



Pour des soins de santé disponibles, adéquats et accessibles

**Mémoire présenté à la
Commission des affaires sociales du Québec
dans le cadre de son mandat d'initiative sur le phénomène de l'itinérance**

Par

Médecins du Monde Canada

Montréal, le 30 septembre 2008

**« Tous les humains sont égaux mais certains
sont plus égaux que d'autres. »¹**

Avant-propos

Médecins du Monde se réjouit de l'adoption unanime par les membres de la Commission des affaires sociales d'un mandat d'initiative sur le phénomène de l'itinérance au Québec. Nous tenons à souligner l'importance de la tenue de cette commission parlementaire au cours de laquelle non seulement les organismes communautaires mais aussi les personnes itinérantes sont invités à témoigner.

Nous remercions les membres de la Commission de nous donner l'opportunité de participer activement aux auditions publiques qui se déroulent à Montréal et de nous permettre de nous exprimer sur les points en lien direct avec notre mission locale : l'amélioration des conditions de santé des personnes les plus vulnérables exclues des soins de santé et de celle de la qualité de vie des intervenants communautaires œuvrant auprès d'elles.

Le droit à la santé et l'accès aux soins sont des droits fondamentaux universellement reconnus, ils ne devraient pas être le privilège des couches mieux nanties de notre société. Pourtant, force est de constater que l'accès aux services de santé s'avère encore inégal et limité dépendamment du lieu de résidence, et de la condition économique ou sociale des personnes. Une telle disparité se traduit particulièrement par des taux de morbidité élevés chez les personnes en situation d'itinérance. En effet, les conditions de vie difficiles et précaires de ces populations ont une influence directe sur leur santé, contribuent à la détérioration de leur état et peuvent conduire à des problèmes majeurs de santé publique dont la transmission du VIH, des hépatites ou même de la tuberculose.

C'est pourquoi, en vue d'améliorer la situation des personnes en situation d'itinérance, nous pensons qu'il faut agir pour favoriser des services de santé disponibles, adéquats et accessibles. De plus, considérant le rôle clé joué par les organismes communautaires dans la prestation de services, nous estimons qu'il faut soutenir davantage leurs interventions et reconnaître leur apport ainsi que leur expertise.

À la lumière de ces observations, notre mémoire s'appuiera sur trois points:

- **L'accessibilité aux services de santé;**
- **L'efficacité des stratégies développées par le milieu communautaire et des partenariats établis;**
- **Et des ressources humaines mobilisées et compétentes.**

De plus, nous croyons qu'une vision globale et partagée de l'itinérance pourra contribuer à mieux cerner les multiples problématiques et les enjeux qui y sont rattachés ainsi qu'à y apporter des solutions. C'est pourquoi nous joignons notre voix aux 200 organismes membres du RSIQ² et du RAPSIM³ ainsi qu'à la Ville de Montréal pour **demande la mise sur pied d'une politique globale en itinérance assortie d'un plan d'action interpellant tous les ministères concernés par ce phénomène de société.**

¹ George Orwell, La Ferme des animaux, 1945.

² Réseau Solidarité Itinérance du Québec.

³ Réseau d'aide aux personnes seules et itinérantes de Montréal.

Introduction

Médecins du Monde (MdM) est une organisation non gouvernementale qui a pour vocation de rejoindre, d'aider et de soigner, autant sur la scène internationale que nationale, les populations les plus vulnérables dans des situations de précarité et d'exclusion. C'est en mai 1999 que Médecins du Monde international a reconnu officiellement la délégation canadienne comme une délégation autonome. Depuis ce temps, l'organisation recrute des volontaires pour la réalisation de ses propres projets grâce à des dons de la population et à des financements obtenus de bailleurs de fonds publics, d'entreprises et de fondations privées. Son conseil d'administration est composé de 12 membres dont les trois quarts proviennent du milieu médical.

Dans le cadre de son mandat d'implantation de mission locale, et grâce à la collaboration de 33 organismes communautaires partenaires⁴, Médecins du Monde Canada travaille à améliorer les conditions de santé des populations démunies, itinérantes, marginalisées et exclues des soins de santé à Montréal, et permet aux intervenants communautaires œuvrant auprès de cette clientèle, d'accéder à une meilleure qualité de vie professionnelle et émotionnelle.

Le Projet Montréal de Médecins du monde s'est doté de deux stratégies d'action, favoriser l'accès aux services et soutenir les ressources humaines sur le terrain.

Nos services de soins : deux infirmières de proximité de Médecins du Monde travaillent en partenariat avec les travailleurs de rue et les intervenants des organismes communautaires et vont rejoindre les personnes en difficulté là où elles sont : dans la rue, dans certains appartements, dans les bars de danseurs et danseuses du centre-ville et dans les motorisés.

Elles administrent des soins, participent à des activités de prévention et de promotion de la santé, effectuent de la vaccination, du dépistage des ITSS et des accompagnements vers les services de santé du réseau. Elles orchestrent également des cliniques médicales régulières (mensuelles ou bimensuelles) avec l'aide d'une dizaine de médecins bénévoles au sein même de quatre organismes communautaires partenaires (Stella, Centre d'amitié autochtone, Dopamine, Ketch Café).

Les services offerts par l'équipe de soins du Projet Montréal, médecins et infirmières, sont anonymes (dépistage, clinique médicale, etc.) et ne nécessitent pas la carte d'assurance maladie. Notre prestation de services en soins infirmiers s'appuie sur la réduction des méfaits⁵. Nous faisons de l'éducation à la santé dans un langage accessible et adapté et nous offrons de l'information sur les maladies transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS). Le rapport de confiance établi au fil du temps et des rencontres avec les personnes nous permet d'offrir un accompagnement personnalisé vers les services de santé et de proposer un appui à certains traitements. Ce rapport nous aide également à cerner les autres problèmes, économiques ou psychosociaux, qui ont une influence sur la santé afin de pouvoir référer rapidement les personnes aux ressources appropriées avant que leur état de santé ne se dégrade davantage, ne dégénère en urgence ou en problèmes de santé publique.

