal study. *Ageing & Society*, 27(6), 891-918.

Programme-services Déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme
Programme-services Déficience physique

Priorisation des demandes de services :

- Les critères menant à accorder un niveau de priorité urgent peuvent s'appliquer à la situation particulière des personnes en situation d'itinérance, puisque celle-ci est propice à compromettre leur intégrité et leur sécurité physique et psychologique dans l'immédiat⁵.

Document de référence :

⁵ Ministère de la Santé et des Services sociaux (2015). *Cahier d'accompagnement pour l'implantation du plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction des communications.

Programme-services Jeunes en difficulté

Interventions adaptées aux besoins :

- Il est nécessaire d'intégrer, au plan d'intervention de chaque jeune de plus de 16 ans suivi en centre jeunesse, un plan visant une démarche de passage vers la vie autonome, notamment le Plan de cheminement vers l'autonomie⁶.
- Le *Guide sur les pratiques relatives au traitement des fugues des jeunes hébergés dans les unités de vie et les foyers de groupe de centres jeunesse* propose des pistes en matière d'intervention auprès de ces jeunes et ce, tant pour prévenir la fugue que pour accompagner les jeunes durant leur fugue de même qu'au retour de ceux-ci-au centre de réadaptation pour jeunes en difficulté d'adaptation. Le guide a pour objectif d'uniformiser les pratiques de prévention et d'intervention ainsi que d'assurer une intervention concertée des partenaires concernés, en vue de renforcer le « filet de sécurité » autour des jeunes fugueurs⁷.

Document de référence :

⁶ Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2014). *Plan d'action interministériel en itinérance 2015-2020 – Mobilisés et engagés pour prévenir et réduire l'itinérance*. (Publication n° 978-2-550-72033-1). Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2014/14-846-02W.pdf>

⁷ Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2014). *Guide sur les pratiques relatives au traitement des fugues des jeunes hébergés dans les unités de vie et les foyers de groupe de centres jeunesse*. (Publication n° 978-2-550-70320-4). Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2013/13-839-05W.pdf>

Programme-services Santé mentale

Prise en compte des besoins dans l'accès aux services :

- L'absence de recommandation médicale n'est jamais un obstacle à l'accès aux services spécifiques ou spécialisés de santé mentale (y compris la consultation en psychiatrie)⁸.
- Le niveau de soins et de services est déterminé en fonction des symptômes et des besoins et non uniquement en fonction d'un diagnostic⁸.

Interventions adaptées aux besoins :

- Mise en œuvre, par chaque établissement responsable d'offrir des soins et des services en santé mentale de première ligne aux jeunes, de modalités formelles de collaboration entre le professionnel répondant en santé mentale et le personnel des autres services destinés aux jeunes⁹.

Documents de référence :

⁸ Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2015). *Faire ensemble et autrement – Plan d'action en santé mentale 2015-2020*. (Publication n° 978-2-550-73008-8). Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2015/15-914-04W.pdf>

⁹ Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2014). *Plan d'action interministériel en itinérance 2015-2020 – Mobilisés et engagés pour prévenir et réduire l'itinérance*. (Publication n° 978-2-550-72033-1). Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2014/14-846-02W.pdf>

Programme-services Services généraux – activités cliniques et d'aide

Interventions adaptées aux besoins :

- Au service d'AAOR (accueil, analyse, orientation, référence), l'analyse des informations consiste à circonscrire la nature des problèmes, à clarifier la demande, et comprend notamment l'appréciation du degré d'urgence, la vérification de critères d'obtention de services et la détermination des services en fonction des besoins identifiés. L'analyse permet également d'identifier des facteurs de risque pouvant mener à des problèmes plus importants. L'orientation consiste à fournir l'information nécessaire sur les services disponibles au sein des CISSS et des CIUSSS et dans la communauté¹⁰.
- Le service de consultation téléphonique psychosociale 24/7 (Info-Social) est accessible par le numéro 8-1-1. Ce service permet un accès téléphonique continu, rapide et direct à une consultation psychosociale et s'adresse à toute personne ayant un besoin d'information, d'intervention, d'orientation et de référence vers les ressources appropriées. Les interventions psychosociales téléphoniques comprennent les interventions de type « information », « prévention-éducation » et de type « crise »¹⁰.
- Le service d'intervention de crise dans le milieu 24/7 est offert sans rendez-vous, 24 heures par jour, 7 jours par semaine. Il vise à stabiliser l'état de la personne ou de son environnement humain en lien

