

COLLOQUE NATIONAL EN ITINÉRANCE

RESPONSABILITÉS COLLECTIVES
ET PRATIQUES CROISÉES

Montréal, 19 et 20 octobre 2017



Agir en concertation - Intersectorialité et « l'outreach » urbain



- Eliocho Cournoyer, Infirmière clinicienne, DESS S. Comm.
- Julien Fontaine-Benedetti, Infirmier clinicien, Microprogramme
- Bénédicte Vergé-Brian, Infirmière clinicienne, M.Sc

Participation de Michaël Losenbergh, TS

Équipe itinérance Adulte, Direction santé mentale et dépendance du CIUSSS du Centre-Sud de Montréal, Installation CLSC des Faubourgs

Plan de présentation



1. Évolution du paradigme d'interventions partenariales à l'Équipe itinérance
2. Démonstration par le biais d'une analyse d'intervention
3. Ce qu'il reste à faire pour l'avenir

30 ans d'histoire autour de l'itinérance



1987: Année internationale des sans-abris

1990: Création de l'équipe itinérance du
CLSC Centre-Ville

2017: Évolution de la transformation du paradigme de
l'intersectorialité en itinérance

1987 Année
Internationale des sans-
abris

Évolution des services
offerts aux personnes en
situation d'itinérance

2017 Colloque en
itinérance

L'Équipe itinérance à travers le temps



1990

CLSC Centre-Ville

1 infirmière
1 travailleur social
1 médecin

2004

CLSC Des Faubourgs

4 infirmières
4 travailleurs sociaux
1 psychoéducateur
1 médecin
1 psychiatre

2017

CIUSSS du Centre-Sud de
Montréal

9 infirmières
3 Infirmières praticiennes
5 travailleurs sociaux
4 médecins
1 psychoéducateur
1 éducateur spécialisé
1 spécialiste en activités
cliniques

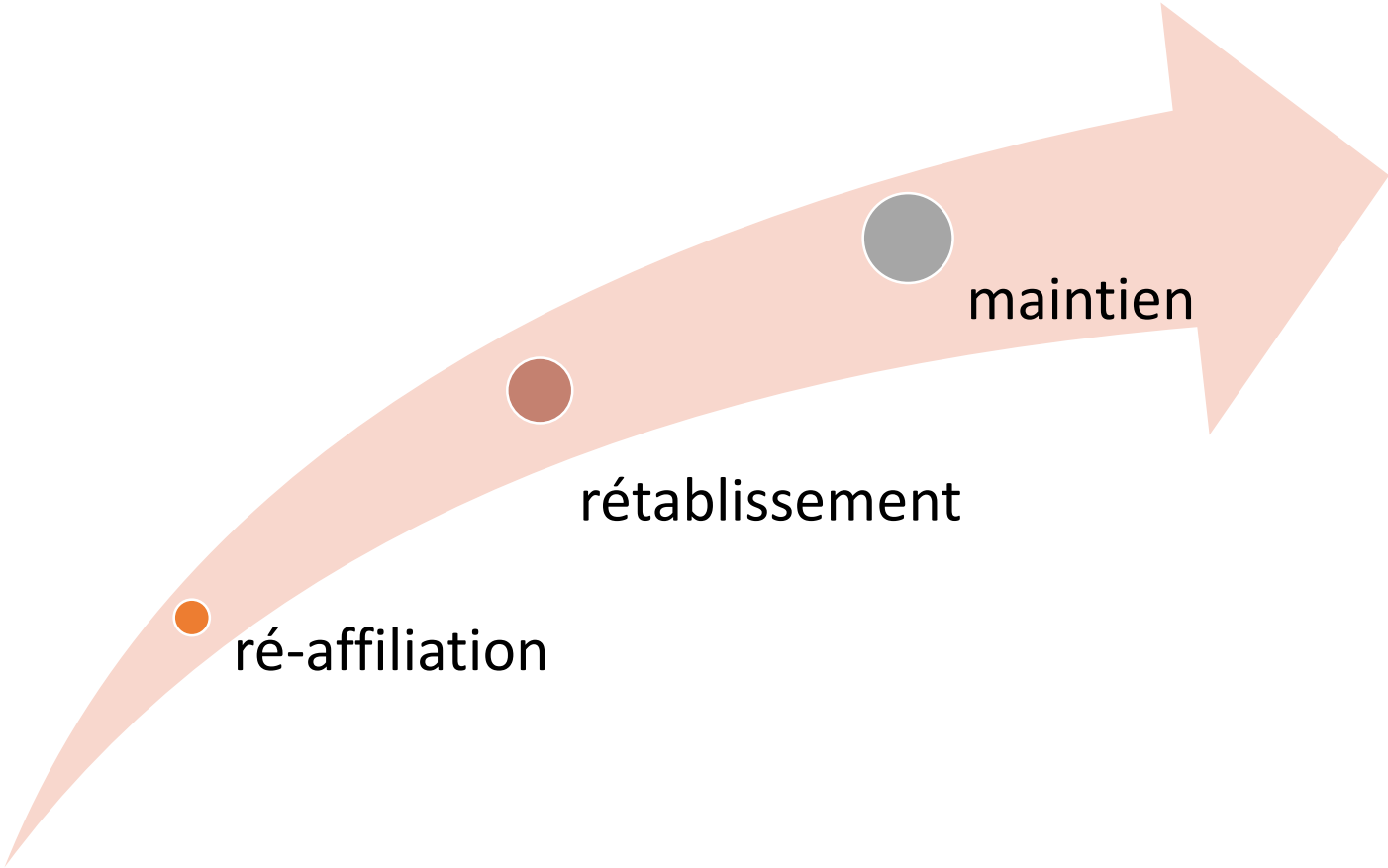
Mandat de l'Équipe itinérance en 1990



Faciliter l'accès des soins de santé et services sociaux aux personnes itinérantes. **Adapter** les services, **accompagner** les personnes, soutenir et renforcer le réseau, susciter la **collaboration** des partenaires.



Continuum du mandat de services en 2017



Changement de paradigmes dans nos interventions



Par l'accompagnement respectueux du rythme des personnes en situation d'itinérance

Continuum de corridors de services plus fluides

Ouverture vers le recours à des moyens plus proactifs stimulant la sortie des personnes de la boucle de l'itinérance.

Loi 10 : Responsabilité du réseau de la santé d'adapter nos services aux besoins des usagers et non aux usagers de s'adapter à nos services.

Transformation des paradigmes



- Augmentation des intervenants de l'équipe afin de favoriser un accroissement de la présence sur le terrain là où les personnes en situation d'itinérance sont
- Aborder plus largement l'intervention dans l'ensemble de la complexité de la clientèle
- Accompagnement accru dans le parcours de changement des personnes
- Références optimisées vers les autres services de 1^{ière} ligne et les services spécialisés de 2^e et 3^e ligne
- Élargissement de l'action et implication dans les organismes et autres différents partenaires
- Principe de suivi en «case load ouvert »

Services de l'Équipe itinérance en 2017



Pour l'Équipe itinérance ...



Être plus à l'extérieur en *outreach*, c'est.....

- Dehors, dans le métro
- Dans les organismes
- Dans des rencontres inter-établissement
- Dans des accompagnements à travers le réseau de la santé ou les organismes communautaires
- Défendre les droits

Enfin, c'est d'aller où la personne est!