⁴ L'Anonyme, le Refuge des jeunes, le logement social du Refuge, l'Accès-soir, Cactus Montréal, Spectre de Rue, Old Brewery Mission, PAQ (Projet Autochtone du Québec), Maison du Père, Auberge Madeleine, Séro-Zéro, Stella, Dans la rue, En Marge 12-17, Dopamine, Rap Jeunesse, Méta d'Âme, l'Itinéraire, Passages, Plein Milieu, Diogène, Relais Méthadone, Dialogue, The Open door, Pact de Rue, Dîners-rencontres St-Louis de Gonzague, Ketch Café, le Centre d'amitié autochtone de Montréal, Maison Benoît Labre, Collectif des Pairs-aidants, Premier Arrêt, Refuge Juan Moreno et l'Association des Travailleur-E-s de Rue (ATTRueQ) de la région Montréal.

⁵Le concept de réduction des méfaits reconnaît certains comportements (mode de vie de rue, consommation de drogues, prostitution) comme des réalités de notre société et vise donc à gérer les risques qui y sont associés plutôt qu'à se concentrer uniquement sur l'arrêt de ces comportements.

Nos services de soutien aux intervenants des organismes communautaires: Médecins du Monde a développé un service de support psychologique en trois volets :

- un support psychologique de groupe;
- un support psychologique individuel inspiré des Programmes d'Aide aux Employés disponibles pour les intervenants du réseau et de certaines entreprises;
- un support psychologique lors de situations de crise.

Les intervenants communautaires sont appelés à travailler auprès d'une population marginalisée et auprès de la population générale. Ces actions, prises de façon isolée ou conjointe, comportent un taux de stress et d'épuisement élevé. Plusieurs chercheurs reconnaissent que l'épuisement professionnel touche particulièrement les intervenants travaillant en relation d'aide (Duquette en 1992; Edelwich et Brodsky en 1980; Freudenberg en 1980, McConnell en 1982). L'intervention communautaire, pour être efficace et juste, repose sur le bien-être physique et mental des intervenants. Il s'avère donc important de tenter de comprendre la charge émotionnelle que ces personnes vivent, les moyens qu'elles prennent pour diminuer leur stress et gérer leurs émotions et le milieu de travail dans lequel elles gravitent afin de pouvoir prévenir les épuisements professionnels.

En conclusion, l'intervention de Médecins du Monde réalisée depuis 1999, permet d'expérimenter une approche multidisciplinaire de soins/terrain basée sur la construction d'un lien de confiance avec la population vulnérable. Le type d'intervention mis de l'avant, de concert avec le travail des intervenants de rue, permet de rencontrer les populations marginalisées les plus affectées par une dépendance (drogue/alcool) et celles vivant dans des situations précaires d'errance, de prostitution de rue et de problèmes de santé mentale. Elle permet également d'offrir des services aux intervenants communautaires travaillant auprès de cette population qui présentent trop souvent des symptômes de détresse psychologique et qui nécessitent, eux aussi, un support adapté tant au niveau individuel que de groupe.

L'itinérance : portrait

Pour décrire les personnes en situation d'itinérance, nous reprendrons ici la définition de l'itinérance issue des travaux menés en 2007 par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), en collaboration avec ses partenaires institutionnels et communautaires, en vue d'établir un cadre de référence en itinérance au Québec :

« une personne qui n'a pas d'adresse fixe, de logement stable, sécuritaire et salubre, à très faible revenu, avec une accessibilité discriminatoire à son égard de la part des services, avec des problèmes de santé physique, de santé mentale, de toxicomanie, de violence familiale ou de désorganisation sociale et dépourvue de groupe d'appartenance stable. »

Si les causes menant à l'itinérance sont multiples, soulignons toutefois la permanence de facteurs liés à l'extrême pauvreté, à l'absence de logement, à la désaffiliation et à l'exclusion sociale, reconnus pour avoir une incidence sur la santé des individus et des communautés⁶. On retrouve de l'itinérance dans la plupart des centres urbains... Montréal, cependant, demeure « de loin la ville la plus touchée au Québec » (Commission des affaires sociales, 2008).

⁶Les douze «déterminants de la santé» sont : le niveau de revenu et le statut social; les réseaux de soutien social; l'éducation et l'alphabétisation; l'emploi et les conditions de travail; les environnements sociaux; les environnements physiques; les habitudes de santé et la capacité d'adaptation personnelles; le développement de la petite enfance; le patrimoine biologique et génétique; les services de santé; le sexe; la culture.

Nous ne dresserons pas ici un portrait détaillé de l'itinérance à Montréal, d'autres l'ont fait.⁷ Nous parlerons plutôt des personnes que nous rencontrons quotidiennement dans le cadre de notre pratique avec nos partenaires : personnes itinérantes, travailleuses du sexe, fugueuses, marginales, toxicomanes, presque toutes aux prises avec une pauvreté extrême. La grande majorité de celles-ci vivent dans une grande précarité et une forte instabilité domiciliaire. Un nombre important se trouve aux prises avec des problèmes de santé mentale et des problématiques liées à la consommation de drogues et/ou d'alcool... Au-delà des facteurs qui expliquent leurs situations, nous rencontrons surtout :

- des adultes : hommes (57 %) & femmes (41 %) & transgenres (2 %);
- près de 20 % des personnes rencontrées sont issues des communautés autochtones
- la majeure partie de ces personnes n'a pas d'adresse stable;

Enfin, nous remarquons l'apparition de nouvelles réalités de l'itinérance dans le paysage montréalais, encore peu documentées :

- celle des familles et celle des immigrants à statut précaire, illégaux ou en attente de statut.