avec la situation de crise. Ce type d'intervention peut impliquer l'exploration de la situation et l'estimation des conséquences possibles, par exemple, le potentiel de dangerosité, le risque suicidaire ou le risque de décompensation, le désamorçage, le soutien, l'enseignement de stratégies d'adaptation pour composer avec la situation vécue ainsi que l'orientation vers les services ou les soins les plus appropriés aux besoins. Le service d'intervention de crise dans le milieu 24/7 s'adresse à toute personne de la population générale qui est en situation de crise et pour laquelle une intervention dans le milieu est jugée nécessaire par le service de l'AAOR, le service de consultation téléphonique psychosociale 24/7 (Info-Social) ou par un partenaire du milieu qui a une entente à cet effet avec le CISSS ou le CIUSSS¹⁰.

- Lorsque la personne est dirigée vers d'autres services, l'intervenant doit s'assurer qu'elle a la capacité de faire elle-même les démarches auprès des services désignés. S'il y a un doute à cet égard, il est de la responsabilité de l'intervenant d'offrir à la personne les mesures appropriées afin de s'assurer qu'elle puisse accéder au service requis. Ces mesures peuvent se traduire par une référence personnalisée, un accompagnement, etc¹⁰.
- La référence est une mesure personnalisée consistant à procéder à une recommandation directe qui peut se situer dans un contexte de crise et exiger, le cas échéant, la mise en place immédiate d'un processus d'intervention de crise au moyen de services d'intervention en situation de crise, notamment le service d'intervention de crise dans le milieu 24/7 ou toute autre ressource appropriée¹⁰.

Documents de référence :

¹⁰ Ministère de la Santé et des Services sociaux (2013). *Orientations relatives aux standards d'accès, de continuité, de qualité, d'efficacité et d'efficience – Services sociaux généraux : offre de service – Programme-services Services généraux Activités cliniques et d'aide*, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction des communications, 67 p.

Programme-services Dépendances

Le projet du Plan d'action interministériel en dépendance 2018-2028 (PAID) identifie les personnes en situation d'itinérance comme un groupe de personnes nécessitant une attention particulière. À l'instar de la Politique nationale de lutte à l'itinérance, le projet du PAID rappelle qu'« [i] est essentiel d'assurer une souplesse dans l'offre de services afin de rejoindre les personnes en situation d'itinérance là où elles se trouvent et au moment le plus approprié, et de mieux répondre à leurs besoins [...]»¹¹.

Également, le projet du PAID énonce le principe directeur selon lequel les actions doivent être adaptées aux besoins des personnes. Comme les personnes présentant des comportements à risque et celles qui répondent aux critères d'un trouble lié à l'usage de substances ou d'un trouble lié aux jeux de hasard et d'argent utilisent très peu les services en dépendance¹², il importe de porter une attention particulière aux modalités organisationnelles qui peuvent constituer des « barrières » à l'accès aux services de traitement (temps d'attente, multiplicité des procédures, etc.). Sachant que l'accès à ces services a un impact positif sur l'état de santé et le bien-être de ces personnes, le PAID reconnaît l'importance d'agir de façon proactive auprès d'elles, en les rejoignant au moment opportun dans les milieux de vie qu'elles fréquentent, de leur offrir des services appariés à la gravité de leur situation et de favoriser un cheminement simplifié à l'intérieur de ceux-ci.

Interventions adaptées aux besoins :

- Les services qui ont une mission de centre de réadaptation en dépendance (CRD) doivent établir un plan d'intervention individualisé qui poursuit des objectifs de réinsertion ainsi qu'un plan de fin de traitement pour chacune des personnes¹³.
- Les services de réinsertion sociale offerts dans les missions CLSC et CRD doivent favoriser la

réadaptation des personnes en assurant une réponse cohérente à leurs besoins fondamentaux (alimentation, logement, conditions économiques, études/travail, loisirs, réseau de soutien, etc.)¹³.