Principes de nos services



- Mettre autour de l'utilisateur des acteurs interdisciplinaires, inter et intra établissements ainsi qu'intersectoriels tout en se positionnant dans un rôle de **pivot/pont**
- Prendre le leadership pour la mise en place d'un Plan de Services Individualisés qui assureront la réaffiliation, le rétablissement et le maintien des personnes
- Flexibilité, facilité d'accès dans un principe de bas seuil d'exigence
- Facilitation à la réouverture des épisodes de services au besoin

L'Optimisation de l'intersectorialité



De la macro vers la micro... interventions, intersectorialité

Soit: l'intervention intersectorielle pour une personne-client unique vers une intervention plus globale pour une situation qui touche plusieurs clients à la fois.

Évolution parallèle des paradigmes des partenaires intersectoriels avec lesquels nous travaillons autour des différents enjeux de l'itinérance.

Retombées de l'optimisation de l'intersectorialité



- Évolution de la compréhension de la complexité des problématiques des personnes en situation d'itinérance
- Évolution quant au nombre et à la qualité des liens développés avec les différents partenaires
- Augmentation du nombre de sorties de l'itinérance vers une stabilisation plus durable selon les caractéristiques spécifiques de chaque personne.



Travail conjoint de
partenariat

Compréhension
commune des enjeux
mutuels



Meilleur partage des
rôles et responsabilités

Crédibilité
mutuelle
accrue



Quelques exemples d'histoire à succès d'insectorialité



- M. J. W. : Oncologie, ORL, CLSC, OBM, PRISM
- L. M.: Neurologie, Urologie, Oncologie, CHSLD, CLSC, OBM, Justice, Psychiatrie, Comité d'éthique
- Projet de gestion sécuritaire de la médication: Jumelage Département Pharmaco Udm et CLSC, OBM, Pharmacie du CIUSSS, Pharmacie communautaire
- Augmentation des suivis conjoint avec le SAD: pour les personnes en pertes d'autonomie qui sont en situation d'itinérance (dont d'évaluation gériatrique)
- EMRII

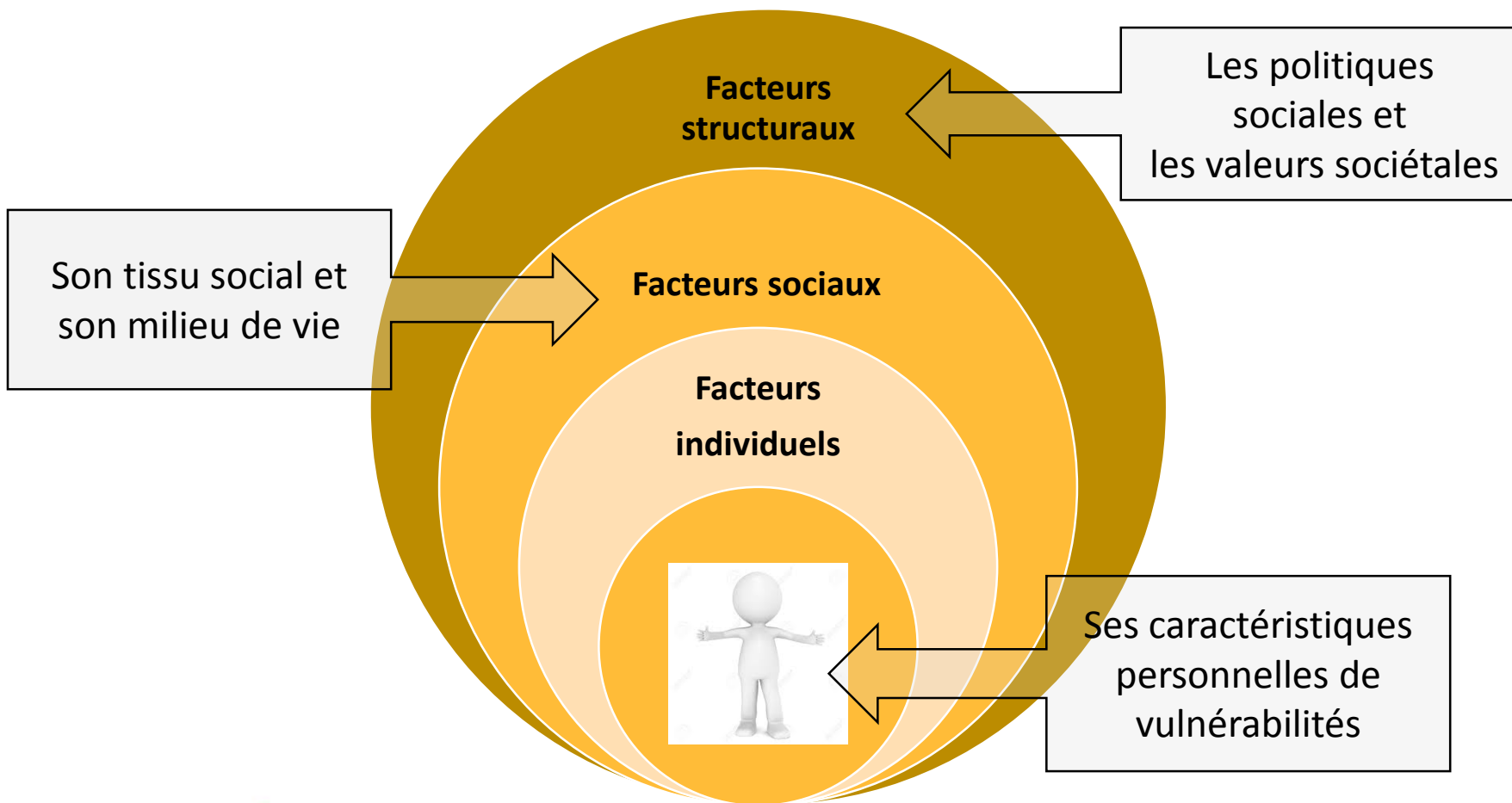
L'intervention adaptée...