À ce propos et en raison de l'augmentation des demandes de personnes sans-papiers pour des soins de santé dans nos services, Médecins du Monde a entrepris récemment une réflexion sur la question des migrants dans le but de mettre sur pied une intervention auprès des personnes à statut précaire ou illégales en 2009-2010.

Enfin, nous constatons la prépondérance des problèmes de santé suivants : plaies diverses, dermatoses, infections respiratoires, infections aux pieds, problèmes en lien avec la consommation de drogues et d'alcool, problèmes hépatiques, diabète et problématiques liées à la santé mentale. La promiscuité, le manque d'hygiène et l'accès insuffisant au matériel de prévention augmentent également et de façon notable, le risque de transmission des hépatites et des ITSS (infections transmissibles sexuellement et par le sang).

⁷ Documents de références : Fournier et Mercier, 1996; Laberge, 2000; Roy, Morin., Lemétayer, Grimard, 2006; CSSS Jeanne-Mance, 2008; RAPSIM, 2008.

Trois messages clés

Comprendre et surtout agir sur l'itinérance suppose une action concertée, notre implication à l'échelle internationale nous a permis d'isoler des modèles porteurs de succès contribuant à ce type d'action. Nous en soumettons ici trois piliers essentiels.

1. Accessibilité aux services de santé existants

Actuellement, il est difficile pour n'importe quel citoyen de trouver un médecin de famille mais ça l'est davantage pour une personne qui ne correspond pas à la représentation du « patient idéal » qui respecte les critères d'admissibilité formels et informels du réseau : carte RAMQ valide, respect des délais d'attente, observance des traitements, assiduité au rendez-vous et comportements appropriés. Or, le recours tardif aux soins conduit souvent à une détérioration importante de l'état de santé et à des hospitalisations qui auraient pu être évitées⁸. C'est le cas aussi de maladies chroniques, trop souvent présentes chez les itinérants les plus âgés et les Autochtones (diabète, haute pression artérielle, maladies pulmonaires) qui sont souvent mal traitées (prise de médicaments inadéquate voire absente, suivi médical inconstant ou tout simplement inexistant) et dont les complications entraînent une perte d'autonomie et des hospitalisations plus ou moins fréquentes et de plus ou moins longue durée. Qui plus est, nous observons une tendance des personnes en situation d'itinérance à multiplier les consultations dans diverses institutions hospitalières, se traduisant par une augmentation des examens diagnostiques (radiographies, échographies, etc.) et/ou des prescriptions. Compte tenu du cloisonnement des services et d'un manque de communication intersectorielle, il s'avère complexe, voire impossible, d'accéder à l'ensemble des interventions médicales réalisées et d'apporter un suivi médical approprié, sans compter les coûts élevés associés à ce type de comportements.

En matière de santé mentale, la politique actuelle, établie à la fin des années 80, veut que tous les hôpitaux montréalais soient désignés à tour de rôle pour accueillir les populations itinérantes et qu'ils puissent offrir un suivi en externe au besoin. Mais cette politique a son revers : peu de personnes poursuivent leur traitement si l'hôpital est situé hors du centre-ville ou loin de leur lieu de résidence. Comme le soulignent les chercheurs du CRI-UQAM, « ce système a surtout été pensé pour répondre aux soins d'urgence alors que ceux-ci ne peuvent être dissociés des besoins de suivi » (Roy, Morin, Lemétayer et Grimard, 2006). En santé mentale, la mise en place d'un système de soins psychiatriques bien défini et réseauté avec les services externes, favoriserait selon nous un travail d'approvisionnement et contribuerait éventuellement à prévenir la détérioration du tableau clinique de certains clients, voire à éviter des hospitalisations (coût moyen en psychiatrie : autour de \$500.00/jour) dont les personnes de la rue très souvent ne veulent pas. Un tel service permettrait non seulement de développer et de maintenir une expertise et une approche ciblée face aux situations de crise qui tiendrait compte des facteurs de rue dans l'évaluation de la condition mentale des personnes, et de leur dangerosité (consommation, précarité de fonctionnement, désocialisation, vie de rue etc.) mais faciliterait aussi les suivis et permettrait aux organismes communautaires de référer rapidement et adéquatement les personnes.

⁸ C'est le cas d'infections mineures à la suite d'une coupure, d'une brûlure, d'une ampoule, d'un abcès qui évoluent en infections plus sérieuses (abcès, cellulites, septicémies et/ou endocardites) nécessitant un suivi médical pour une prise d'antibiotiques orale et se traduisant par une hospitalisation de plusieurs jours, voire plusieurs semaines.

Enfin, rappelons les impacts dramatiques de la désinstitutionalisation⁹ qui a eu lieu dans les années 1990 et qui a plongé de trop nombreuses personnes déjà fragilisées dans une très grande précarité, quand elle ne les a pas jetées carrément à la rue. À ce propos, nous tenons à faire part au ministère de la Santé de notre grande inquiétude quant à l'annonce d'une deuxième vague de désinstitutionalisation qui selon le RAPSIM, dans un rapport remis à la Ville de Montréal en avril 2008, entraînera « potentiellement à Montréal la fermeture complète de centaines de lits ». Si nous sommes en accord avec le principe de l'insertion dans la communauté, nous nous demandons de quelle communauté on parle ici et surtout, dans le contexte du manque de logement abordable et avec support communautaire pour les personnes actuellement en errance, où iront ces gens au sortir des institutions. Nous constatons que les ressources d'hébergement de courte ou de moyenne durée accueillent très souvent les personnes à la sortie de l'hôpital et qu'elles favorisent leur convalescence. Ces ressources nous rapportent, de plus, une stigmatisation des personnes présentant des problèmes de toxicomanie lorsqu'elles sont rencontrées en urgence psychiatrique : les soins de base y sont prodigués avant qu'un congé ne leur soit donné, sans suivi externe et sans concertation avec les ressources communautaires qui les accueillent par la suite. Pourtant, ces organismes n'ont pas toujours les structures nécessaires pour assurer un suivi médical adéquat : pensons, entre autres, aux maladies contagieuses telles, la tuberculose, la varicelle, la gale, etc.