- L'article 24 du Règlement sur la certification des ressources communautaires ou privées offrant de l'hébergement en dépendance¹⁴ prévoit que la planification de la sortie doit se faire tout au long du séjour. Des activités doivent être mises en place pour permettre de réaliser le plan de suivi, dès le tiers du séjour de la personne hébergée. La planification devrait intégrer :
 - L'estimation, selon les pratiques reconnues, de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire de la personne;
 - La planification des actions à entreprendre au terme du séjour de la personne;
 - L'orientation de la personne, si nécessaire, vers les ressources les plus aptes à lui venir en aide ainsi que la référence vers ces ressources, le cas échéant.

Documents de référence :

¹¹ Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2014b). *Ensemble pour éviter la rue et en sortir – Politique nationale de lutte à l'itinérance*. (Publication n° 978-2-550-70034-0). Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2013/13-846-03F.pdf>

¹² Fédération québécoise des centres de réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanes. (2007). *Déploiement de l'offre de services de désintoxication au Québec : état de situation et besoins de développement*.

¹³ Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2007). *Orientations relatives aux standards d'accès, de continuité, de qualité, d'efficacité et d'efficience – Programme-services Dépendances – Offre de service 2007-2012*. (Publication n° 978-2-550-51445-9). Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2007/07-804-10.pdf>

¹⁴ Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2016). *Manuel d'application du Règlement sur la certification des ressources communautaires ou privées offrant de l'hébergement en dépendance*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction des communications, p. 40.

Programme-services Santé physique

Urgences hospitalières

Interventions adaptées aux besoins :

- Pour les personnes inconnues des services de soutien à domicile, l'équipe de l'urgence s'assure que le réseau est en mesure de prendre la relève des soins complémentaires, et cela, dans le plus grand respect des besoins biologiques, psychologiques et sociaux de l'utilisateur et des proches aidants. On doit également s'assurer qu'ils obtiendront le soutien qui leur est nécessaire, dans le respect de leurs choix et de leurs capacités¹⁵.
- Des contacts et des ententes doivent être établis entre les intervenants de l'urgence et les intervenants d'autres secteurs, particulièrement ceux travaillant dans les ressources communautaires, comme les centres de crise et d'hébergement temporaire¹⁵.
- Une évaluation physique pertinente de tous les patients qui consultent pour un problème de santé mentale est essentielle.
- Le travailleur social de l'urgence a entre autres comme rôle d'évaluer les besoins des personnes éprouvant des problèmes de perte d'autonomie, d'itinérance, de dépendance à certaines drogues ou à l'alcool, ou affectées par tout autre problème social, et d'établir les liens nécessaires avec les services de dépannage, d'hébergement et d'aide financière¹⁵.

- Le travailleur social de l'urgence partage certaines responsabilités avec les infirmières cliniciennes de liaison en santé mentale ou physique, dont¹⁵ :
 - Établir un contact avec le CISSS ou le CIUSSS couvrant le territoire où réside le patient afin de vérifier si ce dernier y est connu et s'enquérir du type de suivi dont il bénéficie, le cas échéant;
 - Offrir des services d'information et d'orientation : expliquer aux patients et aux proches le rôle d'une urgence et leur faire connaître les ressources extérieures auxquelles ils peuvent s'adresser;
 - Établir les contacts nécessaires avec les autres établissements et les organismes communautaires;
 - Assurer la liaison entre l'urgence, les intervenants externes et les autres ressources;
 - Évaluer les difficultés liées au retour à domicile des personnes âgées afin de pouvoir entreprendre une action appropriée de façon précoce.

Document de référence :

¹⁵ Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2006). *Guide de gestion de l'urgence*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction des communications, 250 p.

Programme-services Santé publique

- La notion de prévention clinique désigne un ensemble d'interventions réalisées par un professionnel de la santé et des services sociaux (par ex. : clinicien) auprès d'un patient en matière de counselling, de chimioprophylaxie, de dépistage et d'immunisation. Elle vise à promouvoir la santé et à prévenir les maladies, les blessures ainsi que les problèmes psychosociaux¹⁶.
- La Politique gouvernementale de prévention en santé prévoit, à la mesure 4.5 de l'objectif 3, la mise en place d'une stratégie de soutien à la prévention clinique comprenant un ensemble de mesures visant à outiller les professionnels de la santé et des services sociaux dans leurs pratiques¹⁶.