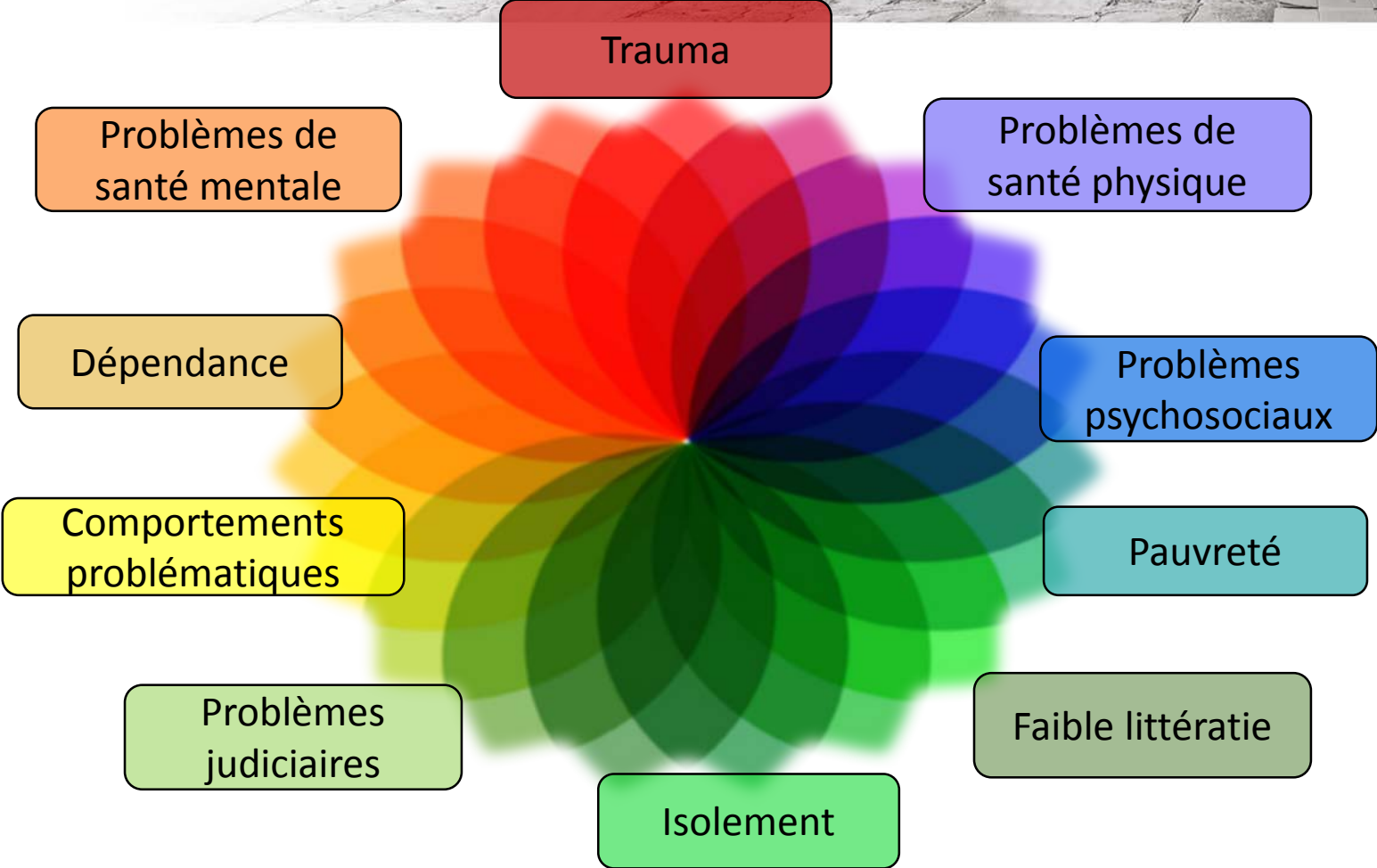
Ce sont de «meilleures pratiques» dans l'intervention auprès des personnes en situation d'itinérance.

Ces personnes ont les mêmes problèmes de santé que toute autre personne mais l'itinérance est un facteur aggravant pour toute condition de santé existante.

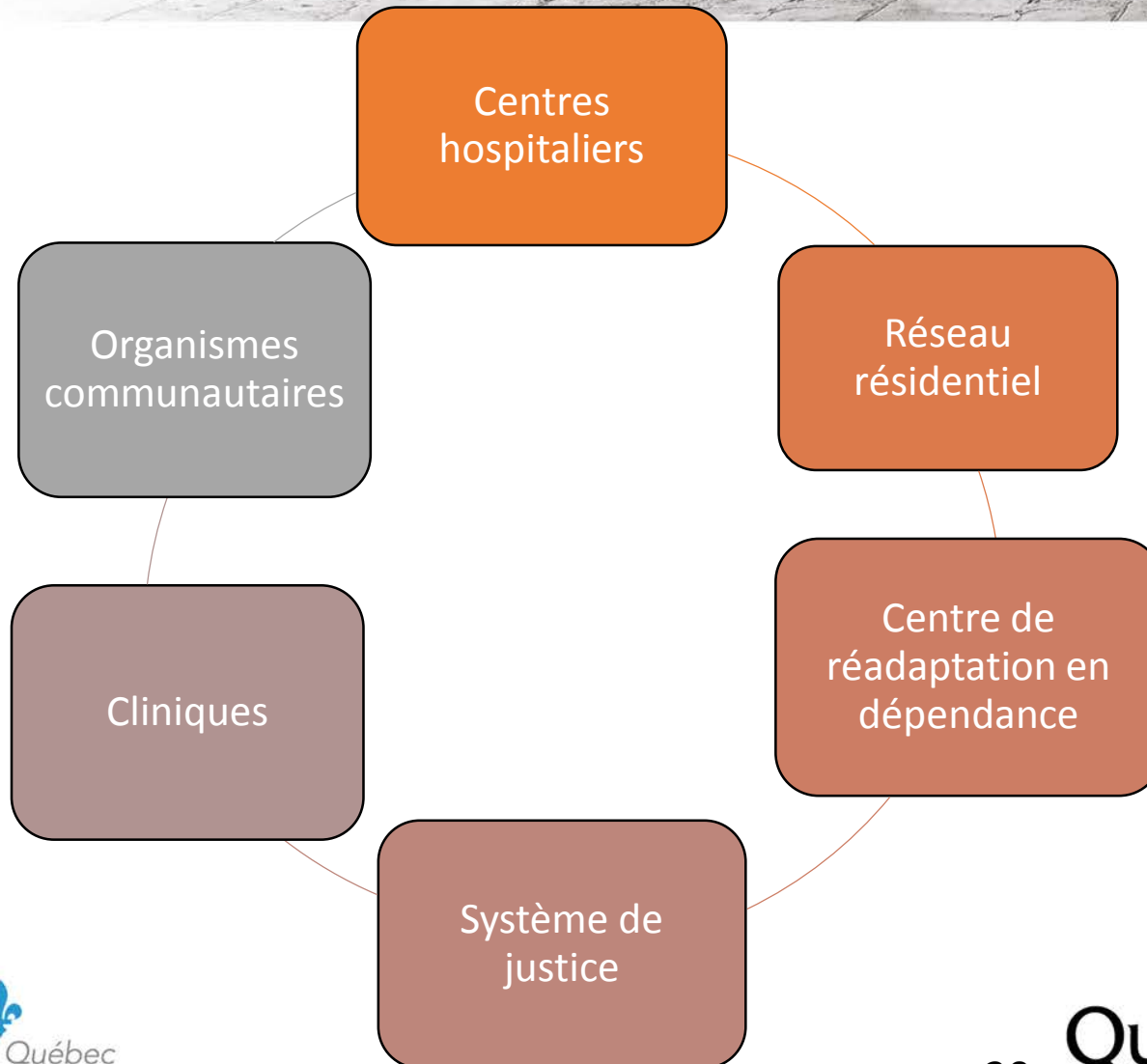
Facteurs explicatifs



Profil multifactoriel



Les partenariats développés avec:



Ce qu'il reste à faire pour composer avec les enjeux et les défis



- Élaborer un cadre normatif qui permet de mieux refléter la réalité bio-psycho-sociale, dont les pertes d'autonomie, les enjeux des évictions, des personnes en situation d'itinérance
- Concilier le rythme des personnes à se réintégrer socialement et les impératifs des réseaux institutionnels et communautaires
- Développer une approche de suivi modulable selon les besoins globaux (ex: SIV) afin d'accompagner les personnes dans leur processus réintégration progressive de la vie sociale et résidentielle; et ce peut importe de l'endroit où ces personnes se trouvent.