Devant l'insuffisance des structures d'accueil postcure favorisant la convalescence, le suivi et la transition après une hospitalisation, nous suggérons de réfléchir le modèle développé par le SAMU social en France pour les personnes sans domicile ayant reçu leur congé de l'hôpital mais qui sont encore trop fragiles pour réintégrer leur milieu de vie. Le SAMU social¹⁰ est une solution parisienne pour l'amélioration de la santé des personnes itinérantes. Cette organisation a mis en place un système de lits infirmiers pour les personnes itinérantes « dont l'état de santé nécessite un temps de repos ou de convalescence », localisés en partie à l'intérieur même de certains hôpitaux généraux et hôpitaux psychiatriques. À l'heure actuelle, elle dispose de 170 lits infirmiers à travers Paris qui sont gérés 24 heures sur 24 par des infirmières et dont l'objectif est « rarement de guérir les personnes accueillies, hormis dans certains cas très précis comme la tuberculose ou des pathologies aiguës ponctuelles (grippe, angine, gale...) » (Gaslonde, 2007). Ces services spécialisés de « lits infirmiers » permettent un suivi médical serré non seulement tout au long du séjour de la personne, mais également à sa sortie car les infirmières se chargent d'accompagner le patient dans son suivi post-médical.

Nous proposons également de généraliser à tous les services de soin des hôpitaux, un protocole de gestion de la douleur pour les personnes toxicomanes, permettant de maintenir la personne à l'hôpital pour un problème de santé sans qu'elle n'ait à souffrir du manque de drogue et ce, le temps que son problème de santé se résorbe. Nous tenons à souligner que dans ce cas-ci, le recours au traitement de substitution n'a pas pour objet une désintoxication mais un soin. Nous constatons que la prise en charge des personnes en état d'intoxication ne tient pas nécessairement compte, que ce soit à l'urgence ou au cours de l'hospitalisation, de l'état de manque. Or, « si la pharmacodépendance opiacée n'est pas connue ou non prise en compte au moment de l'admission, l'état de manque (d'installation rapide au bout de six heures

⁹ Soulignons que les recherches récentes montrent que près de 40% des personnes sans domicile fixe sont aux prises avec des problématiques de santé mentale sévère, sans compter les personnalités difficiles et les tableaux désocialisés afférents (Direction des services spécifiques et santé publique du CSSS Jeanne-Mance, 2008).

¹⁰ Le SAMU Social de Paris a été créé le 22 novembre 1993 par le Dr Xavier Emmanuelli pour "aller à la rencontre des personnes sans-abri quelque soit leur âge ou leur situation et qui, dans la rue, paraissent en détresse physique et sociale ". Le SAMU social répond à un triple objectif : **maintenir le lien social, orienter vers des solutions d'hébergement** et **assurer une veille sociale** auprès des personnes qui vivent dans la rue, exclues de la société.

s'il s'agit d'opiacés d'action courte ou entre 12 et 48 heures s'il s'agit d'opiacés de longue durée) peut entraîner soit la reprise d'une autoconsommation à l'insu des soignants, soit une interruption de l'hospitalisation » (Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, Ministère français de la santé, de la famille et des personnes handicapées, 2003).

L'absence de structures adaptées pour accueillir des personnes dont l'état d'intoxication rend la présence dans l'espace public dérangement et la prise en charge difficile par les services de santé. Le projet de centre de dégrisement porté par le milieu offre une réponse intéressante à cette situation. Cependant, ce projet n'a pas encore été mis sur pied par manque de financement.

Finalement, une révision des critères d'admissibilité, entre autre au programme d'hébergement temporaire en CHSLD, qui comportent l'exigence d'avoir une date de retour à domicile, donc une adresse, pourrait faciliter l'accès à des services de soins adaptés pour les personnes itinérantes en perte d'autonomie.

Enfin, nous soulignons le travail de la clinique Cormier-Lafontaine qui est une première réponse à la double problématique santé mentale/toxicomanie, même si l'accès y est rapporté compliqué par les intervenants communautaires et les usagers,

En résumé, nous recommandons...

- d'encourager la création de services adaptés et décloisonnés à toutes les personnes en situation d'itinérance (personne itinérante, sans-papiers) qui doivent consulter en matière de santé;
- d'encourager la création et le développement de services spécialisés accessibles afin de pallier à la difficulté d'accès des personnes présentant des problématiques multiples, incluant la santé mentale et la toxicomanie;
- de réviser la politique de répartition des personnes itinérantes entre les départements de psychiatrie des différents hôpitaux et de mettre en place un système de soins psychiatriques qui assumerait désormais toutes les hospitalisations et les évaluations urgentes en psychiatrie des personnes sans domicile fixe;
- de prévoir un mécanisme efficace de réseautage entre les services de santé (équipes spécialisées) et les services de première ligne (incluant, les organismes communautaires);
- de généraliser à tous les hôpitaux, un protocole de gestion de la douleur pour les personnes toxicomanes;

2. Efficacité des stratégies développées par le milieu communautaire et des partenariats établis

Il importe d'encourager et de susciter l'apport et la diversité des approches développées par le milieu communautaire.