Document de référence :

¹⁶ Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2016). *Politique gouvernementale de prévention en santé – Un projet d'envergure pour améliorer la santé et la qualité de vie de la population*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction des communications, p. 68.

ANNEXE 3 - Liste des collaborateurs locaux, régionaux et nationaux

- Table interministérielle en itinérance
 - Mandat : favoriser l'implantation du Plan d'action interministériel en itinérance et faciliter la concertation des partenaires ainsi que la coordination des actions, dans une optique de continuité et de complémentarité.
 - Composition de la Table : quinze ministères et organismes parties prenantes dans l'élaboration, la mise en œuvre et le suivi du plan d'action.

- Comité externe de la Table interministérielle en itinérance
 - Mandat : conseiller la table interministérielle dans l'implantation du Plan d'action interministériel en itinérance.
 - Composition du comité : quinze experts œuvrant dans le domaine de l'itinérance.

- Table nationale de coordination en santé mentale, dépendance et itinérance
 - Mandat : assurer la mise en œuvre des orientations ministérielles en matière de santé mentale, de dépendance et d'itinérance par le réseau de la santé et des services sociaux.
 - Composition : l'ensemble des directeurs responsables des dossiers cités ci-dessus au sein des 34 établissements du réseau de la santé et des services sociaux du Québec.

- Sous-comité de la Table nationale de coordination en santé mentale, dépendance et itinérance, portant spécifiquement sur l'itinérance
 - Mandat : favoriser la mise en œuvre des orientations ministérielles en matière d'itinérance par le réseau de la santé et des services sociaux.
 - Composition : professionnels responsables du dossier itinérance ou de la coordination régionale au sein des seize régions du Québec.

- Comités directeurs intersectoriels régionaux
 - Mandat : établir et mettre en œuvre un plan d'action régional de prévention et de lutte contre l'itinérance qui réponde aux enjeux présents sur leur territoire.
 - Composition déterminée régionalement.

- Instance stratégique à Montréal
 - Mandat : identifier les grands enjeux montréalais en matière d'itinérance et les actions les plus appropriées à mettre en œuvre, puis en assurer le suivi.
 - Composition : représentants du MSSS, du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal et de la Ville de Montréal.
 - Diverses instances de concertation de tables locales et régionales en matière d'itinérance

ANNEXE 4 - Tableau-synthèse des composantes d'implantation de la Stratégie

1	Un plan de travail est élaboré et transmis pour information au MSSS.
2	L'ensemble des membres de la structure de travail s'est approprié l'information disponible quant au profil des personnes en situation d'itinérance ou à risque de le devenir sur le territoire de l'établissement.
3	L'ensemble des membres de la structure de travail s'est approprié le portrait des services répondant aux besoins des personnes en situation d'itinérance ou à risque de le devenir.
4	L'ensemble des membres de la structure de travail s'est approprié l'analyse diagnostique réalisée et cette dernière est transmise pour information au MSSS.
5	Les services qui feront un usage systématique de l'outil I.R.I.S. sont désignés.
6	Les intervenants désignés ont suivi la formation sur l'outil I.R.I.S.
7	Les services qui utiliseront les outils d'aide à l'évaluation de l'instabilité résidentielle et d'aide à l'observation dans les milieux sont désignés.
8	Les outils de la stratégie de repérage sont diffusés et utilisés par les intervenants concernés.
9	Les modalités d'organisation des services et de l'accompagnement permettant de s'assurer que la personne puisse accéder aux services requis sont déterminées et appliquées dans chacun des programmes-services.
10	Le guide des bonnes pratiques est diffusé auprès de l'ensemble des personnes concernées au sein de l'établissement.
11	Les intervenants désignés ont reçu la formation sur les bonnes pratiques en itinérance.
12	Pour chacune des priorités régionales, l'écart observé, les impacts et les acteurs impliqués sont communiqués au MSSS.
13	Pour chacune des priorités établies, les solutions retenues et leurs retombées envisagées sur les usagers concernés, les rôles et responsabilités établis, l'échéancier de travail et les modalités de suivi de l'implantation des solutions retenues sont communiqués au MSSS.
14	Une fiche de suivi du Plan d'action interministériel en itinérance témoignant de l'état d'avancement de l'implantation de l'étape 4 de la Stratégie est acheminée au MSSS au 30 juin de chaque année financière.