Ce qu'il reste à faire pour composer avec les enjeux et les défis



- Assouplir, moduler les critères d'accessibilité à l'ensemble du réseau de la santé, particulièrement pour les évaluations diagnostiques et prises en charge, et ce, peu importe la morbidité pour les personnes en situation d'itinérance et ce peu importe leur âge
- Accueil, référence et ou prise en charge des personnes en situation d'itinérance, peu importe la porte d'entrée dans le réseau de la santé

Poursuite de l'évolution des paradigmes d'intervention et d'intersectorialité en itinérance



Favoriser l'optimisation du partenariat interdisciplinaire, multidisciplinaire, d'intra et d'inter-établissement, le tout dans une approche d'intersectorialité parce que:

« Ensemble nous sommes plus fort!

Et parce qu'à plusieurs on va plus loin ».





2. Démonstration par le biais d'une analyse d'intervention

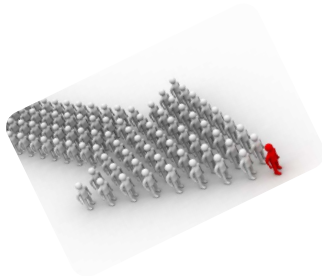
Objectifs de cette analyse d'intervention



Le travail intersectoriel et interdisciplinaire, en concertation, offre des réponses adéquates.



L'engagement des personnes-clés améliore le mieux-être et la réintégration sociale.



Le pouvoir d'agir de la personne, soutenu par une équipe humaniste, est au cœur de la trajectoire.



La présence d'une équipe de suivi d'intensité modulable, en logement, sans étiquette programme-service, peut favoriser la sortie de l'itinérance.

Introduction sur l'intervention



- Milieu

- But

Favoriser la santé en réduisant les inégalités sociales. (OMS, 1946 ; 1986)

- Contexte

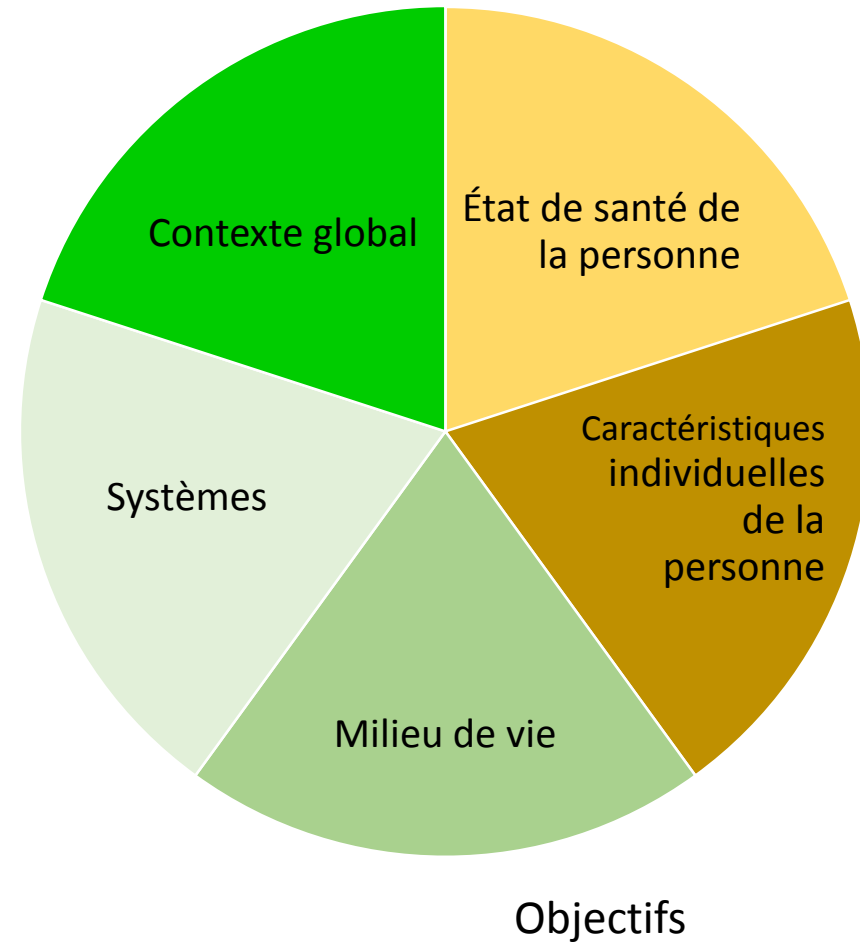
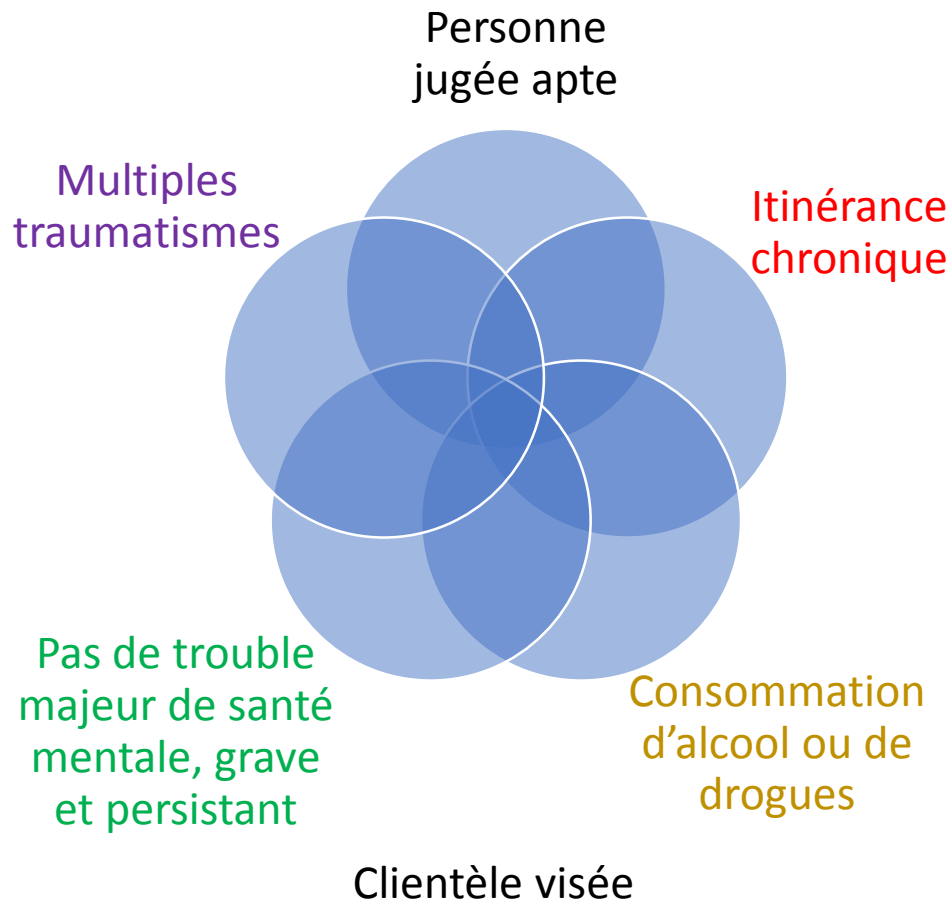
- Personne isolée, vivant avec une situation de santé complexe, n'utilisant aucune ressource.
- Offre de service organisée selon des programmes-services.