En dépit des efforts des acteurs concernés, force est de constater que le milieu hospitalier, la population itinérante et les organismes communautaires qui travaillent avec cette population ont encore de la difficulté à se rejoindre. De part et d'autre, il y a des obstacles et des résistances qui nuisent à cette rencontre. Offrir des soins appropriés n'est pas une tâche aisée, entre autres parce qu'une partie de la population en errance n'accède pas facilement au système de santé existant. Ajoutons que malgré le travail remarquable de certaines équipes spécialisées¹¹, **l'offre de service en santé pour les populations itinérantes, concentrées au centre-ville, reste insuffisante**, manque encore de flexibilité et n'est pas toujours adaptée au cumul des problématiques de santé de ces personnes.

Considérant l'attitude de méfiance, la résistance à recourir aux services de santé, la désocialisation d'un grand nombre de personnes rencontrées dans la rue, nous pensons que **l'une des stratégies efficaces de prévention, demeure le travail de proximité** afin de rejoindre les personnes dans leur milieu de vie. « Basé sur un processus d'intégration progressive dans le milieu, le travail (de proximité) permet de se rapprocher des personnes vivant en marge des normes sociales, soit parce qu'elles les rejettent, soit parce qu'elles en sont exclues » (Fontaine, 2006). Cette pratique « hors des murs » permet aux intervenants de rencontrer les personnes dans leurs milieux de vie, de rejoindre ceux qui sont coupés des services tant communautaires qu'institutionnels, d'établir un lien d'apprivoisement puis de confiance basé sur le respect de l'individualité et sur la valorisation des personnes, de favoriser l'autonomie et la reprise de pouvoir sur leur vie, d'améliorer leur santé et de créer des ponts avec les services du réseau. « Il s'agit en quelque sorte d'adapter les services à la clientèle plutôt que d'exiger systématiquement que cette dernière s'adapte aux services » (CREMIS, 2007).

Approche également éprouvée, la réduction des méfaits a fait ses preuves dans plusieurs pays. Une documentation scientifique substantielle démontre que les programmes d'échange de seringues réduisent l'incidence de l'infection par le VIH et l'hépatite C et qu'ils n'incitent pas à la consommation des drogues. Bien au contraire, en offrant aux usagers des services compréhensifs et un accès non menaçant au traitement, on favorise l'inscription aux programmes de désintoxication. Nous pensons qu'une prise de position gouvernementale doit tenir compte des évidences scientifiques témoignant de l'efficacité de la stratégie de réduction des méfaits. **Dans cette perspective, nous recommandons un renforcement du soutien, en particulier financier, envers les initiatives simples et efficaces que sont les centres de distribution de matériel d'injection, de traitement à la méthadone, l'accès à la désintoxication, et des équipes mobiles assurant un suivi les personnes avec des problèmes de dépendances dans la communauté.**

En matière d'innovation, nous encourageons, aussi, le gouvernement à accélérer l'accès ainsi que la recherche concernant les nouveaux modes de traitement pour les toxicomanes. À cet égard, **nous appuyons la création de sites d'injection supervisés** qui existent dans d'autres pays, notamment en Europe, et qui ont été expérimentés pour la première fois en 2003 au Canada avec le centre InSite de Vancouver avec des résultats intéressants.

¹¹ Équipe Itinérance, l'équipe des jeunes de la rue et Urgence Psycho Sociale du CSSS Jeanne Manse, l'unité mobile de l'UHRESS (Unité Hospitalière de Recherche, d'Enseignement et de Soins sur le Sida) du CHUM, le CRAN (Centre de Recherche et d'Aide pour Narcomanes) et la clinique JAP (Jeunes Adultes Psychotiques).

Enfin, les perceptions négatives liées à l'apparence (propreté, manque d'hygiène...), aux conditions de santé (cooccurrence, problèmes de consommation) et aux comportements déroutants (faible observance aux traitements, manque d'assiduité aux rendez-vous...) des personnes en situation d'itinérance viennent renforcer l'incompréhension de la réalité vécue par la clientèle rencontrée par les professionnels du réseau, tout comme l'incapacité d'agir et de répondre adéquatement à ses besoins. «Pour la plupart d'entre nous, l'itinérant est, par définition, indésirable ou désagréable, en ce sens qu'il est souvent très en marge de nos valeurs sociales de propreté, de productivité, d'efficacité, d'utilité, de sociabilité. Or, la recherche en psychothérapie démontre que le meilleur client pour un aidant, le client le plus facile à aider, est le YARVIS : *Young, attractive, rich, verbal, intelligent and sociable* (jeune, charmant, riche loquace, intelligent et sociable¹²). Il est donc difficile *pour l'aidant* d'établir une relation d'aide avec des personnes itinérantes vu qu'en général elles ne correspondent pas aux critères socioesthétiques usuels de « bons clients ». Il est très difficile d'établir une relation d'aide avec quelqu'un qu'on juge involontairement et inconsciemment, indésirable et repoussant» (Poirier, 1996).

Pour accentuer la sensibilisation et la formation des professionnels de la santé, nous croyons qu'il faut agir en offrant aux professionnels de la santé et, par extension, à la population en général, une information adéquate, spécialisée et réaliste des problématiques multiples que les différents groupes marginalisés vivent. En effet, pour offrir des services de qualité adaptés à ces personnes, il nous paraît important que les professionnels de la santé (mentale et physique) aient développé une certaine compréhension de ce qu'est l'itinérance et des parcours qui peuvent conduire une personne à la rue. Nous croyons qu'une **formation de base sur l'itinérance** intégrée au cursus scolaire des ambulanciers, des médecins, des infirmiers (ères), des policiers et des autres professionnels de première ligne, pourrait leur permettre de mieux comprendre cette réalité, de vivre moins d'impuissance quand vient le temps de recevoir ces personnes et faciliterait leur travail sur le terrain en les outillant davantage pour intervenir auprès d'elles.