- Modalités

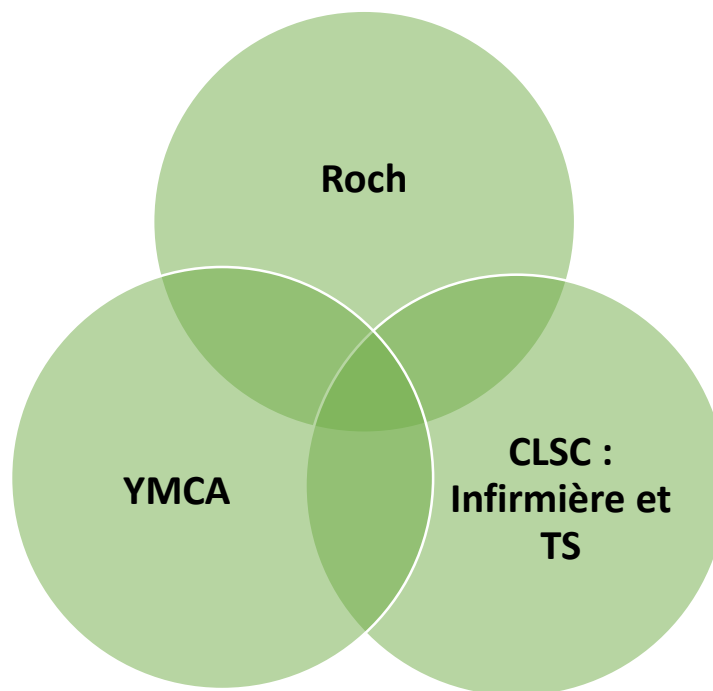
- Les « principes d'intervention en situation d'itinérance », le pouvoir d'agir, le plaidoyer pour la santé. (OMS, 1986 ; Lindström et Eriksson, 2012 ; CREMIS, 2014)
- La réduction des méfaits. (Landry et Lecavallier, 2003)
- Le travail intersectoriel et interdisciplinaire des réseaux. (Beji et Pellerin, 2010)
- La réadaptation par le logement. (Tsemberis, Gulcur et Nakae, 2003)



Clientèle visée et objectifs (cadre d'analyse)



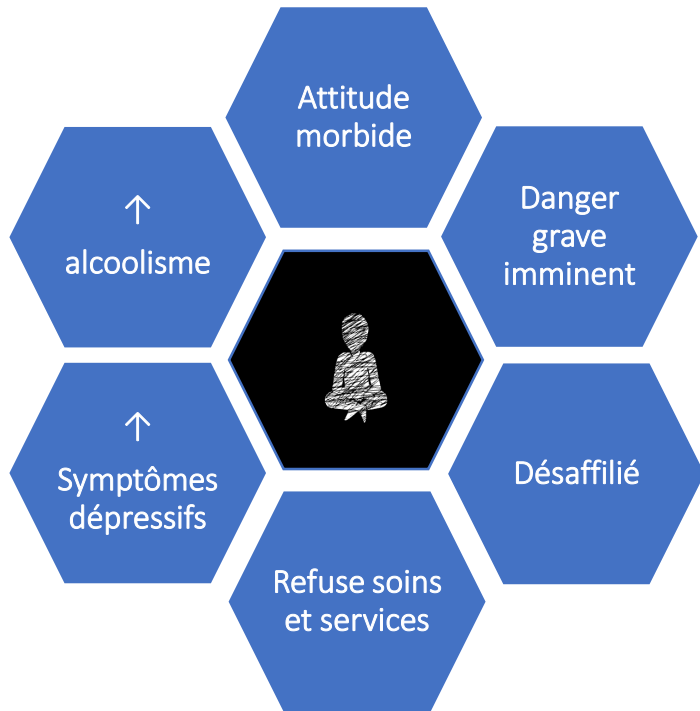
Travail intersectoriel et interdisciplinaire- Phase 1