De plus, nous estimons que les intervenants des organismes communautaires sont des acteurs clés dans la **sensibilisation des professionnels de la santé** aux différentes réalités des gens de la rue. À l'instar des infirmières de l'Équipe Itinérance du CSSS Jeanne-Mance, nous percevons «les représentants du réseau communautaire comme des alliés importants qui sont souvent les seuls en mesure de procurer un soutien quotidien aux personnes itinérantes. À l'inverse, lorsqu'elles collaborent avec leurs partenaires du réseau de la santé et des services sociaux, les infirmières de l'équipe, témoins privilégiés de la vie des personnes itinérantes, doivent jouer un rôle d'*advocacy*. Elles ont la responsabilité de communiquer les réalités vécues par ces personnes et par les organismes qui les soutiennent afin d'aider les soignants à adapter leurs plans d'intervention à cette clientèle trop souvent stigmatisée par le personnel des services de santé» (Denoncourt, Bouchard, Keays, 2007).

Enfin, les sources de financement récurrentes sont rares et les argents dédiés au financement de la mission de base des organismes sont insuffisants ce qui oblige les organismes à consacrer beaucoup de temps et d'énergie à la recherche de financement et en levée de fond de toute sorte. Le financement par projet plus courant quand à lui contraint les groupes à imaginer des projets en fonction des priorités gouvernementales plus qu'en fonction de leur vocation et qui les mènent à effectuer plusieurs mises à pied un coup les projets terminés (et le personnel formé!) pour recommencer à nouveau. Notons que du côté du gouvernement du Québec, il n'y a pas de programme dédié en itinérance.

¹² J. Guay, *Manuel québécois de psychologie communautaire*, Boucherville, Gaëtan Morin, 1987.

La précarité du financement qui résulte de ces faits est une embûche à la consolidation des ressources, au développement des expertises et à l'établissement d'un lien de confiance continu avec les personnes, donc à de meilleurs services, une intervention plus structurante et un accompagnement à long terme. Cette précarité contribue également à l'alourdissement des charges de travail pour le personnel, à son roulement et à l'instabilité des emplois. Le Projet Montréal, bien sûr n'échappe pas à cet état de fait (voir l'annexe).

En résumé, nous recommandons...

- de reconnaître l'apport communautaire comme un maillon essentiel dans le continuum de services, de renforcer le travail de proximité et d'encourager les approches de réduction des méfaits;
- de sensibiliser et outiller par des formations adaptées les professionnels de la santé pour mieux comprendre les diverses réalités des personnes en situation d'itinérance afin d'apporter une réponse plus appropriée à leurs besoins;
- de soutenir la création de sites d'injection supervisés pour répondre aux problèmes liés à l'utilisation de drogues par injection et de santé publique;
- d'appuyer concrètement par un financement adéquat les ressources communautaires qui accueillent les personnes en situation d'itinérance.

3. Ressources humaines mobilisées et compétentes

Nous tenons à rappeler ici le rôle essentiel des intervenants dans le continuum de services et le travail bénévole qu'ils réalisent non seulement pour les personnes en situation d'itinérance mais aussi pour l'ensemble de la société. Néanmoins, ce rôle souffre encore d'un manque évident de reconnaissance générale par rapport à leur expertise, mais aussi, de la part des gouvernements puisque peu de bailleurs de fonds subventionnent actuellement la formation continue et les services de soutien psychologique de groupe qui leur sont destinés.

Dans la dernière année et en vue de témoigner de la réalité vécue par les intervenants communautaires, Médecins du Monde a réalisé, en collaboration avec le *Laboratoire d'études en psychologie de la santé et de la qualité de vie de l'UQAM*, une recherche quantitative sur la qualité de vie des intervenants de première ligne de nos organismes partenaires. 130 intervenants issus de 20 organismes partenaires ont participé à la recherche.

Les intervenants s'investissent énormément dans leur travail au détriment de leur qualité de vie générale, en échange de salaires insuffisants et d'un fort sentiment d'insécurité. Ils sont en effet confrontés dans leur travail à des problématiques souvent très lourdes, générant un sentiment d'impuissance, voire de détresse, qui les affecte dans leur vie quotidienne et personnelle. Selon une étude sur les besoins des intervenants menée par C. Plasse pour MDM en 2001, la majorité des intervenants affirment ne pas avoir recours à des consultations psychologiques (support ou supervision) à l'extérieur de l'organisme. Ils ont peur que les psychologues ne comprennent pas le contexte de leur travail et qu'ils ne puissent répondre à leurs besoins de façon soutenue. Le tarif (environ 80\$ la séance) des psychologues est également décrit comme trop élevé pour leurs moyens. Une minorité affirme se payer des services de supervision externe. Ils vont habituellement consulter le coordonnateur de l'organisme ou d'autres intervenants de leur ressource pour de l'aide ou du soutien psychologique.

Pour répondre à ces importants besoins de soutien, MDM a initié depuis 1999, trois types de support :

1. Un programme d'aide individuel destiné aux intervenants communautaire : 1018 rencontres au cours de la dernière année;
2. le support psychologique de groupe : service offert, à l'heure actuelle, sur une base mensuelle à une vingtaine d'équipes de travail au sein de ses groupes partenaires;
3. les services d'un psychologue lors de situations de crise au sein des organismes partenaires pour tenter de dénouer la situation. Par ses interventions et son écoute, il installe un espace pour ventiler et pour réfléchir à l'événement troublant. Il offre un service de références en lien avec la nature du traumatisme et assure un suivi post-crise.