Phase 2: Réaffiliation graduelle

Collecte de données



Objectifs

Lien de confiance

Réaffiliation

Gestion du risque

Stratégies

- Humanisme
- Besoins de la personne

- Travail intensif en proximité
- Contacter la famille

- Réévaluations fréquentes
- Concertation clinique
- Requête évaluation Ψ

Partenaires

Sœur et mère

CHUM



Phase 2: Réaffiliation graduelle



Collecte de données



Objectifs

- Maintien des acquis
- Éviter le retour à la rue

- L'expression d'une demande
- Répondre à la demande / besoins

- Potentialiser le pouvoir d'agir
- Intégration en logement

Stratégies

- Préparer et coordonner le congé hospitalier
- Suivi intensif

- Travailler l'ambivalence
- Évaluer les possibilités de suivi et de références

- Empowerment
- Rencontre réseau
- Collaboration/partenariat

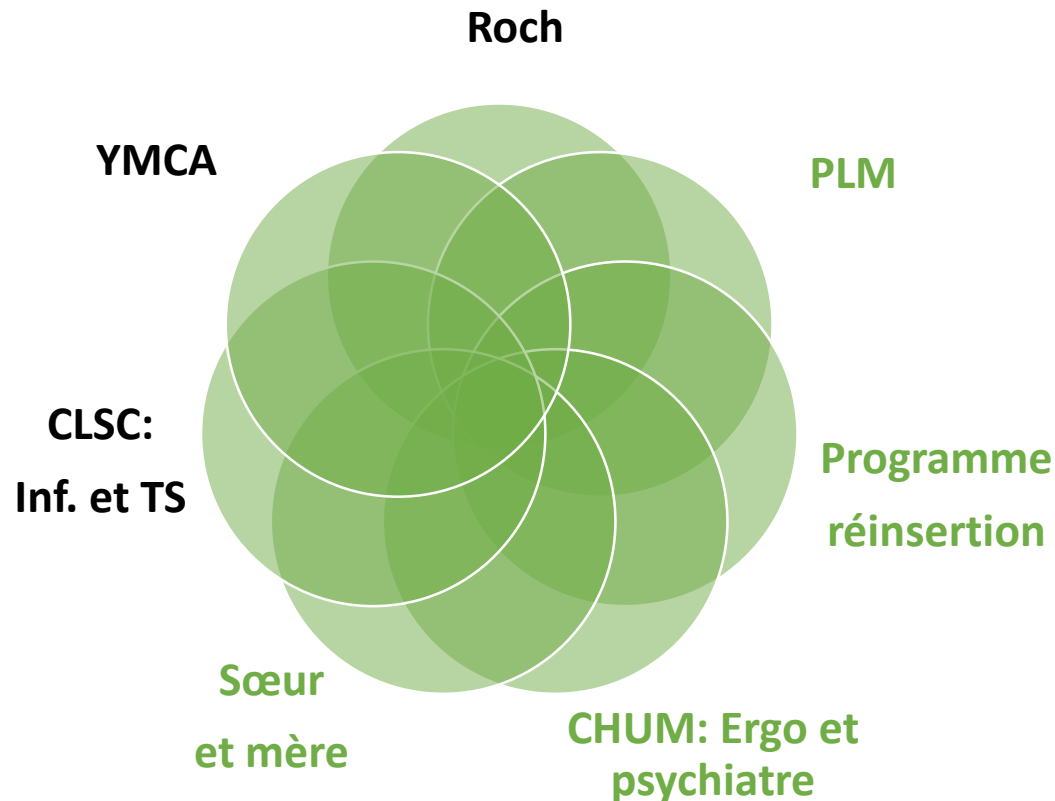
Partenaires

Programme de réinsertion ressource communautaire

Projet Logement Montréal



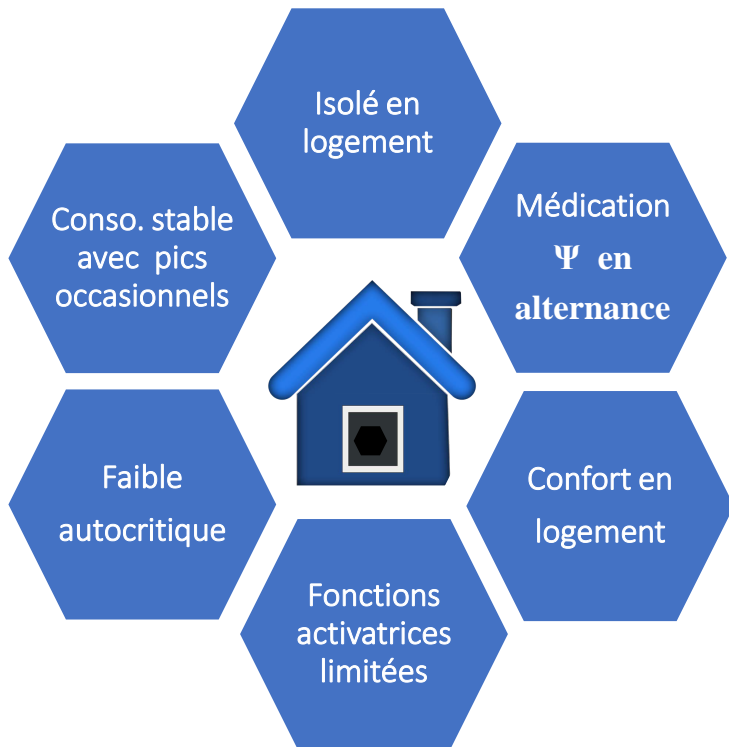
Travail intersectoriel et interdisciplinaire - Phase 2