Soulignons notamment que la supervision de groupe permet d'offrir un soutien à l'intervention : à partir de situations concrètes ou plus théoriques, l'intervention du psychologue de groupe propose alors une réflexion sur ce que vivent les personnes itinérantes, sur les différentes façons d'entrer en contact avec elles, sur l'évaluation de l'intervention et sur le moyen de prendre soin d'eux dans ce travail. Ces rencontres permettent également un espace de distanciation face aux diverses problématiques, souvent très lourdes, rencontrées chez les personnes en errance. Il s'agit aussi de nommer et de reconnaître la lourdeur du travail des intervenants, de prendre conscience des effets qu'aura ce travail de proximité sur eux et de leur proposer de développer des attitudes et des outils pour demeurer « présents » et « vivants » face à l'autre et face à cette grande détresse, sans s'y perdre.

Le service de consultation individuelle, quant à lui, offre un programme d'aide concret, confidentiel et professionnel aux intervenants qui en font la demande. Ce programme respecte les principes de confidentialité, d'anonymat, de volontariat et d'absence de jugement. Les

intervenants peuvent consulter pour des motifs tant personnels que professionnels, les deux ayant un impact sur la vie au travail. Les rencontres peuvent être échelonnées sur dix à vingt séances et peuvent être renouvelables si l'intervenant et le thérapeute le jugent nécessaire.

Malgré ces efforts, il importe de poursuivre et d'intensifier l'habilitation des ressources humaines par le biais de formation continue, des programmes d'aide aux employés et des meilleures conditions de travail.

La formation sur mesure, en lien avec la pratique terrain et en réponse aux besoins des intervenants, crée, selon nous, des espaces de réflexion et d'apprentissage autant sur les problématiques vécues par les personnes en situation d'itinérance (par exemple, les problèmes de santé mentale, les dépendances, etc.) que sur les attitudes personnelles et sociales des intervenants travaillant avec cette clientèle.

Nous pensons que ces programmes d'aide aux employés peuvent s'avérer des outils utiles et efficaces permettant d'améliorer le bien-être des intervenants autant dans la sphère privée que dans la vie professionnelle. Nous appuyons notre réflexion sur l'offre de soutien psychologique individuel que nous avons développé et que nous offrons actuellement à nos 33 organismes partenaires.

Les intervenants communautaires doivent être considérés comme un élément de solution dans l'accès aux services de santé. L'importance de conditions de travail adéquates est aussi un facteur important de rétention du personnel. À cet égard, la recherche menée par MDM souligne le grand investissement des intervenants dans leur travail qui a une incidence importante sur leur qualité de vie personnelle. Elle fait aussi ressortir combien l'insécurité du revenu est un facteur qui affecte la qualité de vie professionnelle des intervenants. Cette insécurité se traduit, d'ailleurs, par un fort roulement de personnel dans les organisations qui nuit à l'accès des personnes en situation d'itinérance aux services. En effet, les intervenants vont dans le milieu communautaire pour prendre de l'expérience professionnelle mais après un certain temps, ils quittent ce même milieu pour de meilleures conditions de travail dans les institutions. Pour les organismes communautaires, outre la perte d'expertise, il s'agit d'un investissement coûteux en temps et en argent pour recruter du nouveau personnel et le former même s'il s'avère riche en terme d'échange et d'évolution des pratiques.

Nous recommandons...

- de soutenir les intervenants par la formation sur mesure et par la supervision pour permettre de réfléchir la nature et l'impact de leur intervention auprès des populations marginalisées (en rupture, désocialisée);
- de favoriser la mise en place de services de soutien psychologique individuel confidentiel, gratuit ou encore à coût modulé au revenu des clients, accessible et adapté à la réalité et aux besoins des intervenants des organismes communautaires;
- multiplier l'accès à de la formation sur mesure et de la supervision, ainsi qu'à des programmes d'aide aux employés et contribuer à de meilleures conditions d'emploi.

En conclusion,

Souhaitant nous inscrire dans la recherche de solutions durables, nous souscrivons à une plus grande **accessibilité aux services de santé existants** pour toutes les personnes en situation d'itinérance. Nous réitérons également notre appui aux acteurs sociaux qui ont su, à travers leur pratique, défendre et renforcer **des stratégies à la fois novatrices et probantes**.

Appréciant l'efficacité des actions portées par les organismes communautaires, Médecins du Monde continuera à travailler pour offrir un soutien psychologique à des **ressources humaines mobilisées, formées et compétentes** et des soins de proximité à une population qui en a besoin.

Nous vous invitons à faire partie de cet engagement en soutenant **la mobilisation du milieu communautaire, institutionnel et municipal montréalais pour la mise sur pied d'une politique globale en itinérance assortie de mesures concrètes**, en santé bien sûr, mais aussi au niveau du logement, de l'insertion à l'emploi, de la sécurité publique, de la lutte à la pauvreté etc., afin d'apporter des réponses plus structurantes aux différents facteurs affectant des personnes parmi les plus fragiles de notre société.

À l'heure où de plus en plus de populations sont déplacées à travers le monde, il importe de trouver des solutions locales à l'errance urbaine. Les problèmes de frontières, de populations déplacées, de souffrance et de pauvreté doivent nous interpeller et nous rappeler **l'importance d'agir localement** pour en freiner l'expansion chez nous. Comprendre, investiguer et soutenir des approches issues du milieu ou qui ont fait leur preuve ailleurs, nous permettra socialement de développer des approches de santé accessibles, concertées et fondées sur le capital humain. L'être humain étant notre principale ressource pour développer une société plus juste où l'égalité garde son sens et sa valeur... **lutter contre toutes les maladies, même l'injustice**.

Références bibliographiques

Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. 3 octobre 2007. *Entente concernant l'initiative de lutte contre l'itinérance, IPLI 2007-2009 : plan communautaire*. Montréal, 23 p.