Phase 3: L'Intégration en logement et suivi intensif



Collecte de données



Objectifs



Partenaires

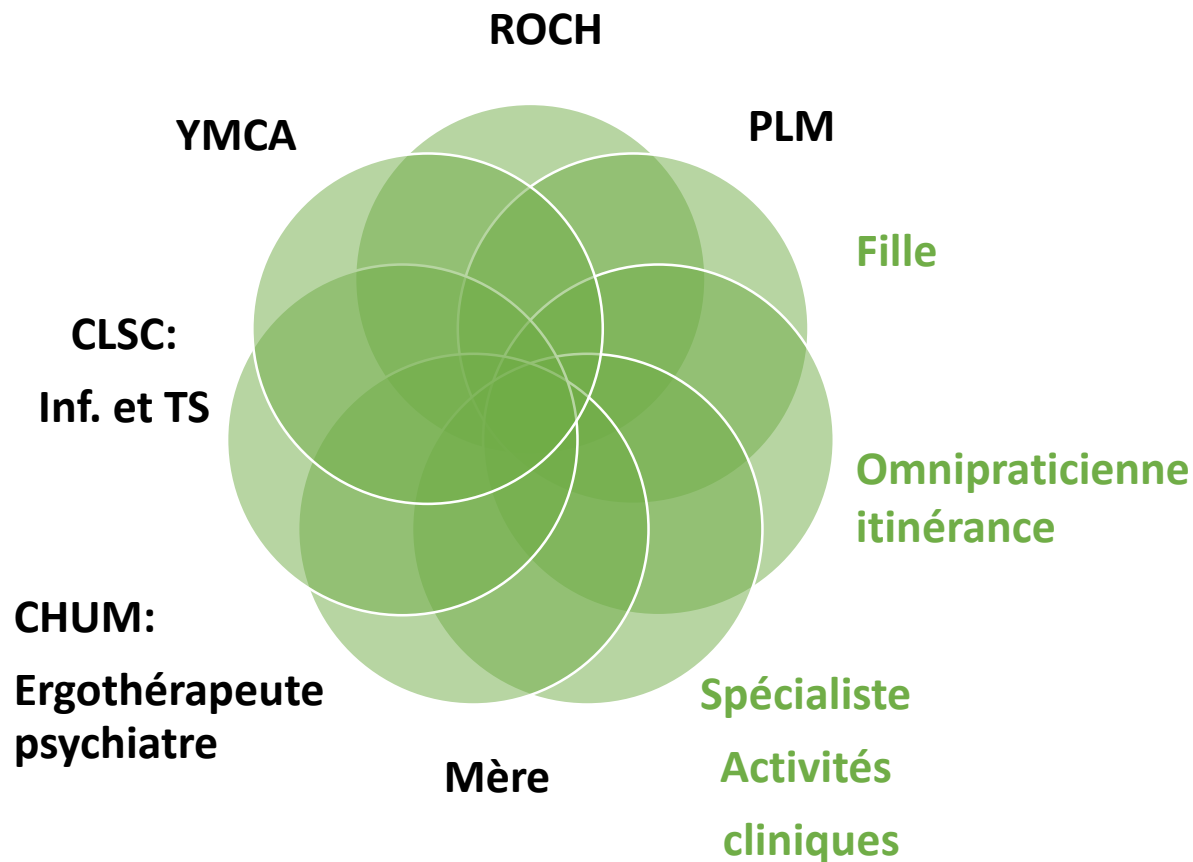
Médecin itinérance

Spécialiste activités cliniques

Fille



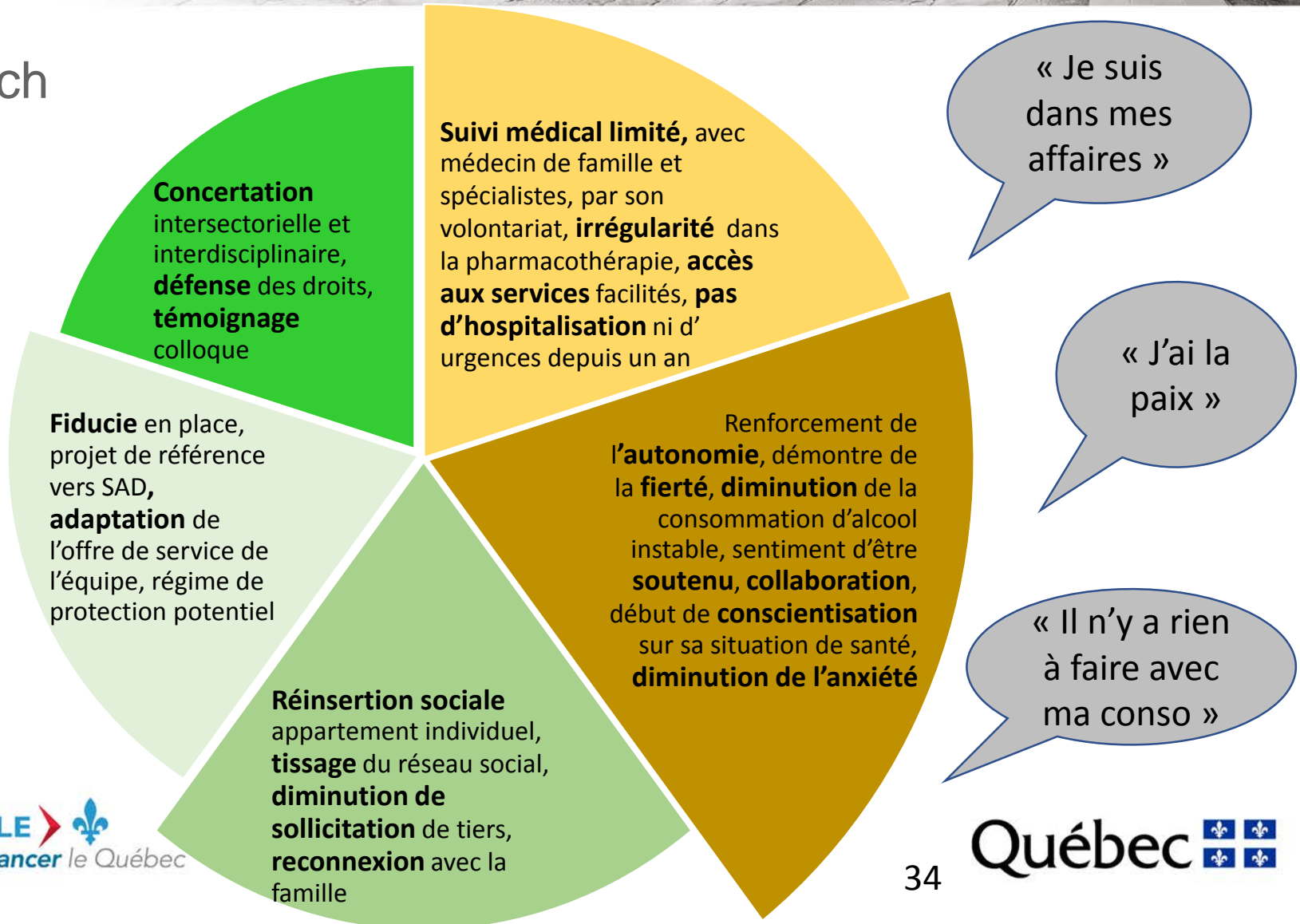
Travail intersectoriel et interdisciplinaire- Phase 1



Impacts et perceptions de l'intervention



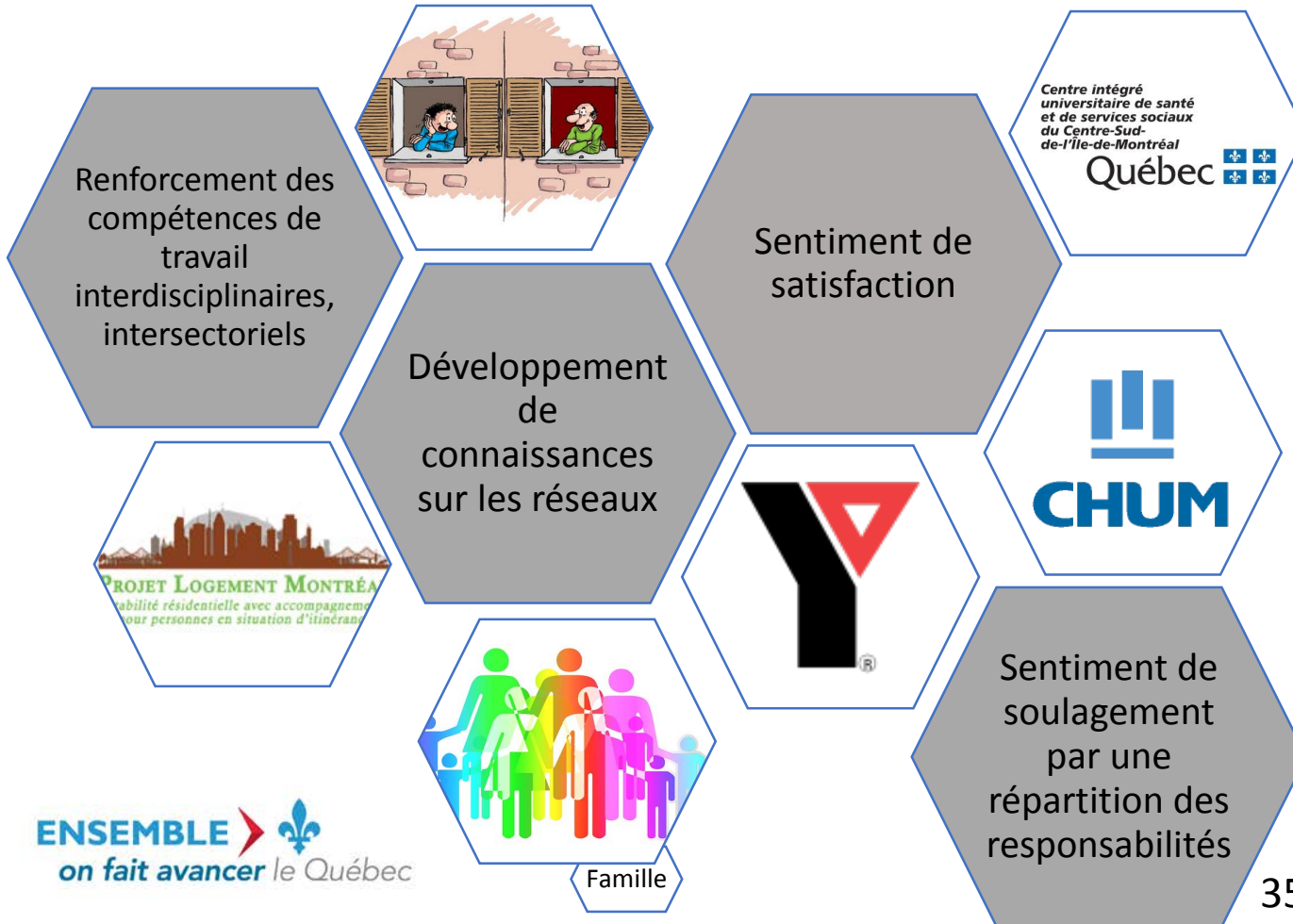
- Roch



Impacts et perceptions de l'intervention



- Intervenants et réseaux



Lien d'attachement

« Je suis contente que vous soyez là »