CSSS Jeanne-Mance. 24 avril 2008. *Le phénomène de l'itinérance à Montréal : Des responsabilités partagées*. Mémoire présenté dans le cadre de l'étude publique sur l'itinérance à la Commission permanente du conseil municipal sur le développement culturel et la qualité du milieu de vie de la Ville de Montréal. Montréal : Direction des services spécifiques et santé publique du CSSS Jeanne-Mance, 20 p.

Denoncourt, H., M.-C. Bouchard et N. Keays. 2007. «Vingt fois sur le métier... Le renouvellement de la pratique infirmière auprès des personnes itinérantes». in *L'itinérance en questions*, (sous la dir. de) S. Roy et R. Hurtubise. Québec : PUQ, p. 251-268.

Fontaine Annie (sous la dir. de). 2006. *L'accompagnement professionnel : une pratique essentielle. Guide de supervision en travail de rue et de proximité*. . En collaboration avec l'Association des travailleurs et des travailleuses de rue au Québec (l'ATTRueQ). Montréal : Médecins du Monde Canada, 92 p.

Fournier, L. et C. Mercier (sous la dir. de). 1996. *Sans domicile fixe : au-delà du stéréotype*. Montréal : Méridien, 341 p.

France. Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins. 2003. *Guide de bonnes pratiques pour les équipes hospitalières de liaison et de soins en addictologie*. 43 p.

Gaslonde, O. 2007. «Quelles sont les missions du SAMU social de Paris?». *Urgences 2007 SFMU et SAMU de France*, ch. 32, p. 257-265.

Laberge, D. (sous la dir. de). 2000. *L'errance urbaine*. Sainte-Foy : Éditions Multimondes, Collectif de recherche sur l'itinérance, la pauvreté et l'exclusion sociale, 439 p.

McAll, C., A. Fournier et B. Godrie. 2007. *La nécessité d'être frontaliers : Lorsque les populations marginalisées sont au centre de l'intervention. Un projet de recherche-action participative et évaluative réalisée par le CREMIS et l'Équipe Itinérante du CSSS de Laval*. Montréal : CREMIS, 131 p.

Miller Chenier, N. 1999. «La santé et les sans-abri». in *Les sans-abri*, (sous la dir. de) P. Begin, L. Casavant, N. Miller Chenier et J. Dupuis, PRB 991-F. Ottawa : Bibliothèque du Parlement du Canada, Direction de la recherche parlementaire.

Poirier, M. 1996. «La relation d'aide avec les jeunes adultes itinérants». *Cahiers de recherche sociologique*, n°27, 87-97.

Québec. Assemblée nationale. Commission des affaires sociales. Juin 2008. *Le phénomène de l'itinérance au Québec : mandat d'initiative : document de consultation*. Québec : Secrétariat des commissions de l'Assemblée nationale du Québec, 25 p.

RAPSIM. 2006. *Pour une politique en itinérance : plateforme de revendications*. Montréal, 43 p.

RAPSIM. 15 avril 2008. *Itinérance. Montréal : Des responsabilités à assumer!* Mémoire présenté dans le cadre de l'étude publique sur l'itinérance à la Commission permanente du conseil municipal sur le développement culturel et la qualité du milieu de vie de la Ville de Montréal. Montréal : RAPSIM, 13 p.

Roy, S., D. Morin, F. Lemétayer et C. Grimard. 2006. *Itinérance et accès aux services : problèmes et enjeu*. Rapport de recherche soumis au RHDCC dans le cadre de L'IPAC. Montréal : CRI, 179 p.

Ship, S. J. Décembre 2001. **Consultation communautaire sur les sans-abri autochtones – région de Montréal**. Document pour le Centre d'amitié autochtone de Montréal et soumis au ministère des Ressources humaines et du Développement du Canada, 38 p.

Annexe : Exemple du Projet Montréal

En 2007-2008, 825 personnes différentes ont été rejointes par 2 infirmières lors de 1657 consultations infirmières. De plus, 280 personnes ont été rejointes par nos médecins bénévoles lors de 46 cliniques médicales dans 4 ressources communautaires (Stella, le Centre d'Amitié Autochtone, Dopamine, le Ketch Café. 728 doses de vaccins, principalement contre les hépatites mais aussi contre la grippe et plus de 400 tests de dépistages (sanguins et gynécologiques) administrés. C'est aussi, plus de 115 intervenants issues de 20 équipes de travail rejoint mensuellement par un psychologue pour une supervision clinique et/ou du support psychologique de groupe et 1018 rendez vous de consultations de soutien psychologique individuel au bénéfice d'une centaine d'intervenants de 33 organisations communautaires.

Le financement qui a permis ces interventions a été recueilli pour moitié de bailleurs de fonds gouvernementaux (ARSSS et IPLI) et pour moitié du privé (entreprise, fondations, fonds propres). Au moment du dépôt du mémoire, l'agence ne souhaitait pas renouveler le financement non récurant qu'elle nous accorde depuis maintenant 8 ans sans avoir procédé au transfert de nos services vers le réseau comme elle en avait émis la volonté quand elle nous a communiqué sa décision. Quant à IPLI, malgré l'annonce du gouvernement de renouveler ce programme, on ne sait pas encore quelle forme il prendra. Il est certain que sans cet apport financier nous devons revoir la faisabilité de notre projet dans sa forme actuelle.

Nous utilisons notre propre exemple pour illustrer concrètement une difficulté avec la quelle la majeure partie des organismes de notre connaissance sont confronté de façon récurrente. Cette situation a pour effet d'interrompre ou de conclure abruptement de nombreuses initiatives extrêmement intéressantes et contribue fortement à la perte d'expertise et au roulement de personnel dans les organismes.