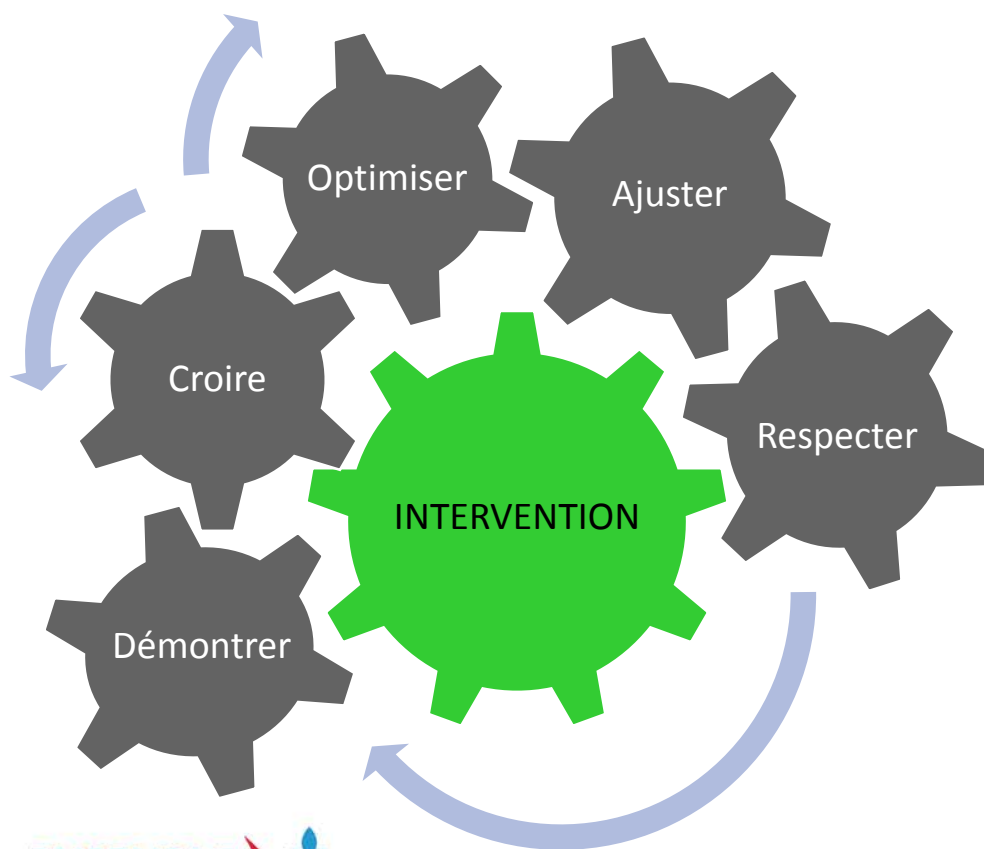
Les « petites victoires » encouragent

« Je me sens parfois impuissante »

Défis et enjeux rencontrés



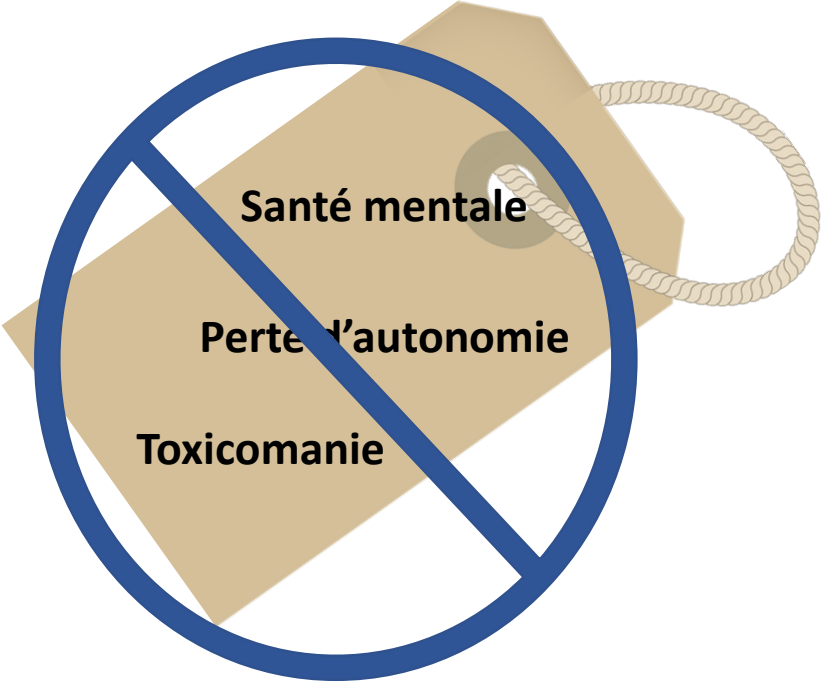
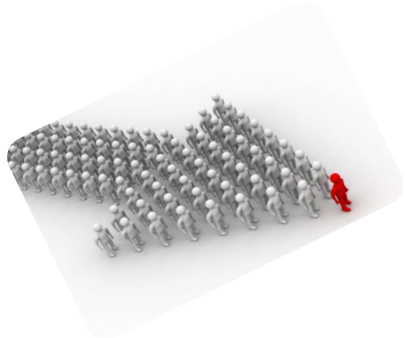
Défis



Enjeux

- Gestion du risque lié à la santé de la personne.
- Transition et déchronicisation de la vie à la rue.
- Sollicitation des programmes-services : tolérance et flexibilité.
- Culture de pratique de l'équipe / Références.
- Terminer l'intervention / Responsabilité populationnelle.

Conclusion





Merci !



Références



Association canadienne des ergothérapeutes (ACE), 2005, L'Initiative pour l'amélioration de la collaboration interdisciplinaire dans les soins de santé primaires (ACIS) Le Conference Board du Canada, (6 mars 2006), Principes et cadre de la collaboration interdisciplinaire dans les soins de santé primaires.
<http://www.cpa.ca/cpaweb/UserFiles/Documents/advocacy/Practice/ACISPrincipesdecadremars.pdf>, consulté le 2017-09-19

Beji K. et Pellerin, A. (2010). Intégration socioprofessionnelle des immigrants récents au Québec : le rôle de l'information et des réseaux sociaux. *Relations industrielles / Industrial Relations*, 65(4), 562-583. DOI: 10.7202/045586ar

CREMIS (2014). Valeurs et approches d'intervention. Repéré à :
<http://www.cremis.ca/publications-et-outils/dossiers/savoirs-dintervention-en-itinerance/valeurs-et-approches-dintervention>

Landry, M. et Lecavalier, M. (2003). L'approche de réduction des méfaits : un facteur de changement dans le champ de la réadaptation en toxicomanie. *Drogues Santé et Société*,(2)1, pp1-15.

Lindström, B. et Eriksson, M. (2012). La salutogenèse: petit guide pour promouvoir la santé (adaptation française par M. Roy et M. O'Neill). Québec, Québec : Presses de l'Université Laval, pp27-35.

MSSS (2014), Ensemble pour éviter la rue et en sortir - Politique de lutte à l'itinérance, Ed. La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux, www.msss.gouv.qc.ca/itinérance.

Références (suite)



MSSS (2012). La santé et ses déterminants. Mieux comprendre pour mieux agir, Québec, gouvernement du Québec, pp7. Repéré à :
<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2011/11-202-06.pdf>

MSSS (2014), Mobilisés et engagés pour prévenir et réduire l'itinérance – Plan d'Action interministériel en itinérance, Ed. La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux www.msss.gouv.qc.ca

OMS (2017). <http://www.who.int/patientsafety/implementation/apps/definition/fr/>
consulté le 2017-09-19

OMS (1986). Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé. Repéré à :
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf

Payette, M. (2001), Interdisciplinarité : clarification des concepts Maurice Payette
Université de Sherbrooke,
<https://www.usherbrooke.ca/psychologie/fileadmin/sites/psychologie/espaceetudiant/RevueInteractions/Volume5no1/V5N1PAYETTEMauricep19-36.pdf>, consulté le 2017-09-19

Tremblerais, S., Gulcur, L. et Nakael, M. (2003). Housing First, Consumer Choice, and Harm Reduction for Homeless Individuals With a Dual Diagnosis